



UN NUOVO SISTEMA DI WELFARE REGIONALE

Premessa

La crisi economica, sociale, produttiva che da troppi anni colpisce l'Europa e il nostro Paese, influenza severamente le condizioni di vita delle persone più deboli, a partire dai pensionati e dalle pensionate e dalle persone anziane in generale. L'Italia, più di altri Paesi, ha dimostrato serissime difficoltà a rimettere in moto crescita e sviluppo e vive una fase di sostanziale stagnazione: la stessa legge di stabilità appena varata dal parlamento, appare debole e insufficiente, senza strumenti straordinari e strutturali in grado di creare lavoro, promuovere innovazione, sostenere investimenti, ridurre i costi della macchina burocratica. Questa situazione ha ovvie ripercussioni sul sistema di welfare, che continua ad essere considerato centro di costo e ad essere quindi oggetto di tagli lineari. In un contesto di questo genere, una Regione come l'Emilia Romagna che sul welfare ha investito e può contare su una rete di servizi strutturata e importante, deve produrre ogni sforzo per consolidare il sistema e metterlo comunque in condizioni di rispondere ai nuovi bisogni.

L'ambiente sociale del Paese e della nostra Regione sta cambiando in modo rapido: si producono nuove necessità, diventano sempre meno sufficienti le risposte fornite ai bisogni vecchi e nuovi. Viene meno il principio fondamentale della universalità del sistema, scarseggiano le risorse "tradizionali" ed è quasi impossibile reperirne da altre fonti. Pesa l'insufficiente finanziamento del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza e la mancata attuazione della legge 328 che nel 2000 riformò l'assistenza. Il sistema dei servizi dedicati agli anziani e alla non autosufficienza, per quanto destinatario di risorse cospicue da parte della Regione ma anche dai bilanci dei singoli Comuni (*per quanto in calo*), è in crisi e non riesce a tener dietro alle dinamiche che lo mettono in discussione e lo rendono non più adeguato.

Il dato demografico esemplifica e riassume le criticità della fase: poco meno del 23% della popolazione regionale è costituita da over 65 e l'indice di vecchiaia lo testimonia crescendo anno dopo anno (nel 2012 era pari a 147,2, nel 2013 è pari a 168,9: ci sono dunque 169 anziani ogni 100 giovani). Si calcola che nei prossimi 20 anni, la popolazione anziana crescerà di oltre il 20%, arrivando a toccare il 30% complessivo, con una crescita degli over 80 prevista intorno al 29%; gli immigrati rappresentano già oggi il 12,3% del totale. Peraltro la fascia degli over 80 è

composta principalmente da donne sole, spesso con scarso reddito e con una rete familiare sempre più leggera: qui si produce fragilità da solitudine.

E' importante sottolineare come una parte molto consistente degli anziani costituisca in realtà una risorsa fondamentale per la stessa tenuta del Paese: le attività di volontariato, i punti di aggregazione sociale, il sostegno ai giovani senza lavoro o in cassa integrazione, il lavoro di cura svolto nell'ambito della propria famiglia, sono esempi del ruolo che le persone anziane svolgono nella e per la comunità rispondendo a bisogni spesso non differibili. Tutto questo è reso possibile dallo spostamento in avanti della soglia della “vera” vecchiaia, consentito dai progressi della sanità, dagli stili di vita salubri, dalla maggior cultura...E' evidente che, in questo senso, non ha senso una posizione che identifichi tout court le persone anziane come soggetti da emarginare “per far posto” ai giovani, in una logica di contrapposizione che non ha nulla di naturale. Si tratta piuttosto di rafforzare il rapporto tra le diverse generazioni che costituisce un valore fondamentale della vita sociale e di relazioni, perchè crea coesione e solidarietà. In questo senso si può a buon diritto affermare che gli anziani non sono un costo, ma una risorsa essenziale e su molti piani.

