

La vita buona nella società attiva

Libro Verde sul futuro del modello sociale

COMMENTI formulati dal COMITATO PARI OPPORTUNITA' dell'ex Ministero della salute

Il Libro Verde “La vita buona nella società attiva”, nell’ambito della riforma del *welfare*, richiama in diversi punti i concetti di pari opportunità e di valorizzazione del capitale umano, con una offerta personalizzata e differenziata di servizi, intesa ad un maggior protagonismo nella società civile e all’adozione di comportamenti e stili di vita responsabili.

La qualità sanitaria può concretamente rappresentare un valore aggiunto per il sistema Italia, sia in quanto la salute è un valore di per sé, per una società attiva, ma anche in quanto valore aggiunto e volano, nello sviluppo e nelle politiche di coesione.

Nell’ambito dell’ex Ministero della salute, il Comitato Pari Opportunità (CPO), si muove in sinergia con l’ambito della politica sanitaria europea, che vede al centro delle politiche, come affermato nella dichiarazione finale dei Ministri della salute europei riunitisi a Roma il 18 dicembre 2007 (all.1) il tema della salute e della valutazione dell’impatto di ogni politica sulla salute, anche in ottica di genere. Coerentemente il CPO si propone come centro propulsore del miglioramento della qualità di vita, promuovendo politiche di promozione della salute, iniziando proprio dal luogo di lavoro, parte significativa della vita di ciascuno, in sintonia con quanto concordato nella Dichiarazione di Lussemburgo del 1997 (La promozione della salute nei luoghi di lavoro nell’Unione Europea).

Il CPO apprezza il metodo - innovativo per l’Italia - proposto con il Libro Verde e con la consultazione pubblica e proprio in considerazione della fase di riordinamento del sistema di Governo e dell’accorpamento di Ministeri, ripropone all’Amministrazione un progetto per la realizzazione del “Bilancio delle competenze”, avendo presente che il sistema delle competenze – atto ad analizzare la strumentazione utilizzata per la valutazione del personale – costituisce una delle aree rilevanti ai fini della lettura di genere del bilancio delle pubbliche amministrazioni. Purtroppo la previsione della Legge n.244/2007(finanziaria 2008), art. 2, commi 481, 482, 483, 484, che ha individuato 4 Ministeri - tra cui quello allora della Salute - per una sperimentazione sul bilancio di genere, è stata vanificata dalla normativa successiva che ha proceduto alla negazione dell’autorizzazione della spesa per i complessivi 2 milioni di euro stanziati dalla finanziaria 2008 (v. allegato 23, previsto dall’art.5 del d.l. n.93 del 2008, conv. , con modificazioni, nella legge n.126 del 2008).

Dare concreta realizzazione almeno al bilancio delle competenze appare, comunque, particolarmente utile per meglio orientare e valorizzare il “capitale umano” della nuova Amministrazione. L’iniziativa, d’intesa con la Direzione generale del Personale, potrebbe essere condotta anche a costi molto contenuti se non “a costo zero”, utilizzando preziose risorse presenti in particolare nell’ambito del settore lavoro e delle politiche sociali della nuova realtà ministeriale. L’iniziativa, a cui il CPO vorrebbe dare uno specifico contributo in fase programmatica, potrebbe trovare fondamento nel rapporto sulla situazione del personale previsto dall’art. 46 del dlgs 11 aprile 2006, n. 198 e approfondire analoghe esperienze già effettuate con risultati proficui da altre Amministrazioni (es. Ministero delle attività produttive). Si potrebbe, inoltre, sviluppare, da un lato, un archivio dettagliato delle competenze disponibili all’interno dell’Amministrazione e, dall’altro, una sorta di “carta dei servizi” rivolta sia al personale interno che esterno, che evidenzia le competenze attuali e future dell’Amministrazione e favorisca così una maggiore trasparenza e consapevolezza.

Il Bilancio sarebbe inoltre uno strumento utile all’Amministrazione per predisporre iniziative volte a migliorare la soddisfazione e valorizzazione del personale, diminuire le assenze e contenere il ricorso a personale esterno.

