

VERSO IL CONGRESSO FAP

Carla Dell'Orto

IL COMITATO NAZIONALE DELLA FAP ha avviato il percorso che ci porterà al Congresso che è già stato previsto, nel rispetto dei termini statutari, nel mese di giugno del 2010. Questo significa che a livello provinciale dovremo tenere il nostro II Congresso entro e non oltre la prima decade di maggio. Ci aspetta un periodo denso di impegni che vanno anche a sovrapporsi con altri importanti impegni del Movimento, che prevedono la nostra partecipazione attiva, primo fra tutti: la Conferenza Organizzativa Programmatica nei primi mesi del prossimo anno. Il Congresso è indubbiamente il momento più significativo della vita democratica della nostra esperienza di associazione specifica (Federazione Anziani e Pensionati) in cui si fa un esame retrospettivo di quanto nel quadriennio si è realizzato, rispetto alle scelte operate nel precedente Congresso, ma soprattutto ci confronteremo in relazione a quanto i veloci e continui cambiamenti avvenuti in questi anni nel nostro Paese e nel mondo: cambiamenti che richiedono di operare scelte più rispondenti alle esigenze dell'oggi, anche per quanto riguarda l'azione di promozione sociale e di tutela dei pensionati e anziani della Fap Acli. La grave crisi economica-finanziaria che ci ha investito e che farà sentire i suoi effetti negativi per lungo tempo (mancanza di lavoro ecc.) ci obbliga a riprogettare il nostro cammino, di trovare nuove modalità di impegno più rispondenti ad una convivenza che si sta ridisegnando in forma diversa, partendo dall'assunzione di nuovi stili di vita. Gli effetti della crisi sulle condizioni di vita degli anziani e dei pensionati sono pesanti. Lo evidenzia la sensibile e continua perdita del potere di acquisto delle pensioni, il forte aumento delle persone che vivono in condizioni di povertà e che necessitano degli aiuti delle istituzioni pubbliche e private e le minori possibilità dei pensionati con apprezzabili livelli contributivi, di aiutare figli e nipoti a far fronte alle loro crescenti necessità. Il Congresso deve coinvolgere ogni aclista che si riconosce nella Fap e le stesse Acli: siamo tutti quanti sollecitati ad intraprendere un cammino che ci deve vedere protagonisti nell'attivare scelte di impegno per il prossimo quadriennio, in sintonia con le tesi della Fap Nazionale, che facciano crescere il ruolo di rappresentanza, cioè quello di sviluppare azioni sociali e politiche per promuovere la qualità di vita degli anziani e pensionati. ■

UNA DELEGA DI RESPONSABILITÀ NON PUÒ FUNZIONARE SE NON VI SONO ANCHE LE RISORSE NECESSARIE

FEDERALISMO FISCALE E SANITÀ

Vittorio Mapelli*

» **DA TEMPO IN ITALIA SI DIBATTE DI "FEDERALISMO"**, ma in realtà sarebbe più corretto parlare di "devoluzione", che è il processo inverso di delega di poteri dal governo centrale agli altri livelli di governo periferico: regioni, province e comuni. Storicamente il federalismo ha origine con l'accordo tra stati sovrani (i cantoni in Svizzera nel 1200, gli states in Usa nel 1800) per delegare parte della propria sovranità legislativa e tributaria ad una confederazione, che governi nell'interesse generale del paese. Negli ultimi 50 anni, invece, si è assistito in alcuni paesi (Belgio, Spagna, Regno Unito, Italia) al processo inverso di delega di poteri dallo stato alla periferia. La Costituzione italiana, già nel 1946, all'art. 117 prevedeva la delega di funzioni amministrative dallo stato alle regioni. Le principali funzioni delegate riguardano la sanità e l'assistenza sociale (trasferite dal 1972), insieme ad altre materie minori, che comunque restano di "legislazione concorrente" e devono trovare un punto di equilibrio tra le istanze dello stato e quelle delle regioni. Secondo la teoria del federalismo è bene che alcuni servizi siano amministrati a livello regionale o locale, perché i bisogni e le preferenze dei cittadini possono variare secondo i territori e un governo più vicino ai cittadini sa rispondere meglio alle loro aspettative. E i cittadini possono anche controllare meglio i propri governanti. Una delega di responsabilità non può