Dunque invecchiamento della popolazione, crescita degli stranieri (specie nelle fasce giovani), fuoriuscita di residenti italiani dalle città, allentamento dei legami familiari e di comunità, risorse scarse, famiglie sempre più mono o bi-nucleari (più 70% negli ultimi 26 anni) . E poi crescita delle patologie croniche legate all'età, dal Parkinson all'Alzheimer, dovute anche politiche di promozione e prevenzione della salute ancora insufficienti. E' questa la cornice sulla quale lavorare per realizzare l'obiettivo di migliorare la qualità della vita.

E' necessario *ripensare il modello* di welfare, per “convivere” con la situazione di crisi, ma anche per rispondere alle tendenze sociali: provare dunque a ricostruirlo per metterlo in condizione di “leggere” i cambiamenti e prendersi carico precocemente delle persone in stato di bisogno: non sono più sufficienti i servizi oggi disponibili, sul piano della quantità ma anche della qualità (intesa come capacità di dare una risposta efficace ad una situazione dinamica che si muove rapidamente, sul piano sociale, culturale, epidemiologico). La scommessa da vincere, ferma restando l'esigenza di consolidare, estendere, integrare il sistema dei servizi, è quella di puntare ad una profonda innovazione sociale, che partendo e valorizzando quanto realizzato finora, metta in movimento nuove risorse, nuove idee, nuove politiche, una nuova modalità di presa in carico delle persone.

Alcuni percorsi di questo genere sono in corso di attivazione (Community lab, Care giver...) ma richiedono ulteriori approfondimenti e un più diretto coinvolgimento delle Organizzazioni Sindacali.

Ci sono alcuni *principi fondamentali* ai quali ancorare il nostro ragionamento (e il nuovo sistema): 1) l'universalismo, da garantire definendo i livelli essenziali di assistenza non in una logica restrittiva ma sulla base dell'appropriatezza e seguendo la traccia del “a ciascuno secondo il bisogno, da ciascuno secondo il reddito reale di cui dispone”; 2) il governo del Pubblico, inteso come leva di programmazione-progettazione- gestione dei servizi- affidamento ad altri soggetti attraverso l'accreditamento, in un concetto di rete integrata- di controllo e verifica; 3) la valorizzazione del Lavoro di cura sul piano professionale e sociale; 4) la sollecitazione, il riconoscimento e la valorizzazione della “responsabilità sociale” riferita non più solo ad alcuni soggetti, ma al territorio nel suo insieme; 5) la partecipazione attiva degli stessi cittadini, organizzati/associati o come singoli a costruire “qualità della vita”, per se stessi e per la collettività; 6) la piena realizzazione della integrazione sociale/sanità; 7) una più efficace educazione del cittadini al consumo razionale della sanità.

1. Il sistema oggi

Il sistema dei servizi per gli anziani, nella nostra regione, è strutturato e articolato e prevede una filiera assistenziale importante. In tutti i Distretti sono operativi gli **sportelli sociali**, punto di accesso ai servizi, la cui funzionalità va monitorata per verificare il modo in cui la presa in carico delle persone viene gestita. Sottolineiamo che agli sportelli hanno avuto accesso nel 2013, 302.048 persone, per il 60% anziani, a testimonianza dell'ampiezza del bisogno.

Qualche dato numerico, ripreso da report della Regione Emilia Romagna:

- ➔ **Assistenza domiciliare:** sono state 103.728 le persone assistite nel 2012 (nel 2011 erano 97.037), a fronte di 130.367 “prese in carico” con progetti di assistenza). Hanno fruito del servizio 169 persone ogni 1.000 over 80; 314 ogni 1.000 over 85; 461 ogni 1.000 over 90. La Regione calcola in 2.442.949 gli accessi degli operatori nel domicilio degli assistiti (quindi circa 24 ore annue pro-capite).
- ➔ **Centri diurni e strutture semiresidenziali:** sono 3.280 i posti per anziani, ai quali si aggiungono 4.461 posti per persone con disabilità; le persone anziane

