

## “Il welfare regionale che vogliamo”

Bologna 30 marzo 2015

*Relazione di Rosanna Benazzi*

Buongiorno a tutti gli intervenuti,

A me oggi il compito di introdurre questo convegno che abbiamo voluto organizzare non per farne un momento culturale,

che sarebbe comunque meritorio, ma che non rientra nei compiti del sindacato, ma perché siamo convinti che il confronto di varie esperienze sia un'occasione di arricchimento reciproco per le parti che ne sono coinvolte.

E proprio perché oggi non fosse il solito convegno con una successione di relazioni, ed interventi ma per parlare di cose concrete, due settimane fa il 13 marzo abbiamo riunito gli esecutivi unitari, ed insieme a loro abbiamo esaminato lo stato del welfare nei vari territori.

Lo abbiamo voluto fare con loro, perché essi hanno l'esatta percezione di quelli che sono i bisogni che gli anziani e le loro famiglie esprimono.

Per i nostri dirigenti i bisogni non sono cose astratte lette o ascoltate nel chiuso delle stanze, ma molto spesso i bisogni, i problemi hanno un volto, una voce.

Spesso il “caso” ha un nome ed un cognome, un indirizzo.

Ma quando anche altri hanno le stesse concrete necessità allora il “caso” diventa un problema sociale da risolvere.

Senza avere la presunzione di conoscere le cose meglio di altri, possiamo però dire che le nostre organizzazioni hanno i sensori là dove il bisogno nasce e, molto spesso, resta inespresso per una serie di motivi:

per pudore, per impossibilità o incapacità di arrivare ai servizi, perché le fasce deboli della società hanno dinamiche fortemente complesse.

Ed allora è partendo da qui che vorremo confrontarci a tutto campo, prima di tutto sulle analisi, perché se ci troviamo d'accordo sui “perché” poi potrebbe essere più facile essere d'accordo sul “come”.

Le condizioni socio-economiche del Paese e della nostra Regione, hanno avuto ripercussioni sul nostro sistema di welfare.

Le difficili condizioni economiche sono a tutti noi ben presenti e sappiamo che con grande difficoltà, sia da parte del Governo che della Regione, si tenta di superarle stimolando la crescita e lo sviluppo economico.

Sviluppo che dovrà avere come obiettivo il recupero occupazionale perché senza lavoro non si avranno neppure ricadute positive su tutto il sistema di welfare.

Welfare che molto spesso è considerato solo un centro di costo da sottoporre a tagli più o meno lineari.

Le recenti elezioni regionali, con la loro bassa affluenza, hanno confermato un dato che non può che farci preoccupare:

fra la politica, ovvero il luogo dove di fanno le scelte, e coloro che di queste scelte sono l'oggetto, ovvero i cittadini, il distacco è troppo profondo.

Un distacco che rischia di incrinare irrimediabilmente la credibilità delle istituzioni, che sono cosa altra da chi le impersona,

con il pericolo, neppure troppo velato, di derive populiste e xenofobe, che ci fanno prefigurare scenari che pensavamo di avere superato per sempre.

Le cause di questo distacco sono molteplici e complesse, l'analisi delle quali non rientrano nel tema che trattiamo stamani, ma una cosa mi sento di dire in proposito,

non esistono soluzioni semplici a problemi complessi, chi ha ricette semplici in tasca vuole senza dubbio carpire la buona fede dei semplici a proprio tornaconto, il che non è sempre disinteressato.

A noi sembra che la nuova amministrazione, che ha messo in campo una riduzione sostanziale dei costi della politica,

vada nella giusta direzione di voler recuperare una parte di consenso, oltre che liberare risorse da destinare a scopi più nobili.

Infatti, quanto approvato dalla assemblea legislativa qualche settimana fa, di azzerare i rimborsi ai gruppi consiliari,

è la dimostrazione che chi è oggi entrato nelle istituzioni regionali, ha saputo ascoltare le istanze dei cittadini,

così come auspichiamo sappiano fare per quanto riguarda tutte le problematiche che riguardano il welfare sociale e sanitario.