però funzionare se non vi sono anche le risorse necessarie. E qui entra in gioco il "federalismo fiscale", che è il versante economico del federalismo. Con il federalismo fiscale si cerca di individuare quali funzioni pubbliche - e, quindi, di spesa - e quali strumenti di prelievo fiscale siano meglio allocati tra i diversi livelli di governo. Le funzioni decentrate sono svolte più responsabilmente da regioni, province e comuni se hanno questi anche l'obbligo di reperire, almeno in parte, le risorse necessarie. Nella sanità, ad esempio, fino al 1998, quando sono state introdotte le prime imposte regionali - l'Irap, imposta regionale sulle attività produttive, pagata da imprese e liberi professionisti, e l'addizionale Irpef, pagata dalle persone fisiche - le regioni potevano contare sui trasferimenti statali per la spesa corrente ed erano solite chiudere i bilanci in rosso, perché sapevano che il deficit sarebbe stato coperto dallo stato. Spendevano senza chiedere sacrifici (le tasse) ai propri cittadini. Oggi sono più responsabili, perché sanno che se si crea un deficit devono aumentare l'addizionale Irpef (dallo 0,9 all'1,4%) e i ticket (le compartecipazioni alla spesa degli assistiti). La recente legge delega 42/2009 in materia di federalismo fiscale mette ordine al sistema dei rapporti finanziari tra stato e governi periferici, senza però introdurre innovazioni dirompenti. Ad esempio, uno dei principi cardine dei proponenti, la territorialità dei

tributi - le imposte devono rimanere in parte consistente (60% secondo una proposta della Regione Lombardia) nel territorio dove sono riscosse - è stato abbandonato. Per la sanità le cose non cambieranno. O meglio potrebbero cambiare, ma probabilmente non si avrà il coraggio politico di innovare. La sanità è la funzione di spesa più importante per le 19 regioni (14 a statuto ordinario e 5 a statuto speciale) e le 2 province autonome di Trento e Bolzano, perché assorbe il 60% circa del loro bilancio annuale. Oggi il Servizio sanitario nazionale (SSN) è finanziato attraverso un enorme sforzo di solidarietà tra le regioni, in particolare tra quelle del nord e quelle del sud. Le imposte regionali (Irap, addizionale Irpef, ticket) coprono infatti il 60% della spesa sanitaria in Lombardia, ma solo il 12% in Calabria, Basilicata e Molise e il 20% in Campania e Sicilia. La differenza - il 40% in Lombardia, ma l'80-90% al Sud - è data da trasferimenti "perequativi" dello stato. Lo stato, infatti, attraverso i trasferimenti, garantisce il 100% della spesa sanitaria delle regioni, indipendentemente dalla loro capacità fiscale. La legge 42/2009 non modifica questo meccanismo di finanziamento, che assicura ad ogni regione la stessa capacità di spesa per i servizi sanitari. Questo perché la tutela della salute è un diritto costituzionale e i cittadini devono essere trattati in modo eguale, ovunque risiedano e qualunque sia la