- ospitate in questi centri sono state 5.194, il 70% delle quali donne di età media pari a 85 anni. Il 44,2% del totale degli ospiti era di età superiore agli 85 anni.
- **Strutture residenziali (Case Protette, Residenze Sanitarie Assistite):** i posti residenziali per anziani disponibili nel 2013, erano pari a 15.929, ai quali aggiungere 376 posti non convenzionati e 2.369 riservati ai disabili. Le persone anziane ospitate in quell'anno sono state pari a 30.408, il 57,1% di età over 85. L'11% delle persone ospitate è riferibile alla tipologia del "ricovero per sollievo", quindi permanenze brevi; nel 71% dei casi invece si tratta di accoglienze di lunga permanenza. Il 2%, quindi poco più di 300 persone, faceva registrare gravi deficit cognitivi (demenze, Alzheimer).
- **Assistenti familiari:** sono state solo 6.667 le famiglie che hanno avuto titolo a ricevere il contributo di 160 euro per la regolarizzazione delle assistenti familiari, 336 in meno di quelle riconosciute nel 2011. Un dato che dice di quanto sia ancora esteso il fenomeno del badantato in nero che sfugge al sistema e che non garantisce la qualificazione del servizio. Una recente ricerca dell'Università Bocconi stima in poco meno di 100.000 le assistenti familiari attive sul territorio regionale.
- **Assegni di cura:** 13.394 anziani hanno fruito dell'assegno di cura nel 2013, ancora in calo rispetto ai 14.700 del 2012 (-9%), in sensibilissima diminuzione rispetto al 2011 quando gli assegnatari erano stati 17.759 e in vero e proprio crollo rispetto al 2009. quando gli assegni erano stati 23.241. La spesa impegnata in questo segmento è risultata pari a 33,1 milioni di euro, a fronte di una spesa 2012 pari a 35,3 milioni. I dati evidenziano una interpretazione più rigida del relativo regolamento adottata nei territori.
- **Indennità di accompagnamento:** sempre nel 2012 (fonte Inps), sono stati erogati 125.398 assegni di accompagnamento, per un importo medio mensile pari a 485,89 euro.

Sarà interessante ricostruire anche il dato della gestione, possibilmente servizio per servizio e fare un punto sull'accreditamento (*lavoro in corso con la Regione*).

Alcune valutazioni generali sono possibili:

- c'è una tendenza in atto che propone un calo dei servizi e in particolare degli assegni di cura e della assistenza domiciliare (peraltro collegati tra loro);
- il sistema dei servizi attuale si propone prevalentemente in **chiave "riparatrice"**, interviene cioè quando il bisogno della persona è tale da non poter essere ignorato e non prevede (se non in casi marginali) una modalità strutturata e generalizzata di prevenzione come indicava la stessa 328/00.

Occorre viceversa puntare su un sistema di promozione della salute e del benessere sociale che tenga insieme stili di vita, assetto dei servizi, risorse e che sia di tipo proattivo: “cercare” le persone e costruire il sistema sulle rispettive esigenze/bisogni;

- E' un sistema che fa largo affidamento sulla **disponibilità** (spesso necessitata) **delle famiglie** che sono in realtà il soggetto largamente maggioritario nel farsi carico dell'assistenza. La recente legge regionale sul “care-giver” coglie questo aspetto, lo certifica e lo riconosce e, in qualche modo, finisce per consolidarlo: passaggio giusto che tuttavia non sposta i termini di una situazione nella quale la famiglia si trova sostanzialmente ingabbiata e di fronte alla quale l'unica via di fuga non può essere il ricorso alla badante.
- Il principio dell'**universalismo** rischia di ridursi a **marginale**, anche soltanto considerando la presa in carico preliminare del portatore di bisogno.
- Le risposte che i diversi servizi sono in grado di offrire finiscono per essere il più delle volte standardizzate su un presunto “**bisogno medio**”, tarato sulla patologia e non sulla persona e spesso sono erogate in modo frammentario e quindi non sempre efficace.

