



Welfare

NOTE, IDEE, COMUNICAZIONI, INFORMAZIONI, PROPOSTE

DEMOCRATICI DI SINISTRA
DIREZIONE NAZIONALE
DIPARTIMENTO WELFARE
DIPARTIMENTO ASSOCIAZIONISMO E
TERZO SETTORE
GRUPPO PARLAMENTARE DS – L'ULIVO

Numero 16 ● NOVEMBRE 2005

SPECIALE FINANZIARIA

La finanziaria, la salute, le politiche sociali

a cura di *Adriana Basili*

Agenda di lavoro del Dipartimento welfare.....	2
Verso la conferenza nazionale DS per il programma - volantino	3
Appunti su finanziaria e sanità 2006 – scheda riassuntiva.....	4
Le ragioni della nostra opposizione - <i>Marco Pacciotti</i>	6
Sanità - <i>Grazia Labate</i>	8
Sanità - <i>Leopoldo Di Girolamo</i>	13
Disabilità - <i>Luigi Giacco</i>	16
Politiche sociali - <i>Emiliano Monteverde</i>	18
Salute mentale - <i>Marcello Secchiaroli</i>	21
Anziani - <i>Silvia Bartolini</i>	24
Tossicodipendenze - <i>Beppe Vaccari</i>	31
Convegno Cgil-Cisl-Uil sulla legge 328 (27.09.2005) - <i>Relazione di Emanuele Ranci Ortigosa</i>	35
"I cittadini al centro della sanità" – da <i>Italianieuropei</i> n. 4/2005.....	43
Convegno DS sulle politiche del welfare (24.01.2005) - <i>Relazione di Livia Turco</i>	53
Proposta di legge di iniziativa popolare sulla non autosufficienza di Cgil-Cisl-Uil	62
Sintesi della proposta di legge di iniziativa popolare sulla non autosufficienza di Cgil-Cisl-Uil.....	67

Agenda di lavoro del Dipartimento welfare

Ai responsabili Welfare
Ai responsabili Sanità e Politiche Sociali
Ai componenti del Forum Sociale

Segnaliamo le tappe più importanti della nostra agenda di lavoro

Dal 18 al 25 novembre

settimana di mobilitazione sui temi economici-sociali contro la finanziaria

All'interno di tale mobilitazione vogliamo dare grande risalto ai temi della sanità e delle politiche sociali attraverso incontri mirati sul territorio (strutture sociali, sanitarie, ospedali) e promuovendo un intenso dialogo con i cittadini (presenza sui mercati, luoghi di lavoro, ecc.). Vi sollecitiamo a farci pervenire il programma degli incontri che riuscirete a promuovere, per darne notizia in una pagina dell'Unità. Sarà disponibile un volantino ed un numero del Bollettino Welfare contenente una documentazione sulla finanziaria.

Lunedì 12 dicembre 2005 a Roma

riunione del Forum Sociale Nazionale e dei Responsabili Sanità

per discutere l'impostazione della Conferenza Nazionale sulle politiche sociali e sanitarie

27 – 28 gennaio 2006 a Roma

1^ Conferenza Nazionale sulle politiche sociali e sanitarie

Riteniamo importante costruire un grande incontro di operatori, medici, amministratori locali, volontariato, competenze per affrontare in modo congiunto ed integrato i temi della salute e delle politiche sociali segnando così una novità ed un passo avanti nella elaborazione e nelle iniziative.

Volantino

Verso la conferenza nazionale DS per il programma

Salute e servizi sociali bene e patrimonio per il Paese

La legge Finanziaria del governo, attualmente in discussione al Parlamento, prosegue la politica “dell’abbandono” del Servizio Sanitario Pubblico e dei tagli ai servizi sociali. Tagli che colpiscono pesantemente le condizioni di vita delle persone e delle famiglie.

Ma lasciamo parlare le cifre

SANITÀ

La Finanziaria **per il 2006 taglia 4,5 miliardi di euro**, necessari per finanziare i livelli essenziali di assistenza e il rinnovo dei contratti e delle convenzioni dei medici.

Continua il taglio delle risorse per gli investimenti in sanità e nella edilizia sanitaria.

Mancano risorse per la sanità nel Mezzogiorno e per le persone anziane non autosufficienti.

Non viene risolto il problema dei medici specializzandi, quei giovani medici che con la loro attività di assistenza e ricerca consentono il funzionamento di importanti strutture ospedaliere.

Le risorse previste per la ricerca biomedica, 85 milioni di euro, tanto vantate dal ministro Storace, sono **assolutamente insufficienti** rispetto ai programmi di ricerca dell’Istituto Superiore di Sanità (la ricerca su Alzheimer e Parkinson, i programmi già attivati per la ricerca oncologica, il vaccino anti AIDS).

SERVIZI SOCIALI

La Finanziaria 2006 sferra un attacco gravissimo ai Comuni, alle Province e alle Regioni con tagli all’assistenza domiciliare, asili nido, servizi per le persone disabili, ecc.

Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali 2005, che finanzia i servizi sociali territoriali, **è stato tagliato del 50%, pari a 500 milioni di euro.**

LE NOSTRE PROPOSTE

Prevedere **risorse adeguate al Fondo Sanitario Nazionale** per garantire ai cittadini livelli essenziali di assistenza e per consentire a medici, infermieri, operatori della salute e dei servizi sociali di svolgere in modo adeguato e sereno il loro lavoro.

Prevedere **risorse per investimenti in sanità, nell’edilizia**, per l’ammodernamento tecnologico e la formazione del personale, dedicando una **particolare attenzione al Mezzogiorno** per consentire ai cittadini di questa parte del paese di non dover emigrare per curarsi.

Prevedere **un adeguato finanziamento della ricerca biomedica.**

Prevedere l’istituzione di un Fondo per realizzare **una rete di servizi di sostegno per le persone anziane** non autosufficienti e disabili.

Istituzione del reddito minimo di inserimento.

Politiche per la famiglia con il raddoppio degli asili nido, una dote per ogni figlio che nasce e una casa per i giovani

Appunti su finanziaria e sanità 2006

Scheda riassuntiva

Tremonti e Storace continuano a sostenere che con il centro-destra le risorse in sanità sono aumentate. In cifra assoluta non può che essere così dato che la crescita dei costi in sanità è connessa a tre determinanti: il progresso tecnologico, l'invecchiamento della popolazione, l'aumento dei **prezzi relativi** dei servizi sanitari che, in quanto servizi ad alta intensità di lavoro, tendono ad avere prezzi che crescono più rapidamente del livello generale.

La spesa per la sanità in Italia rappresenta il 9-10% del PIL di cui 6,6% a carico del Fondo Sanitario Nazionale e il 3-4% a carico dei cittadini per consumi aggiuntivi. Si tratta di una cifra inferiore a quella dei maggiori paesi europei e degli Stati Uniti.

In realtà, tra sottostima del Fondo Sanitario, sottostima dei costi effettivi dei livelli essenziali di assistenza, mancata copertura dei disavanzi pregressi relativi al 2004, mancato computo sul Fondo Sanitario Nazionale del costo reale del rinnovo dei contratti e delle convenzioni dei medici, **la finanziaria 2006 opera un taglio di 4,5 miliardi di euro.**

Vediamo da vicino le cifre reali (condivise da tutte le regioni):

la legge finanziaria 2005 prevede per il Servizio Sanitario Nazionale nel triennio 2005-2007 i seguenti fabbisogni finanziari (in milioni di euro):

- 2005: 88.195+2.000 (disposti nominalmente per la copertura dei disavanzi degli anni pregressi 2001-2003, ma in realtà da attribuire per la competenza 2005);
- 2006: 89.960;
- 2007: 91.759;

con un tasso di crescita annuo del 2%.

Per l'anno 2005 la stima del fabbisogno finanziario per assicurare l'erogazione di LEA si è attestata attorno ai 91 miliardi di euro.

Durante il confronto in sede di finanziaria 2005 il ministro dell'economia e delle finanze aveva valutato i 2 miliardi di euro stanziati per la copertura dei disavanzi come effettivo fabbisogno 2005 e si era impegnato a rivedere, annualmente, per il settore sanità l'incremento di crescita del 2% annuo. Il governo nel Dpef presentato a luglio, ha individuato per la sanità una **spesa tendenziale per il 2006 pari a 95.600 milioni di euro. Il disegno di legge finanziario 2006, invece, prevede l'attribuzione di 89.960 milioni di euro ai quali sono da aggiungere i 1000 milioni con modalità vincolate per un totale di circa 91.000 milioni di euro.**

Le Regioni, responsabilmente, propongono di prevedere, per il fabbisogno relativo al 2006, un aumento che assuma come base di calcolo il totale erogato nell'anno 2005 e considerato quale finanziamento dell'anno 2005 da ministero e regioni, 88 miliardi + 1.400 milioni. Su questo ammontare, calcolare una percentuale di incremento del 4%, che tiene conto dell'aumento dei costi per l'erogazione di LEA, ivi compresi gli accantonamenti per i nuovi contratti. Per tanto le risorse da attribuire **nell'anno 2006 ammonterebbero a 93.200 milioni di euro.**

Va ricordato inoltre che il governo deve contribuire a sanare il disavanzo accumulato nel 2004 da parte delle regioni calcolato in 4,5 miliardi di euro dovuti ai maggiori costi di LEA per l'anno 2004 con riferimento alla dinamica dei costi per rinnovi contrattuali scaduti.

Questo governo, infatti, a differenza dei governi dell'Ulivo ha sostanzialmente scaricato sulle regioni il costo del rinnovo dei contratti e delle convenzioni dei medici.

La finanziaria 2006 prosegue inoltre nel blocco degli investimenti in sanità. Infatti, alle decurtazioni degli anni precedenti si aggiunge per il 2006-2007-2008 una ulteriore decurtazione per l'edilizia sanitaria pari a 256

milioni di euro e per gli investimenti sanitari nei grandi centri urbani troviamo solo 96 milioni di euro.

Anche le risorse previste per la ricerca biomedica in 85 milioni di euro e tanto vantate dal ministro Storace sono assolutamente risibili se si pensa a ciò che occorrerebbe all'Istituto Superiore di Sanità per mandare avanti il vaccino anti Aids; a ciò che occorre per affrontare la ricerca sull'Alzheimer e i Parkinson nonché ai programmi già attivati per la ricerca oncologica.

Sono totalmente abbandonate le leggi che istituiscono il Fondo per gli anziani non autosufficienti e la legge D'Alema sulla sanità nel Mezzogiorno.

Recentemente il ministro Tremonti ha affermato che si potrebbero utilizzare i 3 miliardi e 600 milioni di euro che l'INAIL investe, secondo il suo Statuto, in opere per la ricerca, la sicurezza e l'assistenza.

Un miliardo e mezzo di queste risorse sono già state stanziare secondo le finalità previste dalla legge mentre la rimanente parte deve essere impegnata entro Natale.

Ti ricordo che la tua legge prevede di destinare i 2/3 di queste risorse per investimenti strutturali nella sanità nel Mezzogiorno.

Ci sono in Italia 30.000 medici specializzandi, giovani medici che con la loro attività di assistenza e di ricerca consentono il funzionamento di importanti presidi ospedalieri. Il governo neanche questa volta risolve il problema di questi giovani e si limita a stanziare 300 milioni di euro che si traduce in un aumento di 130 euro mensili sulle attuali borse di studio, senza garantire una copertura né degli oneri previdenziali, né di quelli di maternità e senza mettere a regime la natura dei loro contratti di formazione-lavoro.

Marco Pacciotti

Vice Responsabile Dipartimento welfare DS

Le ragioni della nostra opposizione

“L’Italia è un grande Paese”, con queste condivisibili parole il Presidente Ciampi ha tante volte voluto ribadire una grande verità: oltre alle innegabili bellezze paesaggistiche e artistiche, che fanno amare il nostro paese in tutto il mondo, la sua più grande ricchezza è l’inesauribile patrimonio di intelligenze e capacità delle sue cittadine e cittadini. Risorsa che messa nelle condizioni di potersi liberamente esprimere può contribuire in maniera decisiva a confermare l’Italia, una nazione piccola geograficamente parlando, una nazione grande sullo scenario internazionale. Ribadire sempre questo concetto di “grande Paese” deve essere colto come un monito verso chi lo governa o lo governerà. Le scelte da fare dovranno essere tese a operare tenendo questo impegno come stella polare, investire *in primis* sulle famiglie e le persone, affinché i talenti e le capacità di ognuno possano diventare patrimonio per tutta la comunità.

Prendere come assunto questa linea guida, spiega anche, meglio di tante tabelle e indicatori economici, il perché della nostra radicale contrarietà alla finanziaria proposta da questo Governo.

La finanziaria che ci viene proposta rischia di infliggere ferite profonde al nostro sistema di welfare e di minare alla base la possibilità di sviluppo sociale ed economico del nostro paese. Dagli studi condotti negli anni passati dalla Banca d’Italia, ai rapporti annuali dell’ISTAT più recenti, tutti evidenziano un paese meno forte economicamente, afflitto da un crescente senso di insicurezza dei cittadini nei confronti del proprio futuro e una montante sfiducia verso lo Stato. Davanti a fattori di questo genere, sarebbe lecito attendersi investimenti mirati a sostegno delle famiglie e una programmazione seria e rigorosa fatta in collaborazione con le Regioni, agli EE.LL. e alle rappresentanze

sociali ed economiche, che risponda prontamente a questo senso di abbandono e di progressivo impoverimento dei cittadini da una parte e alla effettiva stagnazione della nostra economia dall’altra. Assistiamo invece ad una manovra finanziaria che risponde a logiche esclusivamente elettorali da una parte e persegue con tenacia l’obiettivo di disarticolare il nostro stato sociale dall’altra. Credo sia giusto sottolineare con forza il tipo di cultura politica che permea tutte le scelte dell’attuale Governo, che si dimostra incapace di promuovere una efficace politica fiscale, si fa alfiere di un’idea di federalismo (devoluzione) neocentralista e priva di elementi solidaristici, interviene sul fronte welfare con tagli a regioni e comuni (6,7 % in meno, per una cifra di quasi 3 miliardi di euro) che rischiano di costringere i comuni a dover intervenire drasticamente nei tagli ai servizi sociali erogati a favore di famiglie e persone, pericolo tanto più forte nelle migliaia di piccoli comuni con meno risorse a disposizione e che rischiano il blocco totale. A questo quadro dalle tinte già fosche, si aggiunge l’assoluta inadeguatezza dei fondi messi a bilancio per il sistema sanitario nazionale. A quelli già largamente insufficienti previsti nel documento di programmazione economica e finanziaria presentato a luglio, è stato deciso di sottrarre altri 4.640 milioni di euro, passando così dai 95.600 milioni di euro ai circa 90.960. Risorse inadeguate e con tagli pesanti che penalizzeranno tutto il sistema e in particolare la possibilità di intervenire sull’edilizia sanitaria, sull’ammodernamento tecnologico, sui fondi destinati alla ricerca, infine sulla formazione di tutto il personale sanitario e finanche sulle borse di studio degli specializzandi, indispensabili per la ricerca e il funzionamento delle strutture sanitarie, che vedono aumentare il loro assegno di soli 130

euro senza alcuna copertura previdenziale né maternità contemplata. Parallelamente a questo i tagli fatti anche negli anni passati per la ricerca scientifica e reiterati anche in questa finanziaria bloccano le attività dei nostri centri di ricerca e provocano l'emigrazione dei nostri ricercatori verso l'estero con una tendenza al depauperamento della nostra comunità scientifica che assume dimensioni preoccupanti. A rafforzare le ragioni di chi decide di emigrare, basti ricordare come quest'anno l'Istituto Superiore di Sanità vedrà stanziati 85 milioni di euro per le sue attività di ricerca su AIDS, Alzheimer, Parkinson oltre a quelle già avviate nel settore oncologico, meno di quanto viene raccolto in alcune maratone televisive di beneficenza. E beneficenza è la parola chiave di questo Governo, il quale non ha nel suo dna un'idea del welfare inteso come fattore di sviluppo sociale e quindi anche economico del Paese, ma è portatore di un'idea caritatevole e residuale dello stato sociale, e di come esso debba provvedere ad intervenire a sostegno dei casi estremi di disagio, laddove il privato non intervenga perchè non vantaggioso o non vi riesca per inadeguatezza di mezzi. L'esito inevitabile di questa impostazione culturale è la sostanziale inversione dei termini di una positiva sussidiarietà fra pubblico e privato sociale promossa dai Governi di centrosinistra con la 328/2000, riproponendo implicitamente l'idea del privato che subentra al pubblico, con quest'ultimo che si attesta su posizioni di intervento residuale. A testimonianza di questa scelta di welfare residuale vanno ricordate le recenti proposte sul **5 per mille** e del **Reddito di Ultima Istanza** in sostituzione del **Reddito Minimo d'Inserimento** o il **fondo di sostegno alle famiglie e alla solidarietà** (limitato solo al 2006) o anche la scelta di investire solo sugli asili aziendali a fronte della endemica mancanza di strutture (specie nel Mezzogiorno) analoghe, in Italia, infatti, ve ne sono solo 3.800 a cui bisogna aggiungere circa 700 servizi integrati. Questi gli interventi in "positivo" a fronte dei tagli previsti. Provvedimenti *una tantum* e di

carattere assistenzialistico accompagnati da tagli pesanti a ricerca, welfare locale, sistema sanitario nazionale, alcuni dei pilastri portanti del nostro stato sociale.

Questa finanziaria si presenta quindi non solo come largamente insufficiente sotto il profilo delle risorse economiche e delle priorità di intervento, trascurando peraltro il Mezzogiorno d'Italia, ma denota un profilo culturale pericoloso, che si fa portatore di una visione del welfare inadeguata e arcaica rispetto ai mutamenti avvenuti nella società negli ultimi anni e che anziché mettere al centro delle proprie attenzioni il cittadino, il suo benessere e le proprie esigenze in un'ottica di promozione della persona e delle famiglie, sceglie di usare il metro del bilancio come parametro unico per individuare le priorità di intervento, non investe su quei servizi che permettono a donne e uomini di essere liberi di poter scegliere il proprio futuro con maggiori certezze e non risponde a quel monito rivolto a chi governa dal Presidente Ciampi implicito nel definire il nostro Paese, un grande Paese.

Noi DS riteniamo che il nostro sia un Paese con le risorse umane ed economiche sufficienti per poter guardare al futuro con più certezze, c'è bisogno di liberare le potenzialità esistenti e di pensare ad uno stato sociale che intervenga promuovendo le persone e le famiglie, generando quindi sviluppo. Questo sarà lo spirito delle proposte che presenteremo agli italiani nell'ambito della **campagna "Vivere meglio"** durante la **settimana di mobilitazione sui temi economico-sociali contro la finanziaria** che avremo dal **18 al 25 di novembre**. Incontreremo milioni di donne e uomini in tutta Italia ai quali faremo conoscere la nostra idea di welfare come motore di sviluppo, di un paese dove la coesione sociale sia il metro di misura principale della nostra futura azione di governo, la volontà quindi di tornare a credere nei nostri cittadini, investendo su di essi per poter tornare a dire che il nostro è un grande Paese.

Grazia Labate
Capogruppo DS Commissione Affari Sociali Camera dei Deputati

Sanità

L'azione di Governo, nella Finanziaria 2006 è caratterizzata da illusionismo contabile, centralismo vincolistico nei confronti delle Regioni e campagna mediatica sul Fondo sanitario che aumenterebbe.

In realtà, con questa finanziaria, si opera un taglio di 4,5 miliardi di Euro.

Non si tiene conto dei costi effettivi dei livelli essenziali di assistenza; non si affronta la copertura totale dei disavanzi pregressi relativi all'anno 2004; si consolida la sottostima del Fondo Sanitario Nazionale (FSN). Si invadono le competenze regionali, innescando procedure cogenti per le regioni al fine di accedere alla disponibilità delle risorse; si evoca il problema delle liste di attesa legandole al possibile uso delle risorse dei disavanzi pregressi.

Il miliardo di Euro di incremento del FSN è legato a precisi adempimenti.

Altro che federalismo; la vocazione centralistica del Governo è animata dallo "spirito di vendetta" sulla quasi totalità delle Regioni governate dal Centro sinistra. Si torna indietro sulle procedure di adozione del Piano Sanitario Nazionale, emanando Decreti Ministeriali a valanga, che vanno dalla definizione dei criteri e delle modalità di certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie alla normazione delle modalità che attengono i rapporti Stato-Regioni, fino al vincolo di un numero minimo di posti letto per l'utilizzo delle risorse ex Art. 20 della Legge 67 peraltro decurtate.

Si fa obbligo perfino di cedere le attrezzature dismesse all'associazione "Ospedali Italiani nel Mondo" senza tenere conto delle numerose iniziative già attuate dalle Regioni.

**ANALIZZIAMO I CONTI E LE CIFRE
PREDISPOSTE**

La Legge Finanziaria 2005 prevedeva per il SSN, per il triennio 2005/2006/2007 i seguenti fabbisogni finanziari in milioni di Euro con un tasso di crescita annuo del 2%:

2005 → 88.195 + 2.000 (previsti per la copertura dei disavanzi 2001/2003 ma in realtà attribuiti alla competenza 2005 per suddividere il fondo di quest'anno in percentuale equa tra tutte le regioni);

2006 → 89.960;

2007 → 91.759.

Per il 2005 il fabbisogno finanziario per garantire gli attuali livelli di assistenza si è attestato su 91 miliardi di Euro. L'allora Ministro Siniscalco, in sede di confronto Stato Regioni per la Finanziaria 2005 ammise che i 2 miliardi di Euro stanziati per la copertura dei disavanzi, in realtà bisognava considerarli come effettivo fabbisogno 2005 e pertanto si impegnava a rivedere annualmente per la Sanità un incremento di crescita del 2% l'anno.

Lo stesso Ministro, nel DPEF di luglio, individuava per la sanità una spesa tendenziale per il 2006 pari a 95.6 miliardi di Euro.

La Finanziaria 2006 con Tremonti e Storace si rimangia tutto e prevede 89.960 milioni di Euro ai quali aggiungere 1.000 milioni a cui accedere con modalità vincolate per le Regioni, per un totale di 90.960 milioni di Euro.

La verità è che per calcolare il fabbisogno relativo all'anno 2006 occorrerebbe assumere come base di calcolo il totale erogato nell'anno 2005, considerato come finanziamento dell'anno in corso da Ministero e Regioni in 88 miliardi di Euro + 1.400, come concordato nel riparto del Fondo 2005 e su questo ammontare calcolare una percentuale di incremento del 4%, che tiene

conto dell'aumento dei costi rispetto all'indice di inflazione per erogare i LEA, ivi compresi gli accantonamenti per i nuovi contratti. Le risorse quindi da attribuire all'anno 2006 per essere realistiche devono ammontare a circa 93.200 milioni di Euro.

Inoltre restano da definire alcune questioni aperte per l'anno 2004. Infatti da quanto concordato dalle Regioni con il Ministero dell'Economia durante la discussione della Finanziaria 2005 rimane da definire il problema della copertura degli oneri derivanti dal rinnovo delle convenzioni per i medici di medicina generale e per i pediatri di libera scelta e dei contratti della dirigenza medica tecnica ed amministrativa, per quel che riguarda il peso di questi oneri al fine del pieno finanziamento dei livelli essenziali di assistenza. Dalla stima effettuata dalle Regioni il valore del disavanzo per il 2004 ammonterebbe a circa 4.5 miliardi di Euro dovuti proprio per i maggiori costi dei LEA per il 2004, in riferimento all'incidenza dei costi dei rinnovi contrattuali scaduti nel 2005, ma che hanno il loro peso come effettiva imputazione al 2004, 2005, 2006.

Inoltre è necessario verificare i costi da attribuire allo sfondamento del tetto della spesa farmaceutica in considerazione del fatto che è ancora aperta la questione relativa alla copertura da parte dell'industria del 60% e da parte delle Regioni del 40%. Rimane anche non definita la questione della copertura dei disavanzi degli IRCCS dei Policlinici Universitari e delle Aziende Miste sempre per l'anno 2004. Una particolare attenzione va rivolta alle Aziende Miste, poiché il decreto di Riparto dei Disavanzi non ha tenuto conto per esse dei disavanzi relativi agli anni 2001-2003.

Occorre inoltre ribadire che le Regioni nella richiesta di parere al DPF 2005 relativa alla modalità di erogazione delle somme attribuite per il FSN, affermarono che le somme ripartite non dovessero essere inferiori al 95% del fabbisogno loro assegnato, senza alcun vincolo, mentre il restante 5% fosse subordinato alla verifica degli adempimenti di parte regionale derivanti dall'accordo 23 Marzo 2005, da monitorare ad uno specifico

tavolo Stato Regioni. Ciò in ragione del fatto che una inferiore erogazione di risorse rispetto al 95% con il mix di disposizioni vincolistiche finisce con l'indebitare le Regioni secondo l'antico schema delle anticipazioni bancarie.

Le modalità con cui questa finanziaria consente alle Regioni di usare sia l'incremento del FSN che i 2 miliardi a ripiano dei debiti pregressi sono vincolanti e cogenti: riduzione dei posti letto e dei ricoveri ospedalieri, incremento del ricorso al day hospital e assistenza domiciliare non sono concordati con le Regioni in base ai loro specifici piani riorganizzativi, ma come vincoli imposti dallo stato centrale che non tiene conto delle diversità regionali e di criteri di razionalizzazione, ma solo secondo una logica di razionamento destinata a sfociare, in mancanza di risposte assistenziali per la popolazione sul territorio ad una diminuzione del diritto alla salute.

L'accesso ai 2 miliardi di ripiano è subordinato all'espressione, entro il 31 marzo 2006, di due intese da parte della conferenza unificata.

Una sullo schema di PSN 2006/2008 e una che preveda la realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal Piano Nazionale del Contenimento dei Tempi di Attesa che contempla una serie di adempimenti. Tra questi, l'individuazione da parte delle Regioni dell'elenco di prestazioni fruibili dai cittadini per le quali siano fissati nel termine di 90 giorni dalla stipula dell'intesa i tempi massimi di attesa da parte delle singole Regioni. Inoltre viene fatto divieto per le aziende sanitarie di sospendere la prenotazione delle prestazioni (la cosiddetta agenda chiusa) divieto accompagnato da una sanzione amministrativa per chi non lo rispetti, che va dai 1.000 ai 6.000 euro. Ed infine multa da 5.000 a 20.000 Euro anche per chi non ottemperi all'obbligo della tenuta dei registri delle prestazioni. Infine spetterà al Ministro della Salute entro 120 giorni dall'approvazione della finanziaria emanare un Decreto che istituisce la Commissione Nazionale sulla appropriatezza delle prescrizioni.

La Finanziaria 2006 sbloccherebbe inoltre le risorse del federalismo fiscale per 12 miliardi di euro complessivi che erano state bloccate con il congelamento del Decreto Legislativo 56/2000. Il riparto di questa somma avverrà con un Decreto del Ministro dell'Economia da emanarsi, sentite le Regioni, entro il mese di Marzo 2006.

