



DOCUMENTO INTEGRATIVO DEL DIPARTIMENTO WELFARE

CONIUGARE IL WELFARE CON LA SOSTENIBILITA' FINANZIARIA UNA SFIDA PER IL FUTURO

A cura di Sabrina Dorio

Facciamo il punto

L'evoluzione delle condizioni socio economiche del nostro paese esprime un peggioramento delle condizioni lavorative delle persone che, sempre più spesso, pur di trovare un'occupazione (per chi la trova) sono costrette ad accettare condizioni meno favorevoli non solo economicamente ma anche organizzativamente, con serie ricadute sulla conciliazione lavoro/famiglia e di conseguenza dello stile di vita, ancor più quando composte da minori o disabili e anziani non autosufficienti (un asilo nido privato oggi costa circa € 700, un'assistente familiare circa € 1.300,00, la retta in casadi riposo circa € 1.600,00).

In termini di politiche sociali, il nostro paese, che già storicamente ha sempre sottofinanziato gli interventi sociali sia a livello nazionale che locale, sta ora vivendo una fase molto critica per l'assenza di programmazione e di investimenti per le politiche familiari, contro l'esclusione sociale e la lotta alla povertà.

Di fronte alla gravissima condizione finanziaria dello Stato ci siamo trovati di fronte a quanto più temevamo, interventi emergenziali che hanno tagliato indiscriminatamente servizi e lavoro, anziché affrontare coraggiosamente le necessarie riorganizzazioni strutturali che da anni sollecitiamo.

Negli ultimi anni abbiamo subito una serie di manovre che i governi hanno imposto per la riduzione della spesa pubblica fino alla "spending review", ma nessuno di questi provvedimenti è stato fatto con attenzione alle ricadute sulle già difficili condizioni socio economiche della popolazione, tradendo le aspettative della società civile di vivere una nuova stagione, dove equità e attenzione alle persone più fragili fossero i valori di una seria riforma delle politiche sociali ormai attesa da oltre vent'anni.

Il graduale depauperamento dei fondi per i servizi pubblici ha prodotto in chi ha governato e in molti protagonisti del sociale, l'idea di un nuovo welfare che sotto gli slogan "sussidiarietà" e "partecipazione delle comunità", rischia di lasciare in mano al mercato libero un pezzo di sistema d'offerta non governato, con l'inevitabile risultato di far ricadere sulle famiglie i costi complessivi dei servizi.

A questo si aggiunge un serio problema di equità d'accesso alle prestazioni, che spesso non tiene conto delle condizioni economiche degli utenti, erogandole in egual misura indipendentemente dal grado di autosufficienza economica della famiglia e senza alcun riferimento all'Isee che consentirebbe invece di dare la priorità ai maggiormente bisognosi e a stanare gli evasori.

E' quindi necessario creare regole uniformi valide su tutto il territorio nazionale, in grado di superare la visione ormai non più sostenibile del "tutto uguale per tutti" (come è ad esempio per l'indennità di accompagnamento), dove la compartecipazione sia inversamente proporzionale alla capacità reddituale, e far sì che l'accesso alle cure e ai servizi sia veramente un diritto esigibile per i meno abbienti oggi spesso esclusi dalle graduatorie per insufficienza di fondi.

Nel 2009 la spesa sanitaria privata risultava essere per l'86% "out of pocket" (di tasca propria), quando in altri paesi europei questa non raggiungeva il 50% (Francia al 33%), condizione che esponeva già allora circa 338 mila famiglie italiane a fenomeni di impoverimento a causa di spese sanitarie e sociali (non autosufficienza in particolare). Oggi la situazione si è aggravata al punto da escludere nove milioni di persone dalle cure sanitarie per mancanza di possibilità economiche (dati Censis 2012).