Abbiamo appreso in queste settimane e credo tutti noi con favore, quanto dichiarato dal Presidente della Regione e dagli assessori di competenza

di non voler procedere per l'anno in corso, a tagli, né sul welfare, né sulla sanità e di mantenere inalterati i budget del 2014.

Le premesse sono buone, ma la realtà si muove su "bisogni dinamici", che si evolvono con il cambiamento della società regionale.

La nostra regione ha investito molto nello stato sociale, ha una rete di servizi strutturata ed importante, per cui dobbiamo metterci in condizione di consolidarlo per rispondere ai vecchi e nuovi bisogni dei suoi cittadini.

Ho volutamente fatto questa premessa poiché l'ambiente sociale del Paese e della Regione sta cambiando producendo nuove necessità,

diseguaglianze, povertà, che rendono la coesione e la solidarietà elementi da salvaguardare.

Le risposte date sul welfare devono rispondere in modo dinamico altrimenti diventano insufficienti,

ed è a rischio il principio della universalità del sistema in quanto non solo iniziano a scarseggiare le risorse "tradizionali", ma diventa sempre più difficile reperirne da altre fonti.

Apprendo dall'ultimo rapporto del Censis, che invecchiare non spaventa gli italiani, ma perdere l'autonomia sì.

La ricerca inoltre evidenzia le criticità legate alla non autosufficienza e le sfide dell'invecchiamento attivo.

La conseguenza di queste criticità ci impone una riorganizzazione del sistema welfare onde dare sicurezza alle fasce più deboli.

Ma in queste settimane il problema dell'insicurezza è diventato uno dei grandi problemi del vivere civile.

L'Italia ha già conosciuto stagioni terribili del terrorismo che hanno insanguinato il nostro Paese, Bologna ne è una tragica testimone.

Oggi questo pericolo viene dall'esterno, ma non è per questo meno pericoloso, tanto più che ammantandosi, vigliaccamente,

di motivazioni religiose prefigura uno scontro di civiltà che non è reale, ma che suscita reazioni xenofobe e di intolleranza.

In un mondo che si è globalizzato non c'è più posto ormai per le piccole patrie, ma questo ingenera insicurezza.

Ma questo senso di insicurezza è più forte negli anziani, risorsa importante in una società solidale, che però diventano un anello debole, dopo una certa età.

E' dall'inizio degli anni 90 che nel nostro Paese si discute di come rafforzare, con un intervento generalizzato, il sistema di assistenza sociale destinato a supportare efficacemente le famiglie delle persone non autosufficienti.

Sono ormai trent'anni che questo problema ha avuto una risposta in Germania e dopo di lei in molte altre nazioni europee come la Francia, la Spagna e il Portogallo.

Sono questi solo alcuni esempi di Paesi che si sono posti il problema ed hanno individuato un modello per risolverlo.

In Italia alcuni anni fa pensavamo di esserci arrivati, ma purtroppo le vicende politiche ci negarono questa possibilità e ad oggi, sono ben 14 le proposte di legge sulla non autosufficienza ferme alle Camere,

e lì giace anche una nostra proposta di legge, per la quale raccogliemmo più di un milione di firme nel lontano 2005.

Il risultato è che ogni realtà regionale ha cercato di provvedere nei modi più o meno adeguati a questa esigenza,

per cui oggi abbiamo risposte e differenze territoriali su bisogni eguali per quella parte di popolazione più esposta fisicamente, che nell'invecchiare ha necessità crescenti.

Al momento si può usufruire, quale sola ed unica risposta Nazionale, su una indennità di accompagnamento a carico dell'INPS,

assolutamente inadeguata ad aiutare le famiglie a fronteggiare la non autosufficienza di un loro familiare.

L'unico riferimento legislativo in materia sociale è l'ormai vecchia legge 328 del 2000 e l'insufficiente finanziamento del Fondo Nazionale per la non autosufficienza,

introdotto dal governo Prodi nel 2007 interrotto per due anni ed oggi ripreso.

Così, colmando un vuoto colpevole a livello nazionale, dove le forze politiche che hanno governato in questi ultimi venti anni,

non hanno avuto la capacità di emanare una legge per la non autosufficienza,

la nostra regione è intervenuta in proprio, emanando la legge 27 del 2004, rendendola operativa con la Delibera della Giunta Regionale n. 509 del 2007 a favore di anziani e disabili.

