

This is the peer reviewed version of the following article:

Analisi italiana / Hanau, Carlo. - In: PRO TERZA ETÀ. - ISSN 1123-8291. - STAMPA. - XVII:(2011), pp. 20-22.

Terms of use:

The terms and conditions for the reuse of this version of the manuscript are specified in the publishing policy. For all terms of use and more information see the publisher's website.

24/05/2026 00:02

(Article begins on next page)

▶▶▶ Analisi italiana



Carlo Hanau

Il grande aumento del debito pubblico dell'Italia risale ai primi anni settanta, gli anni della crisi finanziaria degli Stati industrializzati, a cominciare dagli USA. I governi che si sono succeduti in Italia hanno assunto la questione soltanto quando le circostanze esterne lo hanno imposto, dato che risulta difficile a chiunque imporre al Paese misure antipopolari, che alienano il consenso degli elettori. A questa regola non fa eccezione il Governo attuale di centro-destra, nonostante fosse fin troppo facile la previsione che questo nodo sarebbe presto venuto al pettine appena si fossero combinati l'aumento dei tassi di interesse e la stagnazione del reddito.

La finanza internazionale, dopo i disastri delle grandi banche degli ultimi anni, che certamente non hanno avuto origine dal nostro Paese, ha cominciato a bersagliare pesantemente questa nostra situazione di debolezza, scommettendo sul fallimento delle nostre Banche e del nostro Stato, che a torto viene considerato l'anello più debole dell'Europa, dopo la Grecia.

Le forze interne per resistere a questi attacchi sarebbero più che bastanti, dato che il nostro Paese vanta un risparmio privato ad elevati livelli, ma fa difetto la coesione nazionale: molti nostri risparmiatori hanno acquistato titoli di Stati stranieri contribuendo ad aumentare il divario fra

questi e quelli italiani. Invece di fare fronte comune di fronte al "nemico", anche gli italiani hanno contribuito a peggiorare il divario e ancor più le aspettative del fallimento, che portano al fallimento. Il Governo non ha avuto l'autorevolezza e il coraggio di chiedere agli italiani la solidarietà nazionale e dobbiamo contare sulla solidarietà dei Paesi forti dell'Europa per uscire dalla nostra grave situazione. In questo drammatico frangente ci troviamo alle prese con il problema dell'invecchiamento della popolazione, fenomeno positivo di per sé, ma che esige provvedimenti adeguati alle maggiori necessità degli anziani, e sopra tutto degli old-old, i molto anziani che presentano bisogni e consumi sociali, sanitari e sopra tutto sociosanitari per le cure a lungo termine molto più elevati delle età minori. Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione era al centro dell'attenzione dei demografi e degli economisti della sanità da quasi mezzo secolo e quindi non può dirsi imprevisto; continua anche al presente, tanto che ogni anno che passa fa aumentare l'attesa di vita di quasi tre mesi, riducendosi lievemente la differenza fra uomo e donna che resta comunque nell'ordine dei sei anni. Una delle cause dell'allungamento della vita attesa è il progresso delle cure dei malati in fase terminale, che sono sempre più efficaci, ma raramente guariscono il malato: il loro risultato consiste nel rimandare la fine, a fronte di interventi sempre più

lunghi e costosi, talvolta configurabili nell'accanimento dei sanitari.

Gli altri grandi consumatori di assistenza sono le persone con disabilità dalla nascita o dalla giovinezza. La loro posizione è sostanzialmente diversa da quella di coloro che diventano disabili dopo una vita normale, che comprende farsi una famiglia, avere figli e mantenerli, lavorare costituendosi una posizione assicurativa mutualistica ed un diritto alla gratitudine dei figli sancito dalla leggi vigenti. L'opinione comune differenzia le due categorie e ben comprende la differenza fra chi non è abile al lavoro e merita di essere aiutato dalla collettività e chi invece può lavorare e produrre mettendo da parte delle risorse per la vecchiaia ed "investendo" nei figli non soltanto affettivamente ma anche risorse economiche ingenti, per cui si giustifica un dovere morale e giuridico di solidarietà dei figli nei confronti dei genitori (alimenti e mantenimento). Anche nel lessico si va affermando una distinzione fra le due posizioni: persone con disabilità per coloro che presentano una disabilità congenita o acquisita prima dell'età lavorativa e anziani non autosufficienti per coloro che contraggono la malattia e la conseguente disabilità successivamente.

