

# EDITORIALE

---

di Pete Alcock\*

La Social Innovation, negli ultimi anni, è sempre più presentata come una risposta – forse anche la risposta – alle sfide che incombono sui regimi di *welfare* all’inizio del XXI secolo. Tutti i governi dei Paesi economicamente avanzati, con uno stato sociale sviluppato, stanno trovando sempre più difficile assicurare le risorse per soddisfare la crescente domanda di servizi di *welfare*, e per garantire un’offerta efficace ad una popolazione sempre più ampia. Infatti, la seconda parte del ventesimo secolo si è caratterizzata indubbiamente, in linea di principio, per un’ampia e completa offerta di servizi pubblici, e per l’istituzione di grandi agenzie pubbliche che impiegano un gran numero di lavoratori professionalmente preparati e che assicurano servizi ad una platea consistente di beneficiari. Forse l’esempio più rilevante di questi problemi può essere individuato proprio nei sistemi chiamati a dare assistenza sanitaria e sociale. L’istituzione dei Sistemi Sanitari Nazionali si colloca al centro delle riforme fondamentali attuate dallo stato sociale nella maggior parte dei regimi di *welfare* del secolo scorso. L’istituzione del National Health Service (NHS) nel 1948 nel Regno Unito ne costituisce, anche simbolicamente, un modello per l’assistenza sanitaria pubblica a livello internazionale e una misura dell’impegno dei governi britannici per il *welfare* pubblico. Il NHS nel Regno Unito è attualmente organizzato in forma decentrata con amministrazioni separate in Scozia, Galles e Irlanda del Nord; ma in ogni caso è il più grande datore di lavoro del Paese, impiegando professionisti altamente qualificati e formandone alcune migliaia ogni anno. Tutti i governi hanno espresso il loro sostegno per i principi alla base del NHS; e, anche se è stato oggetto di una serie di riforme interne, in particolare negli ultimi due decenni, l’evidenza suggerisce che continua a rimanere uno dei servizi di *welfare* pubblici più importanti e supportati.

\* Professor of Social Policy and Administration, University of Birmingham, UK.  
p.c.alcock@bham.ac.uk

Traduzione di Carmine Clemente.

L'importanza, nonché la popolarità del NHS nel Regno Unito ha fatto sì che questo sia rimasto indenne da importanti misure di tagli alla spesa pubblica attuati dal governo, a partire dal 2010, per ridurre il disavanzo pubblico nel Paese. Tuttavia, i finanziamenti per il NHS sono stati ridotti, e il sostegno per l'assistenza sociale (in gran parte fornito dal governo locale) è stato tagliato ancora di più. Eppure, allo stesso tempo i servizi sanitari e di assistenza sociale (così come il *welfare* più in generale) si trovano ad affrontare una crescente richiesta di servizi, sempre più tecnologicamente avanzati e costosi, in un contesto di aumento della popolazione anziana.

La crescente domanda di servizi in un ambiente di risorse più limitate ha generato nei politici e nei *policy makers* la necessità di esplorare nuove strade per un cambiamento del sistema di offerta dei servizi che possa conciliare queste dinamiche contrastanti. L'innovazione sociale, quindi, potrebbe costituirne un'opportunità interessante. Se diventiamo capaci di introdurre innovazioni nelle modalità in cui progettiamo e realizziamo servizi, allora forse potremo fare le stesse cose in modo diverso, o anche fare cose diverse, il che significherebbe più servizi a più persone senza espandere ulteriormente l'offerta di quelli esistenti. L'innovazione sociale è quindi diventata un focus sempre più importante per il dibattito politico e per la ricerca politica. Ciò avviene all'interno di regimi di *welfare* e attraverso i confini internazionali, in particolare all'interno dell'Unione Europea (UE), visto che la stessa ha sostenuto una serie di programmi di ricerca che esplorano le potenzialità, e le diverse pratiche, di innovazione sociale nei servizi di *welfare*. Questo numero speciale di Salute e Società offre un contributo al dibattito sulla *social innovation* come opportunità di cambiamento dei sistemi socio-sanitari in generale e presentandone alcune recenti ricerche ed esperienze relative all'Italia e Regno Unito più in particolare.

L'innovazione sociale nei servizi di *welfare* può operare in un certo numero di dimensioni diverse. L'innovazione include l'individuazione e il riconoscimento di diversi tipi di utenti, e potenziali utenti, dei servizi di *welfare*, nonché delle diverse esigenze che possono avere. I servizi pubblici tradizionali sono stati talvolta criticati per l'adozione di un approccio al benessere degli utenti standardizzato – “*one-size-fits-all*”. L'innovazione può sfidare questo approccio, in particolare nel campo dei servizi socio-sanitari, dimostrando l'importanza della flessibilità e della riflessività, ricercando e rispondendo alle diverse circostanze e alle esigenze dei singoli utenti in modo più specifico.