Questa condizione ci impone la responsabilità di proporre e sollecitare regole diverse per un nuovo sistema socio-sanitario che coniughi equità d'accesso a prestazioni e servizi con la progressività della compartecipazione alla spesa in base alle possibilità reddituali delle famiglie, in un regime di certezza contributiva (Isee), ma anche di qualità valorizzando le competenze professionali senza cedere all'idea che il volontariato (che non è professionalizzato) possa supplire all'inadeguatezza del sistema, funzione che le associazioni non vogliono né devono svolgere.

Le riflessioni condivise e gli obiettivi che ci siamo dati al congresso precedente hanno visto quindi un cambiamento purtroppo non positivo.

Il 2009 è stato l'anno della consapevolezza che la crisi stava portando il paese, le comunità, verso cambiamenti epocali, verso direzioni che non erano certamente quelle per cui si era lavorato negli ultimi anni.

Da allora ad oggi sostanzialmente la situazione da un punto di vista demografico non è certamente migliorata, e l'invecchiamento della popolazione, l'isolamento familiare, la solitudine sociale sono condizioni consolidate e peggiorate, a cui però si affiancano le gravi ricadute determinate dalla perdita del lavoro in migliaia di famiglie nella nostra regione. A questo si aggiunga che i nati del baby boom tra pochi anni entreranno nella fascia degli over 65, portandone l'incidenza dall'attuale 20% al 30%, con tutti i costi sociali che già conosciamo e su cui, sia il governo centrale che quello regionale non si stanno preparando per affrontare la gestione dei futuri non autosufficienti.

La discussione con cui siamo arrivati al precedente congresso ci ha portato a definire alcuni obiettivi di lavoro prioritari, che in questi 4 anni ci hanno visti impegnati in particolare su:

- l'approvazione della legge regionale per la non autosufficienza: L.R. 30/2009;
- l'approvazione del nuovo piano socio sanitario regionale: L.R. 23/2012;
- lo sviluppo di un percorso formativo/integrativo tra territori e operatori su tutto il panorama socio sanitario della Regione Veneto (master socio sanitario articolato in 10 giornate di formazione);

IL FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E LA DISABILITA'

L'approvazione della legge istitutiva del fondo per la non autosufficienza e la disabilità ci ha visti impegnati in una forte azione di pressione nei confronti di tutte le forze politiche della Regione, che insieme alla grande mobilitazione sostenuta dai nostri pensionati ci ha consentito di veder realizzato questo obiettivo prima che si concludesse la legislatura, condizione che avrebbe seppellito definitivamente il progetto di legge.

Sono passati oltre tre anni dal novembre 2009 ma la legge non è ancora stata applicata per la convinzione che sia solo un contenitore di risorse insieme alla scarsa cognizione dei vertici regionali delle sue innovative previsioni regolamentari. Solo nel dicembre 2012 infatti è stato ri-avviato il tavolo tecnico per la definizione dei provvedimenti attuativi della legge, le cui priorità sono state verbalizzate d'intesa con l'assessore ai servizi sociali.

Poiché l'attuazione della legge 30/2009 consentirebbe, non solo di utilizzare le risorse disponibili in modo più equo e verso i maggiormente bisognosi (introducendo l'Isee e la progressività), ma anche di conglobare nel piano assistenziale individuale (PAI) il valore dell'assegno di accompagnamento (innovazione che "incrementerebbe" il fondo di circa 700 milioni di euro e metterebbe i meno abbienti in cima alla graduatoria), ci poniamo l'obiettivo della sua attuazione tra le priorità di lavoro.

Su questo punto ci siamo proposti in particolare di iniziare a lavorare con la Regione su:

1. definire nuove regole di accesso ai servizi residenziali e domiciliari, al fine di garantire equità d'accesso uniforme su tutto il territorio regionale (es. Isee e criteri per graduatorie);
2. chiarire la misura della compartecipazione alla spesa per i residenti nelle strutture extraospedaliere, al fine di non aumentare gli oneri a carico delle famiglie;
3. definire le prestazioni erogate dal fondo e la loro misura/composizione;
4. rendere trasparente la composizione della retta alberghiera con l'elencazione delle voci di spesa;
5. verificare la corrispondenza tra attuazione del Pssr e della legge 30/2009, anche per la parte relativa ai servizi di integrazione territoriale e alla rete dei posti letto ospedalieri ed extra ospedalieri;
6. approfondire le possibilità attuative della previsione di una previdenza integrativa per i familiari che svolgono lavoro di cura.

