

**Contributo Spi Cgil Brianza
Convegno “Libro Bianco sul Welfare”
10 novembre 2009 - Monza**

Nel tempo assegnatomi cercherò di portare un contributo di approfondimento in relazione ai temi che più sono vicini alla categorie che come sindacato rappresentiamo.

- **Non autosufficienza**
- **Povertà**

Credo sia importante, anche alla luce del recente accordo tra Stato e Regioni sul patto per la salute 2010/2012 riprendere un passaggio delle Linee Guida della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, perché ci permette di evidenziare l'enorme distanza che esiste tra il Libro Bianco di Sacconi e le Regioni per quanto riguarda il sistema sanitario italiano.

Cito per esteso alcuni passaggi delle Linee Guida, che ritengo importanti anche per la nostra discussione di oggi e non solo.

“Il sistema sanitario italiano, caratterizzato dall'unicità dell'assicuratore pubblico e dalla compresenza equilibrata seppur variabile di erogatori pubblici e privati, si colloca in una posizione di assoluto rispetto nelle graduatorie internazionali circa la tutela della salute della popolazione, la qualità complessiva delle prestazioni ed il livello di spesa in rapporto al prodotto interno lordo.

Le statistiche OCSE più recenti mostrano come l'Italia con la sua incidenza della spesa sanitaria pubblica e privata sul PIL ((8,9%) si colloca ai livelli più bassi tra i paesi caratterizzati da un Servizio sanitario Nazionale, di poco superiore al Regno Unito e Spagna, ma ben al di sotto di Francia, Germania e di tutti gli altri paesi europei.

Accanto a questa valutazione favorevole, in termini di costi – benefici del servizio sanitaria italiano, non si può nascondere che esso presenti seri elementi di criticità:

- **L'inappropriatezza di alcune prestazioni, come l'utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri e dei pronto soccorso dovuto all'organizzazione ancora insufficiente della medicina generale e al livello medio dei servizi territoriali e di assistenza domiciliare integrata;**
- **Le lunghe liste di attesa;**
- **L'ingiustificato livello di spesa farmaceutica per abitante in alcune regioni;**

- **L'insufficiente qualità dei servizi sanitari in alcune Regioni, che spinge i cittadini a rivolgersi alle strutture di altre Regioni per usufruire di cure adeguate.**

Le tendenze di lungo periodo della spesa sanitaria risentono di alcuni fattori di fondo che la rendono poco flessibile e sensibile alle congiunture economiche strutturali:

- **L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche;**
- **Il progresso della medicina che genera migliori cure ma anche aumento dei costi.**

Le Linee Guida inoltre sottolineano l'importanza di una "valutazione preliminarmente condivisa in modo che gradi sempre più elevati di appropriatezza clinica ed organizzativa possono essere conseguiti con un processo che va sviluppato con il coinvolgimento dei professionisti (tutti) operanti nel campo della tutela della salute.

Viene ribadito che "è dunque possibile mantenere e migliorare qualità ed efficacia dei servizi sanitari e al tempo stesso ricondurre la dinamica di tale voce di spesa nell'ambito dei vincoli di finanza pubblica.

Anzi, di cono le Regioni, proprio la massimizzazione dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse legate comunque alla qualità dei servizi erogati, è condizione essenziale affinché la sanità possa svolgere pienamente il suo ruolo sociale ed economico di forma essenziale di investimento di capitale umano; ruolo ancor più essenziale in una fase di crisi finanziaria e sociale in cui tende ad aumentare (e non diminuire) la domanda di servizi e tende a ridursi la disponibilità finanziaria delle famiglie (così tanto enfatizzate da Sacconi).

Si riafferma l'importanza di un nuovo Patto per la Salute che, in continuità con quello precedente, sia volto a sollecitare e sostenere le azioni necessarie ad elevare qualità e appropriatezza delle prestazioni e riequilibrare le capacità di fornire servizi di analoga qualità ed efficacia su tutto il territorio nazionale così come si evidenzia la necessità e l'opportunità di operare.....nel rispetto della piena erogazione dei LEA , così il miglioramento delle prestazioni che richiede un significativo rafforzamento dell'attività di prevenzione, la riorganizzazione anche normativa e il potenziamento delle cure primarie, , lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria, a cominciare dall'assistenza ai non autosufficienti."