Troviamo in Finanziaria anche alcuni stanziamenti per i medici specializzandi (300 milioni di Euro complessivi che includono altri capitoli di spesa) che occorre dire non risolvono in nessun modo l'annosa vicenda dei contratti di formazione lavoro a cui avrebbero diritto, ma ripropongono un misero aumento di 130 Euro mensili sulle attuali borse di studio senza copertura né degli oneri previdenziali che di quelli di maternità.

Anche le risorse previste per la ricerca biomedica in 85 Milioni di Euro e tanto vantate dal Ministro Storace sono assolutamente risibili se si pensa a ciò che occorrerebbe all'Istituto Superiore di Sanità per mandare avanti il vaccino anti AIDS; a ciò che occorre per affrontare la ricerca su Alzheimer e Parkinson nonché ai programmi già attivati per la ricerca oncologica. Non c'è traccia nella Finanziaria dei famosi "Accordi di Programma" strombazzati da Storace con le industrie farmaceutiche, patti bilaterali che a fronte del riconoscimento di un premio di prezzo da parte dello Stato dovrebbero prevedere l'impegno dell'industria a fornire una serie di parametri sugli investimenti in Ricerca e Sviluppo.

Il parere favorevole espresso dal Governo sugli Atti di indirizzo per il Contratto Collettivo Nazionale per il comparto Sanità, relativo al personale non dirigente e alla aree della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria tecnica e amministrativa per il biennio economico 2004 2005 debbono trovare il necessario supporto nell'apertura delle trattative, Aran Sindacati, ma nutro il sospetto che la copertura contrattuale non sia contenuta nel Capitolo riguardante le risorse sul Pubblico impiego poiché giace ancora presso la Corte dei Conti il controllo sul biennio 2001-2003 e le cifre predisposte per il secondo biennio mi fanno precludere che la Corte stia effettuando un serio controllo sulle

effettive coperture finanziarie contenute nella manovra 2006.

Se guardiamo poi alla politica degli investimenti in Sanità non possiamo non notare che alle decurtazioni degli anni precedenti si aggiunge per il 2006, 2007 e 2008 una ulteriore decurtazione per l'edilizia sanitaria pari 256.000 milioni di Euro (tab. E) e per gli interventi sanitari nei grandi centri urbani troviamo in tab. F solo per il 2006 96 milioni di Euro a cui non si sono mai aggiunti i 400 milioni decurtati nella Finanziaria 2003 che servirono per pagare parte del deficit Alitalia. L'accantonamento in tab. A di 341.963 milioni di Euro è in realtà comprensivo della nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale di emoderivati, e copre le disposizioni che derivano dalle nuove norme concernenti il divieto delle pratiche di mutilazione sessuale, la nuova Legge che prevede indennizzi a favore di soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie e per quella parte di borse di studio per i medici specializzandi cui accennavo prima.

Come è noto la Finanziaria parte quest'anno dal Senato e quindi occorrerà attrezzarsi congiuntamente con i colleghi senatori per predisporre emendamenti comuni al fine di limitare i pesanti danni che si abbattono sul Servizio Sanitario Nazionale. In sintonia con le Regioni dovremmo prevedere un emendamento di aumento del Fondo o sul tendenziale, 95,6 miliardi di Euro o sul 2005 erogato + il 4% di incremento, pari a 93.200 milioni di Euro;

Per gli investimenti almeno 3 miliardi di Euro in più rispetto alla quota prevista affinché si possano portare a compimento i piani di investimento o di innovazione tecnologica avviati dalle Regioni;

Dovremmo avanzare l'idea di un Piano Straordinario per gli Investimenti con particolare riguardo al Mezzogiorno, finanziato in 10 anni con ricorso alla BEI, ai Fondi INAIL (rivedendone gli attuali criteri di utilizzazione per destinarli in modo prioritario alla Sanità), e a soggetti privati secondo le modalità di *Project Financing* al fine di

ammodernare le strutture e le tecnologie degli ospedali e del territorio che soffrono di un grave squilibrio Nord Sud.

Potremmo anche avanzare emendamenti di natura fiscale che potrebbero vedere applicato al settore Sanitario un regime di esenzione dell'IVA sulle forniture; per le Regioni in particolari difficoltà si potrebbe prevedere un Piano Straordinario di rientro programmato almeno triennale per raggiungere l'equilibrio di bilancio; prevedere un emendamento a copertura della Legge 210, poiché le somme erogate dal governo per gli anni 2003, 2004 2005 non corrispondono alle somme anticipate e rendicontate dalle Regioni per ogni anno; un emendamento che si faccia carico di coprire i costi in materia di medicina penitenziaria poiché a seguito della sperimentazione relativa al passaggio di competenza alle Regioni, vi sono oneri che di fatto sarebbero a carico del Ministero della Giustizia, che sono di fatto sopportati dalle Regioni medesime; occorre approntare un emendamento congruo per il contratto di lavoro dei medici specializzandi ed un emendamento che preveda una modifica legislativa che consenta di concordare con il Ministero dell'Università le proposte di offerte formative per le professioni sanitarie non mediche e per le specialità mediche in considerazione delle esigenze dei Servizi Sanitari Regionali. Attualmente le regioni concordano con il Ministero della Salute il fabbisogno reale ma il Decreto di Offerta del MIUR non essendo concordato con le Regioni è sempre al di sotto delle necessità e delle specificità. Infine occorre fare un emendamento ad integrazione dell'articolo 50 comma 10 del DL 30/9/2003 N. 269 per consentire anche alle Regioni di ricevere dal Ministero dell'Economia e delle Finanze i dati con il Codice Fiscale dell'assistito del prescrittore al fine di consentire anche alle Regioni di effettuare i controlli finalizzati a verificare l'uso efficiente ed efficace delle risorse sanitarie. Infine se passiamo ad esaminare il Decreto Legge collegato alla Finanziaria troviamo agli articoli 8 e 9 due argomenti di interesse sanitario. All'articolo 8 comma 3 è inserita la norma di proroga dal 31 Dicembre 2005 al 30 Giugno 2006 del termine per il

completamento, sull'intero territorio nazionale, del processo di istituzione e consegna della tessera sanitaria. Si ricorda che alla tessera sanitaria, che reca il codice fiscale del titolare, anche in codice a barre nonché in banda magnetica è connesso un nuovo sistema di rilevazione dei dati relativi all'utilizzo delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale. Su questo argomento, come ho precedentemente detto sarà opportuno approntare un emendamento per mettere in rete il sistema di controllo a livello regionale.

L'articolo 9 richiede alcuni adempimenti finanziari e contabili da parte delle Regioni. Tali adempimenti sono posti come condizioni ai fini dell'attribuzione alla Regione della quota integrativa di concorso statale al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale. Gli obblighi in esame consistono nella costituzione del proprio bilancio degli accantonamenti relativi alla copertura degli oneri derivanti dal rinnovo dei contratti collettivi nazionali per il personale dipendente del SSN e degli accordi collettivi nazionali per il personale convenzionato con il medesimo servizio; un altro accantonamento riguarda i contratti collettivi nazionali concernenti il biennio economico 2004 2005 della dirigenza medico veterinaria dei ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo e del personale del comparto del SSN. Ancora una volta il regime vincolistico degli accantonamenti, accompagnato alla lentezza dei trasferimenti e alla non congruità del ripiano dei disavanzi e del Fondo Sanitario Nazionale dimostra quali norme capestro vengono ad abbattersi sulle Regioni.

L'ATTACCO POLITICO AL WELFARE

Esso si sostanzia nel gravissimo attacco al Sistema delle Autonomie Locali, che con la Finanziaria 2006 subiscono un pesante taglio, non già come afferma il Governo del 6,7%, ma in realtà di almeno dell'11-12 % se si considerano i tagli ai Comuni, quelli a carico delle Regioni e delle Province nonché, come ho già detto, la sottostima della Spesa Sanitaria.

La manovra si accompagna con la previsione nella Finanziaria 2006 di una dotazione per il capitolo “Sostegno alle Famiglie e alla Solidarietà” di 1,14 miliardi di Euro per il solo 2006.

L'articolo 44 del DDL sulla Manovra Finanziaria stabilisce unicamente l'istituzione di un Fondo presso il Ministero dell'Economia, finalizzato ad assicurare interventi volti al sostegno delle famiglie e della solidarietà per lo sviluppo socio-economico. La mancata destinazione delle risorse viene rinviata al confronto parlamentare. Immagino perciò che vi sarà un Maxi Emendamento del Governo nel quale si effettueranno le scelte. È evidente che l'esiguità del Fondo e il riferimento al solo 2006 consentirà al Governo finalizzazioni in forma di una tantum e di segno elettorale. Non a caso gli interventi prospettati, nel dibattito politico di queste settimane, parlavano di bonus per i pensionati, bonus per l'acquisto dei libri di testo, bonus per il secondo figlio, nessun accenno a ipotesi strutturali sui redditi familiari o sugli anziani a carico non autosufficienti che sfuggono alla logica di questo governo come interventi di natura strutturale per affrontare le sfide della povertà, della fragilità e della cronicità della popolazione anziana. Se a ciò si aggiunge che il 2005 è stato un anno povero per le politiche di welfare in cui gli interventi a sostegno delle responsabilità familiari e di promozione dei servizi sociali sono stati sacrificati in favore della riduzione della pressione fiscale e che nella Finanziaria 2005 il miliardo e 300 milioni di Euro stanziato per il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali ha visto l'utilizzo di circa 700 milioni di Euro dall'INPS per i diritti soggettivi e 45 milioni di Euro dai Comuni per progetti legati alla

Legge sull'Infanzia. Di fatto per le Regioni e lo sviluppo della rete dei Servizi Sociali sono rimasti 550 milioni di Euro, che rapportati al finanziamento dell'anno 2004 corrispondono ad un taglio di circa il 50%. Infine per il volontariato si prevede in via sperimentale per il 2006 che una quota del 5 per mille del gettito IRPEF potrà essere destinata su scelta del contribuente al sostegno al volontariato, al finanziamento della ricerca scientifica e sanitaria, alla ricerca dell'università o ad attività sociali svolte dal Comune di residenza. Sarà un Decreto a stabilire in un secondo tempo le modalità di richiesta delle somme da parte dei beneficiari, la lista dei soggetti ammessi al finanziamento e le modalità di ripartizione di fondi. Occorre innanzitutto rilevare che il possibile importo è certamente molto esiguo, infatti, il 5 per mille sul gettito IRPEF 2005 corrisponderebbe a circa 660 milioni di Euro, quota decisamente insufficiente rispetto alle finalizzazioni previste. Si tratta quindi di una goccia nel mare che lascia molti dubbi sul decreto su accennato denso di discrezionalità e di distribuzione a pioggia usato in senso prettamente elettorale.

Nulla per quanto riguarda le politiche dell'handicap, il reddito minimo di inserimento, le politiche di inclusione per la popolazione immigrata.

È evidente dunque che occorrerà accompagnare la battaglia politico-parlamentare con grandi iniziative di massa in tutto il paese per smascherare la doppiezza di un Governo che alla necessità di una politica di rigore e sviluppo oppone una Finanziaria di trucchi e illusioni facilmente smascherabili con le cifre e la dura realtà nella quale il nostro Paese si trova a vivere questa difficile transizione.

Leopoldo Di Girolamo

Capogruppo DS Commissione Igiene e Sanità - Senato della Repubblica

Sanità

La legge finanziaria 2006 continua nella politica di definanziamento del S.S.N., aumentando i rischi di collasso dell'intero sistema. Vogliamo innanzitutto ricordare come, secondo l'OCSE, i tassi di crescita tendenziali della spesa sanitaria nei Paesi più evoluti sia da misurare nei termini dell'8% annuo.

Tale crescita, come sappiamo, è fortemente condizionata da due fattori quali l'invecchiamento della popolazione e l'innovazione tecnologica nei quali il nostro Paese è fortemente coinvolto. È noto che il profilo per età di consumo sanitario mostra un andamento che vede un massimo assoluto nell'età avanzata (ad esempio un ultraottantenne consuma cinque volte di più rispetto ad un quarantenne per quanto riguarda i servizi sanitari), un massimo relativo nell'età pediatrica ed un picco relativo, per il sesso femminile, nell'età feconda. L'innovazione tecnologica, a sua volta, sottoforma soprattutto di innovazione diagnostica e terapeutica (farmacologica e non) determina un aumento medio dei costi superiore al 10% annuo. Se teniamo presente che il tasso di invecchiamento tendenziale sta portando l'Italia al 3° posto nel mondo per percentuale di anziani rispetto alla popolazione totale e che il rinnovamento tecnologico è una necessità indispensabile per assicurare, specie in alcune aree del paese, servizi sanitari di qualità ai nostri cittadini, il nostro Paese si dovrebbe collocare nella parte alta della crescita. Ed invece, dal 1998 al 2003, la crescita media annua italiana è stata di 3,8%, di fronte ad una media OCSE del 4,5%.

Nel 2004 la spesa per la salute in Italia è stata nell'ordine dell'8,4 del P.I.L., vicina alla media OCSE, ma notevolmente inferiore a quella dei Paesi più avanzati (USA 15%,

Svizzera 11,5%, Germania 11,1%, Francia 10,1%, Canada 9,9%, Belgio 9,6%, Svezia 9,4% etc), e circa i ¾ della spesa sono a carico del pubblico (Stato + Regioni). Questa politica di definanziamento ha portato a far sì che si accumulassero disavanzi importanti. Secondo la relazione Generale sulla situazione economica del Paese il disavanzo dal 2001 al 2004 è dell'ordine di 12 miliardi di euro, senza contare i costi dei rinnovi contrattuali per la dirigenza medica e le convenzioni. Questo malgrado negli ultimi anni le Regioni abbiano fatto uno sforzo enorme per coprire i debiti pregressi, trasferendo al settore sanità risorse proprie dell'ordine di oltre 15 miliardi di euro. La situazione finanziaria quindi è grave e rischia di portare al collasso non solo il Servizio Sanitario Nazionale, ma lo stesso sistema delle istituzioni locali, tenendo conto che la spesa sanitaria rappresenta oltre i 2/3 della spesa delle Regioni ed una quota di circa il 43% del complesso della spesa delle amministrazioni locali (Regioni, Province, Comuni, altre amministrazioni pubbliche). Per questo il Governo nel determinare le risorse finanziarie disponibili per il S.S.N., aveva preventivato, in due DPEF, quello 2005–2008 e quello 2006–2009, livelli di finanziamento più vicini alle necessità, salvo poi smentire tutto con la Finanziaria 2005 che al comma 164 riduceva nuovamente, in maniera molto marcata, i finanziamenti previsti per il 2005 (- 5 miliardi di euro), per il 2006 (- 5,6 miliardi di euro) e per il 2007 (-7 miliardi di euro).

La legge finanziaria 2006 pertanto prevede un finanziamento di 89.960 milioni di euro, al quale vanno aggiunti 1000 milioni di euro con modalità fortemente vincolate. Inoltre si dispone la autorizzazione di 2000 milioni di

euro quale regolazione debitoria per il concorso al ripiano dei disavanzi degli anni 2002 – 2004. Ricordiamo che per l'anno 2005 la sola stima del fabbisogno finanziario per assicurare l'erogazione dei LEA si è attestata intorno ai 91.000 milioni di euro, tanto che lo stesso Siniscalco, in sede di audizione per la finanziaria del 2005, ammise che i 2000 milioni di euro allora stanziati per la copertura dei disavanzi andavano considerati come effettivo fabbisogno 2005. Resta inoltre aperta la questione delle erogazioni delle risorse delle precedenti finanziarie che venivano vincolate alle verifiche degli adempimenti regionali da parte di uno specifico tavolo e che sono pari, per gli anni 2002–2005, a circa 12.700 milioni di euro.

Le Regioni, responsabilmente, tenendo conto della difficile situazione economica del Paese hanno richiesto uno stanziamento pari a 93.200 milioni di euro.

Restano aperte diverse partite relative all'anno 2004, quali la copertura degli oneri dei nuovi contratti e convenzioni, i LEA, i disavanzi degli IRCCS, dei Policlinici Universitari e delle Aziende miste (per le quali resta indefinita anche la copertura degli anni dal 2001 al 2003), per una stima che si aggira sui 5000 milioni di euro.

Lo stesso servizio Bilancio del Senato, nel suo dossier giudica notevolmente sottostimate le risorse messe a disposizione per la sanità nel 2006, chiedendo inoltre chiarimenti sia sulle risorse aggiuntive che dovrebbero essere messe a disposizione dalle Regioni (500 milioni di euro da parte delle Regioni a statuto speciale e 1250 milioni di euro da parte delle altre) sia sui 500 milioni di euro previsti per la copertura dei rinnovi contrattuali.

Non viene definita la responsabilità economica in materia di medicina penitenziaria, dato che dopo l'avvenuto passaggio di competenze, il Ministero della Giustizia non ha dato seguito al trasferimento delle risorse.

Rimane aperto il problema relativo ai contratti di lavoro per i medici

specializzandi, data l'insufficienza delle somme stanziare. Insufficienti risultano anche le risorse previste per il pagamento degli indennizzi previsti dalla legge n. 210/92 per i danneggiati da trasfusioni e vaccinazioni.

Riguardo alla politica degli investimenti in sanità, alle decurtazioni già operate con le precedenti leggi finanziarie si aggiunge per il 2006-2007 e 2008 una ulteriore decurtazione per l'edilizia sanitaria pari a 256 milioni di euro (tab. E) e per quanto riguarda gli interventi di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri abitati si prevedano solo 96 milioni di euro, non recuperando i 400 milioni decurtati dalla Finanziaria 2003 per pagare parte del deficit Alitalia.

I fondi occorrenti per il pensionamento degli Enti di ricerca: ISS., ISPEL etc, sono ulteriormente ridotti.

Non viene affatto risolta la questione della copertura della assistenza agli immigrati, regolarizzati, il cui costo pro-capite viene riconosciuto solo nella misura del 50% dell'effettivo.

Lo stesso aumento delle risorse previste per la ricerca biomedica, pari ad 85 milioni di euro, pur apprezzabile, è del tutto insufficiente a coprire le necessità degli importanti progetti di ricerca attivati, in particolare dell'ISS.

Più nello specifico:

1. per il personale viene prevista una riduzione della spesa pari ad 800 milioni di euro annui stabilendo (art. 30) che le spese per lo stesso non superino per il 2006, 2007 e 2008, l'ammontare del 2004 diminuito dell'1%. Per quanto riguarda l'utilizzo di personale a tempo determinato, dal novero degli enti che hanno fatte salve le assunzioni a tempo determinato e la stipula di contratti di collaborazione coordinata e continuativa, sono esclusi gli Istituti Zooprofilattici sperimentali e gli IRCCS.

2. l'erogazione dei mille milioni di euro aggiunti avverrà, tramite decreto, solo dopo la stipula di accordi con le Regioni volti alla

individuazione di specifici obiettivi di riduzione della dinamica della spesa.

3. l'accesso ai 2000 milioni di concorso al ripiano dei disavanzi pregressi è subordinato sia all'espressione dell'Intesa sullo schema di PSN 2006 – 2008, sia soprattutto alla stipula di una Intesa sulla realizzazione del Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa, che contempla tutta una serie di adempimenti coercitivi delle autonomie regionali, ma che soprattutto non hanno nulla a che vedere con la questione dei disavanzi pregressi. Se si voleva fare una cosa corretta e non demagogica sulla questione reale delle liste di attesa, si sarebbe dovuto pensare ad un Piano realmente concertato fra Stato e Regioni e provvisto dei finanziamenti adeguati a rimuovere le cause strutturali che determinano l'allungamento dei tempi di attesa.

4. con l'art. 39 vengono introdotte tutta una serie di misure ordinarie, alcune condivisibili (inserimento dei prodotti monouso per stomizzati ed incontinenti e per le lesioni da decubito fra quelli erogabili) ed altre invasive della autonomia regionale o palesemente errate.

Nello specifico:

a. al comma 1 è previsto che le risorse residue delle Regioni in attuazione dell'art.20 legge 11 marzo 1998, n. 67, vengono destinate a presidi per acuti con numero di posti letto non inferiore a 250 e presidi per riabilitazione e lungadegenza con numero di posti letto non inferiore a 120

b. al comma 2 che le attrezzature dimesse e da donare ai Paesi in via di sviluppo, vengano conferiti

all'Alleanza degli Ospedali nel mondo che poi provvederà a ripartirle

c. al comma 4 è prevista la realizzazione di un Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (SiVeAS)

d. al comma 7 si dispone l'obbligo della certificazione di bilancio

e. al comma 8 viene stabilito un tetto massimo di rimborsabilità e compensabilità fra le Regioni, con esclusione dell'oncologia e delle alte specialità

f. al comma 9 si prevede la rimodulazione delle prestazioni comprese nei LEA per incrementare quelle erogate in regime ambulatoriale.

Buona parte di queste misure, secondo il Servizio Bilancio comporterebbero nuovi oneri e quindi sarebbero privi di copertura.

Infine, allegato alla Finanziaria c'è il Decreto Legge fiscale (A.S. 3617) che prevede all'art. 8 una norma che proroga dal 31 dicembre 2005 al 30 giugno 2006 il termine per la consegna della tessera sanitaria a tutti i cittadini, senza però correggere il fatto che i dati rilevati restano nella disponibilità del solo Ministero dell'Economia.

L'art. 9 obbliga le Regioni a costituire accantonamenti in bilancio delle somme relative alla copertura degli oneri derivanti dal rinnovo dei contratti collettivi nazionali per i dipendenti e convenzionati con il S.S.N., nonché della dirigenza medico-veterinaria, mettendo quindi in capo alle Regioni un vincolo economico che il Governo non onora con risorse adeguate.

Luigi Giacco

Commissione Affari Sociali – Camera dei Deputati
Responsabile Politiche per la Disabilità del Dipartimento welfare DS

La condizione di disabilità: tra tutele e opportunità

Perché intitolare il seminario sulla condizione di disabilità tra tutela e opportunità?

In primo luogo l'esigenza di avviare una riflessione seria ed approfondita sul ruolo sociale che assume la persona dal momento che si trova in situazione di disabilità.

In secondo luogo fornire uno spazio di riflessione sui modelli organizzativi possibili, in una visione di welfare attualizzato al fine di fornire risposte sempre più adeguate agli effettivi bisogni che ogni condizione di disabilità esprime.

In terzo luogo favorire un dibattito serio e ragionato sulla problematica dell'integrazione scolastica, lavorativa e nel contesto sociale.

Siamo un Paese ancora all'avanguardia in materia di integrazione, ma sono ancora molti i passi da compiere e le barriere da rimuovere per chi pensa all'integrazione come un valore da perseguire.

Innanzitutto occorre, come già evidenziato dalla riflessione scientifica, porre attenzione sulle risorse, sulle capacità della persona disabile più che sulla sua menomazione.

L'enfasi posta nelle risorse, sulle capacità e sulle opportunità agiscono da "riduttori" della disabilità.

La situazione attuale vede a favore delle persone disabili un numero significativo di leggi nazionali, regionali, regolamenti e decreti attuativi che risentono del contesto socio-culturale e politico, degli anni in cui sono state approvate, ed a volte non sono pienamente coerenti tra loro.

Oggi necessita una disamina della normativa vigente in materia di disabilità per giungere alla definizione di un Testo Unico che racchiuda e aggiorni la legislazione in questo settore, tramite un tavolo tecnico interistituzionale tra Stato e Regioni per

arrivare quanto prima a proposte concrete e che diano certezza delle esigibilità dei diritti. Altro ruolo da affrontare è il monitoraggio e l'effettiva attuazione della norma.

E' forte l'esigenza di accrescere i sistemi di controllo e verifica se si vuole progredire nel perseguimento dei diritti e delle opportunità delle persone con disabilità.

Occorre rilanciare il capitolo delle opportunità, senza andare a discapito di quello delle tutele, che permettono alle persone disabili, che vivono nel 2005, di esser integrate nella scuola, nel lavoro, e di poter disporre di servizi e prestazioni per una vita indipendente.

Accanto a questo necessita un Piano di interventi integrati per tutte le persone non autosufficienti finanziato da un Fondo nazionale specifico.

Certamente l'attuazione della legge quadro 328/2000 soprattutto per quanto riguarda l'art. 14, che prevede Progetti individuali per le persone disabili, l'attuazione della delega prevista all'art. 24 per il riordino degli emolumenti derivanti da invalidità civile, cecità e sordomutismo nonché la definizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza su tutto il territorio nazionale, sono condizioni fondamentali per una politica seria e circostanziata che sappia dare risposte concrete alle persone disabili.

Non si può non rilevare, come in questa legislatura, al di là delle promesse fatte in occasione della Conferenza Nazionale di Bari, il Governo abbia fatto ben poco in questo settore. La Legge Finanziaria 2006 si sostanzia nel gravissimo attacco al sistema delle Autonomie Locali con un pesante taglio e prevede un Fondo presso il Ministero dell'Economia di 1,140 miliardi di euro finalizzato ad assicurare interventi al

sostegno della famiglia e della solidarietà per lo sviluppo socio-economico.

E' evidente che l'esiguità del Fondo e il riferimento al solo 2006 consentirà al Governo finalizzazioni in forma di un tantum e di segno elettorale attraverso dei piccoli incentivi per i neonati, per le famiglie con minori disabili, per le famiglie che iscrivono i propri figli nelle scuole private, per l'acquisto della casa per le giovani coppie e per gli asili nido. Gli interventi previsti a favore della famiglia sono privi di una strategia coerente in grado di incidere sulla progressiva marginalizzazione della famiglia italiana. Quello che occorre sono interventi strutturali che vadano dai servizi per gli anziani, portatori di handicap, le famiglie meno abbienti fino ad una detassazione per i nuclei familiari più numerosi.

Al Senato abbiamo presentato alcuni emendamenti alla Legge finanziaria, a favore dei disabili, che prevedono l'incremento del Fondo per il diritto al lavoro, il superamento del divieto del cumulo, l'aumento della pensioni ed uno stanziamento per l'eliminazione delle barriere architettoniche.

Ritengo prioritario costituire, a livello istituzionale un tavolo di incontro e confronto periodico con le Associazioni del mondo della disabilità.

Solo dal loro coinvolgimento e dalla loro partecipazione si possono rilevare i bisogni e predisporre gli interventi per la loro soddisfazione.

Mi permetto anche di lanciare l'invito affinché le Associazioni storiche, che hanno un patrimonio e un bagaglio notevole di esperienza, e le altre Associazioni, di più recente costituzione, possano confrontarsi per un percorso comune nel futuro, così da elaborare insieme una proposta, che salvaguardando la specificità delle diverse minorazioni, sappia confrontarsi in modo forte con le varie realtà istituzionali.

In questo contesto ritengo, quanto mai opportuno che le Associazioni predispongano corsi di Formazione ed

aggiornamento per i propri associati, soprattutto per coloro che debbono assumere incarichi dirigenziali e che sempre più i giovani possono partecipare attivamente alla vita associativa.

Da oggi la nostra iniziativa deve attivare il Partito, i nostri gruppi parlamentari, i consiglieri regionali, provinciali e comunali, in modo costante, per tenere viva l'attenzione sul tema, sollecitando le strutture periferiche a prendere adeguate iniziative collegate ai problemi specifici presenti nel proprio territorio.