capacità fiscale della regione. In termini tecnici, in ogni regione deve essere garantito un "livello essenziale di assistenza" (LEA) uniforme per tutti. Diverso è il discorso per l'assistenza sociale, dove non esiste un diritto vero e proprio, ma un "interesse protetto", che ha minore coerenza. Per questo motivo, ad esempio, non si sono ancora trovate le risorse per l'assistenza alle persone anziane non-auto-sufficienti. La legge 42/2009 potrebbe contenere però una novità dirompente nel calcolo dei LEA. Oggi i LEA sono calcolati dividendo il budget nazionale del SSN (105 mld di euro) per gli abitanti (la cosiddetta "quota capitaria": circa 1.750 euro di spesa per persona) e correggendo questo valore secondo l'età dei residenti (l'assistenza agli anziani costa circa tre volte quella per un adulto). Ad ogni regione spetta una quota pro-capite pesata, moltiplicata per il numero di abitanti. Questa è la cifra che lo stato assegna alle regioni e che esse devono utilizzare per produrre i servizi sanitari o acquistarli dai privati accreditati. Può succedere però che una regione spenda troppo per gli ospedali e non abbia risorse per l'assistenza domiciliare o per gli anziani in strutture residenziali (RSA, case di riposo). Ad esempio, la Campania spende 814 euro per abitante per i ricoveri ospedalieri, ma solo 5 euro per le strutture residenziali, mentre la Lombardia 696 per i ricoveri e 83 per le RSA. Se poi si spende troppo per gli ospedali è perché le persone si recano "troppo" all'ospedale (sono più malate o abusano dell'ospedale?) e perché i costi di ricovero sono più elevati che in altre regioni (perché sono inefficienti o i servizi sono di migliore qualità?). Dunque vi possono essere degli sprechi. La L. 42/2009 introduce il principio del finanziamento dei LEA a "costo standard", che tende a scoraggiare gli sprechi. In altri termini, d'ora in poi lo stato dovrebbe assegnare risorse alle regioni secondo uno stesso costo standard per prestazione, penalizzando quelle con costi superiori. La quota capitaria sarebbe calcolata moltiplicando il numero dei ricoveri in ogni regione (eventualmente anche questi secondo uno standard prefissato per 1000 abitanti) per il costo standard di ricovero. Se quindi i cittadini di una regione ricevono meno servizi che altrove potranno sapere che è per l'inefficienza dei loro ospedali (costi superiori allo standard) e non per altri motivi. Questo particolare tecnico di calcolo della quota capitaria potrebbe innescare quindi un circolo virtuoso di responsabilizzazione degli amministratori regionali e di Asl ed una maggiore trasparenza nei rapporti con i cittadini. Ma, purtroppo, circolano al ministero altre interpretazioni dei costi standard, che cercano di ammorbidire la novità della riforma. Forse qualcuno ha paura dei costi standard?

* Docente di Economia della Sanità Università degli Studi di Milano ■

IL "LIBRO BIANCO" SUL WELFARE ITALIANO

Piero Gazzotti

» **IL "LIBRO BIANCO" DEL MINISTRO SACCONI** sul futuro della Previdenza e dello Stato Sociale esprime, in estrema sintesi, i seguenti contenuti:

- se le speranze di vita sono in aumento, non si può che prevedere un innalzamento dell'età pensionabile, per garantire un maggior equilibrio tra prestazioni pensionistiche e relativa copertura finanziaria.

Un ruolo non secondario potrà essere rappresentato anche dalla maggior durata del lavoro femminile secondo una correlata evoluzione del mercato del lavoro. Particolare attenzione, sostiene il libro, va altresì posta alla previsione di incremento della spesa sanitaria che si prevede raddoppiata entro il 2050. Per chi ha pensioni medio-basse, quasi a livello della soglia di povertà, è facile ipotizzare la necessità crescente di prestazioni assistenziali che, se non adeguatamente programmate per tempo, darebbero origine a nuovi squilibri finanziari. Pertanto, oltre che a mirare a stabilizzare l'onere della spesa sul Pil, bisognerà procedere ad una ridefinizione delle fonti di finanziamento nonché ipotizzare la costituzione di fondi associati di garanzia delle prestazioni. Il nostro commento a quanto sopra, desunto dal libro bianco del ministro Sacconi, è incentrato sulla necessità di una attenta politica del lavoro che, unitamente all'inserimento dei giovani, consideri portante la contribuzione delle attuali forze di lavoro in linea con l'evoluzione delle aspettative di vita, con una più attenta ripartizione delle disponibilità tra pensione ed assistenza e, non da ultimo, sul rafforzamento della stabilità delle gestioni private che si affiancano alla istituzione pubblica nella gestione dei fondi per le future prestazioni pensionistiche. Si può infine raccomandare che una più oculata gestione delle risorse possa sostenere il peso della realtà in divenire per consentire anche la soluzione dell'ormai più che annoso problema delle rivalutazioni pensionistiche rispetto al costo della vita, rimasto ad oggi una pura chimera. Un più corretto sistema di rivalutazioni sarà di estrema importanza, questo non è da dimenticare, anche per i futuri pensionati, già penalizzati dall'attuale sistema che concederà loro assegni pensionistici molto ridotti. Il "Libro Bianco" sarà oggetto da parte nostra di maggiori approfondimenti dei quali vi daremo successivamente ulteriori notizie. ■