II PSSR 2012-2016

La fase di elaborazione del Pssr ha visto il nostro impegno e la nostra partecipazione al tavolo regionale per oltre 11 giornate di lavoro.

E' stata una grande opportunità per portare il nostro contributo e per far sì che nella legge fossero previste le linee programmatiche che ci eravamo posti nel corso del precedente congresso, ma anche per arricchire ulteriormente di cambiamenti innovativi la futura programmazione, alla luce delle proposte presentate al convegno dl 26 novembre 2010.

Rispetto agli obiettivi posti dalla Cisl nella fase di predisposizione del Piano e in fase di confronto tecnico con la Regione abbiamo valutato (estratto dal nostro documento del maggio 2012):

- *“positiva la previsione della riorganizzazione della rete ospedale/ territorio, (richiesta Cisl) anche se non sono esplicitati i criteri di riferimento e tutto è rinviato alle schede di dotazione ospedaliera e territoriale (da verificare in quanto non ancora ufficializzate);*
- *interessante l'ipotesi di riorganizzazione della medicina di famiglia, ma i provvedimenti attuativi dovranno impostare in modo vincolante la loro funzione integrata nel territorio altrimenti non cambierà l'attuale modello organizzativo (richiesta Cisl);*
- *molto positivo l'approccio di sviluppo delle professioni (tutte), in particolare la previsione dell'infermiere case manager e della direzione delle professioni sanitarie (richiesta Cisl), la cui attuazione andrà presidiata;*
- *positiva la spinta verso la delega alle Ulss delle funzioni sociali dei Comuni (richiesta Cisl);*
- *positivo il rafforzamento dello sportello unico per garantire l'accessibilità dei servizi in raccordo operativo con i comuni (richiesta Cisl);*
- *Positiva la previsione della concertazione sistemica con le OO.SS. (richiesta Cisl);*
- *Da presidiare la parte sulla non autosufficienza attraverso la “piena applicazione della L.r. 30/2009 a garanzia dell'universalità di accesso e del diritto di scelta delle prestazioni...” (richiesta Cisl);*
- *Sul sistema di finanziamento delle Ulss andrà verificato il sistema di riparto alla luce delle elaborazioni su dotazioni organiche e costi standard come da obiettivi del piano;*

- *In merito agli investimenti per edilizia ospedaliera in particolare, positivo il “time out” ed il controllo sugli effetti dei project financing, andrà verificata la legge che la Giunta si è impegnata a presentare.”*

Questi sono alcuni degli obiettivi (ma non i soli) che dovranno essere attenzionati in fase attuativa della programmazione, così come è importante sollecitarne la realizzazione in modo organico. Infatti, gli interventi a foglia di carciofo messi in atto negli ultimi mesi anche in recepimento della spending review stanno destabilizzando il sistema e diradando le sottili trame degli interventi socio assistenziali nel territorio.

LA FORMAZIONE

Il master socio sanitario ha rappresentato un momento fondamentale per la condivisione delle conoscenze ma anche di un linguaggio comune, che consentisse a chi si occupa di politiche socio sanitarie di presidiare il lavoro nel territorio, ma anche di partecipare attivamente alla formulazione di una nuova visione del welfare, non semplicemente coerente con i bisogni o con le risorse disponibili, ma capace di intercettare le potenzialità presenti anche nel territorio per creare sinergie positive utili alla comunità.