Si deve informare di più e meglio e si deve essere capaci di coinvolgere, ai vari livelli, il partito, gli amministratori e coloro che vivono direttamente l'esperienza della disabilità o che si impegnano come operatori o volontari in tale settore.

Il continuo confronto tra i responsabili di partito, gli amministratori e le storie vissute è necessario per socializzare le esperienze e per mobilitarci come DS a servizio della causa del superamento dell'handicap.

Emiliano Monteverde
Responsabile Politiche Sociali del Dipartimento welfare DS

Politiche sociali

La legge finanziaria 2006 rappresenta per le politiche sociali un attacco all'idea stessa del welfare municipale e della rete dei servizi sociali.

Ma questa finanziaria non è che l'ultimo atto di un Governo che nei cinque anni del suo mandato ha cercato continuamente di allentare le reti di solidarietà del nostro paese per sostituirle con un familismo fatto di annunci e di retorica.

Si è cominciato con il *libro bianco*, promosso dal ministero del Lavoro e delle politiche sociali, a deresponsabilizzare la pubblica amministrazione tratteggiando una idea della centralità della famiglia utile a fare ricadere su di essa tutte le incombenze, salvo poi abbandonarla a se stessa senza sostegni reali, né interventi sui cari prezzi, senza una politica di accompagnamento della maternità e un sostegno per i non autosufficienti.

L'arretramento di questi anni nei confronti di una cultura delle politiche sociali intese come sistema integrato di servizi, come esperienza organizzata e strutturata a partire dal territorio e dai nuovi bisogni posti da una società in evoluzione, come progetto di integrazione socio-sanitaria e come sistema per il benessere di tutti e non come intervento emergenziale e riparatorio non è quindi solo finanziario ma anche culturale.

Per comprendere meglio l'idea di politiche sociali di questo Governo è necessario infatti citare alcuni degli interventi partendo inevitabilmente dalla mancata definizione dei ***Livelli essenziali di assistenza*** che potremmo definire come la ***carta dei diritti sociali dei cittadini***, senza i quali è impossibile immaginare una rete certa di interventi in tutto il paese, con eguali garanzie per chi nasce in Lombardia o in Calabria, lasciando poi al territorio la totale autonomia su tutte le sperimentazioni

aggiuntive, legate a bisogni locali o ad esperienze integrate.

Il Reddito Minimo di Inserimento, sperimentazione promossa dal Governo di centrosinistra con l'idea di una lotta alla povertà attiva e partecipe, è stato sostituito in un primo momento dal Reddito di Ultima Istanza, istituto - che già nel nome racchiude una idea del sociale tutta residuale - concepito come mancia per evitare conflitti senza mettere in campo un progetto che affronti seriamente l'altissimo tasso di povertà presente nel nostro paese. Tra l'altro anche lo stesso reddito di Ultima Istanza è stato praticamente abbandonato dal Governo mentre in questi anni alcune regioni hanno cominciato a progettare ed investire in esperienze di reddito di inserimento regionali.

Non è da meno l'intervento sugli ***asili nido*** che ha visto, da una parte, l'investimento esclusivo del Governo sugli asili aziendali e dall'altra l'incapacità di promuovere un coordinamento con le Regioni per promuovere un piano nazionale e straordinario di intervento.

Questo atteggiamento ha fatto sì che migliaia di famiglie siano state abbandonate a se stesse offrendo loro unicamente un bonus di mille euro per il secondo figlio, come se le spese per un figlio possano minimamente essere alleviate da un contributo una tantum che non ha alcun senso ed è, oltretutto, elargito a prescindere dalla situazione economica della famiglia.

I minori non vengono comunque mai riconosciuti dal Governo come portatori di diritti come dimostrano le proposte di legge sulle adozioni e l'atteggiamento nei confronti dei tribunali dei minori

Alle famiglie abbiamo voluto offrire una risposta con la nostra proposta di legge

popolare sul “diritto per le bambine e i bambini all’educazione e all’istruzione” su cui, grazie al lavoro della consulta “Gianni Rodari”, del dipartimento infanzia e di tutto il partito, abbiamo raccolto 200.000 di firme. Vanno citate inoltre le inaccettabili proposte di revisione delle leggi sulla **salute mentale** e sulla **droga**, la mancata istituzione del **fondo per la non autosufficienza** pensato per garantire una assistenza agli anziani e ai disabili non autosufficienti.

Una legge quest’ultima fortemente voluta dall’opposizione che ne ha fatto un punto importante del suo pacchetto di proposte sociali e che il Governo non ha mai finanziato.

Proprio per finanziare la legge è partita in questi giorni una raccolta di firme promossa dalle categorie dei pensionati di Cgil-Cisl-UIL alla quale daremo naturalmente tutto il nostro sostegno.

E’ necessario sottolineare, inoltre, la continua riduzione degli **insegnanti di sostegno** nelle scuole, i tagli nei confronti dei cittadini riconosciuti **invalidi e titolari di indennità di accompagnamento** e il taglio continuo ai trasferimenti per i **buoni casa**.

Infine, oggi, siamo di fronte al taglio del 50 % del **fondo nazionale per le politiche sociali** del 2005 che facendo mancare un importante contributo alla rete dei servizi promossa dagli Enti Locali non farà altro che colpire anziani, disabili, minori e famiglie.

Tornando alla finanziaria del 2006 ora possiamo leggere più chiaramente gli interventi previsti come il taglio dei trasferimenti agli Enti Locali e alle Regioni che avranno inevitabili ricadute nell’ambito delle politiche sociali

Inoltre lo stanziamento per il fondo per le politiche sociali 2006 non integra il contributo mancato nel 2005 (oltre 500 milioni di Euro) e soprattutto non stanziava una cifra idonea (come richiesto anche dal documento congiunto della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome, dell’Anci, della Lega delle Autonomie Locali, del Forum del Terzo Settore e di Cgil-Cisl-UIL), per evitare che ci

si trovi nella stessa situazione nei prossimi anni.

Dal punto di vista delle politiche per le famiglie gli interventi previsti si riducono ad un capitolo chiamato “sostegno alle famiglie e alla solidarietà” che stanziava 1,14 miliardi di euro ma solo per il 2006 rinunciando così a proporre reali interventi di sostegno alla famiglia per investire su una tantum e regalie valide per un anno, come il bonus per il secondo figlio, facendo tramontare le ipotesi di utilizzare questi fondi per interventi sulle pensioni minime, sulle deduzioni per i carichi familiari, oppure sui libri di testo scolastici, poiché si tratterebbe di misure permanenti che producono oneri pluriennali mentre questo fondo è limitato al 2006.

Un altro punto controverso è la sperimentazione della possibilità da parte del contribuente di destinare il 5 per mille del gettito Irpef al sostegno del volontariato e del terzo settore, al finanziamento della ricerca, scientifica e sanitaria, e dell’università o ad attività sociali svolte dal comune di residenza.

La proposta è evidentemente confusa, unisce settori molto diversi tra loro e soprattutto è l’ennesima prova di una concezione del welfare che da un lato taglia le risorse e dall’altro rimette ai contribuenti la scelta sulla loro destinazione attribuendo al terzo settore una funzione di supplenza dell’intervento pubblico, ai cittadini è demandato di decidere se e chi finanziare mettendo in concorrenza la ricerca scientifica e gli interventi sociali dei Municipi. Ci chiediamo quale possa essere il senso di questa decisione ?

E ancora, in relazione alla specifica destinazione dei fondi per il non profit, come è pensabile prevedere un finanziamento a pioggia delle organizzazioni di terzo settore? Privilegiando la scelta del finanziamento delle organizzazioni anziché, ad esempio, dei progetti (come era previsto dalla legge 285 sull’infanzia e l’adolescenza promossa dal Governo di centrosinistra) il rischio è che il contributo alle associazioni sia del tutto inefficace perché esiguo e a pioggia, e

perché potrebbe ingenerare una competizione tra organizzazioni del non profit stesse.

Da questi esempi è facilmente comprensibile quanto il problema non sia solo finanziario ma anche e soprattutto culturale. Si è cercato in questi anni di passare dalla rete dei servizi all'idea del cittadino acquirente di servizi. Famiglie e cittadini di fronte ad un mercato sociale che ci vede tutti più soli, compreso il non profit, spinto alla divisione e alla gara al suo interno.

Ci sono due idee del sociale che si confrontano nel nostro paese e noi in questi anni abbiamo difeso molte leggi e molte conquiste degli anni passati.

Abbiamo anche voluto innovare e saputo proporre, sviluppando l'idea della concertazione, della partecipazione e

dell'integrazione, del ruolo straordinario che può avere il non profit se utilizzato per le sue capacità e conoscenze e non per ridurre le spese.

Noi crediamo che le politiche sociali e il welfare, anche e soprattutto di fronte alla crisi del nostro paese, possano essere uno strumento per la ripresa e per lo sviluppo oltre che per il sostegno all'occupazione (ad esempio con i servizi per l'infanzia e per la non autosufficienza).

Darsi obiettivi, verificarne l'efficacia e valutare i risultati questa dovrà essere la nostra filosofia di intervento costruendo con le Regioni e gli Enti Locali un confronto continuo e una progettazione comune degli interventi.

Marcello Secchiaroli

Coordinamento politiche regionali Dipartimento welfare DS

Salute mentale

Ripartiamo dal territorio e dalle buone pratiche per costruire un programma di Governo

Il tema della Salute Mentale è un problema nazionale e va recuperato all'interno del programma per le prossime elezioni politiche del 2006.

Ciò non significa però che questo problema debba correre il rischio di diventare uno "spot", né essere considerato una "stravaganza" della politica. Il Dipartimento del welfare dei Democratici di Sinistra ha proposto questa estate il tema all'interno della Festa tematica dell'Unità di Livorno sulla salute. Una scelta, se vogliamo, anche coraggiosa e significativa, senza dubbio "limitata" all'interno di un contesto come quello di una festa.

La prima riflessione che va fatta e dalla quale dobbiamo far discendere tutto il resto è quella che questo "settore" all'interno della sanità, in particolare negli ultimi anni, è stato non solo considerato la "cenerentola" del sistema, ma ha mostrato sempre di più con il passare degli anni, una incompatibilità quasi patologica che si è sviluppata di pari passo con la rigidità sempre più aziendalistica imposta dal nostro sistema sanitario nazionale. E, purtroppo, questa incompatibilità in alcuni casi ha creato anche "assuefazione" e un certo "abbandono" del settore da parte della politica, per prima ed una demotivazione, anche culturale, degli operatori.

Se ci pensiamo bene, questo settore di intervento è quello che meglio si armonizza con il termine Salute, che sta entrando positivamente anche nel lessico politico e nel quale, come Democratici di Sinistra, dobbiamo crederci sempre di più e dobbiamo contribuire a far crescere ulteriormente la cultura che mira a rendere una comunità, attraverso la valorizzazione di tutte le sue componenti, co-protagonista e co-responsabile delle politiche di welfare,

all'interno delle quali penso che la salute mentale rappresenti emblematicamente un riferimento molto significativo.

Se per la Salute Mentale, come per altri settori di intervento, diventa inderogabile l'attuazione di una vera integrazione socio-sanitaria, pensiamo a quanta strada e a quanto lavoro dobbiamo ancora fare per andare oltre questo tipo di integrazione che, tra l'altro, dovrebbe rappresentare un'azione "naturale" nel sistema degli interventi, per riaffermare un tipo di integrazione che contamini tutto il contesto ambientale, la comunità appunto, in un'opera di ricostruzione delle separatezze che si sono create in tanti anni di non politica. Una comunità che in questa ottica è chiamata a crescere nella direzione non solo della accoglienza e della solidarietà, ma anche nel ruolo a lei riservato di co-protagonista nelle politiche verso coloro che soffrono il disagio mentale.

Il titolo che ho dato a questo "pezzo", che rispecchia quello scelto per la festa di Livorno, è semplice e ben comprensibile, ma non scontato, anzi non lo è per nulla.

Recuperare e rivalutare il territorio, rimettere in ordine e conoscere le buone prassi perché diventino usufruibili da tutti ed in tutto il Paese è un compito della politica. E' un compito dei Democratici di Sinistra. In questa ottica penso che diventerebbe un falso problema anche il dibattito se la legge 180 è stata o meno applicata. Una cosa è certa; dalle buone prassi capiremmo tutti che non è impossibile applicarla. In questi anni di opposizione siamo riusciti a scongiurare la sua modifica da parte del governo di centro-destra, ma questo non è sufficiente a disimpegnarci nell'affrontare tutte quelle criticità, quei vuoti che ancora investono le politiche della salute mentale relativamente a

chi soffre di questo disagio ed alle famiglie che spesso si trovano sole e drammaticamente consumate dal carico totale della convivenza quotidiana con i propri famigliari che soffrono della malattia mentale.

Le leggi ci sono e non è necessario produrne di altre. Casomai sarà necessario presidiare sulla loro applicazione e soprattutto su qualsiasi “errata” interpretazione delle stesse finalizzata a dare risposte non riconducibili ai reali bisogni di chi soffre il disagio mentale, che sono poi i bisogni che scaturiscono e si esplicitano nei territori.

Non è impossibile recuperare il terreno perduto se la politica riesce a fare chiarezza e ad intervenire rispetto alla frammentazione esistente, ad un certo grado di autoreferenzialità raggiunto dalle categorie professionali e all’associazionismo che non deve essere visto, né deve rappresentare la mortificazione della rete dei servizi. Affrontare il disagio mentale non è facile; presenta complessità nella complessità e rinchiudersi, ognuno nella propria convinzione, rischia di diventare non solo sbagliato, ma dannoso alla causa della salute mentale nel suo complesso ed agli obiettivi che come Democratici di Sinistra ci stiamo ponendo su questo tema.

Non dimentichiamo che quando affrontiamo i problemi che afferiscono alle persone che soffrono il disagio psichico non parliamo solo di “cronici” o di “storici”, ma oggi più che in altri tempi e con una certa urgenza, dobbiamo porre l’attenzione e predisporre politiche e risorse rispetto ai tanti giovani e adolescenti alle prese con il disagio, anche e soprattutto psichico.

Non possiamo assolutamente correre il rischio di rimanere spettatori passivi di ciò che le cronache, quasi quotidiane, ci riportano a questo proposito e magari assistere ad interventi quasi esclusivamente socio-culturali privi di qualsiasi reazione politica finalizzata a che cosa fare per affrontare e combattere il disagio dei nostri terapeutica e remunerativa in senso stretto anche in relazione alla normativa vigente

giovani. In questo campo dobbiamo ridare il ruolo alla politica; un ruolo che innanzitutto esca dal “far finta di non vedere” e si proietti ed investa su una programmazione territoriale di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento che sia interistituzionale e interdisciplinare.

Penso di poter affermare che nel nostro Paese oltre l’”emergenza” anziani siamo di fronte anche alla “emergenza” giovani (disagio).

Affrontare dunque le politiche per la salute mentale ci impegna a partire da ciò che è successo e da ciò che sta succedendo, sicuramente a “macchia di leopardo” nel nostro Paese e a raccogliere tanti elementi che ci permettano di declinare una politica veramente credibile.

Dobbiamo cominciare ad elaborare linee programmatiche che prendano linfa dalle esperienze concrete di tanti territori dei loro psichiatri, dei loro operatori pubblici e del privato sociale che, nonostante tutto sono riusciti ad onorare i principi della “Dichiarazione sulla Salute Mentale per l’Europa” di Helsinki (14 gennaio 2005), dove i Ministri della Sanità degli Stati membri della Regione Europea dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, tra l’altro, hanno riconosciuto che “la salute mentale ed il benessere mentale sono fondamentali per la qualità della vita e la produttività degli individui, delle famiglie, delle comunità e delle nazioni e conferiscono un senso alla nostra esistenza, permettendoci d’essere dei cittadini creativi e attivi”.

Esperienze di reti territoriali come tentativi di risposta globale alle esigenze delle persone con problemi psichici, **esperienze di “cura”, anche a livello residenziale**, come proposta terapeutico-riabilitativa caratterizzate da un’etica comune tra pubblico e privato, **esperienze di presa in carico di patologie giovanili**, rispetto anche alla diversificazione delle risposte, **esperienze di reinserimenti lavorativi** con la loro duplice valenza, (L.68), **esperienze e ruolo delle cooperative sociali di tipo b**, quali luoghi e strumenti di

reinserimento lavorativo anche innovativi rispetto alle rigide regole del mercato. La politica deve inserirsi in queste esperienze e trarne idee utili a poter svolgere il suo ruolo. Per tutto questo è necessario, da qui alle elezioni politiche mettere in piedi ed approfondire l'ascolto e la conoscenza, come già accennato da Prodi con la "fabbrica", per essere da un lato, più coerenti nelle nostre proposte in questo campo da offrire al Paese, dall'altro evitare di essere trascinati nella bagarre politica delle elezioni. Dobbiamo cercare di trasmettere credibilità e nello stesso tempo la volontà politica di proporre, anche dopo le elezioni, un metodo di Governo partecipato e attento alle istanze di chi si trova in prima linea a dare risposte concrete a tanti sofferenti psichici e a tante famiglie.

In questo confronto ampio con amministratori, con specialisti, con operatori pubblici e privati, con le famiglie, le OO.SS,

i datori di lavoro dobbiamo recuperare, tra l'altro, riempiendoli di contenuto, alcuni termini di fondo del problema quali:

- integrazione, in primis, socio-sanitaria;
- qualità dei servizi;
- modelli organizzativi
- coerenza tra le pratiche messe in atto e le enunciazioni teoriche;
- risorse in campo, finanziarie, professionali ed umane e del contesto ambientale dove ci si trova ad operare.

Costruire una politica per la salute mentale ci deve inoltre rendere consapevoli che in una non trascurabile parte del nostro Paese, abbiamo ancora sacche di non intervento, ma nello stesso tempo abbiamo altre parti virtuose che hanno prodotto e continuano a produrre buone pratiche. E' proprio da queste che dobbiamo partire e lavorare per farle diventare pratiche di Governo.

Silvia Bartolini

Responsabile Consulta Anziani del Dipartimento welfare DS

Relazione all'incontro del gruppo promotore della Consulta nazionale degli anziani DS

20 ottobre 2005

1. Le ragioni della Consulta nazionale anziani DS

I Democratici di Sinistra hanno affrontato in molte occasioni questioni, sì gravi ma specifiche, che riguardano l'età anziana: la non autosufficienza, l'impoverimento della condizione anziana, la perdita del potere di acquisto delle pensioni, il pericolo - divenuto realtà a causa delle ultime leggi finanziarie - per la sopravvivenza dei servizi socio sanitari, ampiamente fruiti dagli anziani.

Più raramente si è parlato di soggettività anziana "a tutto tondo". E di politiche rivolte alle persone anziane, tenendo conto della molteplicità di domande e di potenzialità che più di due generazioni di persone, donne e uomini, esprimono.

E' anche vero che esistono organizzazioni sindacali dei pensionati, quali la SPI-CGIL, la UIL pensionati, grandi associazioni di volontariato - come, ad esempio, l'AUSER e l'ADA - che lavorano in modo costante, approfondito e radicato tra gli anziani e che peraltro sono dirette da nostri autorevoli compagni e compagne. Ed è venuto naturale sentirsi ampiamente rappresentati per quanto riguarda le politiche rivolte agli anziani, quasi considerando che non ci fosse una specificità da curare da parte dei DS, nell'ambito delle politiche generali di welfare di cui ci occupiamo costantemente.

E possiamo anche dire che ci siamo identificati pienamente sia nelle azioni di Governo, quando l'Ulivo governava, e nelle buone pratiche e buone politiche create dai nostri amministratori locali e regionali, tanto da non sentire la necessità di affrontare anche come partito la questione degli anziani nella sua complessità, al pari di altri settori di lavoro.

Ora lo scenario è molto, per non dire profondamente, mutato.

Cinque anni di governo Berlusconi hanno impoverito il paese, economicamente, civilmente, socialmente. Tutti gli indicatori e le ricerche maggiormente accreditate, da ultimo l'ISTAT, ci dicono che le famiglie maggiormente colpite dalla povertà sono quelle numerose e soprattutto quelle che al proprio interno vedono la presenza di disabili o anziani non autosufficienti. Ma le famiglie che si impoveriscono più rapidamente, sono quelle costituite dagli anziani. In modo più evidente al Sud.

L'attacco sistematico allo stato sociale e alle politiche pubbliche hanno gravato in particolare sui ceti meno abbienti. In più, l'aumento del costo della vita e la consistenza sostanzialmente immutata dei redditi da pensione, mentre prezzi e tariffe sono cresciute, hanno impoverito il paese ed in modo particolare gli anziani. Allo stesso tempo il Paese si è impoverito anche socialmente, nelle sue relazioni e a soffrirne ancora una volta sono le persone con maggiori fragilità. La povertà di un anziano non è definita unicamente dalla sua condizione economica, ma anche dall'impoverimento delle relazioni, dall'assenza in tanta parte del nostro paese di una rete di luoghi e di occasioni di socialità e di riferimenti certi. La triste e drammatica esperienza vissuta due anni fa delle morti per il caldo ha dimostrato che oltre ad una rete efficiente di servizi sanitari e per l'emergenza serve anche una corretta informazione mirata e soprattutto reti di socialità contro l'abbandono e l'estraniamento.

L'aggravamento delle condizioni che l'ultima finanziaria porterà con sé (

dimezzamento del Fondo sociale; tagli ai fondi regionali per la sanità; tagli ai bilanci dei Comuni; non applicazione della 328), si riverbererà in modo drammatico sulle persone che hanno maggiori bisogni di cure, di assistenza, in sostanza di politiche pubbliche che garantiscano alle persone l'esigibilità dei propri diritti.

Da ultimo la situazione specifica delle persone non autosufficienti: di fronte ad oltre 2.800.000 persone non autosufficienti, il Governo di centro destra ha impedito di istituire formalmente e di finanziare uno specifico fondo. Inoltre è stato impedito alle regioni che l'avevano previsto, di accedere alla fiscalità generale per finanziare fondi regionali che consentissero alle famiglie di fare fronte alle spese massicce sia per il ricovero in strutture residenziali sia per l'assistenza presso il proprio domicilio, che in molti casi significa assicurarsi l'aiuto delle così chiamate "badanti".

Questi mutamenti che nel Sud e nelle periferie delle grandi città acquistano aspetti drammatici, richiedono uno sforzo di conoscenza della realtà, di elaborazione ed iniziativa politica da parte dei Democratici di Sinistra, più forte, vorrei dire, utilizzando una metafora giuridica, più intenzionale.

Ma non sono da sottovalutare, viceversa sono da capire e valorizzare al massimo, le potenzialità della popolazione anziana. Le molte risorse, si dice, con un termine, per alcuni, controverso.

Molte di questa forza già anima il volontariato sociale rivolto ad altri anziani meno fortunati, ma è anche coinvolta ed attiva in altri settori principalmente di pubblica utilità, collegati con le Autonomie locali.

Questa risorsa ha dato vita ai Centri sociali anziani, e alla Associazione che li organizza, l'ANCESCA, che sono oggettivamente un presidio forte contro la solitudine e spesso costituiscono, in alcune città gli unici luoghi pubblici in assoluto dove la cittadinanza di tutte le età si può riunire.

Parte di questa potenzialità la vediamo nella domanda di cultura che ha dato vita a tante

esperienze, variamente chiamate ma che indico per brevità con Università della terza età, dove gli anziani sono discenti ma anche docenti, portatori di conoscenze sia accademiche che di esperienza diretta.

Stessa cosa si può dire delle attività motorie rivolte agli anziani, che sono ingiustamente considerate marginali, ma che invece mostrano la capacità di prendersi cura di se, seguire uno stile di vita migliore per preservare la propria buona salute e contemporaneamente creare per se e per altri occasioni per stare assieme.

E a proposito di prevenzione, si deve considerare quanto può essere fondamentale l'utilizzo della risorsa più grande per ognuno di noi che è costituita dalla capacità di mantenere le facoltà intellettive inalterate, accrescendo la conoscenza e laddove è possibile, proseguendo le proprie attività lavorative o creative, modulandole in relazione all'accresciuta età.

Soprattutto questo tema delle politiche per l'invecchiamento attivo ma stessa cosa si potrebbe dire per l'utilizzo della spesa pubblica per la salute, chiamano in causa un terzo tema molto rilevante per un partito come il nostro che è quello del rapporto tra generazioni. Poiché nessuna politica rivolta ai giovani deve penalizzare le persone più vecchie, così come nulla che si progetti o si realizzi per i vecchi deve togliere futuro a chi si affaccia ora al mondo del lavoro, e al protagonismo sociale.

Una delle condizioni grazie alle quali può reggersi il patto tra generazioni è che le proposte che avanziamo come partito e come coalizione, tanto più ora che siamo in campagna elettorale, siano sostenibili e compatibili finanziariamente. Affrontare questo tema non può significare solo dimostrare di reperire le risorse necessarie a fare tutto questo, ma deve anche individuare la strada per produrre maggiore qualità nel sistema di welfare italiano, tenendo assieme le giuste aspettative con la risposta ai diritti sociali di tutte le età. E la convivenza, l'equilibrio, la comprensione tra generazioni

è allo stesso tempo un processo ed una finalità della nostra azione politica.

2. Lo strumento della Consulta

Ci pare che lo strumento della Consulta sia il più efficace, per fare politica e tenere assieme la visione a tutto campo sugli anziani: dalle più acute problematiche già descritte, alla potenzialità che per il paese costituisce l'età anziana, al rapporto con le altre generazioni. La parola stessa "consulta" dice della volontà di consultare, traduco a mio modo, di offrire uno spazio dove si confrontano le esperienze e le competenze diverse al fine di agire un'azione politica nazionale e territoriale, e di supportare il partito e la nostra coalizione nella definizione dei programmi politici ed elettorali che di volta in volta si devono elaborare.

Lo stesso Statuto dei DS ben definisce la Consulta rispetto ai nostri scopi:

“articolo 8: Consulte

a) Le Consulte riuniscono iscritti e non iscritti ed hanno il compito di aprire alla società, di mettere in rete le esperienze, di formulare valutazioni e proposte su questioni avvertite come rilevanti o emergenti e per le quali non appaia sufficiente il contributo degli organi ordinari. La loro creazione è approvata dalla Direzione nazionale o dagli organi territoriali corrispondenti su proposta del Segretario o del Responsabile del settore di lavoro cui la Consulta fa riferimento, o di un quinto dei componenti la Direzione nazionale.

b) Le consulte contribuiscono alla costruzione del programma del partito e alla sua azione politica.

A tutti i livelli della struttura del partito i membri delle Consulte eleggono i loro responsabili.”.

Quindi stiamo chiedendo a compagne e compagni del partito, amministratori,

dirigenti del partito, tecnici ed operatori del settore ed ovviamente ai rappresentanti delle importanti associazioni e sindacati che svolgono le proprie attività in difesa dei diritti delle persone anziane un'opinione sulla proposta che vi avanziamo: costruire la consulta nazionale e le consulte regionali presso le unioni regionali del partito laddove si riterrà opportuno di attivarle, per aumentare l'opera di sensibilizzazione. Dentro il partito, in modo trasversale, e fuori del partito.