Infine, pur apprezzando l’impianto complessivo del documento, il CPO pone in rilievo una sorta di contraddizione tra la riaffermata “centralità della persona” e alcuni dei provvedimenti in itinere,

che riducono in concreto la possibilità di coltivare tale centralità, tra cui, ad esempio, il cennato mancato finanziamento del bilancio di genere e l'intervento normativo che rende più difficoltoso fare ricorso al part-time, contenuto nell'articolo 73 del d.l. n.112/2008, conv. con mod. nella legge n.133/2008,

PREFAZIONE

PERCHE UN LIBRO VERDE?

“Le disfunzioni, gli sprechi e i costi dell’attuale modello, così come il quadro difficile delle compatibilità macro-economiche attuali e soprattutto prospettiche, sono noti e ampiamente documentati”

“Emergono peraltro fattori di rischio assolutamente nuovi come pandemie, bioterrorismo, incidenti fisici e biologici. Patologie trasmissibili legate alla mobilità delle persone (turismo e immigrazione) introducono nuove esigenze di monitoraggio, di prevenzione e di interventi coordinati nella dimensione sovranazionale”.

POLITICHE DI WORKFARE E PIANO STRAORDINARIO PER LA FORMAZIONE

- 1. Per incrementare drasticamente i tassi di occupazione regolare, soprattutto dei gruppi più svantaggiati, è ancora plausibile sviluppare una onerosa politica di pura incentivazione economica che non tiene conto dei penetranti disincentivi normativi e burocratici che tanto incidono sulla vitalità di un mercato del lavoro che, oramai, è diventato adulto e che non tollera più una visione repressiva incentrata sulla patologia come regola? Per creare maggiori e migliori posti di lavoro non serve piuttosto, e prima di tutto, una robusta semplificazione e de-regolazione delle regole di gestione dei rapporti di lavoro?*
- 2. Quale può essere il ruolo delle relazioni industriali per incrementare i tassi di occupazione regolare e sostenere, attraverso nuovi modelli di organizzazione del lavoro e il reciproco adattamento di lavoratori e imprese, la maggiore qualità e produttività del lavoro? E' possibile costruire un mercato del lavoro più flessibile e dinamico garantendo al tempo stesso al lavoratore diritti basilari quali la salute e la sicurezza sul lavoro, una stabilità sostanziale (basata su competenze e formazione continua piuttosto che su norme di legge) e una giusta retribuzione? Questa impostazione non richiede una maggiore attenzione alle transizioni professionali, a partire dalla transizione dalla scuola al lavoro, con il definitivo decollo di un nuovo sistema di ammortizzatori sociali?*
- 3. Quali sono le premesse per una riforma del sistema degli ammortizzatori sociali che garantisca a tutti coloro che hanno lavorato, vuoi in forma subordinata vuoi anche in forma autonoma, una indennità di disoccupazione sviluppando al tempo stesso un sistema integrativo su base mutualistica? Come costruire questo secondo pilastro mutualistico? Una risposta può essere nella bilateralità?*
- 4. Perché le politiche di Welfare to Work, e della formazione in particolare, stentano a decollare in Italia? La marcata spaccatura tra Nord e Sud del Paese contribuisce alla indifferenza ovvero alla sfiducia verso una logica promozionale di ricerca attiva del lavoro? Cosa impedisce l'operatività della basilare regola di responsabilità, prevista dalla riforma Biagi, che vuole sanzionato con la decadenza dal beneficio o dalla indennità il percettore del trattamento che rifiuti una occasione congrua di lavoro o un percorso*

formativo di riqualificazione professionale? Perché i regimi di accreditamento su base regionale dei servizi al lavoro non sono decollati?