2. Le risorse disponibili

- Il Fondo Regionale per la non autosufficienza (partito con 406,5 milioni di euro nel 2007, con una punta di finanziamento di 461,6 milioni nel 2011, poi scesi a 445,6 nel 2012, 430,6 nel 2013 e nel 2014). Si continua peraltro a verificare, in alcuni Distretti, un trascinarsi di fondi non spesi che vanno comunque destinati ai servizi per anziani: è un punto al quale la contrattazione sindacale deve prestare grande attenzione;
- Il Fondo Nazionale per la non autosufficienza (quota per la nostra Regione di 9,1 milioni nel 2008, 26,8 nel 2009 e 61,9 nel 2010. Azzerato nel 2011, poi 5,5 milioni nel 2012, 25,4 nel 2013, 26,6 nel 2014);
- I Fondi strutturali europei, che dovranno essere utilizzati anche in questa direzione;
- Gli stanziamenti a bilancio dei Comuni;
- Gli stanziamenti a bilancio delle Province;
- Le entrate da compartecipazione alla spesa: si pone con urgenza l'esigenza di un approfondimento specifico sul tema Isee, alla luce della nuova regolamentazione in vigore dal 2015: l'Isee non può essere strumento di sbarramento per l'accesso ai servizi, ma bisogna metterlo in grado di “leggere” con efficacia la condizione di vita delle persone, per garantire davvero più equità sociale nell'accesso. Per questo è necessario e urgente

avviare un confronto negoziale con la Regione e i diversi Comuni per la definizione dei regolamenti applicativi;

- Gli stanziamenti dalle Fondazioni bancarie;
- I fondi sociali previsti dall'ex Inpdap.

Il complesso delle risorse non è sufficiente a rispondere ai bisogni; una gran parte della spesa sociale resta in capo alle famiglie che si fanno comunque carico in modo diretto o indiretto. Alcune recenti ricerche, stimano in circa 100.000 le badanti attive in regione per una spesa complessiva che si aggira attorno a 1 miliardo e 200 milioni di euro/anno, tutti *out of pocket* delle famiglie e che vanno defiscalizzati. Questo delle risorse è, con tutta evidenza, un punto nodale che va affrontato e che non può semplicemente essere rubricato sotto la voce “non si può far nulla di più”. Quali le possibili strade?

- Fiscalità generale;
- fiscalità di scopo da agire a livello locale, anche se i margini di manovra sono decisamente ristretti;
- recupero di evasione fiscale finalizzato a investimenti nel sociale;
- fondi sociali regionali/territoriali in una logica di sostegno mutualistico diffuso che salvaguardi il principio della universalità;
- contributi solidali che chiamino in causa tutti i soggetti che hanno le condizioni di contribuire in modo significativo patrocinando servizi, costruendo strutture, finanziando interventi comunque legati e aperti al territorio, divenendo soggetti attivi di promozione di servizi innovativi (ad esempio La Casa dei risvegli collocata nell'area dell'Ospedale Bellaria, l'Hospice di Bentivoglio...);
- interventi di razionalizzazione delle spese improduttive e dei costi della politica che liberino risorse da investire nel sociale.

La carenza di risorse pubbliche tende a determinare un sistema via via sempre più orientato al mercato, nel quale crescono le risorse private, cresce il gap sociale, prevalgono le soluzioni individuali e si allentano le reti sociali, diventa più difficile il governo pubblico, rischia di sfumare il principio dell'universalismo, mentre lo stesso coinvolgimento della comunità viene utilizzato in una chiave di scarico di responsabilità e costi e con modalità quindi che non producono servizi migliori e più diffusi, necessari per il benessere dei singoli e della collettività.

3. Le criticità che crescono

Le dinamiche demografiche, sociali, ambientali, culturali in atto si sommano a quella legate ad una crisi economica e finanziaria aperta da troppi anni e che produce ulteriori danni, non solo sul piano del reddito disponibile. Una situazione che rischia di determinare “rotture” sociali profonde e di difficile recupero e di accrescere squilibri e disuguaglianze già insostenibili nel nostro Paese.