Sia il dibattito in sede formativa che di consulta socio sanitaria ci ha portato a riflettere in particolare sulla sostenibilità di un sistema universalistico assoluto, sull'utilizzo delle risorse e sui risultati di salute o sociali, sul modello di governance e erogazione dei servizi, sull'evoluzione delle professioni sanitarie e del sociale e sulla loro valorizzazione nel sistema, sulla nostra capacità di stare in campo in assenza di regole chiare e condivise per la concertazione delle politiche sanitarie e sociali.

La riforma del welfare e le politiche sociali

Don Sturzo al IV Congresso nazionale del Partito Popolare (12 aprile 1923) fece una sintesi mirabile del principio di **Sussidiarietà**: *“Per noi – egli disse – lo Stato è la società organizzata politicamente per raggiungere fini specifici; esso non sopprime, non annulla, non crea i diritti naturali dell'uomo, della famiglia, della classe, dei comuni, delle religioni; solo li riconosce, li tutela, li coordina nei limiti della propria funzione politica. Per noi lo Stato non è il primo etico, non crea l'etica, ma la traduce in leggi e le conferisce forza sociale; per noi lo Stato non è libertà, non è al di sopra della libertà: la riconosce, la coordina e ne limita l'uso, perché non degeneri in licenza. Per noi lo Stato non è religione; esso la rispetta, ne tutela l'uso dei diritti esterni e pubblici.*

Per noi la Nazione non è un ente spirituale assorbente la vita dei singoli; è il complesso storico di un popolo uno, che agisce nella solidarietà della sua attività, e che sviluppa le sue energie negli organismi nei quali ogni nazione civile è ordinata”.

Gli interventi di riforma del welfare degli ultimi anni, in Italia come negli altri paesi europei, sono stati influenzati da vincoli di bilancio sempre più pesanti e restrittivi, insieme alla manifestazione di nuovi bisogni e rischi che ne hanno trasformato la domanda sociale.

Coerentemente con le modificazioni che la stessa categoria di rischio sociale ha subito in questi anni, abbiamo assistito allo sviluppo di prestazioni sociali di tipo assistenziale, che hanno affiancato il previgente sistema assicurativo previdenziale, segnando quindi un cambiamento di rotta sulla vision del sistema prima orientato esclusivamente alla tutela del lavoratore dipendente, realizzando pertanto interventi anche sul fronte di servizi territoriali destinati al cittadino utente.

Di fronte a questa trasformazione si è verificata la necessità di favorire l'integrazione tra le diverse aree di policies (del lavoro, sociali, occupazionali, fiscali, formative) con una diversa relazione tra misure attive e passive, ma anche all'interno delle stesse politiche sociali per poter affrontare i nuovi bisogni di una fragilità sociale ormai piuttosto estesa, per il cui soddisfacimento l'utilizzo di strumenti standardizzati si è dimostrato ampiamente inadeguato.

La ricerca di interventi che rafforzano il comparto socio-assistenziale rispetto alla tradizionale centralità data ai programmi assicurativi-previdenziali è piuttosto comune a livello europeo, e gli stessi dati statistici dimostrano il trasferimento di risorse verso tale sistema, il quale, dalla condizione di marginalità di epoca fordista (Anttonen A., Sipilä J. 1996), assume oggi un ruolo importante nella riconfigurazione degli assetti del welfare, con importanti ricadute a livello territoriale.

Il cambiamento descritto si riconnette ai più generali obiettivi che la Strategia Europea per l'Occupazione ha posto alla base della sua implementazione, laddove la crescita della partecipazione al mercato del lavoro passa necessariamente attraverso il rafforzamento di tutte le prestazioni, cash ma soprattutto in kind (servizi), capaci di favorire l'occupabilità dei soggetti in cerca di lavoro o in via di ricollocazione professionale.

In altre parole la questione dei servizi ha un ruolo sostanziale per eliminare le barriere che impediscono l'ingresso nel mercato del lavoro dei soggetti più deboli, sia che siano giovani fuoriusciti dal sistema scolastico che disoccupati di lungo periodo o donne con figli a carico ect.