E' stata una scelta politica fortemente voluta e condivisa dal movimento sindacale regionale unitariamente e da tutte le associazioni di categoria.

Una scelta lungimirante, una strategia intelligente per risolvere i problemi innescati dall'aumento della speranza di vita della popolazione,

attraverso una capacità di rispondere con risorse certe ad una richiesta di welfare locale crescente.

E' chiaramente un impegno importante da parte della Regione Emilia-Romagna, che interviene attraverso il FRNA con una rete di servizi in tutti i distretti socio-sanitari, cercando di "integrarli" nei territori con le ASP,

ed in questi ultimi anni, attraverso l'applicazione dell'accREDITamento dei servizi sociosanitari ed il Piano Sociale Sanitario Regionale.

Però siamo consapevoli che senza una risposta adeguata Nazionale,

l'intero welfare socio-assistenziale regionale rischia di essere messo a dura prova e non solo dalle condizioni difficili della economia nazionale.

Oggi è auspicabile che, quando la modifica del Titolo V della Costituzione sarà definitivo,

si proceda all'approvazione dei LEPS (livelli essenziali delle prestazioni sociali) come si fa per i LEA in sanità, per fronteggiare le nuove fragilità dovute anche alle crisi economiche e occupazionali di questi anni.

Questi alcuni spunti per il dibattito che come sindacato pensionati unitariamente, abbiamo pensato di attualizzare unitamente ad alcune riflessioni sul futuro che ci aspetta.

Il nostro welfare regionale, così come è stato organizzato, riesce ad essere ancora equilibrato e sostenibile

e dare risposte sufficientemente idonee per qualità e quantità ed a costi adeguati e compatibili con il diminuire di risorse pubbliche e della capacità di compartecipazione dei cittadini?

Oppure il nostro sistema sociale ha bisogno di una revisione sia essa totale o parziale?

Quando si affronta la problematica del costo dei servizi in rapporto alla qualità della risposta necessaria alle multipatologie associate all'invecchiamento,

è bene avere presente il contesto demografico della nostra regione, proiettato nei prossimi 5/10 anni.

Nella nostra regione il dato demografico riassume delle criticità:

poco meno del 23% della popolazione è costituita da ultra65enni (indici fra i più elevati in Italia), ma di questi,

gli *ultra75enni* sono il 11,7%,

gli *ultra80enni* il 7,1%,

gli *ultra85enni* il 3,6%.

Di conseguenza l'*indice di vecchiaia* che era nel 2012 pari a 147,2 è cresciuto nel 2013 a 168,9 , ci sono dunque 169 anziani ogni 100 giovani.

Nei prossimi venti anni la popolazione anziana crescerà di oltre il 20% passando dal 23 al 30%, e con una crescita stimata degli *ultra 80enni* attorno al 29%!

Da precisare che l'attuale fascia degli *ultra 80enni* è composta principalmente da donne sole,

spesso con scarso reddito e con una rete familiare sempre più leggera: è in questa nicchia che si ritrova la fragilità da solitudine.

Preciso inoltre che se non ci fosse il flusso degli immigrati (oggi sono il 12% della popolazione regionale)

il dato demografico peggiorerebbe ulteriormente, poiché l'indice di vecchiaia è determinato anche dal fenomeno della denatalità.

L'invecchiamento, la crescita degli stranieri (fra i giovani), la fuoriuscita di residenti italiani dalle città, l'allentamento dei legami familiari e di comunità,

risorse scarse, famiglie sempre più mono o bi-nucleari (più 70% negli ultimi 26 anni) assieme alla crescita di patologie croniche legate all'età,

determinate anche da ancora insufficienti momenti di promozione e prevenzione alla salute, forniscono un quadro di insieme alquanto problematico.

Sapendo benissimo che la prevenzione, che consente arrivare alla domanda di servizi sempre più in età avanzata, passa sì attraverso un corretto stile di vita,

ma anche e soprattutto dal reddito disponibile, dai parametri ambientali, dai legami parentali ed amicali,

insomma da tutte quelle componenti di vicinanza che consentono di dare "vita agli anni" e non solo di allungare la vita qualunque essa sia.