5. *Cosa ha impedito il rilancio del sistema di collocamento? Come rendere efficace il sistema telematico di incontro tra domanda e offerta di lavoro? Perché i tanti soggetti abilitati all'incontro tra domanda e offerta di lavoro (scuole, università, comuni, enti bilaterali, associazioni di categoria, ecc.) non si sono attivati lasciando ampio spazio a mediatori privati non autorizzati? Fermo restando il principio della gratuità del servizio per il lavoratore, serve in quest'area una ulteriore de-regolamentazione fino a superare il sistema dei regimi di autorizzazione?*
6. *Cosa impedisce di rendere effettivo il sistema di formazione? Perché la formazione in alternanza e l'apprendistato non hanno pienamente funzionato? Riscoprire la vocazione formativa dell'impresa può essere la risposta giusta e meno costosa rispetto a un sistema di formazione pubblica che non decolla e che non risponde alle esigenze della domanda di formazione da parte di lavoratori e imprese?*

Il Libro verde sottolinea l'importanza della ricomposizione delle politiche del Welfare to Work (pag.8) e la stabilità sostanziale basata su competenze e formazione continua (quesito 2.). In tal senso il CPO, in questi anni di lavoro, ha rilevato la necessità di inserire un percorso di formazione e di aggiornamento per il personale che rientra da una lunga assenza lavorativa, come può essere quella per maternità o malattia ai fini di un rapido reinserimento nel posto di lavoro, diffondendo la buona pratica già in atto in qualche ente pubblico non economico.

LA RICERCA BIOMEDICA

7. *Come è possibile promuovere e sostenere la ricerca biomedica, pur non trascurando gli aspetti applicativi che di questa sono spesso ricadute? Quali sono le aree tematiche e applicative da considerare come prioritarie?*
8. *Quale potrebbe essere la migliore struttura dei bandi di ricerca per garantire un reale sviluppo della ricerca biomedica in Italia? E di conseguenza, quale potrebbe essere il sistema migliore di valutazione delle proposte di ricerca? In questo contesto quale potrebbe essere il ruolo giocato da Università e da altri Enti di Ricerca già presenti sul territorio?*
9. *Quali le piattaforme tecnologiche da richiedere come prerequisito per competere in progetti di ricerca biomedica avanzata?*
10. *Come valorizzare il metodo e la qualificazione scientifica nella ricerca biomedica e come incentivare i giovani a perseguirla?*
11. *Quale deve essere il rapporto tra la ricerca biomedica e i principi inerenti la dignità della persona?*

LA POVERTÀ ASSOLUTA

12. *Negli ultimi anni il dibattito e le analisi economiche hanno sempre evidenziato il tema della povertà relativa, dell'impoverimento relativo alle famiglie. Di fronte ai rapidi mutamenti della tecnologia, alle evoluzioni della globalizzazione, alla disgregazione dei corpi intermedi e ad un accentuato individualismo della società, tuttavia, più grave è l'emergere*

di situazioni di bisogno estremo. E' giusto per un Welfare attivo e delle opportunità recuperare il concetto e la dimensione della povertà assoluta?

13. Dal 1992 l'Unione Europea ha sottolineato la necessità di un modello sociale più forte e di politiche attive per l'inclusione sociale. Nella recente Agenda Sociale ha nuovamente richiamato la lotta alla povertà come elemento fondante delle politiche di coesione sociale. In Italia, il dibattito è stato tradizionalmente rivolto alla necessità di varare uno strumento universalistico di reddito minimo. Ma l'esperienza è stata fallimentare. Quali strumenti possono oggi caratterizzare una politica di contrasto alla povertà assoluta? Quali le responsabilità dello Stato e quali gli strumenti per il sostegno alla famiglia e alle comunità locali?

14. Quali sono oggi le categorie più a rischio di povertà assoluta? Con quali strumenti individuare i soggetti a rischio? Quali reti attivare per affrontare le situazioni di bisogno estremo?

Il processo di globalizzazione in atto ha provocato un aumento esponenziale della mobilità internazionale modificando sensibilmente contesti e prospettive. Vecchie e nuove malattie determinano e producono vecchie e nuove disuguaglianze. Nuovi problemi sono posti in materia di sicurezza, perché le frontiere non bloccano epidemie né attentati con armi biologiche e chimiche.