Se vi sarà consenso, la Consulta dovrà darsi un proprio programma di intervento ed un calendario di iniziative cercando di radicarsi nei territori anche mettendo in campo iniziative tematiche a seconda delle esigenze locali e del lavoro del partito, e facendo riferimento ai Forum sociali regionali.

La sensibilizzazione però non è fatta solo di progetti, ma deve avere anche gambe e teste. Che non devono solo essere tecnici del settore, amministratori e dirigenti, ma soprattutto i nostri, tanti compagni anziani e compagne anziane che sono stati militanti e dirigenti del partito, amministratori, sindacalisti, che non hanno trovato un loro impegno nelle mille attività di associazionismo e sindacale che prima descrivevo e che forse, invece, avrebbero desiderato di essere ancora attivi nel partito. E a me sembra che la vita nelle sezioni, attragga gli anziani per le attività di volontariato nelle feste dell'unità, per le sottoscrizioni ed il tesseramento, per la presenza alle manifestazioni, ma non li accolga, per non dire che li respinge, se questi desiderano dare un contributo più propriamente politico.

Permettetemi di dire che la Consulta vuole avere anche questa funzione: contribuire affinché il partito riesca ad essere un luogo più accogliente per tutti ed anche per i propri "Senior".

Mi scuso per essermi dilungata sullo strumento della Consulta, ma anche in questo caso la forma, è sostanza. Avere uno spazio di confronto ed elaborazione politica serve anche per tenere in forte

comunicazione realtà sindacali, associative, culturali, tecnico professionali con la politica organizzata, in un processo di crescita comune. E significa avere più sensori in grado di vedere i mutamenti, positivi e negativi, che già sono intervenuti a cambiare la realtà, ma soprattutto di prevedere, quanto avverrà o potrebbe accadere, e preparare noi stessi ad attrezzarci politicamente di conseguenza. Per offrire ai nostri rappresentanti eletti o nominati nelle Istituzioni un contributo alla funzione di governo ed un orientamento, costruito assieme, di fronte a questioni controverse. Tanto più se riuscissimo, come auspichiamo, a riportare al governo del paese la coalizione di centro sinistra.

Non è irrilevante potere disporre di condizioni per leggere ed interpretare le evoluzioni così veloci della realtà. Soprattutto in campo sociale.

Il processo spinto di innovazione tecnologica su scala mondiale, con la continua introduzione sul mercato e nella vita di ognuno di noi di strumenti per la comunicazione rapida, la divaricazione potente tra i sempre più ricchi ed i sempre più poveri, l'introduzione di stili di vita e attività professionali frenetici ed incentrati sull'esasperato individualismo e sulla competitività negativa, non possono che mettere ai margini sempre più gli anziani o almeno una parte consistente di loro. E attenzione perché da questi processi di marginalizzazione, nessuno, neanche il nostro partito è completamente vaccinato.

Per questo dobbiamo attentamente contrastare il pregiudizio che cresce intorno agli anziani, e più precisamente contro l'inutilità dell'età anziana, alimentata dagli allarmismi sulla spesa sanitaria dedicata agli anziani o sugli squilibri demografici.

3. Una Consulta “a tutto tondo”

Una consulta a tutto tondo non potrà che avere un programma di attività a “tutto tondo”, dalla sanità allo sport, dalla cultura alle pensioni, dall'invecchiamento attivo al

volontariato sociale, ma necessariamente sono da individuare le questioni che la consulta dovrà affrontare con maggiore urgenza perché più di altre vanno proposte all'attenzione del partito in previsione della conferenza programmatica dei DS che si svolgerà a Firenze l'1, il 2 ed il 3 Dicembre. Quindi attendiamo pareri e suggerimenti sulle ragioni e sul funzionamento della Consulta e soprattutto vi chiediamo opinioni nel merito delle priorità di lavoro.

Alcune, secondo il mio parere, ho già cercato di indicarle all'inizio di questo intervento, ma desidero schematicamente ricordarle, proponendo con esse, e in estrema sintesi, anche le questioni ancora “aperte” da approfondire.

Istituire e finanziare il Fondo per la non autosufficienza

Nel nostro paese due milioni ed ottocento mila persone non sono autosufficienti. Di questi due milioni sono anziani. Nella maggioranza dei casi le famiglie affrontano questo dramma in solitudine, dovendo sostenere spese molto oltre le proprie possibilità. E spesso le donne che assistono i propri cari, per compiere questo atto di amore devono abbandonare il lavoro.

Come sapete, il governo dell'Ulivo nel 2000 istituì il Fondo per la non autosufficienza; il Governo attuale di centro destra, non l'ha mai voluto finanziare. Solamente alcune regioni governate dal centro sinistra hanno costituito. Fondi di aiuto alle famiglie perché assistano la persona non autosufficiente presso il proprio domicilio o, nei casi più gravi, ricoverandola nelle residenze protette. Così non tutti gli italiani hanno gli stessi diritti e le medesime opportunità.

I Democratici di Sinistra inviteranno pubblicamente i propri iscritti, elettori ed i cittadini tutti a compiere un atto di civiltà e responsabilità di fronte ad un grande problema sociale del nostro paese sottoscrivendo il progetto di legge di iniziativa popolare proposto dai sindacati dei pensionati SPI CGIL, UIL Pensionati, FNP

CISL, affinché sia finanziato il fondo per la non autosufficienza. Un gesto di vera solidarietà verso il nostro paese e le famiglie italiane.

La necessità di dare risposte adeguate al così vasto problema della non autosufficienza chiama in causa la necessità di inserire questo obiettivo tra i prioritari nei nostri programmi elettorali e allo stesso tempo di verificare la reale sostenibilità del finanziamento del Fondo e la possibilità di istituire una tassa di scopo a tale fine.

Strettamente legato alla non autosufficienza è quello delle collaboratrici famigliari, o “badanti” per le quali dovremmo proporre soluzioni che individuino percorsi di uscita dalla condizione di irregolarità nella quale metà di queste lavoratrici si trovano.

Contrastare l’impoverimento della condizione anziana

Come i sindacati dei pensionati chiedono da tempo, è necessario prendere in considerazione la rivalutazione delle pensioni. Considero questo un tema imprescindibile per il programma dei DS e dell’Unione. Non penso ad indicizzazioni o automatismi ma, ad esempio, affidando alla contrattazione tra governo e sindacati le modalità di redistribuzione della ricchezza affinché, anno per anno, si possa intervenire o rivalutando alcune fasce pensionistiche o ad esempio finanziando il Fondo per la non autosufficienza.

Ricollocare la “Casa” tra le nostre priorità

Il nostro dipartimento, assieme ad altri, ha dato vita ad un tavolo di riflessione sulle problematiche legate alla casa. Per il nostro dipartimento ed in particolare per la Consulta degli anziani questo sarà un argomento di lavoro importante. La condizione abitativa degli anziani è polarizzata da una parte dai proprietari di case i cui costi di gestione risultano troppo onerosi rispetto all’effettivo bisogno e desiderio di spazio, e dall’altro pensionati

sfrattati o in condizioni di disagio abitativo che non riescono a trovare soluzioni ne attraverso il patrimonio pubblico ne tanto meno accedendo al libero mercato. Penso vadano studiate, certamente con coraggio, le molte proposte che nel tempo si sono affacciate al dibattito politico o nell’esperienza dei governi locali o che sono state sperimentate in altri paesi dell’unione europea (permuta di alloggi, vitalizio in cambio di proprietà, convivenza assistita, agenzie per l’affitto ecc) per valutare proposte nel breve periodo.

Politiche per l’invecchiamento attivo

Potrà apparire banale, ma va anzitutto deciso di affrontare il tema e, nel caso, quando. In precedenza ho già espresso il mio favore a questa riflessione anche alla luce dell’accrescersi dell’età media, della necessità di prevenire l’invecchiamento mentale attraverso il mantenimento delle attività professionali o lavorative pur riviste nei tempi e nei modi. Esistono ricerche di grande interesse che mostrano l’interesse di una parte importante di lavoratori in questo senso. Si tratta di capire cosa intendiamo per “attività”, come integrare reddito di lavoro-attività e reddito di pensione e soprattutto va valutato come rendere queste eventuali proposte non opponibili al “conseguimento di una buona e piena occupazione” per i giovani.

Autonomie locali, riforma della Pubblica Amministrazione e anziani

La Finanziaria recentemente presentata, nel mettere in pericolo i servizi resi ai cittadini, ancora di più ha mostrato la stretta connessione che esiste tra le autonomie locali, i governi regionali e la popolazione anziana. I Comuni e le Province in particolare sono stati e saranno strategici affinché la condizione dell’anziano possa essere di qualità sempre migliore. Pensiamo non solo ai compiti relativi all’assistenza sociale, alla partecipazione ai servizi

socio sanitari e alla domiciliarizzazione delle cure, ma anche all'innovazione dei procedimenti amministrativi e alla sburocratizzazione, alla messa a disposizione di spazi per la socialità, agli strumenti di partecipazione alla vita amministrativa e civica, tutti compiti che se gestiti in modo innovativo e fortemente orientato a cogliere i bisogni dell'anziano, possono fare "la differenza" per la vita di tante persone non più giovani. D'altro lato il contributo che le associazioni di volontariato di anziani o la rete dei Centri Sociali anziani realizzano per i Comuni in molta parte del paese è sempre più grande, non sarebbe in alcun modo sostituibile e spesso costituisce la parte più visibile ed apprezzata dei servizi resi ai cittadini. Va quindi costruita un'alleanza forte tra sindacati dei pensionati, forum del terzo settore, associazioni locali e rappresentanze delle Autonomie locali, che sugli anziani compia una battaglia comune contro la finanziaria e per lo sviluppo di politiche e servizi a favore della piena socializzazione degli anziani.

Salute. Piani regionali e prevenzione

Il ruolo delle Regioni è strategico se proporrà un nuovo orizzonte di programmazione socio sanitario, anche in questo caso "a tutto tondo", guardando alla centralità della persona, al suo benessere psico - fisico e ai bisogni sociali al fine di prevenire il più possibile quelli sanitari.

Una questione specifica: la prevenzione della non autosufficienza, che ha bisogno di stili di vita, di attività motoria, di formazione ed informazione continue, ma anche di scelte sanitarie nuove e che per tempo raccolgano la sfida delle nuove tecnologie per la diagnosi precoce e per la cura più avanzata delle malattie.

E poiché gli anziani rappresentano la più parte degli utenti della sanità, vale la pena di mettere a punto un sistema di partecipazione alle scelte socio sanitarie delle Regioni, affinché sugli indirizzi e poi sulla verifica

dei risultati le rappresentanze degli utenti più numerosi, posano "dire la loro".

La specificità della condizione delle anziane.

Il grande numero di anziane sole e particolarmente povere non può essere considerato un mero dato demografico e statistico. Oltre al dato inconfutabile della più elevata età media delle donne, va invece colta la condizione più difficile dell'anziana anche come esito della carriera professionale più precaria, maggiormente discriminata o anche solo frutto della irrilevante considerazione che nel nostro Paese si ha del lavoro di cura. Deve anche essere colta, soprattutto in certe parti del paese la difficoltà delle donne a socializzare anche laddove esistano possibilità. Ciò richiede politiche e progetti specifici per interrompere la cappa di isolamento che molte donne vivono per tanta parte della loro vita e soprattutto nella età anziana.

Le persone anziane come grande risorsa democratica e civile per il paese.

Tanta parte della generazione più vecchia degli anziani, quasi tutti i nostri iscritti, sono stati protagonisti di una storia illustre e coraggiosa del nostro Paese. Essi rappresentano non solo e non tanto la nostra memoria, ma sono oggi una risorsa civile e democratica per noi, per la nostra coalizione e per il Paese. Credo spetterà alla Consulta contribuire affinché si dia valore al massimo a quella storia e a quei sentimenti generosi, che sono la parte migliore di noi e sono un ottimo antidoto al personalismo e all'antipolitica.

Un tema che lega tutti gli altri

Anche noi dovremo con pazienza e determinazione riflettere su come le moderne società si debbano attrezzare, vorrei dire riorganizzare, per affrontare in tutti i campi dell'agire pubblico il fenomeno epocale

dell'aumento della età media. Questa prospettiva di analisi è forse l'unica che ci può consentire di affrontare proficuamente il controverso tema del rapporto tra le generazioni, e come in questa chiave si

possono ripensare in modo più flessibile le diverse fasi della nostra vita, articolate in modo nuovo tra il tempo per se, per il lavoro e per la propria formazione.

Beppe Vaccari

Responsabile Tossicodipendenze del Dipartimento welfare DS

Le politiche sulla droga e le tossicodipendenze

Nel campo della lotta alla droga e degli interventi per la cura e l'integrazione sociale delle persone tossicodipendenti, del resto così come per tutto il sistema del welfare, il governo Berlusconi ha prodotto dei danni quasi irreparabili. Ha cancellato rapidamente anni faticosi ma fecondi di contrasto alle dipendenze, ha messo in crisi i significativi risultati che si stavano ottenendo e il lavoro straordinario e generoso dei Sert, di tante comunità, di tanti operatori. Ha perseguito una politica concentra in un'unica ricetta: colpire ogni forma di consumo ed in particolare i tossicodipendenti, ricorrendo al carcere.

In definitiva, veniamo da quattro anni persi in proclami punitivi, in enunciazioni di soluzioni inesistenti, ma anche di discredito dei servizi pubblici, di discriminazione verso le comunità "non amiche", di feroce decurtazione delle risorse e di clientelare distribuzione delle poche rimaste, fino alla presentazione di una proposta di legge rozza, antiscientifica, liberticida.

Eppure avevamo lasciato in eredità, come centrosinistra, un sistema di servizi che si stava sempre più integrando, venivamo da un lavoro lungo, paziente, da un ascolto incessante di tutti i protagonisti che aveva portato ad approvare una legge che dava stabilità ai Sert, dignità e rilevanza alle Comunità del privato sociale, che istituiva un fondo nazionale di lotta alla droga, che avviava interventi di riduzione del danno, che scommetteva sulla prevenzione, sulla formazione, sulla ricerca. Si era raggiunta un'intesa tra governo, regioni, enti ausiliari per qualificare l'offerta di servizi del privato sociale e porli in rete con i servizi pubblici. Risultati concreti, quantificabili nelle molte persone uscite dalla tossicodipendenza e nei

tanti che hanno evitato la morte per overdose.

E così, dopo aver cercato di coniugare l'azione sociale alla ricerca scientifica, dopo aver perseguito con tenacia modelli di intervento e criteri di presa in carico fondati sulla universalità, equità, personalizzazione, rispetto dei diritti, intersectorialità, coinvolgimento della comunità locale, appropriatezza; Fini Gasparri e Giovanardi hanno fatto e stanno facendo di tutto per distruggere tale sistema di assistenza e cura.

Fortunatamente il mondo degli operatori, sia pubblici che del privato sociale, ha saputo reagire in modo forte, costituendo un cartello "non incarcerate il nostro crescere" (al quale come DS abbiamo dato tutto il nostro sostegno e la nostra adesione convinta), che non solo ha contribuito efficacemente ad affossare la proposta Fini, che ha bocciato senza appello lo stralcio presentato da Giovanardi, che ha detto un secco no alla conferenza governativa di Palermo del dicembre prossimo per la totale mancanza di disponibilità ad un vero confronto, ad orientare le scelte legislative sulla base delle osservazioni di chi ci lavora invece di strumentalizzare gli operatori per avallare le proprie farneticazioni; ma che ha saputo anche offrire alla politica nazionale ed alle amministrazioni regionali concrete proposte che, nell'alveo della cultura dell'educare e non punire, possono far decollare un articolato ed efficace sistema di interventi per la prevenzione delle dipendenze e per la cura e l'integrazione sociale delle persone dipendenti.

Come DS ci siamo impegnati altresì in un confronto continuo con il mondo dei consumatori, dei centri sociali, di quelle centinaia di migliaia di giovani che dietro lo slogan “giusto o sbagliato non può essere reato” hanno costituito il cartello “conFinizero” e che chiedono di non criminalizzare il consumo, di misurarsi con l’articolazione delle forme di consumo – non abbiamo solo l’abuso e le dipendenze, ma una gamma molto vasta che va dall’uso ludico di sostanze, al policonsumo, dal consumo medico e terapeutico al consumo problematico ed alle dipendenze -. Un universo che ci chiede, tutte le volte che parliamo di sostanze e di dipendenza, di tener conto di questo mondo molto variegato e mutevole di sostanze usate, di abitudini e di stili di vita, di quale significato viene dato alle sostanze, delle modalità e ritmi d’uso e del contesto in cui vengono consumate.

Un nostro coinvolgimento dunque per ascoltare e comprendere un mondo giovanile che presenta una propria specificità, che difende fortemente il proprio punto di vista e che bisogna rispettare se ci si vuole addentrare e restare in rapporto con loro.

Un fatto di grande rilevanza è l’intreccio di iniziative che i due cartelli, i due mondi, operatori e consumatori, hanno saputo realizzare e stanno portando avanti. L’aver imparato a dare valore alle posizioni comuni, pur nella diversità di storie e posizioni sui temi ad esempio legati all’anti-proibizionismo, ha reso possibile mettere in cantiere una serie di iniziative in concomitanza ed alternativa alla conferenza governativa sulla droga di Palermo. Il 5 e 6 dicembre con iniziative seminariali e di piazza nella stessa città di Palermo ed il 7 dicembre con una grande convention di tutti gli operatori a Roma, saranno la grande risposta che gli addetti ai lavori ed i consumatori daranno alle falsità di Giovanardi.

Ovviamente il nostro partito non ha svolto solo un lavoro di contrasto alle nefandezze

del governo, ma ha sviluppato anche una riflessione sugli aggiornamenti, sugli aspetti di novità da assumere nelle politiche sulle droghe.

Innanzitutto una sottolineatura particolare sul collegamento carcere, consumi e dipendenze. La situazione in carcere, già con l’attuale normativa, è drammaticamente problematica. Essa ci parla di una popolazione carceraria composta da quasi un terzo di tossicodipendenti e la proposta Fini la farebbe aumentare in modo esponenziale. E’ la scorciatoia per rispondere alla legittima ansia di sicurezza che le città e i cittadini molte volte esprimono. E’ la tendenza ad imitare il modello USA della risposta penale ai problemi sociali. Ma la realtà insegna che il carcere non aiuta ad uscire dalla tossicodipendenza e che vi è un reale problema nella nostra legislazione in materia di droghe, ma di segno opposto a quello indicato dal vice presidente Fini. La legge Jervolino-Vassali va modificata nel senso di depenalizzare le condotte connesse all’uso individuale di droghe e differenziando maggiormente le pene tra piccolo, medio e grande spaccio. Un intervento sulla penality, intesa come reclusione, perché sia adottata soltanto nei casi limite, tenendo ben presente che nei frequenti casi in cui coesistono esigenze di salute e di giustizia, bisogna fare sì che le seconde non prevalgano sulle prime.

Sarà poi necessario impegnarci per un potenziamento delle strutture alternative al carcere, del servizio dell’affidamento in prova ai servizi sociali e alle comunità terapeutiche.

Un secondo tema cruciale è quello della prevenzione. Occorre investire su una politica di prevenzione che concretamente significa attivare la capacità di ascoltare i giovani, di costruire con loro una vera relazione, di offrire loro gli strumenti, le opportunità perché possano esprimere la loro creatività, i loro talenti e possano stare bene insieme. In questa direzione va la proposta di

legge della Sinistra Giovanile “Accesso al Futuro” per dare più spazio ai ragazzi senza escludere nessuno. Una prevenzione che significa anche la capacità degli adulti di esercitare una guida morale capace di convincere e dissuadere anziché reprimere.

Terzo, portare a regime la riduzione del danno inserendola nelle ordinarie attività di prevenzione socio-sanitaria con capacità quindi di estendere gli interventi alla sfera sociale dell’inclusione e della cittadinanza. La riduzione del danno ha infatti ormai una storia e delle evidenze assodate all’interno del mondo scientifico, che devono essere parte integrante delle politiche sociali.

Un quarto aspetto riguarda il forte ancoraggio agli indirizzi europei. La politica dei quattro pilastri: prevenzione, cura, riduzione del danno, repressione del traffico e la risoluzione del parlamento europeo del dicembre scorso devono calarsi in modo forte sulle scelte nazionali in materia di droga.

Una ulteriore questione da affrontare è quella di dare stabilità, certezza di risorse, e modelli organizzativi funzionali al sistema dei servizi. Le regioni, nella loro piena ed autonoma competenza in questo campo, devono comunque garantire livelli di assistenza omogenei su tutto il territorio nazionale, devono prevedere forme di forte integrazione tra il Pubblico ed il Privato sociale accreditato evitando interventi concorrenziali e competitivi, devono coinvolgere il sistema degli Enti Locali sia nei progetti di integrazione lavorativa e di inclusione sociale, che nella prevenzione. Alle regioni si propone poi di mettere in atto programmi di formazione, sia per operatori pubblici che privati, che li rendano più competenti ed efficaci nell’accoglienza, nei percorsi terapeutici, nella riabilitazione, mettendo maggiormente al centro la cultura delle evidenze scientifiche.

Occorre poi che si dia spazio a sperimentazioni innovative, che in altri contesti europei hanno dimostrato validità ed

efficacia quali: l’introduzione della canapa terapeutica, le stanze per la salute (injection room), l’analisi delle sostanze (pill test), la somministrazione controllata di eroina, le esperienze di auto-aiuto tra tossicodipendenti.

E’ necessario porre più attenzione al tema della comunicazione, evitando stereotipi e semplificazioni, favorendo la comunicazione locale, che non parli in termini generali, ma parta dal quotidiano evitando che il tema droga emerga solo quando è una posta in gioco nello scontro politico o sull’onda delle cosiddette emergenze (fatti straordinari, morti e così via). Di grande aiuto, in tal senso, sarebbe una scelta strategica delle regioni di favorire la nascita e l’implementazione dei centri di documentazione e metterli in rete con gli altri centri per svolgere un lavoro di documentazione competente ed aggiornato.

Tornando infine a quello che sta succedendo in questi giorni (uno stralcio di legge, quello di Giovanardi, che supera in peggio il disegno di Fini, una conferenza nazionale fatta a dispetto degli operatori, una campagna punitiva che, ancor prima dell’approvazione della legge, sta già condizionando atteggiamenti di forze dell’ordine e di alcuni magistrati) è importante cogliere tutta la gravità e la portata della svolta sulla droga operata dal governo perché la questione “droga” non può rimanere confinato tra gli addetti ai lavori, i tossicodipendenti ed i loro familiari, è questione che travalica gli aspetti tecnici e specifici. Dietro la proposta Fini vi è un modello di società, vi è una concezione dell’uomo, vi è un’idea di libertà, di piacere, di democrazia. Il loro è un modello autoritario, discriminatorio, invadente della sfera individuale, che punta a imporre comportamenti, intollerante verso ogni espressione fuori dalla norma, minoritaria, particolare.

Per chi si batte come noi per una società solidale, inclusiva, rispettosa delle libertà

personali, più equa, capace di valorizzare e liberare energie e forze nuove e non di comprimerle od incarcerarle, dire coralmamente

no al progetto governativo sulla droga vuol dire soprattutto no al loro progetto di società.

Emanuele Ranci Ortigosa

Presidente dell'Istituto per la Ricerca Sociale - Direttore di Prospettive Sociali e Sanitarie

Relazione al Convegno nazionale Cgil-Cisl-Uil - Roma 27.09.2005

“Legge 328/00: una sfida ancora aperta”

1. Iniziativa importante, che chiede impegni coerenti

Il Ministero del Welfare ha appena presentato il rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali. Esso è tecnicamente ben curato, è un primo utile passo per un sistema informativo, ma non contiene quel che il titolo indica, perché di politiche esso non tratta. E non poteva essere altrimenti, non per responsabilità dei compilatori, ma per l'assenza in questi anni di politiche sociali nazionali, assenza che ovviamente costituisce anch'essa una politica, una scelta e una responsabilità del Governo. L'iniziativa delle OOSS è importante per contrastare una tale politica di svuotamento e marginalizzazione delle politiche sociali attivando una pressione più forte delle diverse istituzioni e organizzazioni interessate alle politiche sociali che sono qui convenute, ma anche per sollecitare maggiore e più coerente impegno di queste istituzioni e organizzazioni ad essere più attente, attive, impegnate sulle politiche sociali, ai loro diversi livelli di presenza e di azione.

Solo così la sempre invocata sussidiarietà verticale e orizzontale potrà tradursi in realtà effettiva e produttiva di Welfare municipale, o Welfare Comunitario, fuori da ideologiche contrapposizioni fra società e istituzioni, attuando la pratica partecipativa che la l.328/00 ripropone con forza affermando all'art.1 che la responsabilità del sistema integrato di servizi è degli enti pubblici e che il metodo è la partecipazione. Partecipazione che non va intesa come mera consultazione, ma più ampiamente come elaborazione comune di problemi e linee di intervento per trattarli efficacemente.

Da qui l'importanza della iniziativa delle OOSS verso le rappresentanze delle istituzioni e del terzo settore, perché dal

livello nazionale parta non solo una rivendicazione, ma anche un rinnovato impegno a coinvolgersi e coinvolgere i propri associati e le proprie articolazioni territoriali perché si attivino nelle direzioni qui convenute, facciano la loro parte nelle regioni e nei territori.

2. Come si sono mosse le Regioni

Osservando la situazione nel paese, troviamo situazioni molto differenziate, processi regionali e locali con loro originali scelte di merito, che si muovono però con impegno e velocità ben diverse, inadeguate a recuperare disuguaglianze date da ritardi storici, in particolare del Mezzogiorno. Anche se nello stesso Mezzogiorno, alcune regioni dopo la l.328/00 si sono mosse con grande tempestività (Campania in particolare); altre l'avevano anche anticipata con leggi e piani regionali, ma tardando poi ad attuare i piani di zona (Basilicata); altre hanno avviato un processo tardivo ma con forte accelerazione (Puglia e da ultimo Sardegna) che fa bene sperare. Anche se i problemi da affrontare in tutto il Mezzogiorno sono davvero difficili.

Anche regioni ritardatarie del Nord si stanno ora bene attivando (Friuli V.G. Piemonte), sicché veramente ora il processo è diffuso, malgrado i silenzi nazionali.

Certo per meglio analizzare si dovrebbe entro ogni Regione articolare l'analisi per ambiti e comuni, le cui situazioni sono spesso assai differenziate e anche distanziate fra di loro. Ma non è questa la sede per un tale approfondimento.

Queste valutazioni fanno ovviamente riferimento alla programmazione sociale che rappresenta il più significativo impatto che la 328 ha prodotto. Attraverso la programmazione, incentivata dalla messa a disposizione di regioni e comuni di risorse aggiuntive, la 328 ha infatti affrontato il

nodo storico della frammentazione comunale e della inadeguatezza di Comuni medio piccoli a progettare e gestire non qualche prestazione, ma un sistema integrato di interventi e servizi sociali. La l.328 ha quindi introdotto il metodo programmatico, allocandolo a un livello territoriale adeguato a offrire risposte articolate, qualificate, flessibili.