Come potete notare una differenza politica e ideale sostanziale rispetto al Libri Bianco.

Sulla non autosufficienza.

Alcuni dati che aiutano a capire meglio il problema che nel Libro Bianco non viene assolutamente citato.

La popolazione ultrasessantacinquenne in Italia a raggiunto il 1° gennaio 2008 il 20,1% del totale, pari ad oltre 11, 9 milioni di persone. E' un valore quasi il doppio rispetto a quello registrato meno di 40 anni fa. Nel 1971 erano 6.1 milioni di anziani pari all' 11,3%. Interessante osservare l'evoluzione del numero dei grandi anziani, quelli oltre ai 75 anni, il cui numero è almeno triplicato (da 2,1 a oltre 5,7 milioni) passando dal 3,9 al 9,6 della popolazione complessiva.

Giova ricordare che l'ultima indagine Multiscopo ISTAT su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" condotta nel 2004-05, ha rilevato che il 18,3 degli over 65 (pari a 2,1 milioni di persone riporta una condizione di totale mancanza di autonomia per almeno una funzione essenziale della vita quotidiana (dato Istat 2008).

Dalla letteratura oggi in circolazione si può affermare che esiste un unanime consenso nel ritenere insufficiente l'offerta di assistenza continuativa a finanziamento pubblico e nel preoccuparsi per il nuovo incremento della domanda dovuto all'ulteriore invecchiamento della popolazione atteso in futuro.

Quindi un problema di risorse e se esistono le volontà politiche di reperirle. La spesa pubblica oggi dedicata è pari all'1,13% del PIL, rispetto al 25,8% di PIL di spesa per la protezione sociale e al 49,1% di spesa pubblica complessiva (anno 2006/2007).

Dati che mi fanno dire se esiste veramente la volontà di assegnare alla non autosufficienza nelle politiche pubbliche il medesimo rilievo che ha assunto nella società. La storia recente è chiarissima. Nella legislatura 2001-2006 la spesa pubblica è aumentata di 2 punti in percentuale di PIL ma non è stato realizzato l'atteso intervento di riforma a favore dei non autosufficienti. La legislatura 2006/2008 ha visto un intervento assai contenuto in media 266 milioni annui.

Non c'è alternativa a un maggiore intervento pubblico. Le assicurazione private di cui tanto si parla nel Libro Bianco, in proposito possono svolgere esclusivamente un ruolo complementare ad esso, ma non sostitutivo. Puntare sulle assicurazioni private, anche nel campo della non autosufficienza, significa costruire un sistema che amplifica le disuguaglianze esistenti e che funziona male.

In Germania la diffusione delle assicurazioni private supplementari è aumentata in seguito alla riforma pubblica di metà anni '90, l'introduzione del fondo per la non autosufficienza, che incrementò la responsabilità pubblica e ne delineò chiaramente i limiti.

E' evidente che noi siamo a favore di un maggior sforzo pubblico nell'assistenza continuativa, ne fa testo la presentazione di una proposta di legge sulla Non Autosufficienza presentata in parlamento e a tutte le azioni che lo spi cgil svolge in quella direzione, non ultimo il recente accordo sottoscritto con la Regione Lombardia in materia.

Questo però, non deve esimerci dal problema. Lasciare il campo alle assicurazioni private come principale leva di sviluppo (teorizzata e non solo nel Libro Bianco) significherebbe produrre problemi di equità ed efficienza che, in qualche anno, riproporrebbero la necessità dell'intervento pubblico (facendo nel contempo diversi danni).

Ecco perché conviene, con determinazione, puntare subito sulla crescita della responsabilità pubblica, accompagnandola con il necessario e graduale sviluppo delle assicurazioni private in funzione supplementare.