Come affermato dall'allora segretario generale delle Nazioni Unite Kofi Annan "Non avremo sviluppo se non vi sarà sicurezza, e non avremo sicurezza senza sviluppo, ed inoltre non avremo nessuno dei due in assenza del rispetto dei diritti umani. Salvo che queste tre cause avanzino congiuntamente, nessuna di esse avrà successo".

La salute quindi assume un aspetto sovranazionale, può essere considerata solo come salute dei popoli ed è una pre-condizione essenziale per ogni politica di sviluppo, un obiettivo primario da raggiungere, un ruolo a sostegno delle azioni di pace e solidarietà nel mondo, volto a contrastare fenomeni migratori che, a dispetto delle misure normative, risultano poco controllabili.

I migranti infatti possono essere a rischio di povertà assoluta, non solo, ma anche di nuove schiavitù particolarmente odiose (tratta di persone, sfruttamento, lavoro nero) alla cui prevenzione può contribuire la collaborazione sanitaria internazionale. Neppure il fenomeno delle badanti deve essere sottovalutato.

Il sistema sanitario nazionale italiano, universale e solidale, che pone la salute costituzionalmente garantita tra i diritti di cittadinanza, può guardare e proporsi al Mondo come sistema di riferimento sostenibile, dove i sistemi sanitari formano una parte centrale della protezione sociale e contribuiscono concretamente alle pari opportunità, alla coesione e alla giustizia sociale.

I SERVIZI DI CURA PER L'INFANZIA

15. Quali e quante risorse investire per incrementare, nei prossimi anni, i servizi per l'infanzia e la famiglia in modo sostenibile? Come favorire maggiormente l'iniziativa delle famiglie in questo settore?

16. Come costruire un sistema di indicatori di qualità per tutti i servizi socio-educativi 0-3 anni? Come coniugare ulteriormente qualità dei servizi e loro flessibilità?

Come Comitato per le pari opportunità si chiede una attenzione e uno sforzo maggiore a favore dei servizi di cura per l'infanzia, ma anche e/o soprattutto sinergia nei confronti di una

politica con e per le famiglie, non solo promuovendo ulteriormente (in quanto la legge italiana già esiste) gli asili condominiali, ma tutte le forme di assistenza e cura alternative all'asilo nido e/o alla scuola materna intesi nella loro accezione tradizionale, di cui ci dà ottimo esempio la Francia, che difatti ha avuto già i suoi riscontri positivi in tema di accresciuta natalità, dato non solo positivo in sè, ma che va letto come accresciuta fiducia nel supporto sociale e nel futuro da parte dei cittadini.

Favorire alternative nuove alla cura dell'infanzia vuol dire anche forme nuove di occupazione per casalinghe e anziani ancora efficienti (come si commenta pure in altro punto).

Per quanto riguarda, poi, la costruzione di indicatori di qualità, il CPO suggerisce di fruire delle competenze già presenti nelle strutture pubbliche, coinvolgendo nella costruzione di un set di indicatori sui servizi socio-educativi 0-3 anni il personale degli asili nido e delle scuole materne, al fine di creare un network che, partendo dai distretti scolastici e dai Comuni, giunga sino al livello statale, che è tenuto ad elaborare e garantire l'uniformità dei livelli essenziali su tutto il territorio nazionale.

ASSISTENZA PRIMARIA E MEDICINA GENERALE

17. Come è possibile ridefinire il ruolo del medico di medicina generale in modo da rispondere appropriatamente ed efficacemente ai crescenti bisogni di accessibilità, continuità assistenziale e soprattutto di integrazione con gli altri segmenti del SSN? Come coniugare il medico di medicina generale con le strutture del servizio sanitario in modo da costituire una risposta di rete ai bisogni della comunità e contribuire attivamente all'empowerment dei cittadini e alla responsabilizzazione della persona e del nucleo familiare nel perseguimento del massimo livello possibile di bene-essere?

18. Attraverso quali strumenti è possibile valorizzare la medicina generale, anche nella fase di formazione dei medici, e sviluppare la relazione medico/paziente tenendo in doverosa considerazione aspetti quali la capacità di relazione e di comunicazione?