3. La qualità dei PdZ

Ho avuto modo di seguire approfonditamente o di avere comunque occasioni di conoscenza e contatto con almeno metà delle Regioni e ho partecipato alla rilevazione e alla redazione del rapporto fatto dall'Irs per il Foromez sullo stato di attuazione della 328 e alla successiva valutazione, effettuata dall'Irs. È PUBBLICATA nel libro curato da Cristiano Gori, su "La riforma dei servizi sociali in Italia. L'attuazione della 328 e le sfide future" (Carocci, 2004). Penso quindi di essere un osservatore privilegiato di quel che sta accadendo, che è molto vario.

Ad esempio quanto ai Piani di Zona vi sono:

- PdZ di mera registrazione e assemblaggio delle informazioni e degli interventi dei diversi Comuni, spartendo le risorse del fondo fra di essi;
- PdZ che programmano solo le risorse aggiuntive del fondo sociale e PdZ che mettono nel canestro anche le risorse dei singoli Comuni, per una progettazione integrata;
- PdZ tutti delegati a consulenti esterni, che si sono prestati a tale scarico di responsabilità, e PdZ per i quali invece si sono attivati uffici e segreterie di ambito e, pur nelle difficoltà del percorso, si è ricercata la partecipazione con tavoli, gruppi di lavoro, incontri di verifica;
- PdZ che si sono attenuti solo al campo assistenziale e PdZ che hanno cercato l'integrazione con le politiche e i servizi sanitari, della formazione, del lavoro, della casa, ecc....

3a. L'integrazione fra le politiche

Questi ultimi sono pochi purtroppo, perché questo dell'integrazione è il terreno più difficile che la 328 ha tematizzato, con processi in atto ancora assolutamente inadeguati, e però essenziali per i bisogni e problemi complessi, sempre più numerosi, che richiedono risposte integrate. Si pensi alle politiche e agli interventi rivolti a famiglie e minori, ai non autosufficienti, alla povertà e all'inserimento sociale, all'inserimento lavorativo, alla casa...

L'integrazione delle politiche, dei servizi, degli interventi è una sfida cruciale ma difficile, perché le nostre politiche sono sempre state settoriali, le nostre istituzioni sono organizzate settorialmente, le nostre misure assistenziali sono categoriali e spesso tali sono anche le nostre organizzazioni sociali. Il sindacato ben sa quante difficoltà di integrazione fra politiche e soggetti ci siano anche sulle più generali politiche territoriali di sviluppo.

È un limite cronico del nostro sistema, rafforzato anche dalla paura diffusa ad uscire in un campo di confronto più vasto, ma è un limite che va attaccato, chiamato allo scoperto, per combatterlo, ridurlo, superarlo. E può esserlo se ogni istituzione e organizzazione fa i conti con tale esigenza al suo interno, fra le sue articolazioni, e se le relazioni interistituzionali e interorganizzative assumono composizione, oggetti, risorse di riferimento via via più integrati. Integrati rispetto al cittadino, alla famiglia, ai disagi e ai problemi che li coinvolgono, alla loro trattazione e gestione.

4. L'integrazione a livello di zona

Integrazione fra politiche e interventi, integrazione fra soggetti.

Ho detto dell'importanza della programmazione intercomunale a livello di zona. Debbo aggiungere che tale livello deve crescere, assumere cioè progressivamente funzioni di governo ulteriori a quella della definizione dei piani, inerenti cioè la loro gestione. Il livello di zona/ambito deve divenire l'effettivo livello di governo di tutte

le politiche e di tutte le risorse dei Comuni coinvolti, che devono quindi associarsi a tal fine.

Associandosi a tale livello per governare il sociale i Comuni si attrezzano così anche per svolgere le loro attuali funzioni di programmazione e valutazione nei confronti del sanitario, a livello di azienda e di distretto, in termini non subordinati rispetto alle direzioni sanitarie, come oggi accade.

Per svolgere tali funzioni di governo diretto del sociale e di partecipazione al governo della sanità i Comuni devono avere supporti tecnici autonomi e adeguati. Da qui l'importanza cruciale degli Uffici di piano, delle Segreterie tecniche, di un loro consolidamento e sviluppo, di una loro maggiore professionalizzazione, tecnica e pratica.

In merito si sta prendendo consapevolezza, ma molte situazioni sono ancora confuse e precarie.

5. Accompagnare le zone

Questi temi richiamano l'esigenza che questo processo evolutivo della programmazione e del governo delle politiche e della costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali venga accompagnato dalle regioni, direttamente o tramite le province.

Linee guida, sistemi informativi, ma anche accompagnamento ai percorsi specifici, monitoraggio e valutazione dei piani vanno intesi e valorizzati come processi di apprendimento, degli ambiti territoriali e dei comuni, ma anche delle regioni stesse, per una funzione anche per esse nuova, per la quale devono attrezzarsi, apprendere, con un contatto diretto con l'esperienza del territorio.

C'è molta differenza fra le regioni in ordine allo svolgimento o meno di tale funzione di supporto e di accompagnamento.

6. Sviluppo dei servizi e riequilibrio con le erogazioni monetarie

Dedico grande attenzione al sistema dei servizi, perché condivido l'accento che su

questo ha voluto dare la 328 già nella sua titolazione, e l'attenzione che il vostro documento di analisi e proposta vi dedica. (accesso ai servizi, programmazione partecipata, integrazione).

Lo sviluppo di sistemi di servizi è la sfida decisiva per il futuro e per la qualificazione del nostro Welfare, per la sua qualità. Il sistema dei servizi rappresenta anche il più forte svantaggio di cui soffrono le regioni del Mezzogiorno va affrontato anche per ragioni di equità, e con cui i liveas dovranno fare i conti.

La letteratura scientifica come l'esperienza quotidiana di operatori, amministratori e di noi cittadini, convergono nel qualificare il nostro Welfare per la parte sociale, come assistenzialistico, categoriale, centralizzato, sbilanciato sulle erogazioni monetarie a scapito dei servizi territoriali.

7. Le erogazioni monetarie

Le erogazioni monetarie nazionali, assorbono circa l'80% della spesa sociale pubblica ed esse sono come degli assegni di cura, erogati a seguito di una verifica iniziale di alcuni specifici requisiti di varia natura, senza alcuna valutazione di insieme, alcun monitoraggio, alcun diverso intervento, fuor dell'erogazione monetaria.

Le statistiche europee che verificano di quanto gli interventi assistenziali abbattano l'entità delle famiglie o degli individui in condizioni di povertà, o di rischio di povertà, evidenziano che in Italia tale abbattimento è fra i più bassi, e che quindi le nostre politiche rispetto a questa funzione sono assai poco efficaci.

Le erogazioni monetarie possono rispondere ad un bisogno reale, ma possono rappresentare una risposta inadeguata. Nel senso che non è detto che le risorse vengano utilizzate per lo scopo per cui vengono erogate, perché sono prive di qualsiasi progettazioni e verifica in tal senso, infine perché di per sé non sono orientate ad attivare capacità di gestione del bisogno, a impegnare le risorse presenti per una

possibile emersione dalla situazione problematica.

8. Il territorio

Si può andare oltre l'assistenzialismo e puntare su politiche sociali "attive" solo sul territorio, sviluppando la rete dei servizi, a cominciare da quelli, correttamente sottolineati nel documento presentato, dell'accesso e dell'analisi e valutazione dei casi. Solo sul territorio si può individuare le esigenze specifiche e insieme le risorse personali, familiari presenti, solo sul territorio si può scegliere quindi la risposta, o il mix di risposte, più opportune ed adeguate a quella situazione di difficoltà personale, familiare, di gruppo sociale, costruire con i soggetti interessati mediante un rapporto dialogico e negoziale, una prospettiva, e individuare gli impegni reciproci e le conseguenti responsabilità di ciascuno.

9. Risorse da rivedere e decentrare

E' allora necessario trasferire le risorse che lo Stato centrale continua ad amministrare, che assorbono i 4/5 della spesa sociale, sotto forma di varie erogazioni monetarie, gestendo una funzione che la riforma costituzionale ha privato di legittimazione. Il recente rapporto di monitoraggio del Ministero del Welfare ha il merito di evidenziare la faragginosità e la parcellizzazione estrema di queste misure.

E' comprensibile che le Regioni esitino a rivendicare in merito la loro competenza esclusiva, dato che si tratta di diritti soggettivi esigibili il cui trasferimento, date le esperienze in atto, rischierebbe di non essere accompagnato dal contestuale trasferimento delle necessarie risorse finanziarie. Ma non si può neppure ignorare che il blocco di queste misure e delle relative risorse nelle loro originarie configurazioni assistenzialistiche e categoriali ingessa l'intero sistema e le sue possibilità di evoluzione, anche ad opera degli attori regionali e locali.

Non metto ovviamente in discussione la copertura di reali bisogni e i diritti acquisiti dai cittadini che ne sono portatori, ma osservo che le forme e le modalità andrebbero opportunamente ripensate in una visione generale di sviluppo delle politiche sociali in termini più attivi, promozionali per le persone, le famiglie, le comunità locali. Alcuni articoli della 1.328/00 prevedevano sviluppi in tal senso, ma ne rinviavano purtroppo la disciplina, e l'orientamento dell'attuale governo ha tutto fermato.

10. Il messaggio del RMI

Il messaggio non ignorabile dell'esperienza del RMI non sta nel contenuto della sperimentazione della misura, ma nella sua impostazione: sostegno diretto e tempestivo rispetto a bisogni essenziali verificati e riconoscimento, sollecitazione e attivazione delle risorse degli interessati e del contesto, per ricercare una fuoriuscita dalla condizione problematica. Aiuto e promozione, l'uno complementare e contestuale all'altro, l'uno e l'altro individuati e trattati interattivamente fra il portatore del bisogno e i professionisti, quali esperti che aiutano a comprendere e a trattare, che sono "servizio" quindi in senso proprio. Tradizionali diritti soggettivi vanno riveduti e inseriti per quanto è possibile e opportuno in questa prospettiva, con prudenza, salvaguardando come ho detto i diritti acquisiti.

11. Politiche sociali "attive"

Vorrei sollecitare ad assumere questa impostazione di fondo, facile da enunciare e difficile da attuare, che richiederà impegni pluriennali, programmati, gestiti e valutati sistematicamente ai diversi livelli e nei diversi contesti territoriali e istituzionali. Una impostazione che propone un nuovo modo di intendere e fare politica sociale: se essa rimane un comparto isolato nelle pubbliche amministrazioni e nelle loro politiche, è impotente rispetto al fare promozione; può solo assistere fino a che i soldi lo consentono. Per prevenire e promuovere occorre sinergia e integrazione

fra politiche, fra soggetti, fra funzioni, fra interventi, in ordine al soggetto, persona, famiglia, gruppo sociale, in stato di sofferenza, di bisogno. Il metro di valutazione di efficacia, di impatto, sarà essenzialmente il mutare della loro condizione, la loro emersione dal bisogno o almeno la loro miglior capacità di gestire la loro situazione, grazie anche a supporti appropriati, adeguati monitorati, e aggiornati di continuo, offerti dalla rete territoriale progettata e promossa nella programmazione zonale e composta dai servizi e interventi pubblici, del privato sociale, del volontariato.

12. Liveas, erogazioni e servizi

Occorre quindi evitare che il tema dei liveas si risolva nel confermare come diritti soggettivi solo le attuali prestazioni monetarie nella loro attuale configurazione, anche se è tecnicamente più facile e forse elettoralmente più redditizio riproporre erogazioni monetarie piuttosto che sviluppare reti di servizio.

Queste opzioni si vengono a riproporre anche in ordine ai temi di intervento che il vostro documento richiama come prioritari:

- l'accesso, l'informazione e l'orientamento, la valutazione del bisogno
- la povertà e l'esclusione sociale
- la non autosufficienza
- il sostegno della famiglia, in particolare con figli, che non può essere risolto con una busta regalo, una tantum.

13. L'accesso

L'accesso non può essere gestito senza una rete di punti a bassa soglia, dislocati sul territorio, presidiati da operatori competenti (segretariato sociale), sui contenuti ma ancor più sulla gestione della relazione. Giustamente il documento presentato afferma che questa è una funzione a responsabilità pubblica, che discrimina chi ha bisogno e ha diritto e chi no, e quale genere di risposte si intende dargli.

Penso che tale funzione di confine andrebbe gestita da operatori pubblici. Comunque non da chi gestisce l'offerta e viene comunque influenzato dagli interessi dell'ente che lo produce, come anche il vostro documento dice.

Questa rete qualificata di punti di accesso, oggi non si estende certo su tutto il territorio, e deve essere assunta come obiettivo nella programmazione regionale e di zona in tutto il paese. A tal fine può essere oggetto di liveas, concordati fra governo regioni ed enti locali, con stima dei relativi oneri e concorso alla loro copertura finanziaria.

14. Contrasto alla povertà

Sulla povertà ho già richiamato la logica del RMI. Il nome si può cambiare, possibilmente in meglio e non in peggio, la disciplina va migliorata (i rapporti di valutazione, formulano proposte specifiche in merito) ma l'impostazione deve rimanere quella. I limiti che la sperimentazione ha evidenziato non sono imputabili alla misura, ma alla sua gestione. Sono infatti riferibili tutti al livello di gestione che deve essere di ambito e non comunale, alla non integrazione fra i livelli istituzionali di governo (le regioni e anche le province erano state tagliate fuori e non avevano accompagnatone sostenuto la sperimentazione), ai problemi di adeguatezza dell'ISEE, alla carenza della rete locale, sia nei nodi pubblici che nella presenza e nel coinvolgimento del privato sociale e di altri interlocutori essenziali per l'inserimento formativo e lavorativo. Le misure attive contro la povertà richiedono necessariamente reti di servizi articolate e integrate.

15. La non autosufficienza

Quanto alla non autosufficienza, una proposta di legge di iniziativa popolare che i sindacati stanno promuovendo per superare l'impasse parlamentare, giustamente sottolinea l'esigenza di sviluppare l'offerta di servizi. La misura che assorbe la più consistente spesa sociale è l'indennità di accompagnamento: una sorta di assegno di

cura erogato senza alcun vincolo di destinazione controllato.

Un tale intervento è inadeguato a garantire la copertura del bisogno del non autosufficiente, anziano per lo più, o disabile. Non posso qui articolare il discorso, e mi limito a dire che penso che occorra promuovere anche in merito un serio accesso, con esame del caso collocato nel suo contesto familiare e sociale, e individuazione delle prestazioni più adeguate al caso specifico. Probabilmente un mix fra erogazioni monetarie e prestazioni di servizio che devono essere presenti e disponibili, e con una certa garanzia di qualità. Oggi sappiamo che questi bisogni sono in gran maggioranza coperti da prestazioni familiari (che si riducono) o da badanti (che aumentano), senza adeguata garanzia né per la famiglia né per l'operatore, in un mercato tutto irregolare.

Anche qui occorre che vi sia una rete sia di punti di accesso socio sanitari integrati, sia di servizi socio sanitari, a fronte di una domanda in continua espansione.

16. Soldi o servizi?

Soldi o servizi? E' una scelta politica, che qualifica però Welfare molto diversi: l'uno che si risolve tutto nel libero mercato fra portatore del bisogno e offerta (sempre più privata), l'altro che ritiene che vi sia una funzione pubblica e sociale di sostegno e accompagnamento di chi è in difficoltà e di garanzia della qualità e dell'adeguatezza dei servizi che le risorse pubbliche concorrono a pagare.

17. Liveas per lo sviluppo dei servizi

Ma nell'attuale situazione istituzionale, come si può promuovere in tutto il paese lo sviluppo dei servizi, di quelli indicati e di altri che non abbiamo qui considerato, premendo anche sugli interlocutori poco attenti e disponibili.

Una opportunità utilizzabile, se attivata, sono i liveas, uno strumento tecnicamente delicato, di cui c'è oggi bisogno.

La definizione dei liveas è una via per premere sul governo nazionale, e contrastare il suo silenzio, il suo abbandono delle politiche sociali. La costruzione dei liveas (e la revisione dei lea socio sanitari, che ho sempre criticato per la leggerezza con cui sono stati definiti) impegna il governo, l'attuale e il futuro, ad un confronto sulle strategie nel sociale, sulle caratteristiche e il livello del Welfare che si vuole costruire. Apre e alimenta un importante confronto politico e sociale volto ad andare oltre la 328, riempiendo di contenuti temi che quella legge ha proposto, ma non trattato (il RMI, la ridefinizione delle erogazioni economiche, la stessa configurazione dei liveas).

18. Le risorse

Liveas quindi per quale politica sociale, per quale Welfare?

Il confronto e le scelte sulle politiche sociali coinvolgono ovviamente anche risorse finanziarie: le attuali, quelle aggiuntive, la loro dislocazione. Solo con i liveas v'è modo di perseguire quello che il documento di apertura del convegno correttamente richiama, e cioè che il governo nazionale deve mettere ben più risorse delle misure dell'attuale fondo sociale, ma che da parte loro regioni e comuni non devono cogliere l'auspicato afflusso di nuove risorse per ridurre il proprio contributo economico, come purtroppo talora è accaduto dopo i finanziamenti attivati dalla L.328, dal 2002 in poi.

19. I contenuti dei Liveas

Liveas quindi, ma quali liveas, con quale contenuto?

In letteratura si sono articolati vari possibili contenuti. I liveas possono essere definiti come:

- diritti soggettivi esigibili
- tipologie di servizi/prestazioni offerte
- standard quantitativi di servizi/prestazioni offerte
- livelli di qualità dei servizi/prestazioni offerte

Aggiungerei: livelli di spesa per determinate aree di bisogno o di servizi (si pensi a quelli utilizzati in passato in sanità per l'assistenza di base, la prevenzione, l'assistenza ospedaliera, ecc.).

20. Quale gerarchia di contenuti

Se i liveas, come ritengo necessario, vanno visti in una prospettiva processuale ed evolutiva, questi contenuti possono essere utilizzati tutti, anche contestualmente, purchè sia chiara una finalizzazione e una conseguente gerarchizzazione tra di essi.

I liveas infatti dalla Costituzione sono assunti come strumenti per garantire i diritti civili e sociali su tutto il territorio nazionale. Questa è la loro finalizzazione.

Si può dire che il livello essenziale definisce la consistenza storica del diritto, il contenuto che il sistema istituzionale dà a un diritto sociale in un certo momento storico, e in quale forma e misura tale contenuto possa essere esigito, e va quindi attuato.

21. Verso l'affermazione dei diritti

La funzione dei liveas è quindi prioritariamente volta all'affermazione del diritto a certe prestazioni, diritto del cittadino, o della famiglia, o di gruppi sociali, a certe prestazioni consistenti un servizio o in beni, monetari o altri, in natura.

In una logica processuale ed evolutiva la finalità è quindi l'affermazione del diritto esigibile (v. art.22, c2 della L.328, che sia pur nella sua genericità è il punto di partenza in termini di soggetti e di contenuti, mentre il c4 ne declina i luoghi di erogazione: territorio, residenza, domicilio, ecc) mentre gli standard quantitativi, qualitativi, monetari sono strumenti, tappe intermedie per perseguire e gradualmente assicurare la soddisfazione del diritto soggettivo.

Ovviamente i liveas sono un sistema composto da più tematiche e da varie componenti, il cui sviluppo avrà necessariamente modalità e velocità differenziate.

Si tratta di assumere una visione strategica per la gestione di un processo volto all'affermazione in tutto il territorio nazionale di diritti esigibili a certi servizi e prestazioni, che procederà nelle sue diverse componenti in modo articolato e differenziato, ma segue una finalizzazione generale.

Riprenderei qui alcune affermazioni che condivido da un documento, purtroppo solo tecnico, del Ministero:

- “i livelli essenziali delle prestazioni sono diversi dai livelli irrinunciabili delle stesse” derivanti da un nucleo essenziale di diritti comunque garantiti dalla Costituzione (es. pronto soccorso sanitario, e nel sociale?)
- “nei processi di ridefinizione dei livelli essenziali vanno ricomprese le prestazioni configurate dal legislatore come diritti soggettivi. E' auspicabile procedere ad una ristrutturazione di queste”.

22. Esempi di Liveas

I liveas potrebbero per esempio affermare sul versante della domanda, diritti soggettivi, quali:

- il diritto soggettivo di chi si trovi in certe situazioni di bisogno all'accesso e alla analisi del caso
- il diritto soggettivo ad un certo livello di reddito familiare più una progettazione di percorsi di inserimento.
- il diritto soggettivo dell'anziano non autosufficiente ad una progettazione sulla sua condizione e ad ottenere un mix di interventi economici e di prestazioni di servizi.

E potrebbero, sul versante dell'offerta, vincolare a:

- la presenza di certi servizi e prestazioni, indicandone una dimensione quantitativa, con attenzione al rispetto delle competenze regionali e locali sull'organizzazione dei servizi.

- elementi di qualità come: tempi di attesa, carte dei servizi come prevista da normativa regionale e locale, ecc.
- un certo livello essenziale di spesa pro capite per povertà, o non autosufficienza, parametrato magari in dati di popolazione

I liveas di spesa potrebbero compensare l'inagibilità costituzionale dei fondi finalizzati, impegnando regioni ed enti locali a certi livelli di spesa, rapportati a trasferimenti non finalizzati effettuati dal governo centrale.

Non è qui il caso di entrare più nel dettaglio.

23. Attuare e completare la 328/00

Voglio concludere con alcune osservazioni.

La riforma delle politiche sociali avviata dalla 328 rischia la stasi e quindi l'arretramento, nell'abbandono nazionale. Essa richiede invece non solo attuazione ma anche completamento del disegno in alcune dimensioni appena abbozzati.

Questo richiede scelte fondamentali sul nostro sistema di Welfare, sull'entità delle risorse dedicate ma in particolare sullo sviluppo del sistema integrato di interventi e servizi e sul riequilibrio fra risorse a questi dedicate e meri trasferimenti monetari. Scelte fondamentali che toccano ogni tematica di riforma politica, anche quelle oggi più all'odg. (povertà, non autosufficienza, famiglia, ecc...).

Le scelte e gli abbandoni, politici e finanziari, del governo nazionale condizionano ovviamente il sistema nel suo complesso e vanno contrastate da iniziative di mobilitazione congiunte delle istituzioni e organizzazioni qui presenti, ma ci sono comunque spazi di agibilità ai livelli

regionali e locali che devono essere utilizzati per attivare sperimentazioni e passi parziali anche sui grandi temi indicati, come povertà (v. Regione Campania con reddito di cittadinanza), come accesso (v. Regione Emilia Romagna con sportelli sociali), come integrazione socio sanitaria (v. Reg. Toscana con società della salute), come non autosufficienza.

C'è molto da fare, che si può fare sviluppando il processo programmatico, promuovendo la gestione del sistema integrato a livello di ambito, sviluppando le necessarie strutture di supporto dei livelli politici, gli UdP o segreterie di ambito.

Il completamento della legislazione e della programmazione regionale, l'accompagnamento e lo sviluppo dei piani di zona, la gestione/governo associato dei servizi a livello di zona, gli Uffici di piano, la partecipazione sociale generale e su specifici temi, l'accreditamento, la spesa sociale e sanitaria, la compartecipazione ai costi, la carta dei servizi, sono temi di grande rilevanza su cui istituzioni regionali e organizzazioni sociali devono impegnarsi...

L'intensificazione dei rapporti fra istituzioni e fra istituzioni e organizzazioni sociali, a diversi livelli, va promossa per affrontare tutte queste sfide/opportunità, non tutte vincolate alla azione governativa e alla disponibilità di risorse aggiuntive.

Disseminare sul territorio i contenuti di questa iniziativa, renderli processi reali e diffusi, è l'auspicabile esito di questa rilevante iniziativa unitaria delle confederazioni sindacali.

I cittadini al centro della sanità

da “Le idee” Idee sulla sanità – Italianieuropei n.4/2005

I contenuti del testo sono il risultato di un lavoro discusso e condiviso durante il seminario programmatico organizzato dalla Fondazione Italianieuropei il 5 luglio 2005 a Roma.

I partecipanti, coordinati da Ignazio R. Marino, sono stati: Augusto Battaglia, Giuseppe Benagiano, Alessandra Cattoi, Claudia Cirillo, Guido Maria Filippi, Giovanni Giannobile, Enrico Rossi, Livia Turco

Solide fondamenta per una sanità sostenibile A fronte di un lento declino della qualità delle prestazioni dell'attuale Servizio sanitario nazionale (ssn) è compito di chi si riconosce in un progetto politico alternativo all'attuale maggioranza al governo avanzare delle proposte programmatiche per una trasformazione sostenibile della sanità negli anni futuri. Rappresentanti del mondo politico, dell'informazione, amministratori e medici hanno avviato un proficuo confronto sui temi che rappresentano oggi le priorità non più procrastinabili da affrontare per la modernizzazione e la salvaguardia del nostro sistema sanitario, in vista dell'appuntamento elettorale dell'anno prossimo. Il progetto si incentra sulla necessità di soddisfare le reali esigenze dei cittadini fornendo loro riferimenti sanitari certi, cure adeguate, sicurezza di assistenza indipendentemente dal reddito o dalla collocazione geografica. È, in altre parole, un progetto basato sull'equità e sulla parità di accesso per ogni tipo di intervento preventivo o terapeutico, ma anche sulla semplificazione dell'organizzazione e sull'umanizzazione del rapporto tra il cittadino e il sistema sanitario. Il nostro Servizio sanitario nazionale è un bene molto prezioso e rappresenta l'unica possibilità per dare concretezza a un diritto inalienabile sancito dalla Costituzione, quello alla salute. Un diritto messo fortemente a rischio dalle nuove norme sulla devolution, che svuotano il ruolo del governo centrale e creano situazioni in contrasto con il principio costituzionale basato sull'uguaglianza.

Proponiamo delle linee programmatiche, orientate a cambiamenti concreti per

garantire la sopravvivenza stessa del ssn, secondo i seguenti punti:

- emanare norme per un federalismo compatibile con l'esigenza prioritaria di eliminare gli squilibri strutturali e territoriali, allo scopo di fornire servizi sanitari adeguati e omogenei in tutto il paese;
- riorganizzare l'assistenza extraospedaliera per i più bisognosi (anziani, malati cronici e terminali, tossicodipendenti);
- semplificare l'accesso ai servizi per tutti i cittadini, in tempi ragionevoli;
- avviare una nuova stagione di politiche per la prevenzione;
- stabilire concreti e proficui rapporti di collaborazione tra università, istituti di ricerca, servizio sanitario ed industrie;
- aumentare le risorse, con una maggiore quota del pil da destinare alla sanità, creare le condizioni per una maggiore efficienza e minori sprechi da parte del sistema, e stimolare ed espandere il ruolo dei fondi integrativi nel ssn;
- investire maggiori risorse nei servizi sociali con prestazioni che, pur non avendo valenza strettamente sanitaria, contribuiscano ad assicurare una qualità di vita accettabile, in particolar modo per le fasce più deboli della popolazione.