Il senso comune ritiene più meritevole di un aiuto della collettività colui che per eventi sfortunati (spesso errori genetici invalidanti) non è in

grado di raggiungere l'autosufficienza nelle attività quotidiane della vita e di provvedere alle proprie necessità, che in genere sono ben maggiori di quelle di una persona normodotata. Questa condizione rappresenta per la famiglia intera un grande carico di dolore e di spesa di risorse umane e materiali necessari per l'assistenza, che la collettività cerca di integrare con interventi sociali e sanitari e con trasferimenti in moneta. Nel nostro Paese, dove esiste una sproporzione fra un basso valore dei servizi erogati in natura rispetto al complesso dei sussidi monetari, si registra un'ulteriore sproporzione all'interno dei trasferimenti monetari, dove la pensione di invalido civile, in favore delle persone con disabilità (che non possono avere maturato una posizione assicurativa come lavoratori), ricevono la metà del minimo di pensione degli altri, compreso quelli che non hanno versato nulla (la cosiddetta pensione delle casalinghe).

Soltanto nei casi estremi di non autosufficienza assoluta viene concessa l'indennità di accompagnamento a coloro che hanno bisogno di un'assistenza e sorveglianza continua: questa è l'ultima provvidenza di tipo universalistico (indipendente dal reddito e dal patrimonio) che resta in vigore in questo nostro Stato che pretende di chiamarsi ancora Welfare State.

I recenti tagli decisi sui fondi nazionali per l'assistenza sociale, che

aggravano una situazione finanziaria già pesantissima degli Enti Locali, completano un quadro drammatico di vuoto assoluto, mentre si dovrebbe prevedere una transizione possibile fra il regime dei finanziamenti centrali e quelli locali, sostenuti da compensazioni centrali.

Le condizioni appena enunciate esigono tutte un maggior volume di risorse da impiegarsi per soddisfare le maggiori necessità di una parte di popolazione sempre crescente di anziani non autosufficienti, mentre il numero delle altre persone con disabilità non si riduce nel corso del tempo, dato che le cure, a cominciare da quelle perinatali, sono sempre più efficaci non soltanto per guarire ma anche per fare sopravvivere in condizioni di malattia e disabilità bambini un tempo destinati a morire. A fronte dell'aumento dei bisogni le risorse in autoconsumo della famiglia italiana (la più grande USL d'Italia, secondo Paccagnella) diminuiscono, sia per la contrazione del numero dei figli e dei componenti della famiglia, sia per l'aumento dell'impegno della donna nel lavoro extracasalingo, che l'allungamento dell'età pensionabile della donna ha aggravato. Soltanto l'aumento della disoccupazione delle donne ha dato di recente un segnale in controtendenza, ma non si deve certamente puntare su questo fenomeno negativo in modo strutturale.

Si ascolta spesso il ritornello secondo il quale la carenza di risorse pubbliche dovrebbe essere superata mediante l'eliminazione degli sprechi e l'integrazione dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari, che dovrebbe consentire di ridurre le risorse impiegate mantenendo gli stessi risultati di benessere, tagliando i rami secchi. Come economista della sanità e dei servizi sociali ritengo che molto si dovrebbe operare in questo campo, ma conosco bene le resistenze di coloro che sugli sprechi fondano le loro attese, che sono numerosi e ben attrezzati per resistere a tentativi di cambiamento temuti come dannosi per i loro privilegi. Nel nostro apparato pubblico appare come impossibile la mobilità di un operatore da un piano all'altro dello stesso ospedale, mentre un insegnante di sostegno può cambiare posto e tipo di disabilità a sua discrezione ogni volta che viene rifatta la graduatoria, rompendo il rapporto personale con l'allievo disabile per sé e per quanti vengono nella parte successiva della graduatoria, disprezzando e disperdendo il patrimonio di esperienze cumulate.