Innanzitutto si sottolinea come la salute non derivi soltanto dall'attività dei servizi sanitari, ma sia determinata dalle politiche più generali. Salubrità degli ambienti di vita e di lavoro, promozione di stili di vita sani e della salute in tutte le politiche rappresentano momenti essenziali nel perseguimento di questo obiettivo.

I sistemi di assistenza primaria impongono di ripensare il territorio, che è garanzia effettiva dei LEA, ponendo al centro i cittadini e garantendo la presa in carico e la continuità dell'assistenza, che deve essere organizzata in percorsi integrati e personalizzati, superando eventuali ostacoli amministrativi e burocratici che di fatto favoriscano la parcellizzazione.

Pari opportunità per tutti significa anche dare sicurezza al cittadino, a prescindere dalla condizione socio-economica e di genere, di essere "preso in carico" nel momento del bisogno.

Per garantire un'assistenza primaria di qualità dovrebbero essere valorizzati e potenziati i servizi territoriali già esistenti, ad esempio i consultori familiari, i SERT, i DSM ed i distretti sanitari, ed approvato un piano di investimenti che permetta la realizzazione delle infrastrutture necessarie al loro potenziamento, come ad esempio strutture di integrazione socio-sanitaria: una sorta di sportelli unici con équipes multidisciplinari, aperti 24 ore su 24 in modo da evitare, o ridurre, la necessità di rivolgersi all'ospedale.

Il medico di base, insieme ai colleghi dei servizi socio-sanitari territoriali, dovrebbe assicurare capacità di lettura e di interpretazione precoce dei bisogni socio-sanitari, promuovendo sia attività preventive sia la presa in carico di cronicità e disabilità, favorendo la persistenza e l'integrazione del paziente nella comunità, e venendo incontro ai suoi bisogni in modo personalizzato.

Esistono già buone politiche in Italia e all'estero di interventi di équipes integrate che affiancano e programmano insieme alla famiglia, quando c'è, o al paziente il percorso di assistenza, cura e riabilitazione, fino al reinserimento o al "mantenimento".

I medici di medicina generale e i pediatri di base potrebbero essere maggiormente integrati con le altre strutture del servizio sanitario ripensando il loro ruolo come facente parte di una rete integrata, a cui fanno capo anche le associazioni del privato sociale, che garantisca un approccio "olistico" alla persona e sia in grado di farsi carico dei suoi bisogni ed aspettative attraverso un lavoro d'équipe e multiprofessionale che porti la sanità il più possibile vicino al domicilio delle persone, senza tuttavia scaricare sulle famiglie gravosi compiti assistenziali che influiscono negativamente sulla partecipazione dei membri coinvolti (generalmente le donne) nella partecipazione ad una vita attiva, soprattutto in ambito lavorativo.

Il medico di medicina generale ed il pediatra di base potrebbero pertanto svolgere un ruolo di counselling e di accompagnamento del paziente nel percorso diagnostico terapeutico riabilitativo di cui necessita. Fare sistema socio sanitario contribuisce a fare sistema paese.

La valorizzazione di queste figure potrebbe basarsi anche sulla promozione dell'associazionismo fra professionisti (includendo gli infermieri), e sullo sviluppo della medicina d'iniziativa, intesa come capacità ad aprirsi verso i bisogni emergenti e saper interpretare i bisogni sanitari della comunità in cui si opera.

Si concorda pertanto con la proposta di categoria dei medici di medicina generale di istituire una cabina di regia che veda la partecipazione del Ministero, delle Regioni e di rappresentanti dei servizi territoriali, dei medici di medicina generale e dei pediatri di base, per preparare delle linee guida sull'integrazione territoriale, tenendo presente i bisogni emergenti (invecchiamento della popolazione, popolazione multiculturale, aumento delle persone sole e delle famiglie monoparentali).

Si propone inoltre di definire, come metodo ordinario di lavoro, il Libretto sanitario unitario che, attraverso un sistema elettronico a rete, permetta di disporre in ogni momento della storia clinica completa del paziente (referti sanitari, ricoveri, farmaci assunti, visite specialistiche, esami diagnostici, ecc.).