Per queste persone infatti l'accesso al mondo del lavoro può avvenire solo se possono beneficiare non solo di aiuti di tipo economico, ma anche se hanno la possibilità di fruire di servizi sociali efficienti (di cura, assistenza, conciliazione, formazione ect) in grado di rendere più stabili le mutazioni del mercato del lavoro.

Questo panorama pone la riforma del welfare proiettata ad un ruolo di "attivazione" per la necessità di costruire un nuovo welfare appunto "attivo", in grado di intervenire preventivamente sui bisogni e capace di promuovere l'iniziativa delle persone di assumersi la responsabilità di agire per il proprio benessere prima che le condizioni personali precipitino nello stato di bisogno conclamato.

In questo senso le riforme dovrebbero realizzare una riduzione del peso delle politiche passive di sostegno del reddito e un incremento delle politiche di promozione del protagonismo del soggetto (politiche attive).

L'esperienza di questi ultimi anni ha dimostrato che lo sbilanciamento verso un tipo di politica o l'altra (attiva-passiva) non riesce a rispondere ai bisogni di tutela dei soggetti, ma che è necessaria una loro integrazione perché questo intensifica le politiche di attivazione, che dovrebbero però includere anche interventi di politica fiscale e di potenziamento della rete dei servizi.

La crisi però ha messo in evidenza che non sono solo le politiche a dover essere integrate ma più in generale tutte le misure attive e passive, perché le funzioni del welfare mutano di prospettiva.

Oggi infatti, sia al welfare che agli attori che sul territorio partecipano alla programmazione (poco) e alla gestione delle prestazioni, viene richiesto di essere veicoli di attivazione, che non significa scaricare sulla persona i costi della sua protezione, ma in un senso più complesso, dell'espansione della sua possibilità di partecipare e di padroneggiare la propria situazione.

La partecipazione è infatti la cifra che distingue il modello di welfare attivo, proprio perché ne consente la realizzazione su più livelli e direzioni:

- 1) partecipazione al mercato del lavoro;
- 2) partecipazione alla definizione del percorso di uscita dalla condizione di bisogno;
- 3) partecipazione alla programmazione ed erogazione dei servizi.

Con questo approccio il welfare attivo implica che le persone possano veramente prendere parte, attraverso le rappresentanze della società civile, ai processi decisionali che realizzano risposte ai bisogni, agendo anche nella definizione delle politiche sociali, in rapporto (diretto e indiretto) con l'attore pubblico (Paci 2005).

L'interpretazione di questo orientamento non è univoco nei diversi paesi, infatti varia in base al valore attribuito al mercato, ma anche dalla capacità regolativa e allocativa e dal mix che si crea con forme innovative di solidarietà e coesione sociale, percorsi che stanno alla base di un altro importante processo di innovazione del welfare, quello della sussidiarizzazione delle politiche.

Naturalmente questo implica il coinvolgimento della società civile in tutte le fasi generative del sistema di welfare, dalla definizione delle politiche alla loro realizzazione, ma richiede anche lo sviluppo di dinamiche di empowerment delle persone e delle comunità e la definizione di percorsi di partecipazione vera.

La sussidiarietà, sia orizzontale che verticale, è il prerequisito per innovare il welfare, attraverso il riconoscimento di chi partecipa alle decisioni di governo (passaggio da government a governance), realizzando una maggiore responsabilizzazione delle persone e delle comunità, ma anche concorrendo alla crescita di una loro maggiore autonomia.

Nell'allargamento ad attori privati profit e no profit e il coinvolgimento di tutti i livelli istituzionali territoriali, la governance assume un ruolo multilivello aprendo a forme di negoziazione non gerarchiche dove lo stato (il pubblico) assume un ruolo di pivot, ruolo chiave di coordinamento delle relazioni e delle interazioni tra amministrazioni e organizzazioni del mercato privato, delle associazioni di volontariato, del terzo settore, del sindacato ect (Ascoli e Ranci 2003; Evers A. 2003, Ciarini 2007).