COSA SUCCEDDE IN UNA FAMIGLIA CON UN AMMALATO GRAVE?

Abbiamo ascoltato i problemi reali di una famiglia che vive da anni una grave situazione

Francesco Spelta

» I CONIUGI C. SONO INSIEME ORMAI DA OLTRE 40 ANNI.

Il marito, Roberto, ex funzionario comunale, da sempre impegnato socialmente, fondatore di un circolo Acli e presente in tutte le grandi battaglie a difesa del territorio, ha da oltre 27 anni contratto il morbo di Parkinson, ed inoltre nell'ultimo periodo è in lotta con un tumore alla prostata. La fibra eccezionale, la voglia di vivere, l'affetto di tanti amici, ma soprattutto l'amore il coraggio e la forza della moglie gli consentono (all'età di 75 anni) di vivere ancora "discretamente" in casa. Ma

Come si vive con una persona in gravi difficoltà in casa - chiediamo alla Signora G. - avete l'aiuto di una badante?

Non se ne potrebbe assolutamente farne a meno. Ospitiamo un badante regolarmente, assunto con i flussi del 2007. Già allora ci furono problemi: dopo il nulla-osta e l'arrivo della persona per la regolarizzazione del contratto di lavoro ci fu dato l'appuntamento in Prefettura quattro mesi più tardi! Per quattro mesi dovemmo tenere in casa la persona evitando di esporla ad eventuali incidenti domestici perché non coperta dal contratto! Per completare le pratiche di regolarizzazione si andò dal dicembre 2007 all'aprile 2009.

Cosa ne pensa della regolarizzazione in corso, dei 500 Euro da pagare? Avevano detto che avrebbero tolto alle Banche ed ai petrolieri per dare ai bisognosi. Stanno facendo proprio il contrario, ricattando le persone più fragili per fare cassa in soccorso a banche ed imprese. Un problema enorme esiste poi per le famiglie (e per le badanti) che non possono permettersi un aiuto a tempo pieno. Nessuna famiglia che si avvale di badanti per poche ore al giorno se la sente di regolarizzare, e le badanti che lavorano in più famiglie restano irregolari

Cosa si potrebbe fare?

La risorsa badanti fa risparmiare tanto alle famiglie, ma anche allo Stato. Senza quell'aiuto il ricorso ad ospedali e ricoveri sarebbe molto

più elevato. Perché allora, invece di strappare dalle tasche delle famiglie 500 preziosi euro, non si detassano a zero i contratti per queste indispensabili persone, consentendo alle famiglie di risparmiare e alle "badanti" di guadagnare qualche euro in più?

Per gli altri aspetti della vita quotidiana con un ammalato grave?

Non c'è giorno in cui non capita di indignarsi. Sulla carta avremmo molti diritti, ma i percorsi per ottenerli sono talvolta impraticabili. Da ultimo, ad esempio, una vicenda che ci fa infuriare. L'Ospedale dove mio marito è in cura per la patologia oncologica ha stabilito ed autorizzato il catetere fisso, informando con lettera il medico curante. Da oltre un mese, dopo aver girato con i moduli compilati dal medico curante nelle sedi dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) dell'AFI (Assistenza Farmaceutica Integrata) della ASL, dell'Assistente Sanitaria del Poliambulatorio, sono ancora in ballo e dovrò andare di nuovo in ospedale a richiedere una ulteriore autorizzazione (il Mod. 03)! Poi se tutto sarà a posto avrò l'autorizzazione per ottobre.

