

RAPPORTO del CNEL sul WELFARE STATE

Antefatto

Il rapporto del CNEL sul welfare state nasce dalla volontà della Va Commissione del CNEL (Commissione istruttoria sulle politiche sociali e sulla Pubblica Amministrazione) di riassumere ed analizzare i dati essenziali relativi ai 3 principali settori del welfare (sanità, assistenza e previdenza), tratti sia dalle **Relazioni annuali 2012-2013** del CNEL al Parlamento ed al Governo sui livelli e sulla qualità dei servizi erogati dalla P.A. alle imprese ed ai cittadini sia da altre fonti ufficiali (ISTAT, Ministero dell'Economia, Ministero della Salute, Agenas etc.).

La conoscenza dei dati è infatti un presupposto essenziale per una valutazione congrua sulla situazione reale del welfare esistente, al fine di ipotizzare suggerimenti e soluzioni che favoriscano scelte tecniche e decisioni politiche idonee non solo a garantire il mantenimento dell'attuale livello di welfare ma anche di adeguarlo in modo socialmente corretto, pur in presenza delle attuali criticità economiche del Paese.

Il testo attuale del Rapporto è pertanto una sintesi tra le proposte della Va Commissione e quelle acquisite dalle indicazioni emerse dalle numerose audizioni intercorse con le Parti Sociali.

Il seminario odierno costituisce un passo ulteriore per la costruzione del RAPPORTO FINALE 2012-2013-2014, grazie ai contributi che otterremo oggi dagli Illustri Relatori (che ringraziamo) e dagli interventi in fase di discussione.

Introduzione

Ad oggi il Rapporto consta di circa 170 facciate, suddivise in 9 Capitoli e 3 Allegati.

9 Capitoli

- 1) Premessa: Welfare e sua governance (pag.8-24)
- 2) Sanità (pag.24-50)
- 3) Previdenza (50-65)
- 4) Assistenza (65-71)
- 5) Protezione sociale globale (71-89)
- 6) Il modello previsionale CNEL-CER (89-93)
- 7) Le proposte per l'integrazione socio-sanitaria (93-113)
- 8) Le proposte di lavoro per il CNEL 2014-2015 (93-113)
- 9) Tre Allegati: A) Audizioni; B) Dati per ulteriori approfondimenti (B1=ADI; B2=Non autosufficienza; B3=Spesa per la LTC; B4=Tutela della salute mentale); C) Ulteriori Tabelle 2013-2014.

Ringraziamento

Nel ringraziare TUTTI VOI per essere qui oggi e per il Vostro concreto aiuto alla stesura del Rapporto – con le Relazioni mattutine e con la Discussione pomeridiana- Vi informo che non

intendo leggere integralmente la **premessa del Rapporto** ma intendo invece riassumerla brevemente, sia per stimolare le Relazioni della mattinata sia per darVi spunti per la discussione pomeridiana. Tengo, teniamo (Noi, della Va Commissione) a precisare che il testo attuale del Rapporto non è la bibbia...perciò la giornata odierna avrà un impatto concreto sul testo finale, nel quale riporteremo concretamente le Vostre posizioni ed i Vostri suggerimenti. L'obiettivo, ambizioso, è quello di favorire non tanto la spending-review ma la funzionalità operativa del nostro welfare.

PREMESSA

La messa in sicurezza dei conti pubblici non può non avere un impatto forte sul "welfare state" inteso come "ambito di interventi che contribuiscono a definire il livello di qualità della vita sociale e personale di una nazione" (Onelli,2012).

Numerosi studiosi (su tutti, F. Caffè) ritengono che – in questa fase economico-politica-ocorra passare dal welfare state alla welfare society, ossia dal welfare a caduta dall'alto al welfare condiviso e partecipato.

La politica interferisce sul welfare: come finanziamenti, come governance, come impatto della riforma costituzionale degli anni duemila: si pensi alla definizione dei diritti sociali, dei LEA, dei LEP; si pensi alla solidarietà verticale ed alla sussidiarietà orizzontale.