Questo approccio potrebbe offrire più flessibilità sia dal lato dei beneficiari sia per il modo in cui si organizzano i servizi. Ciò può comportare cambiamenti nel modo in cui i servizi esistenti sono forniti, facendo le cose in modo diverso, sia cercando di trovare nuove forme di sostegno e di servizio, facendo cose diverse. L'innovazione nel modo in cui vengono

forniti i servizi di *welfare* è stata al centro di alcuni dei recenti dibattiti sulla riforma dei servizi sanitari e di assistenza sociale. Ciò ha incluso la personalizzazione della prestazione di servizi – servizi di cura su misura per soddisfare le esigenze e le preferenze dei singoli utenti specifici. Essa si è spinta fino alla co-produzione nelle pratiche di servizio – dove i professionisti sanitari e sociali lavorano con gli utenti in modo da coinvolgerli direttamente nella progettazione ed erogazione di servizi, così come messo in evidenza in alcuni contributi di questo volume. Gran parte del recente interesse della politica per l'innovazione sociale si è concentrato, quindi, sia su quali servizi vengono forniti sia sui cambiamenti organizzativi e professionali per l'erogazione degli stessi.

Molte delle riforme del *welfare* del ventesimo secolo si basavano sullo sviluppo dei servizi erogati dagli enti pubblici in una logica di decentramento territoriale.

Si tratta di un sistema finanziato con risorse pubbliche a livello nazionale o locale che operava e opera in una condizione di sostanziale monopolio e caratterizzato da una logica burocraticizzata e inflessibile.

Contemporaneamente, al sistema pubblico qualificato in modo centralizzato e monopolistico, si è affiancata la presenza di soggetti privati che operano nell'erogazione di servizi di *welfare*. Il ruolo di questi ultimi, inoltre, consiste in una sempre maggiore presenza e rilevanza nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria in tutti i regimi di *welfare* avanzati, anche in forme di collaborazione pubblico-privato.

Inoltre, le organizzazioni del terzo settore – enti di beneficenza, imprese sociali, gruppi informali e le associazioni di volontariato – hanno continuato, e ampliato, i loro ruoli come fornitori di servizi di *welfare* alternativi o complementari. Ancora una volta questo è particolarmente vero nel caso dei settori della sanità e assistenza sociale, in particolare in seguito alle riforme del Regno Unito degli anni Novanta che hanno incoraggiato e sostenuto, anche in una logica di risparmio (per esempio negli ospedali pubblici), un ruolo più ampio del terzo settore.

Negli ultimi due decenni, quindi, il ruolo dei soggetti privati e del terzo settore nell'ambito dei servizi socio-sanitari e di *welfare* in generale ha cominciato a crescere più rapidamente, in un contesto di cambiamento della domanda/offerta dei relativi servizi e di evoluzione del quadro economico e politico. I cambiamenti della domanda sono il risultato delle critiche ai servizi statali centralizzati e burocratici e il riconoscimento da parte dei governi dell'opportunità di promuovere un'economia del benessere più mista attraverso il sostegno ai fornitori del settore privato e del terzo settore, come alternative alle agenzie statali. Nel Regno Unito, e in molti altri regimi di *welfare* avanzati, ciò ha determinato una “delega” da parte del sistema pubblico ai soggetti privati e del terzo settore per fornire servizi in precedenza di esclusiva titolarità pubblica; ciò avviene in modo particolare a partire dalle riforme dalle “*community care*” degli anni Novanta.