E intanto? Così per il cuscino da decubito, per il quale serve il benessere del fisiatra che da gli appuntamenti a 3 / 4 mesi Alla fine dovrò comprarlo. Ma mi chiedo, e chi non ha i soldi? E chi è molto anziano ed ha una "badante" che non conosce bene la lingua ed i posti? Possibile che in ogni passaggio si debbano esibire decine di fotocopie e ricostruire in continuazione la storia sanitaria del paziente? A cosa serve allora il tesserino sanitario regionale? Non si potrebbero memorizzare le cose più rilevanti riguardanti la salute? In genere il personale delle strutture sanitarie è disponibile e gentile, ma vi è incomunicabilità tra gli uffici e vi sono disposizioni complicate ed assurde, che sembrano fatte solo per spingere le persone a rinunciare alle prestazioni, o a pagare di tasca propria, o, ed è la cosa più terribile, a generare un senso di impotenza che tante volte accresce la solitudine e porta alla disperazione. ■

UNO STRUMENTO PER RIFLETTERE

Regolarizzazioni di colf e badanti in un "welfare senza futuro". (**)

Giuliana Carenini

» CON LA REGOLARIZZAZIONE SI STIMA CHE QUASI UN MILIONE saranno le collaboratrici domestiche e le "badanti" irregolari che potranno "emergere" dalla clandestinità: per la maggior parte si tratta di donne provenienti dall'Est Europa, dall'America Latina e dalle Filippine che finalmente potranno avere una dignità di persone con "diritti". Con questa operazione, dicono i nostri ministri, anziani e disabili in difficoltà potranno "regolarizzare" l'aiuto di operatori a domicilio.

A questo proposito ho letto con interesse il libro "Badanti e anziani in un welfare senza futuro" (edito nel marzo 2009 - quando non si parlava certo di "regolarizzazione") scritto da Giovanni B. Sgritta, docente di sociologia presso la facoltà di Scienze statistiche della Sapienza di Roma, che collega il fenomeno prettamente italiano delle "badanti" ad un welfare "fatto in casa" ma senza futuro.

L'Italia sconta da tempo, sottolinea, un intenso processo di invecchiamento imputabile in larga misura al declino della natalità, all'assenza di adeguate politiche di sostegno economico alla famiglia, alla conciliazione dei tempi familiari e lavorativi delle donne e all'insufficiente sviluppo di servizi sociali e assistenziali rivolti alla prima infanzia e agli anziani.

Carenze che si sono via via trasformate in un aumento da parte delle famiglie della ricerca di ruoli di "supplenza" soprattutto per l'accudimento dell'infanzia e per l'assistenza e la cura delle persone anziane.

La richiesta sempre più massiccia di donne immigrate, esterne ma non



estrane, che potessero sollevare le famiglie da compiti sempre più difficili ne è stata la diretta conseguenza, ma ha permesso anche allo Stato di lasciare le cose come stanno in tema di welfare. Questo fenomeno ha svolto esattamente la stessa funzione degli "ammortizzatori sociali" assolta, da sempre in Italia dalla famiglia, dove le persone autonomamente e in piena discrezionalità e solitudine provvedono alla soluzione dei loro problemi familiari.

Giovanni Sgritta scrive che la "badante" infatti rappresenta la risposta tutta italiana spontanea e privata per supplire alle inadempienze della politica rispetto all'invecchiamento delle famiglie, e al venir meno delle reti di aiuto familiare.