Il CPO ha individuato alcuni settori che opportunamente programmati, possono assicurare meno assenze dal lavoro e una migliore qualità dell'assistenza, come ad es. censimento dei bisogni e follow-up per i disabili ex legge 104, malati di cancro, post-infartuati, e così via.

IL MODELLO DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: LE POLITICHE PER LE PERSONE ANZIANE

19. *Quale la dimensione territoriale che più efficientemente può trattare tutte le patologie che non necessitano di assistenza ospedaliera e favorire assistenza continuativa ai malati cronici, ai disabili e alle persone non autosufficienti?*
20. *Quali le migliori pratiche e percorsi per assicurar la continuità assistenziale prendendo in carico il paziente e guidarlo, con processi attivi, nei complessi percorsi della rete dei servizi?*
21. *Come è possibile articolare la rete dei servizi sviluppando un connubio virtuoso tra sistema pubblico, famiglia, privato sociale e reti di supporto del volontariato, anche promuovendo nuovi strumenti per facilitare la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente e lo sviluppo dei progetti di vita indipendente per le persone con disabilità?*

La salute degli anziani è un argomento che merita, per la sua importanza ed attualità, un Piano strategico nazionale basato su una visione intersettoriale dei diversi problemi, e possibili soluzioni, che gli anziani si trovano a dover affrontare.

Garantire la salute degli anziani significa prendere in considerazione, ancor più che in altri campi, la salute in tutte le politiche attuando sia strategie ambientali che sociali, economiche e sanitarie, ecc. che vedano la partecipazione di tutte le istituzioni coinvolte e degli stessi cittadini.

Andrebbe ridefinito il contesto urbanistico-abitativo, ristrutturando gli spazi di vita pubblici e privati in modo da favorire il mantenimento dell'autonomia individuale e la socializzazione. Progettando nuove tipologie di abitazioni aggregate con un diverso rapporto tra spazi pubblici e privati (health in all policies) e rendendo disponibili una serie di servizi personalizzati e diversificati in grado di facilitare la permanenza dell'anziano nel suo ambiente di vita domestico: pulizia della casa e aiuto domestico, cura della persona, fornitura di pasti attraverso apposite mense di condominio o di quartiere, assistenza socio-sanitaria di condominio, strumentazione tecnologica di supporto, ecc. esperienze di questo tipo sono da anni implementate in Israele, Paese con il quale l'Italia ha firmato un Accordo bilaterale nel campo delle scienze mediche, e nell'ambito del quale potrebbe essere inserita la salute degli anziani come una delle priorità del prossimo Piano d'azione.

Anche i trasporti occupano una posizione importante nel garantire il mantenimento di una vita attiva nell'età avanzata, e dovrebbero essere progettati mezzi pubblici privi di barriere di accesso e promosse campagne di sensibilizzazione circa la necessità di lasciare i posti a sedere agli anziani (questo argomento potrebbe essere trattato anche nei corsi scolastici di educazione civica).

Le persone anziane, ma ancora attive, potrebbero essere incentivate a partecipare ad attività culturali (es. Università della terza età), sociali (es. associazioni di volontariato) e lavorative che favoriscano l'integrazione con i più giovani (es. gestioni di asili di piccole dimensioni, pre e post-scuola nel ciclo elementare).

E' nostra opinione che questo argomento sia strettamente legato alla ridefinizione della figura del medico di medicina generale e dell'assistenza territoriale, trattati al punto precedente. In questo contesto andrebbe favorito lo sviluppo di un adeguato sistema di cure primarie in grado di realizzare un'effettiva integrazione tra attività sociali e sanitarie, e in un'ottica di più lungo periodo, favorendo fin dalla giovinezza e dal periodo scolastico corretti stili di vita.

Infatti, come sottolineato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri già nel 1998 "la sfida maggiore che si presenta per i prossimi anni alle società civili è essenzialmente la riduzione del divario oggi esistente tra aspettativa di vita totale e aspettativa di vita attiva, priva di disabilità".