Il nuovo assetto federale ha esasperato le dicotomie/distonie tra Stato e Regioni ed ha impattato negativamente sull'universalità dei diritti e delle prestazioni.

A ciò si aggiunga l'effetto prodotto dall'inserimento nella Costituzione (Art.88; Legge 1/2012) dei vincoli del bilancio statale.

La comparsa di nuove e diverse istanze sociali è entrata in conflitto con il modello economicistico europeo; che privilegia la finanza rispetto alle persone; che non riconosce la gerarchia dei bisogni; che non protegge la non autosufficienza; che trascura il problema legato alla frammentarietà delle competenze.

Parecchi "esperti" concordano sulla necessità di rivedere l'attuale modello, identificando una decina di criticità :

- le pensioni di invalidità, assegni di accompagnamento;
- le pensioni previdenziali, rendite INAIL;
- l'assistenza ai disabili;
- la spesa fiscale;
- l'azione di supplenza "sociale" svolta dal SSN;
- il sistema delle indennità (INAIL, malattia, anti_TBC...) e delle detrazioni;
- le politiche di sostegno all'occupazione;
- la razionalizzazione delle voci;
- la razionalizzazione delle strutture eroganti;
- la corretta valutazione dei costi;
- la totale copertura dei "rischi gravi";
- la responsabilizzazione dei singoli.

Nasce così (pag.12) il tema “della Famiglia”; in sintesi: meno denari e più servizi?; incremento delle detrazioni fiscali?; aumento delle esenzioni?

Ancora (pag.14), come vanno affrontate le criticità lavorative? Con l’attuale sistema assistenziale-previdenziale (CIG e simili) o con un diverso approccio (formazione obbligata....)?

WELFARE e CNEL

L’opinione della Va Commissione e delle Parti Sociali sinora audite è che non si debba derogare dal principio di solidarietà e che si debba proporre una revisione profonda del welfare, per evitare che esso – in modo strisciante e crescente- venga sostanzialmente compromesso. Se la persona è un valore essenziale, allora vanno chiarite definitivamente tutte le criticità legate al rapporto Stato/Regioni, alla parcellizzazione del SSN, alla definizione e copertura finanziaria de: LEA, LEAS, Long term care, farmaci, malattie rare.

La proposta riguarda (pag.17) l’avvio verso un **nuovo welfare** che tenga conto dei dati di fatto e di nuovi elementi.

Tra i dati di fatto: l’Italia spende per la protezione sociale il 29,8 % del PIL, cifra non molto diversa da quella dell’UE27 (29,5%). Ma ciò che differenzia l’Italia dall’Europa è la suddivisione analitica della spesa in questione: 52% per la vecchiaia; 26% per la sanità; 6% per l’invalidità e 4% per la famiglia. Nella UE27, invece, la spesa privilegia – in sequenza- invalidità, alloggio, disoccupazione, famiglia e sanità.

Nel corso degli ultimi anni, si è assistito, in Italia: ad una riduzione della spesa pubblica per il welfare in cifre assolute; ad una netta preferenza per gli automatismi (poco a tanti.); ad una incapacità di indirizzare la spesa verso le criticità reali (politica abitativa, infanzia, non autosufficienza, carenza di servizi...).

Occorre partire dai dati (ISTAT): debito pubblico a 2067,49 miliardi (Dic.2013; +148,6 miliardi in 17 mesi); 3.254.000 disoccupati (+351.000 in 12 mesi; +1,4% un dodici mesi); 7.300.00 persone che non studiano e non lavorano; consumi familiari=-5.037 euro/anno; deficit/PIL=133% (+20% dal 2006 al 2013).

Se questi sono i fatti, allora occorre un approccio diverso. Ad esempio, **il CNEL ha proposto l’INDICATORE di DIPENDENZA**, ossia il rapporto tra numero dei soggetti attivi ed il n. dei soggetti necessitanti sostegno, come elemento per definire le risorse necessarie.