Non a caso la domanda di queste forza-lavoro proviene proprio dalle fasce sociali meno tutelate

dall'attuale sistema dei servizi sociali. L'Italia rischia di pagare un costo molto elevato in termini di mancato adeguamento del proprio apparato di servizi sociali oltre ad un ulteriore rallentamento del processo di modernizzazione economico-sociale: in questa transizione, gli anziani sono stati e saranno la cartina di tornasole delle carenze, dell'inadeguatezza di una politica "senza oneri per lo Stato". E in questo contesto ecco la "sanatoria" per sole colf e badanti - "senza oneri, ma sicuramente con introiti per lo Stato" immediati (contributo fisso di 500 euro) e di prospettiva (con i contributi regolari all'INPS e gli oneri per i permessi di soggiorno pagati da famiglie e badanti).

(**) - Badanti e anziani in un welfare senza futuro - Giovanni B. Sgritta - Ed.Lavoro. ■

INIZIATIVE CULTURALI RICREATIVE E FORMATIVE FAP 2009-2010

2 VISITE ALLA PINACOTECA DI BRERA

Martedì 3 novembre 2009 - ore 15.00

Martedì 24 novembre 2009 - ore 15.00

Conferma date verrà data all'apertura prenotazioni da parte della Pinacoteca. Con guida: S.Cigognetti

Contributo concorso spese: 10,00+1,50 (diritto prenotazione)

Soci con Delega: gratis

2 VISITE AL MUSEO DIOCESANO

Martedì 12 gennaio 2010 - ore 15.00

Martedì 26 gennaio 2010 - ore 15.00

Conferma date sarà data all'apertura prenotazioni da parte del Museo. Con guida: S. Cigognetti

Contributo concorso spese: 12,00

Soci con Delega: gratis

Visita Villa Necchi Campiglio

Data da definire in febbraio/marzo 2010

Con guida FAI - Gruppi di almeno 10 persone

Costo rimborso spese: 19,00

(comprensivo di biglietto d'entrata +costo guida FAI)

CORSO INFORMATICA DI BASE

Docente: R. Bernucci

Inizio: 9 novembre 2009 - Termina: 21 gennaio 2010

lunedì e giovedì dalle ore 14.30 alle 16.30

Il corso di 32 ore in 16 lezioni si terrà

in Via S. Giovanni in Conca, 1 - Milano

Costo rimborso spese: 150,00

Soci con Delega: 128,00

CORSI DI INGLESE 2009/2010

Docente: Prof.ssa S. Chiarenzi

Inizio corso: giovedì 3 novembre 2009 per 24 settimane

presso la nostra sede di Via della Signora, 3 - MI 2° p.

ogni giovedì dalle ore 10.30 alle 11.30

oppure dalle ore 14.30 alle 15.30

Costo rimborso spese: 80,00

Sono aperte le iscrizioni

CORSO DI LINGUA POLACCA

Docente: Cesare Ostrowski (polacco madrelingua)

Inizio corso: mercoledì 30 settembre 2009 e per 31

settimane al mercoledì dalle ore 14.30 alle 16.00

presso la nostra sede di Via della Signora, 3 - MI 2° p.

Costo rimborso spese: 20,00

SALUTE E BENESSERE

Docente: Dott. G. Casparini

Corso di 4 lezioni con diapositive su: Alimentazione - digestione e nutrienti - nutrizione e problemi.

Il corso si terrà presso la nostra sede di via della Signora, 3

Mi 2° p., dalle ore 10.30 alle 12.00

ai mercoledì 7-14-21-28 aprile 2010, max 20 persone.

Contributo concorso spese: 15,00

Visita città di Cremona e Parma (In data da stabilire)

Gita a Lucerna e Monte Pilatus a fine Maggio/Giugno 2010 (in data da stabilire)

Informazioni (per programmi dettagliati) ed iscrizioni presso la segreteria FAP-1° piano -Via della Signora, 3 Mi da lunedì a giovedì ore 10.00-12.30 / 14.00-17.00)

venerdì da ore 10.00 a ore 12.00

Tel. e fax :02-7723224

e-mail: fap@aclimilano.com

Sito WEB: www.aclimilano.com (cliccare su "Anziani")