Superare le disparità La politica sanitaria italiana degli ultimi anni è stata purtroppo caratterizzata da un indebolimento del sistema sanitario nel suo complesso. Il ssn ha fatto non uno, ma due passi indietro:

si è ritirato per lasciare spazio alle regioni secondo quanto previsto dalla riforma federalista, ma ha anche abdicato alle sue funzioni di orientamento, di controllo, di verifica e di garanzia, con il risultato che ora più che mai la sanità italiana soffre per le differenze sempre più profonde tra Nord e Sud, tra centro e periferia, tra poli di eccellenza e situazioni di degrado. Ed è proprio questo enorme divario che ci obbliga a dire che complessivamente la nostra sanità è oggi più povera e più inefficiente e di conseguenza più ingiusta. Saranno descritti più avanti, nella sezione dedicata a federalismo e ssn, alcuni esempi concreti che esprimono in maniera drammatica le differenze di qualità di cura che un cittadino rischia di ricevere in relazione alla regione nella quale vive.

C'è quindi bisogno di un'ampia convergenza politica su un progetto condiviso e capace di unificare lo sforzo di miglioramento. Questo è non solo possibile, ma perfettamente realizzabile, perché è proprio sul terreno dell'assistenza sanitaria che si possono incontrare le due grandi anime che caratterizzano lo spirito del nostro paese: quella cattolica e quella laica di impronta socialista, ma anche liberale, nel tentativo di alleviare la sofferenza attraverso una maggiore solidarietà. Per vincere l'indispensabile lotta per una sanità più giusta, più umana e più efficace deve essere invocata proprio questa comune sensibilità alla sofferenza umana, perché è la perdita della salute che più di ogni altro evento scava le differenze sociali, economiche e culturali. È indispensabile fare emergere i punti di incontro di queste grandi correnti di pensiero, perché quando si affronta il nodo della salute tutti ricordino che la medicina non è solo un mestiere e tutti siano quindi incoraggiati ad operare in questo senso chiamando a raccolta le forze che operano nel settore, ma soprattutto coinvolgendo i cittadini e ponendo le loro esigenze al centro del sistema.

Partire dai cittadini Il Servizio sanitario nazionale ha il compito di assistere il cittadino affinché preservi la sua salute e di curarlo in caso di malattia. Partendo da questo presupposto, è indispensabile conoscere le risorse che lo Stato ha a disposizione, razionalizzarle, permettere ai cittadini non solo di accedervi con facilità e rapidamente, ma anche e soprattutto di divenire protagonisti nelle scelte da effettuare.

Dunque l'azione preliminare deve essere un censimento, regione per regione, delle risorse, degli ambulatori medici, degli ospedali, delle asl, dei consultori familiari, dei servizi dedicati agli stranieri, delle associazioni di volontariato, dei ricoveri per anziani, dei centri di assistenza domiciliare e via di seguito. La razionalizzazione dei servizi passa inevitabilmente per la conoscenza dell'esistente e il successivo collegamento dei servizi tra di loro.

Si dovranno quindi costituire forme stabili di collegamento e comunicazione tra tutti i servizi di cui un cittadino può aver bisogno, un grande traguardo oggi raggiungibile grazie ai mezzi tecnologici che abbiamo a disposizione. Mettere ad esempio a disposizione di ogni regione un portale unico dedicato alla sanità garantirebbe un uso consapevole e appropriato dei servizi pubblici, potrebbe assicurare informazioni adeguate e aggiornate e rappresenterebbe un valido strumento complementare ai centri unici telematici di prenotazione.

Ma la condizione indispensabile è l'informazione dei cittadini: tutti devono essere informati, in modo semplice e comprensibile, su quali sono i servizi a loro disposizione, in che modo è possibile accedervi, a cosa servono, dove si trovano, se e quanto costano, come si possono utilizzare.

Ospedali: da capitoli di spesa a centri di cure intensive Il cittadino ha necessità di centri sanitari certi e vicini alla propria abitazione e, fino a quando non si avranno alternative credibili, l'ospedale continuerà a

costituire, insieme al pronto soccorso, il perno del sistema di cure. Data questa realtà ben conosciuta e ben radicata, ogni ipotesi di sostituire i piccoli ospedali con i servizi sanitari sul territorio crea nei cittadini una reazione di diffidenza, di preoccupata difesa dell'esistente, magari non perfetto (spesso anche scadente), ma comunque ben conosciuto e utilizzabile. Non si può dunque ipotizzare la chiusura *sic et simpliciter* di molti ospedali, per quanto inefficienti e a volte addirittura inutili, senza incorrere in una opposizione generalizzata da parte di cittadini e amministratori locali.

Questo crea un circuito perverso per cui gli ospedali continuano ad assorbire la metà delle risorse destinate alla sanità, gli investimenti per i servizi sul territorio non sono adeguati, ma residuali, e di conseguenza non si riesce a creare quella rete di servizi territoriali complementari all'ospedale stesso, così necessari in un sistema moderno. Occorre quindi un'opera di informazione e persuasione dei cittadini che spieghi quanto sia indispensabile ripensare alla rete sanitaria territoriale in modo che essa fornisca un'assistenza adeguata e calibrata sui tipi di malattia.

Di pari passo dovrà rinnovarsi l'organizzazione degli ospedali, sulla base della gravità dei casi e dell'intensità delle cure necessarie. A centri di eccellenza specializzati in singole patologie (ad esempio oncologia, diabete, malattie cardiovascolari, trapianti ecc.), andrebbero affiancati piccoli ospedali di 300-400 posti letto dedicati alle emergenze, alla terapia intensiva e subintensiva, alla chirurgia, dotati di pochi letti destinati alla degenza ordinaria. In questo modo diminuirà progressivamente l'accesso ai grandi nosocomi, con migliaia di costosi posti letto, concepiti nei secoli scorsi.

Una volta terminata la fase acuta della malattia e le cure intensive, il paziente dovrebbe essere dimesso e trasferito o in strutture riabilitative o a casa, pur continuando ad essere sostenuto da un efficiente sistema di assistenza domiciliare.

Parlando di efficienza, andrebbe modificato anche l'atteggiamento degli operatori sanitari che, più per motivi psicologici e di tranquillità che per reali esigenze cliniche, tendono a far stazionare i pazienti in ospedale più del dovuto. È questa logica “difensiva” che porta oggi un paziente che deve essere operato ad essere ricoverato almeno un giorno prima dell'intervento (e in alcuni casi i giorni sono due o tre) per gli ultimi accertamenti che potrebbero in realtà essere completati il giorno stesso dell'operazione, semplicemente chiedendo al paziente di presentarsi in ospedale alle prime ore del mattino. Un giorno di ricovero in meno significa più posti letto liberi per l'ospedale e soprattutto un risparmio di molti miliardi per il ssn, calcolando che ogni giorno di ricovero costa mediamente 600 euro per ogni paziente.

Pensando sempre alla razionalizzazione dei ricoveri, andrebbe studiata meglio e omogeneizzata la situazione della spesa, oltre che della qualità delle prestazioni, a livello nazionale. I dati elaborati dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (assr) mostrano infatti una fotografia alquanto diversificata delle realtà regionali: nel 2002 nel Lazio un ricovero durava in media 9 giorni, contro i 7,19 della media nazionale. Sul versante economico, il costo medio di un ricovero nel Lazio era di 5.581 euro, in Piemonte di 4.904 euro mentre in Campania scendeva a 3.138.

Ci sono anche altri ambiti dove intervenire, ad esempio negli approvvigionamenti di beni e servizi che dovrebbero avvenire nel rispetto delle normative comunitarie in materia, non per singolo ospedale o azienda, bensì a livello di bacino regionale o, almeno, interprovinciale. Ciò permetterebbe prezzi più contenuti, controllo sui consumi e sulla qualità del materiale usato.

Va da sé che per raggiungere un migliore funzionamento delle strutture andrebbe previsto un meccanismo di gratificazione per chi ha dimostrato efficienza nella gestione dei pazienti e delle risorse e allo stesso modo

una sanzione per chi invece non ha rispettato gli obiettivi.

C'è infine il nodo delle nomine dei vertici aziendali e la necessità di renderli più organici al ssn e meno ai partiti politici. Nella consapevolezza di non esprimere una posizione condivisa da tutti, pensiamo che vada presa in considerazione la modifica del meccanismo per la nomina dei direttori generali, con la creazione di un'apposita commissione composta da esperti, ma anche da rappresentanti della società civile, come il tribunale dei diritti del malato, medici, intellettuali ecc. estranei ai rapporti con la politica ma in grado di rappresentare la società. La commissione dovrebbe selezionare una rosa di tre candidati da sottoporre al presidente della regione e all'assessore alla sanità, ai quali solo in questa fase spetterà l'ultima parola. Inoltre, i direttori generali dovrebbero rispondere dell'attuazione di obiettivi prestabiliti nel contratto di lavoro e previsti nei piani sanitari regionali. Il loro operato andrebbe poi monitorato a scadenze fisse con la partecipazione dei cittadini-utenti, i risultati ottenuti comunicati con trasparenza e il mancato raggiungimento degli obiettivi dovrebbe necessariamente portare alla destituzione e all'esclusione da ogni tipo di incarico analogo. Ma gli stessi direttori dovrebbero altresì essere dotati di opportuni strumenti per valutare la reale attuazione dei piani sanitari e di mezzi per renderli conseguibili. Si propone anche di creare uno specifico Albo nazionale basato sull'identificazione di requisiti minimi per essere nominati direttori di Aziende sanitarie, in modo che possano essere scelti esclusivamente i candidati con un curriculum tecnico ed amministrativo adeguato al ruolo. Le strade percorribili sono anche altre, basta seguire i ragionamenti di Mario Pirani che regolarmente affronta questo problema dalle pagine di “Repubblica”. Dando voce a chi ritiene che anche le nomine dei primari debbano essere basate sulla professionalità e competenza e non sulla lottizzazione, Pirani

propone che una volta accertata l'idoneità professionale a partecipare a un concorso per primario, la valutazione e la scelta venga fatta da una commissione composta da membri *super partes* in quanto non appartenenti alla struttura e nemmeno al territorio dove si svolge il concorso, e quindi, si suppone, estranei ai giochi di potere locali. Non di meno, la produzione scientifica dovrebbe rappresentare il primo biglietto da visita per accedere a posti apicali all'interno delle strutture ospedaliere: un elemento valutabile con criteri oggettivi in base al numero e all'importanza degli articoli scientifici pubblicati.

Staccare la gestione delle aziende sanitarie dalla politica, attivare concretamente strumenti di controllo e di intervento, è dunque una via obbligatoria per percorrere la strada dell'efficienza e del buon funzionamento della sanità pubblica.

Infine, la questione del governo clinico delle aziende sanitarie. Non c'è dubbio che per molte ragioni, che non è possibile analizzare in questa sede, i medici abbiano perso il controllo sugli aspetti organizzativi delle strutture in cui operano. Sarebbe invece auspicabile ripensare al loro ruolo e integrare le competenze cliniche a quelle gestionali, chiedendo ad ognuno di svolgere un'attività clinica orientata all'appropriatezza delle cure e dei percorsi assistenziali. Va da sé che questo processo dovrebbe comportare un ampliamento dell'autonomia e dell'indipendenza, ma anche una conseguente maggiore responsabilizzazione da parte di medici e infermieri, chiamati a rispondere personalmente delle proprie scelte.

Un disegno di legge in questo senso, che vede tra i firmatari anche Livia Turco e Augusto Battaglia — che hanno contribuito alla realizzazione di queste schede programmatiche — è stato presentato alla Camera dei deputati il 29 ottobre del 2004 e attende, probabilmente invano in questa legislatura, di essere discusso.

Fuori dall’ospedale: la continuità dell’assistenza

I medici di medicina generale motore del sistema. La figura dei medici di medicina generale deve essere centrale: proprio attorno a loro dovrebbe ruotare l’assistenza primaria in ogni momento della vita del cittadino, dalla nascita alla vecchiaia. In tal senso è necessaria sia una riqualificazione dei medici di famiglia, sia un ripensamento della formazione offerta a tale categoria professionale, allo scopo di renderla quanto più incisiva possibile nella sua azione capillare. Ma il medico di famiglia deve essere messo nella condizione di assolvere al suo compito grazie a studi medici attrezzati e associati, deve poter contare su di un valido aiuto infermieristico e su apparecchiature diagnostiche, come ad esempio l’ecografia, che dovrebbe essere presente con un tecnico in ogni studio, in modo da accelerare l’iter diagnostico di malattie molto diffuse (come per esempio la calcolosi biliare o renale) ed evitare il peregrinare dei cittadini tra laboratori e ospedali.

Una nuova organizzazione per i medici di famiglia potrebbe assicurare non solo la prescrizione di esami e di ricette, ma anche l’assistenza a domicilio, di notte, nei giorni festivi, in modo da decongestionare i pronto soccorso, diminuire il numero dei ricoveri impropri ed eliminare il servizio delle guardie mediche. Il cittadino troverebbe un punto di riferimento sicuro e costante, ne guadagnerebbe l’umanizzazione della sanità, con una riduzione anche dei costi inutili.

Inoltre, sempre i medici di famiglia dovrebbero essere i primi veicoli di informazione per promuovere azioni di prevenzione delle malattie e per guidare i cittadini verso stili di vita sani e appropriati.

Una nuova stagione per le politiche di prevenzione È ormai provato che la strada della prevenzione è quella che può più efficacemente ridurre l’incidenza delle grandi patologie che colpiscono milioni di persone (tumori, malattie cardiovascolari, malattie infettive ecc.). Per questo motivo, la

spesa media per le attività di prevenzione, che a livello nazionale rappresenta oggi il 5% dei finanziamenti per la sanità, andrebbe almeno raddoppiata.

Occorre al tempo stesso modificare la cultura, che oggi è ancora prevalentemente “curativa”, convincendo i cittadini che la prevenzione rappresenta la migliore assicurazione sul proprio futuro. La cultura del “viver sano” andrebbe inserita nei programmi scolastici per garantire una formazione adeguata dei giovani rispetto alla cura del proprio corpo e della propria salute. Allo stesso tempo, sarebbe auspicabile promuovere campagne di educazione affinché si comprenda il concreto valore degli *screenings* e della diagnosi precoce con particolare attenzione alla salute della donna e dei bambini, anche potenziando la rete dei consultori familiari e dei servizi territoriali.

Per attuare questo programma, che è una priorità, è possibile immaginare una diversa modulazione degli investimenti, riducendo l’enfasi sull’alta tecnologia per concentrarsi di più sulla promozione di stili di vita sani, scoraggiando comportamenti non corretti (fumo, obesità, cattiva alimentazione, scarsa attività sportiva ecc.) per arrivare a una vecchiaia attiva e il più possibile libera da malattie.

L’assistenza agli anziani: priorità non procrastinabile Si allunga la vita media della popolazione in tutti i paesi occidentali, cresce il numero degli anziani di pari passo con i problemi legati alla loro salute: non si tratta di un’emergenza, ma di un cambiamento sociale profondo con ricadute immediate sulla sanità e sui servizi sociali.

In Italia circa il 20% dei cittadini ha più di 65 anni e, da sola, questa fetta di popolazione assorbe più del 40% della spesa sanitaria del paese (36 miliardi di euro sugli 88 miliardi messi a disposizione del ssn per il 2005). Gli anziani sono grandi consumatori di farmaci (il 50% dei consumi è infatti attribuibile agli ultrasessantacinquenni), di visite specialistiche (38%) e soprattutto di spese ospedaliere. Dei 39 miliardi di euro totali di spese per gli

ospedali, circa la metà è destinata agli anziani (19,340 miliardi di euro).

Queste cifre hanno una spiegazione: gli anziani vengono ricoverati ripetutamente o per lunghi periodi perché non esiste un’assistenza adeguata fuori dall’ospedale, le famiglie non sono in grado di assumere da sole la gestione di un anziano non autosufficiente, i servizi sociali e il volontariato non hanno risorse adeguate e l’assistenza domiciliare funziona solo in alcune parti d’Italia.

I problemi della terza età vanno affrontati prima di tutto con l’integrazione dei servizi socio-sanitari, del privato sociale e del volontariato, per dare risposte efficaci non solo in termini di assistenza sanitaria, ma, prima ancora e prima di tutto, per sostenere con una rete di supporto organizzata l’enorme peso che oggi ricade sulle famiglie.

Le nostre proposte sulla materia riguardano:

- la creazione di un dipartimento per la terza età all’interno del ministero della salute, che si occupi di studiare le reali esigenze, proporre le soluzioni più adeguate e rappresenti un punto di raccordo tra chi si occupa dell’assistenza alle persone anziane
- (associazioni, privato sociale, medici ecc.) e le istituzioni;
- lo stanziamento di un fondo speciale per gli anziani non autosufficienti;
- la sottoscrizione di un’assicurazione integrativa e obbligatoria per coloro che possono contare su redditi alti, in modo che costoro non debbano gravare totalmente sul ssn per quanto riguarda la copertura delle spese mediche dopo i 65 anni;
 - un’azione integrata con altre strutture di tipo sociale, non necessariamente parte del sistema sanitario.

L’integrazione dei servizi socio-sanitari appare oltremodo efficace per garantire una buona qualità di vita agli anziani, come testimoniato anche dalle scelte programmatiche della Liguria, la regione più anziana d’Europa, che indica come priorità

l’istituzione di un fondo regionale per la non autosufficienza, il riequilibrio delle offerte di servizio sul territorio oggi sbilanciate a favore degli ospedali, l’integrazione tra territorio e ospedali, e l’intensificazione delle cure a domicilio.

Competizione positiva solo se leale: l’anomalia del lavoro dei medici

Al di là delle legittime questioni contrattuali e di compenso per i medici, è il loro rapporto di lavoro che va ripensato nel suo complesso, con l’obiettivo di arrivare a instaurare una sana competizione tra il pubblico e il privato e risolvere l’anomalia, tutta italiana, del doppio lavoro dei medici dentro e fuori gli ospedali.

L’anomalia non consiste nel fatto che il medico del ssn possa svolgere attività professionale privata. Essa invece consiste nel fatto che il professionista possa esercitare la propria professione per un’azienda pubblica e contemporaneamente per un suo diretto concorrente privato, in netto contrasto con le più elementari regole liberali sulla concorrenza. Oggi, per la carenza di vere strutture dedicate all’attività libero-professionale nelle aziende pubbliche, è spesso gioco-forza autorizzare un lavoro intramoenia, in sede extramoenia, creando una contraddizione in termini e in fatti.

Eliminare questa contraddizione significa mettere il cittadino al centro del sistema, cioè permettere che sia davvero lui a decidere a quale struttura rivolgersi, al pubblico o al privato: non perché viene veicolato in clinica dal medico che lo ha appena visitato in ospedale e successivamente indirizzato verso la struttura privata per le terapie o per un intervento chirurgico.

Va ricordato che il medico libero professionista, nell’esercizio della sua attività in strutture private, tende inevitabilmente ad operare una distinzione tra pazienti che richiedono cure dispendiose e lunghe degenze, da assistere in ospedale, e casi meno gravi, ma più remunerativi, destinati alle cliniche private. Il vantaggio

per queste ultime non è solo in termini economici, ma anche di qualità delle prestazioni erogate. Destinato a trattare casi complessi, malati lungo degenti, anziani, oltre ad avere l’obbligo del pronto soccorso, che costituisce sempre una voce passiva in bilancio, il settore pubblico risulta scarsamente competitivo e diviene responsabile obbligato dell’aumento del deficit.

Appare anche anomalo un impegno part-time da parte di medici che dividono la propria attività con una carica politica che mal si concilia con gli impegni e gli imprevisti sempre all’ordine del giorno nel lavoro di un medico.

Dovrebbe infatti essere espressamente prevista l’incompatibilità tra alcuni incarichi politici elettivi (sindaco, presidente della provincia, consigliere provinciale o comunale) o istituzionali (assessore provinciale, comunale, presidente di circoscrizione) e la direzione di strutture complesse sia ospedaliere che territoriali. I due ruoli risultano difficilmente conciliabili e l’esperienza ha dimostrato che il doppio incarico determina distorsioni, legate sia a un uso politico-clientelare della struttura, sia a una conduzione della stessa non adeguata ai bisogni dell’utenza o agli obiettivi fissati dall’azienda.

Il principio dell’esclusività del rapporto di lavoro non si scontra affatto con la libertà della professione medica. Tale libertà non significa infatti lavorare senza regole, senza controlli e senza tenere in considerazione gli interessi di una sanità pubblica moderna e orientata all’efficienza.

Tra federalismo e Servizio sanitario nazionale L’assistenza sanitaria in quanto diritto di ogni cittadino deve essere garantita, allo stesso livello, in ogni area geografica del paese. Non lo è, e questo non solo non è accettabile né umanamente né politicamente, ma è anche contrario a ciò che i cittadini chiedono. Infatti, secondo un’indagine condotta dal Censis nel 2002, la maggioranza **degli italiani (56,3%) si dice**

favorevole al federalismo sanitario, a patto però che non intacchi l’universalità e l’equità del ssn.

La riforma federalista, nata dalla giusta esigenza di riorganizzare il rapporto tra centro e periferie, ha avuto come positiva conseguenza l’assunzione di responsabilità da parte della politica regionale e la necessità di operare delle scelte orientate all’efficienza e al contenimento della spesa. Ma ha implicato anche il progressivo degrado dei servizi e dei bilanci di alcune regioni, soprattutto del Sud, che non hanno saputo riorganizzare la loro sanità secondo le nuove regole del federalismo e che vivono oggi sull’orlo della bancarotta.

L’ampia libertà nelle scelte di indirizzo ha reso ancora più visibile la grande disparità nei servizi erogati e ha imposto differenti carichi fiscali sui cittadini, che in alcune regioni pagano il ticket e in altre no. È quindi fondamentale che la difesa del valore primario dell’equità resti saldamente al centro della programmazione sanitaria, onde non peggiorare la divaricazione nell’offerta dei servizi tra le diverse aree del paese. Fra i problemi innescati dal federalismo, il principale si è dimostrato quello di sfavorire le regioni più arretrate e povere che, nonostante l’aumento della pressione fiscale, non sono riuscite a migliorare la qualità dei servizi e hanno aumentato il divario e le disuguaglianze. La migrazione sanitaria non è diminuita e nel 2002, secondo i dati del ministero della salute, nelle regioni meridionali il costo della migrazione sanitaria interregionale è stato di 860 milioni di euro, addirittura in aumento rispetto al 2001, anno in cui sono stati spesi 818 milioni di euro. I dati più recenti, forniti sempre dal ministero, parlano di un milione di cittadini che si sono spostati in un anno dal Sud dell’Italia alle regioni del Nord e del Centro per ricevere cure mediche di ogni tipo, dall’intervento chirurgico maggiore, all’ernia o alla cataratta.

Di fronte a dati che non si possono che definire inaccettabili, va ripensato e potenziato lo strumento dei lea (i Livelli

essenziali di assistenza sanitaria), ossia le prestazioni e i servizi da garantire ovunque a tutti i cittadini. Esse non devono essere garanzie minime, ma costituire uno strumento con cui si vogliono individuare e rendere fruibili i diritti di equità sanitaria di cui tutti devono godere e che lo Stato ha il diritto-dovere di controllare attentamente, intervenendo in caso di omissione. Quindi, se si vuole mettere il cittadino al centro del sistema e garantire equità di trattamento indipendentemente dalla residenza, è necessario applicare dei meccanismi di potere sostitutivo nei confronti di quelle regioni che dimostrino di non essere in grado di gestire l'autonomia prevista dal federalismo.

Libertà e autonomia male amministrate si possono rapidamente trasformare in disuguaglianza e nella sanità questo si traduce in numero di vite salvate e qualità di vita. Non è un caso, per fare un solo esempio, che il registro tumori di Ragusa (l'unico disponibile nel meridione) riporti una sopravvivenza a cinque anni per il tumore della vescica del 31% contro il 71% del resto d'Italia, per il tumore alla prostata del 34% (contro il 48%) e per il tumore al seno del 70% (contro l'81%). Se ascoltiamo i cittadini, troviamo già tracciata la strada da seguire per raggiungere un equilibrio stabile e virtuoso tra Stato e regioni, perché **gli italiani attribuiscono al ministero della salute un ruolo strategico di garante di qualità, efficacia e uguaglianza dei servizi. Oltre i due terzi degli intervistati dal Censis vorrebbe che fossero pubblicate annualmente le graduatorie dei migliori ospedali pubblici, delle cliniche private e dei professionisti e vorrebbe che fosse il ministero a farsi carico di ciò. Gli italiani vorrebbero inoltre che il ministero prendesse tutte le decisioni importanti in materia di farmaci.**

Chi ha il compito di governare un sistema nazionale ha pertanto - perché così vogliono i cittadini - il dovere non delegabile di garantire l'efficacia, l'esigibilità e la

sostenibilità del diritto alla salute. Va in altre parole tutelata un'assistenza sanitaria uniforme, universale, egualitaria e appropriata, sia pure in una situazione che abbia ridimensionato l'impostazione centralistica.

Il ruolo del ministero della salute Alla luce di quanto è stato sperimentato fino ad oggi, è evidente la necessità di ripensare il ruolo del ministero della salute con una ridefinizione degli ambiti di competenza e il potenziamento delle funzioni di coordinamento, monitoraggio e vigilanza, gestione delle emergenze. Il governo centrale deve mantenere il controllo di almeno due aree, quella macroeconomica di bilancio e quella di garante delle prestazioni essenziali. Deve inoltre esercitare il potere sostitutivo rispetto alle amministrazioni regionali inefficienti.

Il sistema federalista può essere efficace solo se si regge su un centralismo solido che non abdica alle sue competenze. Inoltre, la programmazione è un'attività che va coordinata a livello centrale, con il coinvolgimento di tutti gli attori, non solo per verificare la congruità delle iniziative regionali in un più ampio contesto nazionale, ma anche per fissare degli obiettivi e rendere effettivi i controlli e le verifiche. Tale programmazione deve investire anche la formazione e il coordinamento con le università, allo scopo di evitare il verificarsi di situazioni oggi ricorrenti caratterizzate da gravi carenze di medici in alcune discipline, come ad esempio l'anestesiologia o la radiologia e da eccessi in altri settori.

Un discorso approfondito andrebbe fatto anche a proposito degli infermieri su cui oggi grava il maggiore peso del funzionamento dei nostri ospedali. La carenza cronica di personale infermieristico nel nostro paese molto spesso manda in crisi interi reparti, non consente una corretta assistenza ai malati al punto che i responsabili dei servizi si trovano costretti a chiudere posti letto per mancanza di personale. Il ricorso a infermieri provenienti

da paesi extra europei è stata senz'altro una misura utile per fare fronte all'emergenza e riempire il vuoto delle nostre scuole di specializzazione per infermieri. Tuttavia, va da sé che in un settore così cruciale dell'organizzazione sanitaria, una programmazione va fatta al più presto puntando su incentivi appropriati per chi sceglie un lavoro per cui si richiedono sempre più competenze e responsabilità ma che, al momento attuale, non offre in cambio adeguati riconoscimenti sia dal punto di vista economico che professionale.