Questo argomento pertanto andrebbe trattato contestualmente al precedente in un progetto di ampio respiro che mettendo al centro la persona anziana, ne favorisca la permanenza nel suo ambiente definendo le diverse tipologie di servizi da garantire e gli standard da raggiungere (RSA, centri diurni, case famiglia, assistenza domiciliare, contributi economici) nonché una adeguata preparazione delle persone a cui è affidata l'assistenza (badanti, familiari, personale di prossimità) non solo dal punto di vista sanitario, ma anche volto a stimolare la socializzazione e la partecipazione attiva dell'anziano alla vita.

Poiché di sovente è la famiglia - e soprattutto la donna - che si fa carico dell'assistenza alle persone anziane (secondo i dati ISTAT sono circa 2.600.000 i disabili assistiti dalle famiglie contro i circa 170.000 ospiti di presidi residenziali), dovrebbero essere studiati meccanismi di flessibilità lavorativa (es. telelavoro per periodi limitati nel tempo) che riconoscano la funzione sociale svolta.

Il ruolo della famiglia non dovrebbe comunque essere sovrastimato, poiché le tendenze demografiche italiane mostrano un invecchiamento delle stesse, con aumento di quelle prive di figli o con un unico figlio.

A completamento dei LEA potrebbero essere istituiti i LIVEAS (Livelli delle prestazioni sociali).

I FONDI PRIVATI

Occorre dare, dunque, maggiore impulso allo sviluppo della previdenza complementare, nonché ai fondi sanitari integrativi del servizio pubblico al fine di orientare e convogliare la spesa privata verso una modalità di raccolta dei finanziamenti che, nel rispetto del principio di solidarietà generazionale, sia in grado di porsi accanto al finanziamento pubblico di derivazione fiscale ed integrarlo.

22. Attraverso quali strumenti è possibile garantire una ulteriore implementazione della previdenza complementare, che, soprattutto per le giovani generazioni, possa costituire un canale di protezione efficace per il futuro?

23. Quali possono essere le necessarie modifiche normative che permettano ai fondi privati di realizzare il collegamento tra sanitario e sociale/assistenziale? In questo contesto, è la non autosufficienza il primo e più grave problema che tali fondi possono contribuire ad affrontare, integrando anche pacchetti differenziali tra giovani e anziani, al fine di promuovere una più solida solidarietà intergenerazionale?

Come dipendenti del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e come cittadini, nell'ambito del CPO teniamo particolarmente a sottolineare che il Servizio sanitario italiano, basato sull'universalità dell'assistenza sanitaria, sulla solidarietà del finanziamento attraverso al fiscalità generale e sull'equità di accesso alle prestazioni è riconosciuto a livello internazionale come uno dei migliori al mondo per capacità e qualità di assistenza. Si tratta di una conquista straordinaria di civiltà e rappresenta un indiscutibile indice di alto sviluppo sociale e democratico di un Paese, sono infatti pochi nel mondo i Paesi che garantiscono un'assistenza sanitaria di questo tipo per tutti i cittadini, senza alcuna discriminazione.

Le politiche internazionali, purtroppo poco conosciute e condivise all'interno, documentano il prestigio dell'SSN italiano all'estero. Ciò contribuirebbe a un miglioramento del Sistema Paese.

Per quanto riguarda il grado di soddisfazione dei cittadini europei sul proprio stato di salute, secondo l'indagine Eurobarometer 2002, l'Italia figura al terzo posto con l'81,3% davanti a Paesi come Germania e Spagna.

Il SSN italiano garantisce inoltre assistenza pediatrica gratuita per tutti i bambini da zero a quattordici anni, uno dei livelli di copertura vaccinale più elevati in Europa (ed il primo per la vaccinazione anti-influenzale negli anziani), un prontuario farmaceutico a carico della sanità pubblica più ricco d'Europa.

Questi elevatissimi risultati dovrebbero essere "esaltati", in quanto "possibili" a livello nazionale, nel prossimo Libro Bianco, che dovrebbe anche puntare su una maggiore conoscenza delle cause di disuguaglianza e di disequità fortemente presenti in alcuni ambiti del Paese, puntando a tecniche e strategie per superarle.