La scommessa da vincere rivolta ai nuovi anziani, 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 finora realizzato, metta in movimento nuove risorse, idee, politiche,

per una nuova modalità di presa in carico delle persone, una valutazione e modalità più "umana" di considerare la persona anziana.

Ci sono alcuni principi fondamentali ai quali ancorare il nostro ragionamento:

1) l'universalismo, l'omogeneità di erogazione dei servizi garantendo i LEPS, con logica della appropriatezza seguendo la traccia "a ciascuno secondo il bisogno, da ciascuno secondo il reddito di cui dispone";

2) il governo da parte della componente pubblica, 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 fra sociale/sanità;

7) una più efficace educazione del cittadino al consumo razionale della sanità.

Come è strutturato il sistema oggi?

Parto dalla considerazione che il sistema dei servizi per gli anziani ha un'articolazione regionale importante, ma non ancora omogenea.

In tutti i distretti sono operativi gli sportelli sociali, quale punto di accesso ai servizi, ma ne va monitorato attentamente la funzionalità della presa in carico delle persone,

considerato che ben il 60% sono persone anziane che ne usufruiscono (ultimi dati su 302.048 accessi appunto il 60% anziani).

L'elemento di criticità è che, con la carenza di organici, si sta trasformando sempre più in erogazione di prestazioni e sempre meno in prendersi cura della persona.

Qualche dato ripreso dall'ultimo report della regione:

Assistenza Domiciliare ,sono state 103.728 le persone assistite nel 2012 a fronte di 130.367" prese in carico", una media estremamente bassa rispetto alle reali esigenze.

Questo è una parte della rete dei servizi che dovremo monitorare attentamente, in quanto a causa dei tagli agli enti locali,

è il servizio che maggiormente sta subendo limitazioni invece di evolvere come previsto dopo l'applicazione dell'accREDITamento (DGR 514) e rispondere alle reali esigenze dei bisogni della nuova utenza anziana.

Centri diurni e strutture semiresidenziali,ne hanno usufruito il 70% donne con età media di 85 anni...

E i posti in strutture residenziali, case residenze protette,Residenza Sanitaria Assistita, o di alta assistenza, "ricoveri di sollievo" centri diurni,sono adeguati e sufficientemente complementari alla domiciliarità,

che rimane per noi la soluzione da privilegiare, unitamente alle assistenti familiari e "care familiari"?

Il FRNA così come è impostato ora (circa i 2/3 sono spesi per finanziare la residenzialità), non riuscirà a fronteggiare per i prossimi anni anche le nuove esigenze che sorgeranno.

I nuovi bisogni non potranno essere soddisfatti senza l'appoggio di una legislazione nazionale.

Oggi l'intero fondo nazionale della non autosufficienza ammonta a 400 MI, di poco inferiore quello regionale che è di 430,6 milioni

Gli interventi riguarderanno in futuro sempre più patologie legate all'aumento dall'età,alzheimer e le demenze senili.

Sappiamo tutti il dramma delle famiglie che si trovano a dover fronteggiare una simile situazione, per cui la domanda che sorge spontanea è: le risorse previste pensiamo che siano sufficienti?

Cosa stiamo facendo, sindacati e istituzioni, affinché sia studiato e realizzato un Piano nazionale Demenze, con interventi sulla diagnosi precoce ed i conseguenti interventi?

Può essere importante anticipare regionalmente una definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali?

Noi riteniamo di sì, perché questo potrebbe essere uno strumento per misurare e quindi valutare meglio la quantità e la qualità degli interventi di ogni singolo caso.

Questo problema lo sentiamo come necessità perché troppe sono le differenze nei comportamenti delle varie UVG nei differenti territori.

Questo senza volere standardizzare un settore dove la componente umana, familiare ed economica renderebbe difficile un rigido incasellamento della casistica,

ma la definizione di certi parametri aiuterebbe i decisori dando loro almeno dei punti di riferimento certi.