Dal canto loro anche gli enti no profit devono cambiare mentalità e non viverci come enti "sussidiati" ma sussidiari, mentre istituzioni e attori privati non devono confondere la sussidiarietà con le esternalizzazioni, strada di comodo per non affrontare la gestione dei servizi, che in vent'anni ha portato alla moltiplicazione dei costi del sistema senza implementare l'integrazione pubblico/privato in radice sussidiaria.

Se si dà sostanza a questa impostazione lo Stato sociale assume il ruolo di uno degli attori (e non il solo) di una welfare society protesa a promuovere il benessere in tutti gli ambiti, della politica, dell'economia, del terzo settore, della vita familiare, delle reti informali di sostegno.

E' evidente che un cambiamento di questa entità non può concretizzarsi in modo univoco in ambiti territoriali che presentano differenti dotazioni in termini di risorse, capitale sociale, reti associative, imprese e attori economici, ma anche di abilità amministrativa delle istituzioni territoriali.

Le esperienze fin qui osservate ci parlano infatti di casi di concertazione che hanno prodotto rinnovamento e miglioramento della qualità dei servizi, ma anche di situazioni in cui si è rimasti legati a vecchie logiche particolaristiche o legate alla mera distribuzione assistenziale delle risorse.

Anche la sussidiarietà però ha bisogno di alcuni strumenti per elaborare nuove opportunità nel territorio.

La prima cosa da fare è creare la mappatura della rete dei servizi, pubblici, privati, volontariato ect, per realizzare un unico sistema.

A questo deve seguire la reingegnerizzazione delle prassi amministrative sia per l'allocazione delle risorse che nell'individuazione dei servizi o prestazioni da erogare, lavorando sui bisogni e la domanda e non più sull'offerta.

Il pubblico, che ha un sistema di offerta e programmazione molto frammentato, è oggi sempre più sotto tensione per la riduzione di risorse e l'aumento della domanda, può invece creare sinergie sostenendo una forte cooperazione nell'area del sociale aggregando attorno ad un unico strumento programmatico tutti gli attori del territorio.

Per quanto riguarda le risorse, anche l'area del non profit può (e deve) sganciarsi dall'uso esclusivo di risorse istituzionali per la realizzazione delle sue iniziative; infatti, la crescente attenzione alle diverse forme di fundraising può essere una nuova e diversa strada di rilancio della cultura della solidarietà sociale.

Dall'altra parte, per far sì che il privato accreditato possa agevolmente partecipare in modo sinergico allo sviluppo dei servizi locali, è necessaria una nuova burocrazia, più veloce e semplificata nei suoi percorsi interni, interventi che la pubblica amministrazione a tutti i livelli potrebbe fare, innovando la sua strutturazione e il dialogo tra i suoi livelli, anche investendo sul personale che oggi è tenuto ingabbiato in ruoli standard.

Solo con una vera riforma del welfare che parta dalla riorganizzazione delle funzioni programmatiche e di produzione dei servizi tra i diversi livelli istituzionali, che oggi sono invece sovrapposti in modo inefficace e, l'integrazione tra amministrazioni locali e i numerosi attori del sociale, si potrà mettere al centro della mission del territorio la competenza amministrativa in materia di politiche sociali e occupazionali.

Innovazioni di questo tipo hanno determinato la revisione dei rapporti tra i livelli europeo, nazionale, regionale e comunale concretizzandosi in due direzioni: il decentramento dei poteri verso il territorio e la revisione dei rapporti tra attori pubblici e privati coinvolti nei servizi (Kazepov e Carbone 2007).