In questo contesto lo sviluppo dei fondi sanitari integrativi richiede attenzione, approfondimento e sensibilità, per non mettere a rischio le caratteristiche di universalità, equità, solidarietà su cui si basa il nostro SSN.

RELAZIONI INDUSTRIALI

24. E' possibile superare una cultura antagonista dei rapporti di produzione che, a partire dalla stessa strumentazione giuridica che abbiamo ereditato, manifesta ben più di una semplice riserva mentale sulla impresa quale fattore di sviluppo e inclusione sociale? Esistono le premesse per un rinnovato clima di fiducia e complicità tra capitale e lavoro che

consenta di cementare, attraverso un quadro di convenienze reciproche, una alleanza strategica tra gli imprenditori e i loro collaboratori?

25. Un contesto di tipo collaborativo e partecipativo, che chiede al sindacato di tenere in debita considerazione i valori della impresa e della competitività, e con essi i profili della efficienza della organizzazione aziendale, può reggere senza un sistema, liberamente definito dalle parti, di partecipazione agli utili d'impresa? La dimensione collettiva delle relazioni industriali determina necessariamente la negazione della dimensione individuale, pur nell'ambito di una cornice di riferimento definita a livello collettivo come nel caso dei sistemi retributivi o dei regimi di orario di lavoro?

26. Il sostegno alla bilateralità e alla partecipazione dei lavoratori agli utili d'impresa, comprese le forme di azionariato, non potrebbe rappresentare la soluzione più autorevole e credibile per avviare una alleanza tra impresa e lavoratori sui temi della crescita, dello sviluppo e della giustizia sociale? La dimensione territoriale può essere luogo di contrattazione collettiva? Può essa consentire, attraverso la completa valorizzazione del sistema degli enti bilaterali, la gestione condivisa dei servizi che danno valore alla persona quali sicurezza, formazione, integrazione del reddito, ricollocamento, certificazione del contratto di lavoro, previdenza complementare, assistenza sanitaria?

Si premette che come CPO si chiede maggiore spazio alla partecipazione di rappresentanti dei vari CPO nella contrattazione collettiva e si chiede che le pari opportunità entrino, come criterio trasversale, nelle politiche per il personale, in coerenza con la posizione italiana in ambito internazionale. Un suggerimento concreto per attuare almeno alcune di tali proposte, potrebbe essere inserire le pari opportunità come competenza degli uffici delle relazioni sindacali.

Più in generale, a commento dei quesiti in tema di relazioni industriali, si condivide l' utilità di un'alleanza strategica tra imprenditori e collaboratori, tra datori di lavoro e dipendenti. Tanto si condivide, purchè alleanza non finisca per essere negazione dei rispettivi doveri di "accountability". Sembra giunto il momento di portare a totale compimento, così come avvenuto per altri articoli della nostra Carta costituzionale, anche l'articolo 39, tenendo conto che le stesse organizzazioni sindacali devono ripensare al loro ruolo nell'Italia e nell'Europa del nuovo millennio, facendosi latori e responsabili – nel rispetto del gioco delle parti, che pur deve essere mantenuto anche in forme nuove – di nuove fragilità sociali, come quelle del precariato, dei giovani e dei lavoratori non specializzati, da una parte, e dall'altra, difensori delle specificità professionali, ad esempio, dei validi manager ai livelli apicali della P.A.

L'espressione "Welfare delle opportunità" sembra perfettamente attagliarsi a vari punti, se non a tutti, del Libro Verde, con particolare riguardo alle giovani generazioni. Occorre infatti ricreare quella fiducia nell'avvenire e nelle potenzialità della società attuale che si sono perse. Il CPO, in relazione al ruolo sociale svolto dalla donna, propone maggiore attenzione all'utilizzo del Telelavoro e a nuovi supporti alle giovani famiglie, un patto sulle regole.

Il CPO, infine, pone in rilievo di non avere trovato riferimenti all'interno del documento all'assunto "la salute in tutte le politiche" e alla dimensione sovranazionale del tema salute con conseguente riferimento alla comunità europea, alle politiche e alle relazioni internazionali.

CPO Ministero Salute