La situazione economica ed i tagli hanno sottoposto il servizio residenziale ad un peggioramento evidente specialmente dovuto all'incertezza di affidamento ai gestori dei servizi.

Tutto questo ricade sugli operatori con conseguente demotivazione, stress e *burnout*.

Operatori, dagli addetti alle pulizie, agli OSS, agli infermieri, ai quali va tutta la nostra comprensione, stentano a tenere un rapporto fattivo con la persona in cura

anche per il *turn over* ai quali sono sottoposti e che si traduce in profonda insicurezza negli anziani ospitati.

Nella cura agli anziani è evidente il ruolo svolto ormai da anni dalle assistenti familiari.

Un fenomeno che ufficialmente ha dei numeri ridotti.

Stante al report di novembre 2014 della Regione, sono state 6.667 le famiglie che hanno potuto usufruire del contributo di 160 euro per la regolarizzazione delle assistenti,

ma questi numeri non ci danno la certezza del fenomeno perché, secondo alcune indagini,

questi sono numeri sottostimati in quanto è un settore dove prolifica il lavoro nero e sfugge a qualunque garanzia di qualità.

Sull'assegno di cura riscontriamo un netto calo, una inversione di tendenza di questi ultimi due/tre anni, da rivedere complessivamente in quanto è una chiara contraddizione rispetto alla domanda di domiciliarità che le persone chiedono.

Per tutte queste ragioni riteniamo che il 3% (fra l'altro non raggiunto in tutta la realtà regionale) di posti letto in residenze previsto dalla nostra normativa regionale possa non rispondere alle reali necessità.

Fra l'altro credo sia necessaria una riflessione sul metodo di misura della gravità della non autosufficienza.(I gradi BINA per misurare il case-mix sono ancora adeguati?)

Noi intravediamo il rischio che, se il metodo non è più appropriato, di scremare i casi complessi come le demenze, gli stati vegetativi, la SLA, lasciando tutto sulle spalle delle famiglie.

L'aumento del fabbisogno assistenziale, dato dalla complessità delle situazioni di fragilità e precarietà di pluripatologie richiede, non solo una rinnovata capacità di programmazione dei servizi nei territori, ma interventi più personalizzati e professionalizzati.

Risposte integrate, con al primo posto una domiciliarità accreditata e con l'apporto anche dell'assegno di cura (erogato con più linearità al piano assistenziale individuale).

Non vogliamo fare il tifo per questa o quella soluzione, i problemi dell'assistenza integrata sono complessi e la risposta non può essere che complessa e articolata caso per caso.

Per questo, l'intervento socio-assistenziale va collegato in rete con le strutture sanitarie del territorio,

dai dipartimenti di cure primarie alle case della salute, da una medicina di territorio, di prossimità a strutture sanitarie intermedie allo scopo di assicurare risposte "integrate".

In pratica l'assistenza territoriale dovrà sempre più integrarsi con l'assistenza ospedaliera decidendo, di volta in volta, quale risposta appropriata erogare.

Il Distretto socio-sanitario, con tutte le sue articolazioni è oggi il luogo (o meglio dovrebbe essere?) dove si garantisce tutta l'assistenza primaria,

insomma il punto della presa in carico della "persona" attraverso un rapporto con il medico di medicina generale,

la cui figura deve diventare il fulcro in questa rivoluzione socio-sanitaria nel territorio, poiché oltre che fornire assistenza sanitaria, è in grado di conoscere, molto spesso la realtà familiare, abitativa e, qualche volta anche economica, dell'assistito.

Il nuovo Piano socio-sanitario regionale, scaduto il 31-12-2014, a nostro avviso dovrà valutare le conseguenze del ridimensionamento degli ospedali

previsto dal Piano Sanitario Nazionale che indica di abbassare la media dei posti letto a 3,7 per mille, di cui 3 per mille dedicato agli stati di acuzie e 0,7 per mille alla riabilitazione e lungodegenza.

Una analisi che dovrà valutare quali provvedimenti prendere per organizzare sul territorio delle opportune risposte alternative.