Tre criticità stanno emergendo e sono ormai considerabili strutturali:

- ➔ la povertà, fenomeno che cresce in modo preoccupante: si stima che il 5% della popolazione regionale sia a rischio, mentre sono 103.000 gli anziani con una pensione inferiore ai 500 euro mensili lordi e drammatica rischia di essere la condizione di moltissimi minorenni, come ha evidenziato il rapporto di Save the Children (dicembre 2014). Il tema del contrasto alla povertà diventa dunque un punto essenziale di intervento che preveda la definizione di nuovi strumenti di inclusione sociale a livello regionale e distrettuale;
- ➔ la fragilità che riguarda in particolare le persone anziane in condizioni di solitudine o di debolezza finanziaria ovvero condannate dalle barriere architettoniche (donne, nella maggior parte dei casi, vedove sole);
- ➔ una condizione, spesso somma di più fattori, che rappresenta con tutta evidenza la camera di accelerazione della non autosufficienza e che troppo spesso sfugge alla conoscenza del sistema ed è abbandonata a se stessa. Il punto solitudine è in particolare la causa forse più diffusa della fragilità e riguarda ormai migliaia di persone anziane alle quali sarebbe possibile garantire una vita dignitosa già solamente “accorgendosi” della loro esistenza e condizione;
- ➔ Le nuove cronicità, quelle che colpiscono le funzioni emotivo-cognitive e determinano situazioni di non autosufficienza complicate, non standardizzabili, la cui invasività è spesso di impossibile gestione da parte delle famiglie (che vengono coinvolte non solo sul piano “organizzativo”, ma anche su quello affettivo, relazionale, della ordinaria vita quotidiana).

4. Quale sistema

In una situazione così delineata e tuttora in movimento che vedrà crescere in modo molto rilevante la popolazione a rischio già nei prossimi anni (la classe di età che avrà l'aumento più significativo in termini percentuali nei prossimi 5-10 anni, è quella degli ultracentenari!), proviamo a definire le caratteristiche di fondo che il sistema dei servizi dovrebbe acquisire per farvi fronte:

- ➔ Puntare ad un sistema “generale” dei servizi, che eviti soluzioni frammentarie e sia fruibile indipendentemente dal collegamento che ciascuno possa avere con le reti sociali: un sistema di accesso semplice e trasparente che tenda ad eliminare lo spazio del “mercato informale”, passaggio essenziale per garantire il *governo* del Pubblico;
- ➔ Confermare il principio della universalità delle prestazioni, definendo i livelli essenziali, distinguendo sulla base dell'Isee e prevedendo quindi la possibilità di fruizione per tutti, a pagamento dove sussistano le condizioni. Questo passaggio richiede uno sforzo da parte di chi “produce” il servizio perché non si faccia solo riferimento al committente pubblico e ai relativi bandi, ma si sia in grado di offrire risposte in un orizzonte più ampio, comunque all'interno del governo Pubblico del sistema;
- ➔ Porsi l'obiettivo di un sistema pro-attivo che non aspetti il bisogno, ma lo vada a cercare dove si determina e provi ad intercettarlo anche quando si è ancora solo ai primi “indizi” di fragilità: dunque un sistema che si metta in condizioni di intervenire preventivamente e a tutto campo con una operazione di accurata mappatura che può coinvolgere la stessa comunità in un'ottica di “attenzione” e responsabilità sociale di territorio;
- ➔ Puntare sulla prevenzione e sulla promozione della salute e quindi provare a ricomporre l'eventuale stato di disagio individuandone le cause che quasi sempre sono diverse: fragilità economica, fragilità da assenza di relazioni sociali e parentali, da barriere architettoniche, da lontananza dal centro città o dal luogo di concentrazione di negozi e servizi. Fragilità da precarie condizioni fisiche o mentali...va rimotivato il ruolo del medico di medicina generale il cui ambulatorio non deve essere solo una sorta di “ricettificio”, ma un vero e proprio punto “filtro”, integrato nel sistema dei servizi, in grado di aiutare davvero le persone anziane (e non solo, ovviamente), in particolare quelle più disorientate o diffidenti. Del resto l'allungamento delle aspettative di vita in Emilia Romagna, dipende non solo dalla qualità e dagli stili di vita, ma anche dall'aver perseguito, fin dal 2010, un piano regionale di prevenzione valido ancora oggi, i cui percorsi vanno garantiti e ulteriormente estesi come valore essenziale per la salvaguardia della salute;
- ➔ Guardare alla persona in quanto tale e non solo al paziente o alla sua patologia, a partire dai bisogni umani, affettivi e di relazione: su questa base disporre una risposta che sia adeguata non solo alla singola patologia ma alla persona nel suo insieme e che quindi possa prevedere il concorso coordinato di più soggetti nella gestione;
- ➔ Rendere strutturale e obbligatorio il PAI, costruito con tutte le informazioni necessarie, come elemento portante del processo di presa in carico, della continuità assistenziale, della verifica di efficacia della prestazione erogata;