Infine, l'istituzione e la gestione di fondi speciali per le emergenze, gli hospice, le malattie mentali, le tossicodipendenze, le malattie rare non possono essere caricate sui bilanci regionali a cui si chiede efficienza e rigore. Se il principio che ci guida è quello dell'uguaglianza per alleviare la sofferenza attraverso la solidarietà, allora spetta al governo centrale la presa in carico delle situazioni più complesse, dell'assistenza agli ultimi, ai più malati, ai più poveri, cittadini che in molti casi rischierebbero di essere trattati in modo disuguale se affidati al sistema delle autonomie regionali.

Conclusioni Occorre un lavoro approfondito di ricerca per tracciare il percorso per una sanità pubblica economicamente sostenibile e attenta a garantire i livelli di cura adeguati a tutti i cittadini, senza distinzione geografica o di ceto. Il sistema che vogliamo creare dovrebbe quindi essere innanzitutto equo, capace di offrire assistenza di uguale intensità e qualità per abbienti e non abbienti, giovani e anziani, abitanti delle regioni ricche e meno ricche.

Al centro di questo sistema vogliamo porre tutti i cittadini, rispondendo alle loro necessità, allontanando paure e diffidenza e dando loro la prova concreta che il nostro paese crede ancora fermamente nell'uguaglianza degli essere umani di fronte alle esigenze della salute.

Titoletti

1. Il progetto si incentra sulla necessità di soddisfare le reali esigenze dei cittadini fornendo loro riferimenti sanitari certi, cure adeguate, sicurezza di assistenza
2. Il nostro Servizio sanitario nazionale è un bene molto prezioso e rappresenta l'unica possibilità per dare concretezza al diritto alla salute
3. La politica sanitaria italiana degli ultimi anni è stata purtroppo caratterizzata da un indebolimento del sistema sanitario nel suo complesso
4. Ora più che mai la sanità italiana soffre per le differenze sempre più profonde tra Nord e Sud, tra centro e periferia, tra poli di eccellenza e situazioni di degrado
5. La razionalizzazione dei servizi passa inevitabilmente per la conoscenza dell'esistente e il successivo collegamento dei servizi tra di loro
6. Fino a quando non si avranno alternative credibili, l'ospedale continuerà a costituire, insieme al pronto soccorso, il perno del sistema di cure
7. I direttori generali dovrebbero rispondere dell'attuazione di obiettivi prestabiliti nel contratto di lavoro e previsti nei piani sanitari regionali
8. I direttori dovrebbero essere dotati di opportuni strumenti per valutare la reale attuazione dei piani sanitari e di mezzi per renderli conseguibili
9. Sarebbe auspicabile ripensare al ruolo dei medici negli aspetti organizzativi delle strutture in cui operano e integrare le competenze cliniche a quelle gestionali
10. La figura dei medici di medicina generale deve essere centrale: proprio attorno a loro dovrebbe ruotare l'assistenza primaria in ogni momento della vita del cittadino

11. La spesa media per le attività di prevenzione, che a livello nazionale rappresenta oggi il 5% dei finanziamenti per la sanità, andrebbe almeno raddoppiata
12. In Italia circa il 20% dei cittadini ha più di 65 anni e, da sola, questa fetta di popolazione assorbe più del 40% della spesa sanitaria del paese
13. Gli anziani vengono ricoverati ripetutamente o per lunghi periodi perché non esiste un'assistenza adeguata fuori dall'ospedale
14. I problemi della terza età vanno affrontati prima di tutto con l'integrazione dei servizi socio-sanitari, del privato sociale e del volontariato
15. L'anomalia consiste nel fatto che il professionista possa esercitare la propria professione per un'azienda pubblica e contemporaneamente per un suo diretto concorrente privato
16. Il principio dell'esclusività del rapporto di lavoro non si scontra affatto con la libertà della professione medica
17. La maggioranza degli italiani si dice favorevole al federalismo sanitario, a patto però che non intacchi l'universalità e l'equità del ssn
18. I dati più recenti parlano di un milione di cittadini che si sono spostati in un anno dal Sud dell'Italia alle regioni del Nord e del Centro per ricevere cure mediche di ogni tipo

Convegno DS

Un welfare delle persone, delle famiglie e delle generazioni per lo sviluppo del Paese

Priorità, risorse e vincoli per un patto tra le generazioni

Roma, 24 gennaio 2005

Relazione di Livia Turco

Un welfare inclusivo ed efficace deve affrontare di petto la questione della composizione demografica del nostro Paese e dell'Europa.

Ciò significa declinare il patto delle **3G**: generi, generazioni e genti. Vale a dire definire un patto per l'equità tra donne e uomini, tra giovani ed anziani, tra italiani e nuovi cittadini.

Non si contrastano le povertà, non si riducono le disuguaglianze più dure e non si rilancia la competitività del nostro Paese se la crescita economica e le politiche di welfare non sono in grado, al contempo, di sostenere le famiglie nella cura e nella crescita dei figli, di dare un futuro ai giovani, di consentire agli anziani che il vivere più a lungo significhi vivere meglio, di promuovere cittadinanza per le persone straniere.

Nella risposta a questi urgenti problemi si gioca non solo il valore della equità, ma la stessa possibilità di crescita del nostro Paese. Perché il nostro Paese tornerà a crescere solo attraverso uno straordinario investimento nel capitale umano – in termini di promozione della responsabilità e del benessere delle persone e di valorizzazione dei talenti - secondo le peculiarità delle generazioni.

In questo senso le politiche sociali sono politiche di sviluppo. Essenziali cioè per rimettere in moto la crescita economica e non solo per ragioni redistributive.

Si tratta di un approccio che cambia sia il modo di concepire le politiche di welfare, sia di considerare la crescita economica e lo sviluppo sociale rendendo urgente declinare in modo concreto quell'idea dello sviluppo umano e della persona quale fine e mezzo dello sviluppo e della crescita economica.

In questo contesto appare evidente che gli investimenti pubblici per la sanità, la scuola, le famiglie e dunque l'adeguamento della spesa sociale italiana alla media europea costituiscono un volano per lo sviluppo e la crescita economica.

Considero questo approccio cruciale per il nostro Paese dato che è proprio la compressione del fattore umano – in termini di bassa natalità, di bassa scolarità, di basso tasso di attività, di impoverimento nella vecchiaia – ciò che ostacola un efficace utilizzo di tutte le sue risorse economiche, professionali e morali.

Sviluppo umano; patto tra i sessi e le generazioni; welfare delle capacità e della responsabilità: sono le idee forza di un processo di innovazione del welfare che intendiamo promuovere con determinazione, che già abbiamo cominciato a costruire durante gli anni di governo dell'Ulivo e progettato durante questi anni di opposizione. Lo confermano le 10 proposte di legge su welfare e lavoro che abbiamo depositato. Su alcune – RMI, fondo per gli anziani non autosufficienti, interventi per la sanità nel Mezzogiorno – è iniziato l'iter parlamentare. Le uniche leggi di rinnovamento del welfare all'attenzione del parlamento sono di iniziativa del centrosinistra.

Il patto e la solidarietà tra i sessi e le generazioni che vogliamo costruire è antitetico a quello che il governo Berlusconi sta offrendo ai giovani, ai lavoratori, alle donne ed agli anziani di questo Paese.

Un patto in cui ai giovani si offrono solo lavori precari, saltuari e sottopagati che servono alle imprese per espellere i più anziani dal mercato del lavoro aumentando

così il carico sul sistema previdenziale e prefigurando una copertura pensionistica più debole. Ai giovani lavori precari e pensioni minime; ai lavoratori la perdita del lavoro e la pensione ritardata e ridotta; agli anziani l'aumento obbligatorio dell'età pensionabile. La stessa proposta di riforma fiscale del governo promuove una redistribuzione perversa per il carattere contro distributivo delle deduzioni rispetto alle detrazioni, perché il reddito imponibile è individuale e non familiare e perché non viene affrontato il problema degli incapienti. A ciò si aggiunge la cancellazione del Reddito Minimo di Inserimento e della riforma degli ammortizzatori sociali, mentre il Fondo per gli anziani non autosufficienti non è stato considerato dal Ministro Siniscalco tra le priorità del governo. La ricetta: espulsione della forza lavoro matura, aumento obbligatorio dell'età pensionabile, mercato del lavoro deregolato comporta una diminuzione delle pensioni senza aumentare la popolazione attiva.

Il nodo che deve essere aggredito per un patto di solidarietà tra le generazioni è quel 28% del tasso di occupazione delle classi di età tra i 55 e i 64 anni contro una media europea del 38,5% ed il 50% per il 2010 fissato dal Consiglio di Stoccolma.

Il welfare della solidarietà tra le generazioni è quello che punta sulla buona e piena occupazione per tutti, sulla formazione, sull'allungamento della vita lavorativa, sul mix lavoro-attività, sulla conciliazione tra lavoro e famiglia, sulla rete dei servizi sociali e sanitari, soprattutto per gli anziani non autosufficienti, sulle politiche di sostegno alle responsabilità familiari e su una misura universalistica di assistenza per chi è in condizione di povertà tramite il Reddito Minimo di Inserimento.

Si tratta di un'agenda molto impegnativa, ma ineludibile, che contiene le priorità obbligate per un'azione di governo riformista, capace di parlare al Centro-nord come al Mezzogiorno d'Italia.

Qual è il motore che può rendere credibile e compatibile queste agende di riforme? Come si pongono insieme priorità e risorse?

Con una politica di sviluppo e di crescita economica che investa sul fattore umano e rilanciando – certo su basi nuove – il valore del lavoro nella vita delle persone.

Lavorare meglio, tutte e tutti, lungo tutto il ciclo della vita.

Scandito dal punto di vista delle generazioni ciò significa: consentire ai giovani di avere, in tempi giusti, un lavoro per costruire la propria autonomia con un bagaglio formativo adeguato; per le donne e gli uomini delle classi di età centrali poter lavorare prendendosi delle pause – per lo studio o la cura – senza soffocare sotto il carico del lavoro di cura e dunque poter avere servizi per i figli e aiuto per gli anziani; per le persone in età matura poter rimanere più a lungo a lavorare, se lo vogliono, o cambiare lavoro, o svolgere delle attività perché questo li fa sentire meno soli, più utili e li fa stare bene.

Ciò significa rovesciare l'impostazione culturale sulle questioni pensionistiche e sui rapporti di equità tra le generazioni. L'agenda va riscritta dalle fondamenta facendo dell'esperienza di favorire l'invecchiamento attivo la condizione di un allargamento delle tutele comprese quelle pensionistiche per i giovani.

Il passaggio cruciale per un patto tra le generazioni è contrastare la precarietà del lavoro e promuovere il prolungamento volontario ed incentivato delle attività di lavoro.

Lotta alla precarietà ed invecchiamento attivo sono il bandolo della matassa, ciò che può unire le generazioni e coniugare l'inclusione sociale con la sostenibilità economica del welfare.

Per questo considero molto utile il documento della Commissione Progetto sulle politiche del lavoro e dell'invecchiamento attivo che qui presentiamo, perché contiene proposte che finalmente entrano nel merito e non si limitano ad enunciare il problema.

A partire da qui, da un'impostazione che metta al centro l'investimento sul capitale umano (anche attraverso forti politiche pubbliche) e la buona e piena occupazione, come motore dello sviluppo e della cittadinanza è possibile definire un programma di governo di legislatura che non si configuri come un semplice elenco della spesa.

La composizione demografica del Paese è una sorta di “prisma” che ci offre una lettura più veritiera della trama delle disuguaglianze sociali e dunque dell'odierna questione sociale. Ci sollecita a impostare in modo corretto questioni cruciali come quella dell'immigrazione. Inoltre, ragionare in termini di scambio e di reciprocità tra le generazioni, consente di scoprire risorse finora taciute, nascoste o sottovalutate, come la risorsa del tempo.

Gli anziani ne hanno in abbondanza. Questo bene prezioso, che si può condividere senza impoverirsi, può essere messo a frutto come motore capace di moltiplicare le opportunità per tutti.

È ciò che sta avvenendo in modo spontaneo: non solo le nonne ed i nonni, figure insostituibili per la cura dei figli, ma anche anziani che aiutano altri anziani inventando forme inedite di convivenza. Ed è diffusissima la situazione di solitudine in cui vivono molti anziani che deriva loro dal senso di inutilità.

Ciò che hanno in comune bambini, donne, anziani è il tempo della vita che si è spostato in avanti ed il desiderio di esercitare maggiore padronanza su di esso. Ciò comporta una modificazione del tempo sociale. In particolare l'adattamento dei ritmi di lavoro al ciclo della vita. Perché si allungano tutte le età, si allunga anche il tempo della vita lavorativa ma, contemporaneamente, il tempo di lavoro deve potersi mescolare ed alternare con altre esperienze di studio, di volontariato, di socialità che devono diventare sempre più compatibili. Il tema dell'alternanza nell'arco di tutta l'esistenza di un tempo per il lavoro e di un tempo per le altre attività è una nuova

moderna esigenza che gli anziani condividono con le donne e con i giovani.

Bisogna costruire un sistema di protezione sociale che corrisponda alle esigenze di scegliere il mix lavoro-attività e per poter decidere quando e come alternare il lavoro strutturato, i compiti di cura, l'impegno nelle associazioni e nel tempo liberato.

Bisogna definire cosa è “attività” sapendo ciò che essa non è: non è lavoro remunerato e non è solo volontariato. Possono essere quelle attività sociali che per svolgersi non hanno bisogno di profili professionali definiti e che possono mettere a frutto sulla base della volontarietà competenze acquisite e la disponibilità ad essere utili.

Attività che se non possono essere remunerate devono però avere una forma di riconoscimento sociale ed economico.

Insomma, è importante che le politiche pubbliche raccolgano e sostengano la domanda sociale di nuovi obiettivi di benessere in cui non contano solo il reddito e il successo ma anche il sapere, la cultura, il tempo della convivialità e del dono, in definitiva i beni relazionali. Questi beni non sempre comportano un onere finanziario ma possono anche favorire una riqualificazione e una riconversione della spesa sociale.

La trama delle disuguaglianze

I fattori che determinano inclusione ed esclusione sociale sono: l'aver un lavoro non precario; il poter cambiare il lavoro senza cadere nella povertà; potersi muovere e poter cambiare la propria vita; poter avere figli senza rinunciare al lavoro; avere le informazioni giuste e la formazione adeguata; potersi curare in una struttura pubblica di qualità; avere una pensione dignitosa e non cadere nella solitudine; poter contare su legami sociali e interpersonali solidi.

Ci sono fattori che determinano disuguaglianze ai quali, nei fatti, continuiamo a non attribuire la giusta centralità.

Come il peso dell’eredità sociale dello svantaggio. Che può essere combattuto con una efficace politica per l’infanzia che cominci nell’età prescolare, incidendo sullo sviluppo cognitivo dei bambini offrendo a tutti standard pedagogici e stimoli cognitivi omogenei. Ciò è possibile attraverso lo sviluppo di servizi socio-educativi per l’infanzia dagli 0-6 anni che consente l’accesso universale ad una assistenza di alta qualità. Oggi in Italia ci sono 3800 asili nido e 732 servizi integrativi. I servizi educativi per l’infanzia sono uno strumento strategico per un’efficace lotta contro l’eredità sociale dello svantaggio e per la formazione dell’occupazione femminile. Che, come sappiamo, è la questione dirimente nel nostro Paese sia per il contrasto della povertà che per lo sviluppo dell’occupazione e dunque delle competitività del nostro Paese. Di grande rilievo è dunque la proposta di legge di iniziativa popolare elaborata dalla Consulta “Gianni Rodari” sui servizi educativi 0-6 anni che definisce la scuola dell’infanzia come il livello di istruzione cui hanno diritto tutte le bambine e i bambini. Ricordo, inoltre, che una delle forme storiche della povertà nel nostro Paese è quella minorile. Le famiglie numerose, con cinque o più componenti, presentano ovunque livelli di povertà elevati raggiungendo nel Mezzogiorno il 31,3% (dati Istat 2004). Queste famiglie numerose, povere hanno un solo componente che lavora, il padre. Ed il costo di un figlio è valutato in media pari ad un aumento del 25% del reddito familiare. L’ultimo rapporto dell’Unione Europea sul processo di integrazione sociale in Europa mette in risalto una forte incidenza della povertà sui bambini e tra chi lavora.

“Tolleranza zero nei confronti della povertà minorile e lotta alla evasione scolastica” dovrebbero costituire il primo obiettivo da conseguire nell’ambito di una legislatura, di un programma di governo realmente riformista. Finora così non è stato. La lotta alla povertà minorile e le politiche per

l’infanzia sono solo state il capitolo eccellente delle politiche sociali dell’Ulivo.

L’altra grande disuguaglianza nel nostro Paese è il basso tasso di attività femminile e la disparità di reddito tra lavoratrici e lavoratori. Ciò è in gran parte connesso alla difficoltà di conciliare il lavoro e la famiglia se è vero che in Italia una donna che lavora riesce ad avere un figlio, ma non riesce ad averne due. Gli ultimi dati ci dicono che il 20,1% delle madri occupate al momento della gravidanza ha smesso di lavorare per la nascita del figlio. La partecipazione delle donne al lavoro in Italia è del 42,8% contro una media europea del 55-56% mentre l’obiettivo di Lisbona è del 60%.

In altre parole in Italia mancano circa 2,7 milioni di occupati di cui ben 2,4 milioni di donne che salgono a 5,5 milioni se si vuole raggiungere l’obiettivo di Lisbona.

Traguardo che resterà disatteso se le politiche di conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare non diventano una reale priorità dell’azione di governo riformista. Fino ad oggi così non è stato fatta eccezione per la legge sui congedi parentali, che va migliorata, ma soprattutto applicata. Il problema è che le politiche di conciliazione non sono prioritarie, né nell’azione rivendicativa e contrattuale dei sindacati, né nei programmi di governo degli Enti locali e delle Regioni. Per non parlare della permanente sottovalutazione da parte delle imprese, nonostante lodevoli eccezioni, come una recente relazione della Presidente dei giovani industriali, la dott.ssa Artoni.

Questo accade perché il tema della riproduzione sociale continua a rimuovere il lato oscuro della luna, non è ancora diventato parte di un discorso pubblico. Eppure se si vogliono raggiungere gli obiettivi di Lisbona, se si vuole innovare, rendere più giovane, mobile e competitivo il nostro sistema bisogna riconoscere e dire che per la buona e piena occupazione bisogna promuovere una buona politica a sostegno delle responsabilità familiari. Sono le due facce della stessa medaglia.

In questo modo si può contrastare un'altra disuguaglianza, quella che colpisce i figli unici. Scrive Massimo Livi Bacci: “...la società del figlio unico rischia di essere faticosa ed iniqua per i futuri giovani. Perché ad essi toccherà di vivere in una società meno affollata. Dovranno sostituire generazioni assai più numerose nei processi di produzione. Su di loro graverà l'onere di trasferimenti sociali meno generosi per via della mutata composizione per età. Su di loro potrebbe ricadere anche l'onere di riequilibrare la bilancia riproduttiva distorta dai loro genitori troppo propensi a generare figli unici. Dovranno lavorare di più, più a lungo e dovranno avere più figli”.

E tutti, figli unici e figli di famiglie numerose rischiano di trovarsi di fronte ad una inversione di tendenza che vedrà i figli godere di standard di vita mediamente inferiore a quello dei padri. Siamo il Paese in Europa in cui è più forte il rischio per le nuove generazioni di peggiorare le condizioni sociali di nascita rispetto alla possibilità di migliorarla e siamo il Paese in Europa con la più bassa tendenza a spostarsi per migliorare la propria condizione sociale. Scarsa mobilità sociale e territoriale.

Vi sono poi le disuguaglianze nella salute, documentate in tutti i recenti studi epidemiologici. Si vive più a lungo, migliora lo stato di salute degli italiani, ma aumentano le disuguaglianze nella salute. Ci si ammala di più e la speranza di vita si riduce in relazione al reddito, al livello di scolarità, alla qualità dell'abitazione e del lavoro, alla rete di rapporti familiari e sociali, alla possibilità ed alla capacità di accesso ai servizi sanitari. Ciò accade al Nord, al Centro ed al Sud. Ma, nella salute c'è una disuguaglianza che separa il Centro-Nord dal Mezzogiorno.

Parlando di disuguaglianze non si può eludere la domanda: sono aumentate le povertà e le disuguaglianze nel nostro Paese? C'è solo una maggior percezione dell'insicurezza o c'è un impoverimento reale del Paese?

C'è un sentimento di insicurezza e precarietà che attraversa trasversalmente tutti gli strati sociali. C'è un impoverimento ulteriore dei ceti più deboli, c'è un impoverimento da precarietà per i giovani, c'è un impoverimento degli anziani soprattutto nelle grandi aree urbane. E c'è una grande disuguaglianza tra Centro Nord e Mezzogiorno in termini di reddito, opportunità di lavoro e di servizi alle persone.

Questo dicono i risultati delle indagini sui consumi dell'Istat e sui redditi della Banca d'Italia. Bassi livelli di istruzione, esclusione del mercato del lavoro o bassi profili professionali si associano, ovviamente, alle condizioni di povertà. Secondo l'indagine sui consumi Istat 2004 in Italia vi è l'89% di famiglie non povere, l'81,5% di famiglie sicuramente non povere, il 7,9% di famiglie quasi povere, il 5,7% di famiglie appena povere ed il 4,9% di famiglie sicuramente povere, 1.088 famiglie che vivono in condizioni di disagio estremo.

Percentuale che sale al 10% nel Mezzogiorno. Le famiglie sicuramente non povere che a livello nazionale rappresentano l'8,1% nel Mezzogiorno sono il 65,8%.

L'indagine della banca d'Italia sui redditi delle famiglie italiane mette in risalto che negli ultimi anni la quota delle famiglie operaie ed anche di impiegati a basso reddito è aumentata. È soprattutto il lavoro operaio che ha visto ridotto il suo livello di reddito.

Sempre secondo la Banca d'Italia, analizzando la mobilità delle famiglie in base al reddito si evince che mentre tra il 1993 e il 1995 mediamente il 57% delle famiglie non cambiava fascia di reddito, questa percentuale è scesa al 53% tra il 2000 e il 2002. Si tratta di un milione di famiglie con reddito medio basso (reddito medio procapite annuo tra i 9.500 ed i 13 milioni di euro) che hanno visto le probabilità di scivolare nel quintile di famiglie con reddito più basso.

Oggi il disagio sociale ed economico si percepisce in modo più acuto anche perché l'economia è piatta. Il ristagno economico è

ciò che produce insicurezza. Per questo crescita economica e lotta alla povertà ed alla disuguaglianza sono le due facce della stessa medaglia. Lo sono nel merito. Devono esserlo, anche nel nostro messaggio.

L'insicurezza è legata alla precarietà, alla perdita del potere d'acquisto di salari, stipendi e pensioni; all'impoverimento dei servizi sociali e sanitari. Tuttavia c'è qualcosa di più di fondo che genera il sentimento di insicurezza, qualcosa che è e sarà strutturale alla nostra società. L'insicurezza deriva dal sentirsi spiazzati ed impauriti di fronte ad una società che cambia continuamente, che non si riesce a decifrare, a capire; una società che diventa sempre più grande e complicata.

Rispondere a questa paura del cambiamento, a questo sentirsi spiazzato dal cambiamento è la vera questione. È possibile farlo, io credo, solo dimostrando concretamente che il cambiamento non è minaccioso, ma può essere governato e può migliorare la propria vita. Ed allora le persone devono poter avere gli strumenti e le opportunità per governare il cambiamento. Questa è la cifra di una moderna strategia della cittadinanza che si configura sempre più come padronanza sulla propria vita. Ed allora, potersi muovere, poter cambiare lavoro, avere la formazione adeguata e le informazioni giuste, avere un corredo di diritti portabile in ogni parte del mondo sono le risorse cruciali per essere padrone di sé. Una società che invecchia, in cui ci sono pochi giovani, rischia di diventare una società immobile e paurosa. Ed allora si ripropongono i due lati della coperta che bisogna tenere insieme; far nascere più figli, dare più chances ai giovani e al contempo tirare fuori le energie creative della vecchiaia.

Un patto tra generazioni è anche questo.

Un modo corretto di guardare al problema dell'immigrazione

Assumere il prisma della composizione demografica, ci aiuta a impostare in modo corretto questioni cruciali come

l'immigrazione. Cruciali per le politiche si sviluppo e di welfare.

Gli immigrati non sono una società a parte, ma sono parte della società. Anzi, gli immigrati stanno cambiando la società italiana ed europea. Stanno cambiando il nostro mercato del lavoro, il nostro paesaggio sociale e culturale.

Eppure questo cambiamento continua a rimanere nascosto, a non essere indagato.

Tale rinuncia della politica sarà foriera di futuri conflitti. Penso alle seconde generazioni, all'impatto che avranno nelle nostre scuole, nei nostri quartieri, nelle nostre aziende i figli dell'immigrazione, quegli italiani con il trattino che rifiuteranno l'integrazione subalterna accettata dai loro genitori e vorranno invece essere riconosciuti come cittadini.

Inoltre, sono ancora una volta eloquenti i dati sulla composizione demografica del nostro Paese. Tra il 2005 ed il 2025, al netto della immigrazione, la popolazione italiana diminuirà del 10%, quella della Francia aumenterà del 4%, quella del Regno Unito resterà costante. Senza immigrazione anche la crescita del benessere risulterebbe frenata dal processo di invecchiamento e degli oneri crescenti dei trasferimenti intergenerazionali. Dunque, non solo risulta evidente il danno che arreca al Paese una politica migratoria tutta incentrata sulla paura e sul suo contenimento dell'immigrazione, ma anche la nostra impostazione che si è fino ad ora basata su quello che è stato un patto ragionevole, ma che guardando al futuro in realtà ha il fiato corto. Il patto del cosiddetto immigrato come risorsa “tu mi servi perché ne ho bisogno, tu mi servi perché guadagno”.

Bisogna invece proporsi insieme, italiani e nuovi cittadini, l'ambizione di costruire un progetto per il futuro dell'Italia e dell'Europa. Un progetto che investe sull'apertura, sulla mobilità, sulla valorizzazione del capitale umano.

Ed allora gli immigrati non possono essere considerati forza lavoro a basso costo. Non conviene. Perché ciò produrrà una

competizione ed una concorrenza tra lavoratori deboli italiani ed immigrati che a sua volta produrrà conflittualità sociale, ridurrà il sistema di tutele degli italiani e non gioverà alla competitività della nostra economia.

Bisogna compiere una duplice scelta: promuovere anche per gli immigrati un forte investimento nel loro capitale umano, non solo perché è giusto, ma perché conviene alla nostra economia. Ciò significa rendere conveniente e facilitare l'ingresso per lavoro rendendo più fluido il sistema delle quote, ripristinare la figura dello sponsor, prevedere un sistema permanente di ingresso per il lavoro familiare e collocare questo lavoro nella rete integrata dei servizi adottando misure di qualificazione e regolarizzazione.

Sarebbe inoltre utile introdurre un sistema di regolarizzazione permanente *ad personam* per evitare le ricorrenti sanatorie, favorire l'ingresso per lavori qualificati e soprattutto collegare l'ingresso per lavoro alle politiche di sviluppo e cooperazione attraverso accordi di programma tra territori e territori.