Però questo non ci fa ben sperare perché le strutture e le innovazioni di servizi procedono ancora troppo lentamente,

mentre sono necessari ed indispensabili se crediamo giusto veramente trasformare in risposta territoriale quella, che fino ad oggi, è stata troppo ospedalocentrica.

Ritardi che sono e stanno creando non pochi problemi in particolare agli anziani,

e quindi sono incomprensibili certe liste di attesa sia per prestazioni diagnostiche che visite specialistiche,

o degli inspiegabili tempi per gli interventi "programmabili", e senza parlare poi delle attese nei pronto soccorso.

Le proposte di tagli alle finanze regionali, o di messa in discussione della effettiva sostenibilità del servizio sanitario nazionale,

non possono che allarmarci specie se confrontate alle finanze messe in campo da altri paesi europei a noi paragonabili.

Potranno reggere regioni come l'Emilia Romagna che in questi anni difficili hanno saputo avviare anche con coraggio degli aggiustamenti sui costi della sanità erogata ai cittadini?

E' pertanto assolutamente necessario a partire dalla discussione che facciamo anche qui oggi,

che ogni nostra azione sia tesa a rivendicare comunque sempre una attenzione alla eliminazione degli sprechi e chiedere al sistema di recuperare ancora di più in efficienza, appropriatezza.

Credo di aver dimostrato che noi non riteniamo possibile una riduzione degli interventi dei servizi, ma non per motivi ideologici, ma perché già oggi molti bisogni restano senza risposta, e se non si interviene in tempo, domani le cose saranno ancora peggiori.

Intervenire in questa logica significa ottimizzare, semplificare, organizzare in maniera più flessibile, definendo termini di appropriatezza.

Ottimizzare le risorse, concetto che non sempre trova rispondenza nel DPCM inerente i LEA, di per sé positivo poiché l'aggiornamento dei LEA è alla base dei servizi garantiti dal Sistema Sanitario Nazionale

e rappresenta un atto di giustizia sociale oltre che di miglioramento dell'offerta sanitaria per il nostro Paese.

Esso introduce un percorso chiaro e attento delle attività nell'assistenza territoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale per l'area socio-sanitaria,

introduce nuove protesi ed ausili di elevata tecnologia nell'assistenza protesica, una maggiore attenzione alle disabilità gravi ed aggiornamento delle malattie croniche invalidanti.

Vi trova spazio anche il contrasto alle dipendenze da gioco d'azzardo una delle fragilità in galoppante e preoccupante diffusione.

A nostro parere, però, nella costruzione del decreto ci sarebbe stato bisogno di un maggiore coinvolgimento non solo nostro, ma anche degli operatori del settore, dei rappresentanti dei cittadini e del Parlamento.

Noi crediamo che il confronto non sia il ripetersi di liturgie, la partecipazione è metodo democratico dove i *portatori di interessi*, non lobbistici, possano esprimere il loro punto di vista.

In Emilia Romagna noi auspichiamo che il metodo del confronto e del coinvolgimento ci sia e non sia solo formale.

Le nostre strutture sono occhi e orecchie importanti per chi è deputato alla programmazione,

soprattutto a quella territoriale anche nei confronti del sistema delle ASP che devono candidarsi in concreto ad essere la struttura pubblica tesa a governare a livello distrettuale l'intero sistema dei servizi.

Ed infine considerando le prospettive di rimodulazione dell'offerta sanitaria e, sempre pensando ad una maggiore integrazione socio-sanitaria,

sapendo che la legge 29/94 è stata pensata in un momento nel quale l'integrazione sopra citata non era al centro dell'attenzione e,

gli assetti organizzativi non presupponevano ampi contesti di bacini di utenza come le aree vaste, sarebbe il caso, che i distretti, luogo specifico dell'integrazione socio sanitaria, acquisissero più rilevanza gestionale.

In ultimo, ma non l'ultimo dei problemi, c'è la sostenibilità del sistema.

Questo è strettamente legato alla compartecipazione da parte dell'utenza;

un aspetto che non è più eludibile, ma va attentamente adeguato ad una chiara e trasparente conoscenza dei costi, in stretta proporzione al reddito (l'ISEE è uno strumento che può aiutare).