Un Paese come il nostro, dove il controllo sui risultati viene effettuato poco e male e dove il merito non è mai stato riconosciuto adeguatamente, può fondare le sue aspettative quasi esclusivamente sulla buona volontà degli operatori, che fino ad ora non ha mai dato grandi esiti a livello generale.

L'aziendalismo è stato introdotto nel SSN nel 1992 nei suoi aspetti più deteriori, e tale evoluzione viene riservata anche agli altri settori, sociale, sociosanitario e persino scolastico, senza grandi prospettive di soluzione. Si prenda l'esempio più citato: la riduzione dei posti letto ospedalieri viene spesso nominata come causa di notevoli risparmi. Si dimentica che la fase acuta è giustamente più costosa di quella successiva e che i risparmi non possono essere semplicisticamente calcolati come la differenza fra la retta giornaliera ospedaliera e quella della RSA. Si dimentica che i ricoveri esclusi e le dimissioni precoci dei pazienti elevano la retta ospedaliera dei pazienti restanti proprio perché si dimettono o non si ricoverano i pazienti definiti per decreto "impropri". Si dimentica che la maggior parte delle Residenze sanitarie assistenziali presenta liste di attesa molto lunghe e non si aumentano i posti per compensare la riduzione dei letti ospedalieri. Si dimentica di tenere conto dei costi sostenuti dalle famiglie nel valutare i costi delle cure dei pazienti che escono dal sistema residenziale. Questo aziendalismo spinge ciascun responsabile di un centro di spesa a massimizzare i propri indicatori di efficienza senza curarsi degli eventuali riflessi negativi sulla collettività, con un percorso opposto a quello che le aziende operanti sul mercato cercano faticosamente di intra-

prendere sottolineando la responsabilità sociale dell'impresa.

L'assillo drammatico del momento attuale consiste quindi nel bisogno crescente di risorse pubbliche da dedicare all'assistenza dei pazienti a lungo termine a fronte di un prelievo finanziario sui redditi che non si può aumentare perché già si colloca ai valori massimi in campo internazionale, rischiando di frenare la ripresa produttiva già particolarmente lenta nel nostro Paese, compromettendone il futuro.

Il sacrificio che si può ragionevolmente chiedere al Paese oggi è quello stesso che venne chiesto alla Germania quando venne deciso di lavorare due giorni in più devolvendo il ricavato al fondo pubblico per non autosufficienti. I dipendenti rinunciano a due festività o a due giorni di ferie ed i datori di lavoro si impegnano a fare la loro parte. Si possono porre dei problemi di equità nei confronti di chi non è lavoratore e non contribuisce al fondo, ma sappiamo a priori che i primi fruitori delle prestazioni sociosanitarie saranno coloro che si trovano in questa necessità ora o nel prossimo futuro, che per l'età avanzata non sono generalmente lavoratori, né dipendenti né autonomi, ma semmai genitori o nonni di lavoratori attivi. Occorre ovviamente che anche alla categoria degli autonomi e dei redditieri venga chiesto un contributo adeguato.

Vari studi approfonditi sono stati effettuati dalla Regione Trentino-Alto Adige in preparazione della legge che ha formalmente istituito il fondo per la non autosufficienza pubblico ed a questi ci si deve riferire per le precisazioni tecniche necessarie, ma la proposta deve prima essere accettata a livello politico-generale, in quanto gli esperti (fra i quali ho la pretesione di essere annoverato) sono stanchi di fare studi che poi finiscono negli ultimi cassetti dei decisori politici.

Infine non si deve dimenticare l'esistenza dei Fondi integrativi, che cominciano ad avere una certa consistenza anche nel nostro Paese, il maggiore dei quali è il fondo EST della Confcommercio, che per godere di favori fiscali devono destinare una quota anche per le cure a lungo termine; ivi sono comprese anche le protesi ortopediche e dentistiche, ma si deve chiedere che anche le protesi uditive vengano ricomprese nel novero. Aumentando i premi assicurativi i fondi integrativi potrebbero garantire oltre i Livelli essenziali di assistenza (LEA) anche le migliori prestazioni eccedenti i LEA e la quota di compartecipazione che i LEA prevedono a carico dell'utente, particolarmente elevata nel caso delle RSA (fra 1000 e 2000 euro al mese), essendo pari al 50% del totale dei costi totali.