Il sistema privato e del terzo settore operano su committenza e finanziamento delle agenzie pubbliche che ne stabiliscono le condizioni contrattuali. La presenza e la crescita del sistema privato in generale, quindi, è legittimata e sostenuta dallo stesso sistema pubblico, facendo così registrare sia una crescita del numero di grandi imprese private che forniscono alcuni servizi pubblici nel Regno Unito sia una crescita del ruolo delle agenzie del terzo settore come fornitori alternativi di *welfare*. Le risorse finanziarie trasferite dal sistema pubblico alle associazioni di volontariato sono più che raddoppiate negli ultimi dieci anni in Inghilterra e Galles, e l'area dei servizi per l'assistenza socio-sanitaria ne costituisce la più significativa. Questo sviluppo è dovuto anche alla capacità degli stessi soggetti privati e del terzo settore di proporre alternative e cambiamenti nei servizi di *welfare* e alla loro maggiore presenza sulla scena, con un aumento sia dell'offerta privata sia dell'offerta finanziata dal sistema pubblico. Tra questi vi sono alcuni grandi enti di beneficenza già esistenti, ma anche molti e innovativi enti nuovi. In alcuni casi gli enti di beneficenza esistenti sono stati riorganizzati o ristrutturati per adeguare i propri servizi; per esempio, in Gran Bretagna i due principali fornitori di servizi di assistenza per gli anziani si sono fusi per formare un'organizzazione nuova e più flessibile, AgeUK. Inoltre, sono emersi soggetti del tutto nuovi, in particolare attraverso i trasferimenti di alcuni ex professionisti del servizio pubblico in imprese sociali indipendenti per rilevare i servizi pubblici in cui lavoravano in precedenza. Questa è una tendenza che è stata sostenuta da recenti governi del Regno Unito attraverso programmi di *mutualisation*, che forniscono il supporto a gruppi di operatori sanitari e di assistenza sociale per creare nuove organizzazioni, sulla base di principi di mutualità, e per trasferire a questi i servizi precedentemente offerti dal settore pubblico.

Ciò che è particolarmente significativo di questi nuovi soggetti – fornitori alternativi di servizi pubblici di *welfare* – è che essi si impegnano e garantiscono l'innovazione nella progettazione ed erogazione dei servizi. Il motivo per cui il governo britannico sostiene la mutualizzazione dei servizi pubblici, in particolare nel settore socio-sanitario, è dovuto alla convinzione che, quando i professionisti che prestano questi servizi sono liberati dai vincoli imposti dalle grandi burocrazie presenti in agenzie statali, come il NHS, sono in grado di muoversi più rapidamente ed in modo più flessibile per innovare le loro pratiche di lavoro e migliorare i loro risultati di servizio. E questa fiducia nella capacità innovativa dei fornitori del terzo settore ad introdurre servizi di *welfare* più flessibili, più reattivi, e forse anche più efficienti, si estende agli altri enti di beneficenza e alle organizzazioni di volontariato che cercano di diventare fornitori alternativi di *welfare*.

L'innovazione sociale nei servizi di *welfare* può comprendere, dunque, sia nuove modalità nell'offerta di servizi e di risposte alle esigenze dei beneficiari, sia un diverso ruolo dei nuovi operatori che entrano nel campo

del servizio pubblico. L'innovazione è guidata dalla domanda da parte degli utenti di *welfare* e ne costituiscono punti di forza l'attenzione alla personalizzazione (co-produzione) e la capacità di trovare nuove soluzioni (buone prassi) da parte dei soggetti erogatori. Per di più, questi sviluppi in materia di innovazione sociale sono attraenti per i governi che cercano di conciliare le crescenti pressioni della domanda sociale con i vincoli di spesa pubblica. In questo contesto non sorprende, quindi, che l'innovazione sociale nel *welfare*, e in particolare nel settore socio-sanitario, sia obiettivo appetibile per i politici e i governanti di Regno Unito e Italia, come altrove.

Tuttavia, nonostante l'attenzione della politica per l'innovazione sociale, i critici hanno sostenuto che a volte questo può essere poco più di un artificio retorico teso a legittimare e giustificare il ridimensionamento dei servizi pubblici a favore di soggetti privati e del terzo settore per una loro supposta maggiore capacità di innovazione sociale. Molti responsabili politici, e persino i professionisti, possono sostenere di star promuovendo l'innovazione sociale; ma c'è relativamente poca evidenza empirica sulla portata dell'innovazione nei servizi sociali, o dell'impatto della stessa nel migliorare o estendere l'offerta. Ci sono anche poche prove del vantaggio comparativo dei fornitori del terzo settore (o privati) nell'innovazione dei servizi. I nuovi operatori possono operare nel settore socio-sanitario, per esempio, ma non sappiamo se agiscono in modo più innovativo, o in modo più efficace, di enti pubblici tradizionali.

È il contesto politico di queste spinte verso l'innovazione sociale, e le relative implicazioni pratiche per la progettazione e erogazione di servizi sanitari e di assistenza sociale, che accomuna i contributi di questo numero speciale – incentrato in particolare sul cambiamento dei sistemi dei servizi socio-sanitari nel Regno Unito e in Italia e sul dibattito internazionale sulla *social innovation* in generale. Qui sono affrontate alcune delle sfide che abbiamo di fronte nella ricerca e nell'analisi della misura in cui tale innovazione risulti efficace per affrontare i problemi che affliggono la riforma del welfare all'inizio del ventunesimo secolo.