- Puntare a consolidare un sistema nel quale sia riconosciuto e valorizzato il ruolo che diversi soggetti possono svolgere, dal volontariato all'associazionismo, alla Cooperazione Sociale, alla famiglia con/senza badante, alla anzianità attiva, allo stesso privato ma in una logica di governo che rimandi comunque alla programmazione/controllo del Pubblico e che eviti l'effetto “scarico”. Particolare attenzione va prestata alla diffusione di pseudo-servizi residenziali che non rispondono ad alcun criterio di qualità, non utilizzano professionalità riconosciute (come ad esempio le cosiddette “case-famiglia”, per aprire le quali basta una semplice autodichiarazione e che spesso nascondono situazioni del tutto precarie e inadeguate).

5. Quali servizi, quali buone pratiche

Nel ragionare in termini di prospettiva e quindi, in qualche modo, ritenendosi slegati dalla necessità di definire soluzioni in emergenza, si può porre in modo esplicito un passaggio di fondo: c'è bisogno di un sistema di servizi dedicato agli anziani (come ai bambini, ai disabili...), ma inserito in un contesto più ampio che chiami in causa diretta l'assetto urbano complessivo, il suo modello di riferimento, le sue caratteristiche concrete. La fragilità può avere molte cause e non solo fisiche: una di queste è certamente la scarsa fruibilità di mezzi di trasporto ovvero l'assenza di passaggi pedonali, le barriere architettoniche, le scale di casa, la mancanza di punti di ritrovo sociale sul territorio...il fatto di sentirsi soli ed essere dimenticati. Qui si potrebbero realizzare iniziative di contrasto al decadimento emotivo e cognitivo, anche organizzando momenti di formazione collettiva e mirata promossi dalle stesse organizzazioni sociali del territorio. C'è insomma un ruolo importante da recuperare anche a livello culturale.

Sono temi che il tavolo PAR dovrà riprendere e portare a concretezza, nella consapevolezza che non riguardano solo gli anziani e le politiche che li coinvolgono.

Dopo di che la **domiciliarità** resta (deve tornare ad essere) il cuore del sistema, nelle forme diverse e anche nuove nelle quali si può declinare e regolamentare: da quella classica per cui “sto a casa mia, con la mia famiglia e con l'intervento dell'assistente domiciliare”, a quella che prevede l'assistente familiare (professionalizzata, regolarizzata, inserita nella rete di sistema) fino al co-housing e all'appartamento protetto o a servizi solidali di condominio nelle forme in cui si possono realizzare.