(Il Fondo Regionale per la non autosufficienza ,partito con 406,5 milioni di euro nel 2007, con una punta di finanziamento di 461,5 milioni nel 2011,scesi poi a 445,6 nel 2012,430,6 nel 2013 e nel 2014,presenta in alcuni distretti un trascinamento di fondi non spesi, che vanno comunque destinati ai servizi anziani:

è un punto sul quale la contrattazione sindacale deve prestare grande attenzione...)

Le risorse disponibili compresi i fondi strutturali europei,

gli stanziamenti a bilancio dei comuni comprese le compartecipazioni alla spesa degli utenti,

gli stanziamenti di fondazioni

e fondi sociali previsti dall'ex-INPDAP,

Il problema delle risorse per noi è cruciale ,e pensiamo che ci possa essere una salvaguardia del principio della universalità del sistema

attraverso la fiscalità generale,la fiscalità di scopo, il recupero dell'evasione, i fondi sociali regionali/territoriali,i contributi solidali.

E' molto importante per noi oggi questo convegno, stiamo facendo una analisi, ci poniamo degli interrogativi, avanziamo proposte, e siamo sempre disponibili al confronto...

L'Economia sociale, che si è sviluppata nella nostra regione in questi anni, è centrata anche su organizzazioni non appartenenti al settore pubblico.

Cooperative sociali, associazioni di promozione sociale, fondazioni, terzo settore, volontariato, no profit.

L'economista Stefano Zamagni, in alcune sue ipotesi, sostiene che la crisi economica sia la dimostrazione del fallimento dei modelli economici degli ultimi decenni,

sia del neoliberismo che del welfare state e che una nuova prospettiva possa essere trovata in un modello di "welfare civile",

in quella che lui chiama "sussidiarietà circolare", cioè sulla collaborazione tra i tre attori del sistema di protezione: ente pubblico, imprese e società civile (terzo settore).

In sintesi «Lo stato non deve fare ciò che i soggetti della società civile sono in grado di fare e il mercato non deve fare ciò che può fare la reciprocità». ( Zamagni 2007)

Si tratta di capire se questa teoria economica potrà essere valida e saprà riportare in equilibrio i fenomeni negativi prodotti sia dal neoliberismo che da un welfare state distorto.

Pur nel contesto della crisi economico-finanziaria, SPI-FNP-UILP, consapevoli delle risorse limitate, ritengono sia da salvaguardare questo welfare,

per il bene degli anziani e dei cittadini in quanto siamo ancora convinti della sua possibile sostenibilità soprattutto in rapporto ai posti di lavoro che produce ed alla economia che sprigiona.

Questo dell'occupazione è un aspetto importante e fondamentale da considerare con attenzione.

Dal biomedicale, al farmaceutico, dalle cooperative al terziario, poiché l'assistenza socio-sanitaria, sia essa erogata sul territorio o in una struttura sappiamo che genera impresa, economia e occupazione.

Ed anche se questa Regione, che conosce la povertà come il resto del Paese, ha subito un crollo occupazionale non indifferente in questi ultimi anni, ed in particolare col terremoto,

ha la necessità di crescere e mantenere posti di buon lavoro.

Quindi, servono risorse finanziarie adeguate ai bisogni sociali, un sistema integrato di soggetti pubblici e privati,

ma garante dell'universalità dell'intervento, per assicurare il benessere sociale delle persone, e rafforzare così il concetto di comunità e di coesione sociale.

Ma anche e soprattutto c'è bisogno di trasparenza e di legalità.

Troppo spesso, e forse per questo abbiamo perso la capacità di indignarci scivolando nell'assuefazione,

gli scandali sommergono quotidianamente la cosa pubblica anche nei suoi collegamenti, non sempre limpidi con la cosa privata.

Un attento monitoraggio di come e a chi vengono distribuite le risorse pubbliche credo sia necessario.

Chiudo ricordando a tutti noi la prima parte l'art. 32 della nostra Costituzione: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite ai cittadini..."

e ritengo che anche la nostra comunità regionale sarà più sicura e più unita, se nessuno e in particolare gli anziani saranno lasciati soli.