Welfare e Famiglia (pag.21)

I dati Eurostat evidenziano la crisi della storica “protezione familiare”: in Italia il 29,9% delle famiglie presenta una situazione di disagio (con punte del 54,6% in Sicilia e 50% al Sud), espressa da almeno 3 indicatori:

- rischio povertà= reddito inferiore al 60% del reddito medio;
- bassa intensità di lavoro= meno di 8 ore alla settimana;
- deprivazione materiale= incapacità di sostenere “spese previste”.

Welfare e demografia (pag.21)

Le previsioni demografiche ipotizzano che dopodomani (2030) gli over 65 anni costituiscano il 26,5% della popolazione totale e gli over 80 anni ben l’8,8% della popolazione.

Nel 2050 i dati % aumenterebbero, rispettivamente del 6,2% (a 32,7 %) e del 6,1% (a 14,9%). Tutto ciò non potrà non avere effetti micidiali sul lavoro, sulle pensioni, sul fenomeno

immigrazione, sulla disabilità (si calcola che nel 2040 il 10,7% della popolazione sarà costituita da disabili: + 6,3% rispetto ai dati 2010).

Da ciò, la necessità di scelte a medio-lungo termine. Ma la politica le farà, senza una pressione “dal basso”?

Lotta alla povertà (pag.23)

Dall’epoca della Commissione Onofri (1997), l’Italia ha fatto poco per combattere la povertà, destinando ad, con una riduzione progressiva dei fondi per le politiche sociali, destinando ad esse solo lo 0,1% del PIL (UE15= 0,40% del PIL) e financo chiudendo la borsa: 2,5 M nel 2008; 1,47 M nel 2010; 200 milioni nel 2013; ?? nel 2014. Sono dati tratti dal lavoro di Mazzotti (37).

SANITA’ (pag.24-40)

L’ampio capitolo dedicato alla Sanità mette a confronto i diversi sistemi europei; ricorda il patto per la salute; il ruolo della spesa sanitaria pubblica e privata; i tagli 2012-2015 (circa 35 M, a partire dal decreto legge 94/2012); i problemi dei nuovi IEA e dei costi standard; gli allarmi di FIASO ed AIOP.

Ancora una volta le cifre dicono molto (OECD Health Data 2013).

In Italia la speranza di vita alla nascita è di 82,7 anni (3° posizione, su 34 paesi UE), pur se la spesa sanitaria/capite – espressa in dollari – è stata nel 2011 di circa 3.012 dollari, a fronte della media UE34 di 3.386 dollari. Insomma, in Italia la spesa per il SSN è inferiore dell’11,1% rispetto a quella della UE34. Non solo ma la stessa spesa è cresciuta, in Italia (in 11 anni) del 45,9% contro una crescita UE34 del 79,4% negli stessi anni.

La Relazione CNEL 2013 (detta anche relazione MANIN), al proposito, propone gli INDICI di PERFORMANCE CENSIS-CNEL ed identifica 6 principali criticità del SSN: la medicina territoriale, la poca attenzione ai costi; la scarsità di risorse; l’eccesso di ospedali; le interferenze della politica nella gestione; la mancanza di etica.

Tutto ciò pone il problema dell’equità, con una serie di dubbi e di proposte per cercare di sistemare le cose.

-Manutenzione o riforma totale del SSN?

-Riaffidare allo Stato la competenza primaria sui LEA

-Ridurre il numero delle ASL, mettendo in sicurezza la rete ospedaliera

-Rivedere i LEA-LEAS e garantire la prevenzione

-Usare il modello dell’assistenza sanitaria integrata

-Migliorare l’appropriatezza

-Migliorare la governance della spesa farmaceutica

-Dare un ruolo chiaro alla sanità integrativa.

Mi fermerei qui, perché se Vi parlassi adesso di PREVIDENZA e di ASSISTENZA, farei un torto agli altri illustri relatori ed alla discussione, che mi auguro intensa e propositiva. Grazie,

Stefano Biasoli