La strada sulla quale si dovrebbe procedere è quella di una domiciliarità “aperta” che diventi perno di un sistema di servizi in rete -centri diurni, residenze temporanee, cure familiari - che operino con un approccio multidisciplinare in grado di offrire molte e diverse opportunità di assistenza/relazioni/promozione che la facilitino e sostengano, riducendo il rischio dell'effetto isolamento. E' evidente che la possibilità di restare nella propria abitazione richiede una serie di condizioni, anche di carattere strutturale che evitino l'effetto “isolamento” (la domotica, in sostanza).

Ovviamente un pezzo importante in questo senso è rappresentato dall'Assistenza domiciliare integrata e dalla ulteriore crescita e qualificazione della integrazione del livello sociale con quello sanitario.

La semi-residenzialità (i Centri diurni il cui accesso va facilitato con una rete strutturata di trasporto sociale, problema tutt'altro che marginale) può svolgere una funzione importante di raccordo e sollievo a sostegno della domiciliarità, ma anche di apertura a relazioni sociali con punti di aggregazione attivi sul territorio (anche qui, in una logica di prevenzione). Si tratta in sostanza di ragionare su come determinare una nuova qualità di questo servizio.

Torna qui il ruolo importante che spetta alla medicina di base: nuclei di medicina primaria e Case della Salute per rafforzare domiciliarità e semi-residenzialità e per essere soggetti attivi nell'assicurare continuità assistenziale, dimissioni protette, servizi che siano in grado di offrire una alternativa efficace alla stessa chiusura delle strutture ospedaliere e all'intasamento dei Pronto Soccorso.

In un contesto di questo genere, le strutture residenziali restano la soluzione eccezionale per rispondere ai casi non trattabili a domicilio, prestando particolare attenzione al loro funzionamento effettivo e al “valore” che si riconosce alla vita di chi ne è ospite, suo malgrado. C'è un problema di “liste di attesa” per l'accesso a queste strutture (peraltro non sempre adeguate ad esempio per i casi di cronicità sanitarie): per limitarle è fondamentale un uso attento della intera rete dei servizi e della rispettiva articolazione organizzativa e una programmazione tarata sullo specifico bisogno dell'anziano che tenga conto anche della presenza di una rete familiare eventualmente in grado di farsi carico dell'assistenza.

Il tema di un complessivo sistema di servizi che sia in grado di integrare la parte sanitaria con la parte sociale, ponendoli su un piano di effettiva pari dignità e quindi coordinandone con attenzione le diverse funzioni, resta passaggio preliminare e fondamentale.

6. Poche righe per concludere

Il welfare non è solo una risposta ai bisogni di persone in difficoltà e quindi solo un centro di costo collettivo. Noi pensiamo che possa essere un fattore essenziale di sviluppo economici e di promozione del territorio, vero e proprio moltiplicatore di ricchezza fondata sulla qualità delle opportunità sociali e quindi della vita dell'intera comunità. Un sistema di welfare che funziona e che riesce ad essere motore di promozione e protezione sociale, costituisce un elemento di forte attrattività anche rispetto all'incremento di possibili investimenti imprenditoriali sul territorio, perchè li sollecita e li sostiene.

Bologna, l' Emilia Romagna ne costituiscono un esempio concreto e, non a caso, la nostra regione è tra le più avanzate e solide in Italia e regge bene il confronto con analoghe realtà europee. Se il welfare si lega e produce sviluppo, il lavoro sociale costituisce il “ponte” che rende concreto questo passaggio: è un un lavoro di qualità, utile, mai banale che richiede alta professionalità ma anche grande sensibilità e capacità umane. Un lavoro che chiede di essere valorizzato su tutti i piani e che “crea” coesione sociale e qualità della vita, concetti che si tende a non sottolineare mai abbastanza.

Su tutto questo noi pensiamo si possa e si debba tornare ad investire per promuovere lavoro, per valorizzare il territorio, per offrire alla comunità la possibilità di una vita ricca e rispettosa della dignità delle persone. Una sfida che deve coinvolgere tutti, per produrre insieme il bene dei singoli e della collettività.

Bologna, gennaio 2015

+