Questa visione sposta sulla dimensione urbana il luogo privilegiato per scommettere sulla sfida della coesione sociale e della capacità di gestire i timori derivanti dalla diffusione dei fenomeni di vulnerabilità sociale, attraverso il coordinamento e la partecipazione della comunità alla produzione del bene collettivo.

Nel nostro paese, che sconta una bassa capacità amministrativa di programmazione delle politiche sociali a livello centrale, abbiamo assistito ad un crescente attivismo dei livelli locali nella sperimentazione di nuovi modelli di intervento, di politiche e di pratiche di governance, situazione che in altri paesi europei più organizzati su base nazionale non è possibile per la rigidità (o meglio la chiarezza) di funzioni e ruoli. Come dire che in Italia dobbiamo imparare a fare di necessità virtù.

A fronte di oltre un ventennio in cui abbiamo invocato e sostenuto la necessità di una riforma del welfare, in Italia sono però mancati progetti di riordino generale, che hanno indotto i livelli regionali (non tutti, ad esempio in Veneto che ne è ancora carente) ad intervenire con propri piani, rendendo le politiche e i servizi molto diversi fra territori.

Parte di questo risultato è legato alla riforma del Titolo V della Costituzione, che ha portato ad un regionalismo crescente (in particolare in materia sanitaria e sociale), creando una maggiore frammentazione territoriale assieme all'assenza di forme di coordinamento, condizione che in situazione di inerzia nazionale (gravissima) può essere nel frattempo valorizzata se si utilizza il vuoto programmatico per creare nuove sinergie.

Di fronte a questa inadempienza dello Stato, che continua ad affrontare i problemi di bilancio con tagli lineari anziché con riforme strutturali, non accettiamo le continue decurtazioni ai finanziamenti dei capitoli di sanità e sociale, perché è possibile recuperare produttività attraverso serie riorganizzazioni istituzionali ed organizzative, ma anche dal taglio delle società partecipate e controllate che hanno prodotto una moltiplicazione dei costi in modo esponenziale gravando sul bilancio pubblico con un aumento del 45% (248 miliardi), nonostante il taglio dei dipendenti pubblici degli ultimi 5 anni sia arrivato a 180.000 unità (-7,5%), ed in assenza di rinnovo contrattuale già dal 2010. Questo incremento è stato certamente possibile se si pensa che la spesa è cresciuta di 32 miliardi di euro (il 55,8%) solo per l'acquisto di beni e servizi. In altre parole i risparmi fatti sul personale sono stati annullati dall'incremento della spesa per appalti, consulenze e altri sprechi.

Ecco perché, a partire dalla riforma del Titolo V proposta dalla Cisl è necessario un profondo ripensamento di tutta la filiera dei servizi pubblici sia a livello verticale che orizzontale (rapporti tra istituzioni) ma anche funzionale (come l'associazionismo comunale piuttosto sopito), e di questi in rapporto con gli attori del territorio per realizzare sinergie e un miglior utilizzo delle risorse disponibili, da destinare alla realizzazione di servizi per cittadini e imprese.

A questo deve essere finalmente affiancato un nuovo sistema di finanziamento a costi standard, con chiari e coerenti livelli di assistenza quali/quantitativi per rendere realizzabile la programmazione, la verifica sui risultati e l'utilizzo delle risorse investite, a partire dagli interventi di prevenzione (malattia, povertà, esclusione sociale, disoccupazione, ect...) che, come dimostra l'esperienza, rendono più economico l'intervento e maggiormente aggredibile l'eziologia del disagio/bisogno.

Solo a queste condizioni avrà senso parlare ad esempio di sanità integrativa (appoggiata a interessanti agevolazioni fiscali) e il welfare contrattuale potrà essere veramente integrativo e non sostitutivo, consapevoli che sarebbe schizofrenico pensare di poter/dover scaricare sulla contrattazione tutte le carenze che i tagli lineari, solo per parlare della sanità, hanno apportato ai servizi per un controvalore di 25 miliardi negli ultimi 3 anni.

Marzo 2013