Bisogna, inoltre, impedire che si determini una concorrenza tra lavoratori poveri ed immigrati per il minor costo del lavoro e per l'accesso alle prestazioni del welfare. Se il sistema del welfare europeo rimane rinchiuso nei confini nazionali o limita l'ingresso degli immigrati per non concedere le prestazioni sociali, favorirà l'immigrazione illegale che a sua volta alimenterà il lavoro nero e l'economia criminale.

Per questo condivido molto la proposta di Tito Boeri di un “reddito minimo di inserimento paneuropeo” considerando un ingrediente di base l'appartenenza alla Unione Europea, come lo sono il Mercato Unico e la politica agricola.

Le priorità di un programma di governo

Quali, dunque, le priorità di un programma di governo per costruire un patto tra le generazioni?

Ho già detto della centralità della buona e piena occupazione lungo tutto l'arco della vita e della necessità di una nuova fase di crescita.

L'Italia non può continuare ad essere, con la Grecia, l'unico paese che non ha una misura universalistica di contrasto della povertà.

Si tratta del Reddito Minimo di Inserimento, cioè una integrazione al reddito per le persone il cui reddito è al di sotto della soglia di povertà accompagnata in modo vincolante da un progetto di reinserimento sociale, soprattutto di reinserimento lavorativo, attivato dai Comuni. Una misura temporanea cofinanziata da un Fondo Nazionale con l'obiettivo di fornire un livello di assistenza omogeneo su tutto il territorio nazionale, integrato dai Fondi regionali e comunali che possono ulteriormente arricchire la misura.

Il Reddito Minimo di Inserimento deve collegarsi alla politica attiva del lavoro ed alle riforme degli ammortizzatori sociali.

Richiamo qui l'importanza delle due leggi, primi firmatari Rutelli e Fassino, Fassino e Rutelli sui diritti di sicurezza sociale in materia di tutela del lavoro e del reddito e la Carta dei diritti dei lavoratori e delle lavoratrici.

La buona e piena occupazione si consegue solo attraverso politiche di conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare ed attraverso sostegni alle responsabilità familiari.

Bisogna rovesciare la piramide del welfare italiano e mettere al primo posto le famiglie. Che richiedono non una politica settoriale, ma la convergenza delle politiche fiscali, del lavoro, dell'istruzione, della salute e dei servizi sociali.

Per questo proponiamo l'introduzione del “parametro famiglia” definito dagli indicatori di benessere-malessere sociale delle famiglie e l'obbligo del governo, in concomitanza della sessione di bilancio, a promuovere ogni tre anni il Piano di Azione Nazionale per la promozione ed il sostegno finanziario delle responsabilità nazionali. Ci proponiamo di portare la spesa sociale per la

famiglia al 3,7% della media europea che è pari all'8,5%, nell'arco di sei anni.

Proponiamo non solo di applicare, ma di migliorare la legge 53/2000 sui congedi parentali prevedendo una maggiore tutela dei lavori atipici e discontinui ed intermittenti, attraverso l'incremento dell'assegno di maternità; sollecitando la responsabilità sociale delle imprese nel promuovere la conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare attraverso una riduzione delle aliquote contributive per quelle che promuovono forme di flessibilità tese a conciliare lavoro e famiglia. Proponiamo un piano straordinario di servizi educativi per l'infanzia che porti ad un raddoppio su tutto il territorio dei nidi attualmente esistenti, entro cinque anni. Dall'attuale 7% al 15% nell'arco di una legislatura. Proponiamo, inoltre, di istituire “l'assegno di sostegno alle responsabilità familiari” che sostituisce e riforma l'attuale assegno al nucleo familiare incrementando il suo importo e rendendolo gradualmente universalistico a partire dalla sua estensione agli incapienti, ai disoccupati ed ai lavoratori autonomi che oggi ne sono esclusi.

Nell'ambito di misure per promuovere le capacità e l'autonomia dei giovani, prevediamo una dote per ogni bambino che nasce alimentata da risorse pubbliche e private.

La buona e piena occupazione è strettamente connessa alla qualità della formazione.

Queste proposte sono già contenute in un disegno di legge, l'unico esistente in Parlamento. Di fronte al totale e cinico abbandono del governo delle politiche familiari chiederemo che questa proposta sia iscritta all'o.d.g. ed inizi l'iter parlamentare.

La buona e piena occupazione presuppone una adeguata formazione nel corso della vita. Per questo insistiamo su alcuni obiettivi prioritari: tornare ad investire nel sistema formativo e nella valorizzazione professionale degli insegnanti, elevare l'obbligo scolastico per dotare tutte le ragazze e i ragazzi di una formazione di base adeguata; favorire i percorsi di alternanza

scuola-lavoro e promuovere un sistema integrato di formazione permanente.

La salute delle persone è sempre più percepita dai cittadini come un bene primario a rischio. Bisogna investire di più e bisogna spendere meglio. Il Servizio Sanitario Pubblico universalistico e solidale è stato con veemenza indicato da tutti i medici italiani, sulla base del principio di scienza e coscienza, quale strumento irrinunciabile per la promozione della salute. Ed è di straordinario rilievo che i medici italiani chiamati a scegliere tra permanenza nel servizio pubblico o attività libero-professionali, al 90% abbiano scelto il servizio pubblico.

Contrastare le disuguaglianze nella salute: questo deve essere l'obiettivo primario del centrosinistra. Ciò significa fermare il processo di definanziamento che sta impoverendo il Servizio Sanitario Pubblico dotandolo di adeguate risorse. Orientare la politica sanitaria attorno al principio della appropriatezza. Attivare un monitoraggio della spesa sanitaria per combattere gli sprechi e per garantire la realizzazione effettiva dei livelli essenziali di assistenza. Riconvertire la spesa sanitaria investendo sulla medicina del territorio, sui medici di famiglia e sulle professioni sanitarie.

Per superare il divario strutturale tra il Centro Nord e il Mezzogiorno è utile promuovere un programma straordinario di investimenti per migliorare, ed in alcuni casi, costruire la rete dei servizi sanitari, ammodernare la tecnologia e potenziare la professionalità degli operatori.

Abbiamo tradotto questa proposta nelle legge D'Alema attualmente in discussione alla Commissione Affari Sociali della Camera.

Inoltre, per far fronte ai nuovi bisogni di salute connessi all'invecchiamento non è più rinviabile dotare il nostro paese di un “Fondo per la non autosufficienza” finanziato dalla fiscalità generale che integri i progetti regionali e che sia teso in modo prioritario a promuovere l'assistenza domiciliare alle persone anziane. Gli

strumenti che noi prevediamo per le politiche di welfare sono costituiti da un mix di interventi monetari, interventi fiscali e servizi alle persone ed alle famiglie.

Questi ultimi sono però cruciali. Sia dal punto di vista del benessere che da quello dell'efficacia e della cittadinanza. Infatti, la rete integrata dei servizi sociali consente a ciascuna persona di stare con le altre, di socializzare, di promuovere la sua autonomia, di tirare fuori i suoi talenti e di dare il suo contributo alla comunità.

Ho detto all'inizio che una delle parole chiave della innovazione del welfare che vogliamo costruire è il welfare comunitario e delle capacità.

L'esperienza migliore dei governi regionali ci insegna che per promuovere il benessere delle persone non basta la quantità di prestazioni e di servizi che si offrono. Bisogna saper formulare obiettivi condivisi di benessere e avere un sistema di monitoraggio e valutazione dei risultati ottenuti.

Le persone per stare bene non hanno solo bisogno di opportunità, servizi, postazioni sociali. Devono saper trasformare queste opportunità in stati di benessere. E questa attività di “conversione” delle risorse in benessere è in grande parte nelle mani delle persone, nelle loro iniziative, nelle loro capacità di dare risposte ai propri bisogni.

Per questo è importante sostenere le capacità delle persone, valorizzare i loro legami sociali, le loro iniziative di mutuo aiuto, la loro imprenditorialità.

E vengo all'ultima, per me rilevante, proposta di un programma di governo riformista.

Le virtù civiche delle persone ed il legame sociale e comunitario sono una grande risorsa del nostro paese.

Devono essere considerate una grande infrastruttura del welfare e dello sviluppo. Un soggetto pubblico che si rispetti deve avere le capacità di mobilitare ed organizzare dentro un sistema di welfare questa preziosa ed insostituibile risorsa. Per esempio, chiedendo ai suoi cittadini una

sorta di “tassa sul tempo”, un anno della loro vita dedicato agli altri attraverso il servizio civile obbligatorio. Penso, inoltre, sia utile istituire il servizio civile volontario per le persone in età matura al fine di consentire loro di mettere a disposizione della comunità il proprio tempo e le proprie competenze.

Se il legame sociale ed il tempo delle persone sono un'impalcatura del welfare, allora i piani di zona in applicazione della l. 328 devono favorirne la promozione in tutte le sue forme possibili: sostenere la solidarietà familiare; migliorare i legami di vicinato; allargare le reti associate; promuovere il senso civico; allargare le reti associative.

La storia del nostro paese ci insegna che nei suoi momenti cruciali la mobilitazione sociale e la partecipazione attiva è stata non solo una grande risorsa etica e democratica, ma una grande risorsa economica. E noi stiamo vivendo uno di quei cruciali momenti.

PROPOSTA DI LEGGE DI INIZIATIVA POPOLARE
PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Depositata da Cgil-Cisl-Uil in Corte di Cassazione il 10 ottobre 2005

Art. 1 (Finalità)

1. Nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui alla legge 8 novembre 2000, n.328, e nel rispetto degli articoli 117 e 119 della Costituzione, la presente legge, al fine di incrementare il sistema di prevenzione, contrasto e riabilitazione dei processi di non autosufficienza e per il sostegno ed il benessere delle persone non autosufficienti e delle rispettive famiglie, determina i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali da erogarsi nei casi di non autosufficienza, definisce i principi per la loro garanzia attraverso il Piano per la non autosufficienza, istituisce il Fondo nazionale per la non autosufficienza.
2. Hanno diritto di usufruire delle prestazioni e servizi di cui alla presente legge i cittadini italiani e, nel rispetto degli accordi internazionali e con le modalità e nei limiti definiti dalle leggi regionali, anche i cittadini di Stati appartenenti all'Unione europea ed i loro familiari, nonché gli stranieri individuati ai sensi dell'articolo 41 del testo unico approvato con decreto legislativo 25 luglio 1998, n.286.

Art. 2 (Definizione di non autosufficienza e Piano individualizzato per la non autosufficienza)

1. Sono definite non autosufficienti le persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale, relazionale accertata attraverso l'adozione di criteri uniformi su tutto il territorio nazionale secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dell'ICF e attraverso la valutazione multidimensionale delle condizioni funzionali e sociali.

2. La valutazione multidimensionale è effettuata nell'ambito del Distretto da apposite unità pluriprofessionali appartenenti ai servizi sociosanitari, composte da medici specialisti nelle discipline cliniche oggetto della disabilità, da personale sanitario dell'area infermieristica e della riabilitazione e da assistenti sociali designati dai Comuni, nonché dal medico di medicina generale della persona da valutare.
3. Per la valutazione della non autosufficienza le Unità di cui al precedente comma si avvalgono di strumenti e metodologie validati e uniformi su tutto il territorio nazionale e idonei alla misurazione del grado di autonomia funzionale, quale risultante delle condizioni organiche delle patologie cronico-degenerative e di comorbilità e dei loro esiti, delle condizioni psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali ai fini dello svolgimento delle funzioni della vita quotidiana, della cura di sé e dell'uso degli strumenti e mezzi di comunicazione.
4. Le fasce della non autosufficienza e le corrispondenti misure assistenziali differenziate sono definite in rapporto ai seguenti livelli di disabilità;
 - incapacità di provvedere autonomamente al governo della casa, all'approvvigionamento e alla predisposizione dei pasti;
 - incapacità di provvedere autonomamente alla cura di sé, ad alimentarsi ed al governo della casa;
 - incapacità di provvedere autonomamente alle funzioni della vita quotidiana, alle relazioni esterne e presenza di problemi di mobilità e instabilità clinica.

5. A favore della persona non autosufficiente viene predisposto dall'Unità pluriprofessionale un Piano Individualizzato di Assistenza (PIA) che stabilisce le prestazioni di cura, di riabilitazione, di assistenza personale, di aiuto nel governo della casa e, qualora necessarie, misure di sostegno al reddito personale. Nella redazione del PIA sono coinvolti i familiari e, qualora richiesto dall'interessato, un esperto indicato dalle organizzazioni sindacali o dagli organismi di tutela dei cittadini. La realizzazione del PIA è monitorata da un operatore del servizio con funzioni di responsabile del caso, che interagisce con la persona assistita, i suoi familiari e le risorse ambientali, al fine di valorizzare e utilizzare tutte le risorse idonee a migliorare le condizioni delle persone non autosufficienti.
6. I criteri e le modalità di attuazione del presente articolo sono disciplinate e periodicamente aggiornate nell'ambito del Piano nazionale per la non autosufficienza di cui all'articolo 5.

Art. 3 (Livelli essenziali delle prestazioni socio-assistenziali e diritti esigibili)

1. I livelli essenziali delle prestazioni socio-assistenziali per le persone non autosufficienti (LESNA) che devono essere parte integrante dei livelli essenziali sociali da definire ai sensi degli articoli 18, comma 3, e 22 della legge 8 novembre 2000 n.238 ed i relativi parametri sono definiti nel Piano nazionale per la non autosufficienza e sono a carico del Fondo Nazionale per la non autosufficienza.
2. I LESNA garantiscono su tutto il territorio nazionale l'esigibilità dei seguenti diritti:
- a) informazione e consulenza sulla rete di prestazioni offerte per la non autosufficienza e accesso unificato ai servizi sociosanitari, nonché misure di pronto intervento;

- b) valutazione multidimensionale individuale;
- c) Piano Individualizzato di Assistenza (PIA) e accompagnamento nel percorso assistenziale stabilito;
- d) prestazioni integrate (domiciliari, semiresidenziali, residenziali, ricovero di sollievo) nelle diverse componenti di cura, assistenza, sostegno personale, familiare e sociale.
3. Per assicurare in ambito sociale gli interventi di cui al comma 2, sono definiti i seguenti livelli essenziali delle prestazioni:
- a) assistenza tutelare alla persona a carattere domiciliare;
- b) aiuto domestico familiare, ivi compreso quello a sostegno delle cure prestate dai familiari;
- c) assistenza economica;
- d) adeguamento e miglioramento delle condizioni abitative ai fini di una miglior fruizione dell'abitazione;
- e) sostegno alla mobilità.
4. Le prestazioni garantite dai LESNA non sono sostitutive di quelle sanitarie, si integrano con le stesse ed in particolare con quelle indicate nell'allegato C del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 e successive modificazioni ed integrazioni e concorrono alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza integrata socio-sanitaria, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 e successive modificazioni ed integrazioni. I livelli essenziali sanitari e socio-sanitari, erogati con continuità temporale e senza restrizioni per le persone non autosufficienti, si integrano con le prestazioni garantite dai LESNA. Resta fermo quanto disposto dall'articolo 2, comma 6, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.109, come sostituito dall'articolo 2 del decreto legislativo 3 maggio 2000, n.130.

5. Le Regioni possono stabilire ulteriori e più elevati livelli essenziali, assumendosene l'onere finanziario.

Art. 4 (Coordinamento delle misure economiche erogate dallo Stato nei LESNA)

1. Per le persone riconosciute non autosufficienti ai sensi della presente legge, nei livelli essenziali delle prestazioni sociali per la non autosufficienza (LESNA), si affiancano e si coordinano anche le misure di carattere economico erogate dallo Stato alle persone con invalidità, sordomutismo e cecità, di cui alle leggi 10 febbraio 1962, n.66, 26 maggio 1970, n.381, 27 maggio 1970, n.382, 30 marzo 1971, n.118, 11 febbraio 1980, n.18, ed ai decreti legislativi 21 novembre 1988, n.508, e 23 novembre 1988, n.509.

Fatti salvi i benefici in atto e i diritti maturati fino all'entrata in vigore del Piano di cui all'articolo 5, la concessione delle prestazioni economiche di cui al primo comma, a decorrere dalla data dallo stesso prevista, è effettuata all'interno della valutazione delle condizioni psico-fisiche del richiedente, con le modalità indicate all'articolo 2.

2. Le prestazioni economiche di cui al presente articolo sono erogate anche nel caso in cui la persona non autosufficiente sia ospitata in strutture semiresidenziali e residenziali non riabilitative, prevedendo l'utilizzo degli emolumenti economici percepiti, come concorso ai costi della tariffa alberghiera, ferma restando l'attribuzione alla persona non autosufficiente di una somma non inferiore al 25% dell'assegno sociale di cui all'articolo 3 della legge 8 agosto 1995 n.335, e successive modificazioni ed integrazioni.

Art. 5 (Piano nazionale per la non autosufficienza)

1. La definizione, le caratteristiche ed i requisiti delle prestazioni sociali comprese nei LESNA, le priorità di intervento, le modalità di attuazione del sistema integrato di interventi e servizi per la non autosufficienza, gli indicatori ed i parametri per la verifica della realizzazione dei livelli essenziali e della utilizzazione delle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza sono definiti nel Piano Nazionale per la non autosufficienza approvato con le procedure di cui all'art. 18 della legge 8 novembre 2000, n.328.
2. Il primo Piano è approvato entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.
3. Il sistema informativo dei Servizi sociali di cui all'articolo 21 della legge 8 novembre 2000, n.328, integrato con i dati del Servizio informativo sanitario e della spesa sociale degli Enti locali per la non autosufficienza, provvede al monitoraggio annuale dello Stato dell'erogazione dei LESNA, del loro grado di efficienza ed efficacia, dei risultati conseguiti anche rispetto al contenimento della spesa ospedaliera impropria secondo le modalità ed i criteri del monitoraggio stabiliti con il Piano nazionale di cui al presente articolo.
4. Le iniziative collegate all'affermazione di nuovi stili di vita, volti a rallentare il decadimento psichico e fisico e a mantenere attivi interessi culturali e mobilità nelle persone non autosufficienti, sono promossi sulla base di programmi nazionali e regionali d'intesa con le organizzazioni sociali e di tutela dei cittadini.

Art. 6 (Soggetti erogatori)

1. Ai livelli essenziali provvedono i Comuni e il Servizio Sanitario, in forma diretta o accreditata, secondo le rispettive competenze, come disciplinate dal

decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”; alle prestazioni di cui all’articolo 3, comma 3, lettera c), provvede lo Stato. Nelle forme di accreditamento è riservato un ruolo primario alle organizzazioni di cui all’articolo 1, comma 4, della legge 11 novembre 2000, n.328.

2. I livelli essenziali di cui all’articolo 3, comma 2, lettera d), ove sia carente l’offerta dei servizi da parte dei soggetti di cui al precedente comma, possono essere erogati anche secondo le indicazioni previste dell’articolo 17 della legge 8 novembre 2000, n.328. L’erogazione delle prestazioni di cui all’articolo 3, comma 3, lettere a), b), d), può avvenire anche attraverso persone singole, in possesso di adeguata qualificazione, o comunque disponibili a percorsi formativi di base. I criteri e le modalità di attuazione del presente comma sono stabiliti, nel rispetto delle competenze delle Regioni e delle province autonome, dal Piano nazionale per la non autosufficienza di cui all’articolo 5.

Art. 7 (Esigibilità dei diritti)

1. Le persone non autosufficienti come sopra definite e, per quanto di competenza, le rispettive famiglie, hanno diritto alle prestazioni incluse nei LESNA anche su richiesta della persona interessata o di chi la rappresenta. In caso di inadempimento da parte del competente ente è ammesso ricorso in via giurisdizionale. Gli interessati possono essere assistiti in giudizio dagli istituti di patronato, dalle associazioni di promozione sociale e dalle organizzazioni di volontariato.

Art. 8 (Fondo nazionale per la non autosufficienza)

1. Per l’attuazione della presente legge è istituito, presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, il “Fondo nazionale per la non autosufficienza”, di seguito denominato “Fondo”.
2. Il Fondo persegue, con i criteri previsti dal Piano nazionale per la non autosufficienza, le seguenti finalità in favore delle persone non autosufficienti:
 - a) attuazione dei livelli essenziali di cui agli articoli 3 e 4;
 - b) potenziamento dei servizi, delle prestazioni e degli interventi socio-assistenziali;
 - c) finanziamento dei titoli per la fruizione di prestazioni sociali;
 - d) sostegno delle famiglie, ivi compresi quello economico e la copertura previdenziale dei familiari addetti all’assistenza della persona non autosufficiente, e riconoscimento del lavoro informale delle famiglie anche attraverso servizi di sollievo ed agevolazioni tariffarie;
 - e) erogazione delle risorse necessarie per il pagamento della quota sociale a carico dell’utente in caso di ricovero in strutture residenziali o di ricorso ad altre strutture anche a carattere diurno;
 - f) assistenza economica, ivi compresa l’erogazione degli assegni ed indennità di cui all’articolo 4, comma 1.
3. Alla programmazione ed erogazione dei servizi, prestazioni ed interventi di cui al comma precedente provvedono i soggetti titolari in base alle leggi delle rispettive Regioni e province autonome ed alle indicazioni del Piano nazionale per la non autosufficienza e dei rispettivi Piani regionali.
4. Restano ferme le competenze del Servizio sanitario nazionale e le modalità di finanziamento in materia di prevenzione, di cura e di riabilitazione con continuità temporale e senza restrizioni per le persone individuate come non autosufficienti.

Art. 9 (Finanziamento del Fondo)

1. Il finanziamento del Fondo nazionale per la non autosufficienza è a carico dello Stato, che assicura, comunque, la copertura delle prestazioni di cui all'art. 3;
2. Al Fondo affluiscono altresì le somme derivanti:
 - a) dalle risorse destinate all'erogazione ai soggetti beneficiari degli assegni ed indennità di cui all'articolo 4, comma 1;
 - b) dai contributi di solidarietà di cui all'articolo 1, comma 350, della legge 30 dicembre 2004 n.311, calcolato ai fini dell'IRE sui redditi di importo superiore ad euro 100.000 annui;
 - c) dall'importo dei premi non riscossi del gioco del lotto e delle lotterie nazionali;
 - d) dai finanziamenti derivanti da programmi europei;
 - e) da donazioni di soggetti privati, comprese le fondazioni ex-bancarie; su tali donazioni si applicano i benefici fiscali vigenti in favore delle ONLUS;
 - f) dal recupero di entrate conseguenti all'emersione del lavoro irregolare derivante dall'applicazione dell'art. 6, comma 2;
 - g) dal recupero dell'evasione fiscale.

3. La ripartizione fra le Regioni delle risorse del Fondo è effettuata, entro il 31 dicembre di ogni anno, con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con i Ministri della salute e dell'economia e finanze, di intesa con la Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, acquisito il parere delle competenti Commissioni parlamentari. La ripartizione viene effettuata, secondo i criteri contenuti nel medesimo decreto, sulla base di indicatori riferiti alla percentuale di persone non autosufficienti sulla popolazione di riferimento e degli altri indicatori e criteri previsti ai fini della ripartizione del Fondo nazionale per le politiche sociali e tenendo conto della realtà dei territori meno sviluppati e dei risultati del monitoraggio di cui all'articolo 5.

Art. 10 (Fondi integrativi regionali)

1. Le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono istituire Fondi regionali ed interprovinciali integrativi per la non autosufficienza al fine di integrare le risorse finanziarie disponibili e di erogare prestazioni, interventi e servizi integrativi od ulteriori rispetto a quelli assicurati attraverso il Fondo nazionale per la non autosufficienza.

PROPOSTA DI LEGGE DI INIZIATIVA POPOLARE
PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Sintesi

La legge n. 328 del 2000, che ha riformato l'assistenza sociale in Italia, a conclusione di anni di impegno e di lotte del movimento sindacale e in primo luogo delle federazioni dei pensionati di Cgil, Cisl e Uil, ha previsto, nell'ambito del Fondo nazionale per le politiche sociali, una quota da destinare annualmente per i servizi alle persone non autosufficienti, con la finalità di aiutare le persone colpite da patologia invalidante e le loro famiglie che devono fronteggiare gli altissimi costi (valutati in 10 miliardi di euro) per la cura e l'assistenza.

Nonostante tale disposizione di legge, che interessa oltre 2.800.000 cittadini italiani e le loro famiglie, fino ad ora non è stato adottato alcun provvedimento dall'attuale Governo per finanziare il fondo.

Dopo le costanti pressioni fatte dai sindacati confederali dei pensionati di Cgil, Cisl e Uil sono state presentate in Parlamento varie proposte di legge per istituire, finanziare e regolamentare il fondo. Tuttavia però, nonostante il raggiungimento di un accordo bipartisan tra maggioranza e opposizione su un testo unificato, nulla è stato fatto. Infatti, il testo di legge in questione giace nelle Commissioni parlamentari e non riesce ad andare avanti per indisponibilità del Governo.

Questa situazione richiede una mobilitazione generale per fare in modo che nell'attuale legislatura sia approvata la legge che istituisca il fondo per la non autosufficienza. Così come è già accaduto in occasione dell'approvazione della legge quadro di riforma dell'assistenza (n.328/2000), quando le organizzazioni sindacali dei pensionati di Cgil, Cisl e Uil sollecitarono il Parlamento

con manifestazioni e iniziative varie. Un'azione che ha consentito di fare approvare la legge stessa e quindi di avviare la costruzione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali.

Per tale motivo le tre organizzazioni sindacali Spi-Cgil, Fnp-Cisl e Uilp-Uil hanno elaborato la presente proposta di legge di iniziativa popolare a sostegno della quale chiederanno la firma di tutti i cittadini. Quante più firme si raccoglieranno tanto più potrà essere incisiva l'azione per spingere il Parlamento e il Governo ad approvare il finanziamento del fondo nazionale per la non autosufficienza, che già doveva essere istituito.

Gli aspetti più importanti della proposta sono:

- promuovere e incrementare il sistema di prevenzione, contrasto e riabilitazione degli stati di non autosufficienza;
- definire il grado di non autosufficienza secondo le indicazioni della Organizzazione mondiale della sanità (OMS);
- garantire e favorire la permanenza delle persone non autosufficienti nel proprio domicilio;
- sostenere la famiglia nell'attività di cura e di assistenza;
- prevedere la realizzazione di piani individualizzati di assistenza e percorsi assistenziali definiti a favore delle persone non autosufficienti;
- prevedere prestazioni adeguate a garantire il benessere alla persona e alla sua famiglia:
 - a) assistenza tutelare alla persona a carattere domiciliare;

- b) aiuto domestico familiare;
- c) assistenza economica;
- d) adeguamenti e miglioramento delle condizioni abitative;
- e) sostenere i costi per le forme di istituzionalizzazione.

E' prevista l'istituzione del Piano nazionale per la non autosufficienza per garantire la specificità e i requisiti delle prestazioni sociali, le priorità di intervento e le modalità

di attuazione secondo quanto previsto dalla proposta di legge.

Una volta istituito, il Fondo consentirà di realizzare interventi e prestazioni garantiti attraverso il Piano nazionale per la non autosufficienza, che saranno direttamente erogate alle famiglie che assistono le persone non autosufficienti.