I due aspetti, sono collegati: il punto non è mantenere un settore pubblico debole (anche in prospettiva) e lasciare spazio alle assicurazioni private bensì far crescere il pubblico e così sostenere anche lo sviluppo del privato supplementare.

Penso che il tema delle risorse richiami direttamente il nodo delle scelte politiche. E qui si ritorna al Libro Bianco.

Se si vuole lo sforzo economico è sostenibile per il bilancio pubblico, tutto dipende dalla posizione occupata dalla non autosufficienza tra le priorità di chi decide. La posizione in particolare a livello nazionale è sinora piuttosto bassa.

Il confronto sul finanziamento, infine mi pare sconti la ridotta attenzione dedicata alla specificità dell'assistenza continuativa. Troppo spesso si applicano a questo settore ragionamenti riguardanti altri campi e non si aiuta così la chiarezza, come mostra il caso delle assicurazioni private.

Oggi le si propone in sanità come la misura chiave dei prossimi anni, con funzione supplementare al SSN e per veicolare l'enorme massa di risorse impiegate dalle famiglie come spesa(si aggira attorno al 25% della spesa totale sanitaria) affinché siano utilizzate in modo più razionale.

Si passa poi questa proposta alla realtà dell'assistenza continuativa, facendone la principale mossa per il futuro finanziamento: ma la differenza cruciale è che, diversamente dalla sanità, non esiste un adeguato sistema nazionale per i non autosufficienti e che puntare sulla assicurazione privata come principale leva significa inibire la possibilità di costruirlo. Ecco perchè mi pare utile potenziare la riflessione esplicitamente finalizzata alle politiche per gli anziani non autosufficienti.

Cita l'accordo Bancari Assicurativi sulla non autosufficienza.

Vorrei brevemente integrare la parte relativa alla povertà che vede i nostri anziani quanto mai interessati.

Le diverse rilevazioni e i relativi rapporti che monitorano l'entità e le caratteristiche delle persone e delle famiglie afflitte da difficoltà economiche ci informano sistematicamente della situazione "dell'altro ieri", non "dell'oggi", ne alimentano previsioni sistematiche sul domani.

I dati Istat più recenti riguardano, infatti, il 2007 e indicano che sono in condizione di povertà relativa l' 11,1% delle famiglie residenti pari al 12,8% della popolazione italiana.

Un dato che ci deve preoccupare soprattutto per l'enfasi posto nel Libro Bianco ed anche da certe regioni sulla povertà assoluta che si afferma , a differenza della povertà relativa, richiede aiuti tempestivi e mirati.

Perché tanta insistenza sul considerare la povertà assoluta, rifiutando la "falsa teoria" della povertà relativa? Quali le ragioni di questa scelta politica, i vantaggi che essa può offrire?

Un primo vantaggio è che tale scelta ridimensiona drasticamente l'entità della quota di popolazione in condizione di povertà. Secondo l'Istat nel 2007, in Italia, 975.000 famiglie e 2.427.000 individui si trovavano in condizioni di povertà assoluta, mentre 2.653.000 famiglie e 7.542.000 individui si trovavano in condizione di povertà relativa: la differenza è consistente, da 7 a 8,7 punti in percentuali a seconda che si considerino le famiglie o gli individui.

Se in termine di rappresentazione il problema subisce un radicale ridimensionamento, anche la sua rilevanza e il suo grado di priorità nell'agenda politica possono essere declassati.

Il Libro Bianco rinvia la povertà relativa in un ambito di politiche diverso dal contrasto alla povertà, quello della riduzione delle disuguaglianze, che a sua volta non trova però alcuna attenzione ne declinazione, malgrado l'analisi empirica evidenzi la particolare consistenza di tale fenomeno nel nostro paese.

La scelta della povertà assoluta, quindi, distrae allora anche l'attenzione dal problema del contenimento delle disuguaglianze sociali, uno dei fattori che minacciano la coesione sociale sempre più spesso richiamata non solo come valore etico e sociale, ma anche come fattore di sviluppo economico.