

CONCERTAZIONE SOCIALE

Tutte le attività che, in questi anni, ci hanno visti impegnati nella ricerca di una più puntuale definizione dell'azione concertativa sindacale trovano sintesi nella pubblicazione del 1° Rapporto sulla Concertazione Sociale Territoriale. I dati in esso contenuti hanno rimbalzato un'immagine di poca efficacia nonostante la tanta motivazione e il tanto impegno profuso dalla nostra Federazione. Al fine di meglio comprendere sia il nostro agire che il contesto in cui tale agire sia incidente si ritiene ormai inderogabile un ulteriore salto di qualità che possa efficientare il tanto lavoro fatto cercando di superare comportamenti assoggettati a consuetudini e/o chiusure, talvolta anche culturali.

La riflessione che occorre fare è sulla corrispondenza fra ciò che percepiamo rispetto i bisogni del territorio e l'attività di concertazione che il sindacato sta facendo; in altre parole occorre domandarsi se i soggetti che sono indicati come i maggiori beneficiari dell'attività concertativa siano quelli su cui occorra investire la maggior parte delle energie o se esistono soggetti diversi da questi, portatori di bisogni emergenti sui quali occorrerà concentrare l'attività concertativa nel futuro.

L'analisi più analitica dei dati disponibili evidenzia una esigenza di: maggior dialogo tra i vari livelli, sia orizzontali che verticali, dell'organizzazione; una condivisione dei dati, pur di qualità, provenienti dai nostri servizi; una maggiore collaborazione costante tra le federazioni coinvolte nei processi concertativi; una maggiore conoscenza del significato di processo concertativo; una maggiore capacità di trasferimento delle competenze ai livelli territoriali; un maggiore coinvolgimento dei quadri nelle fasi progettuali ed operative; una più strutturale stabilizzazione del personale nei ruoli e nelle competenze; una migliore distinzione tra ruoli politici e ruoli esecutivi; un progetto organico e lungimirante della formazione sia per i ruoli politici che operativi relativamente alla specificità della delega assunta all'interno delle segreterie; una più puntuale e strutturata attività divulgativa, sia interna che esterna, dell'attività concertativa della federazione; un maggiore coinvolgimento della cittadinanza nei progetti concertativi e dei soggetti beneficiari per i quali si intende attuare protezione sociale; un maggiore coinvolgimento di altri attori con i quali realizzare un sistema di welfare di territorio superando il concetto di concertazione esclusiva con i vari livelli istituzionali.

In buona sostanza emerge l'esigenza di un più elevato livello formativo ed informativo.

L'Osservatorio, da questo punto di vista, è sicuramente una risorsa insostituibile perché oltre a permettere l'analisi di ciò che è stato fatto, facilita l'individuazione di piste future soprattutto se utilizzato come fonte di ispirazione a partire dal confronto con gli altri territori.

Il sistema di classificazione, che sta alla base dello strumento Osservatorio, costituisce, esso stesso, un completo e compiuto ordito su cui costruire progetti e atti concertativi. Se puntualmente assunto nella stesura degli accordi, gli stessi assumerebbero la stessa dignità ed efficacia della contrattazione, sia di primo che di secondo livello.

Inoltre, razionalizza e rende praticabile il raggiungimento degli obiettivi enunciati nelle linee guida sulla concertazione sociale del luglio 2010 di cui la nostra organizzazione si è dotata.

Non ultimo, l'osservatorio è dotato di un importante corredo di dati derivanti dalle informazioni presenti nelle più importanti banche dati esterne ed interne come Caf, Istat ed Anci. In previsione saranno resi disponibili ulteriori strumenti, sempre collegati all'Osservatorio Sociale, in grado di supportare una più puntuale lettura del territorio. Leggere e conoscere il territorio nelle sue potenzialità come nelle sue debolezze è presupposto inalienabile per fare buona concertazione tanto quanto sviluppare sinergie, collaborazioni e progetti operativi tra soggetti portatori di bisogni omogenei.

Fatte queste considerazioni e ritenendo che la concertazione sociale debba diventare la vera, primaria attività sindacale sul territorio, la FNP Nazionale si propone la realizzazione di un progetto che accresca qualitativamente e quantitativamente la concertazione stessa basata sulle seguenti attività:

- ▶ costituzione del coordinamento nazionale delle politiche sociali in forma strutturale e strutturata che, a sua volta, trovi replicazione a livello sia regionale che territoriale al fine di rendere omogenee e partecipate le scelte progettuali ed operative;
- ▶ creare, formare e/o stabilizzare quadri di staff tecnico/operativo a supporto delle attività concertative. Gli staff regionali costituiranno lo snodo indispensabile tra lo staff nazionale e quello territoriale;
- ▶ costruzione e condivisione di strumenti capaci di rispondere ai sempre crescenti bisogni di circolarità delle informazioni anche svincolando l'accesso alle stesse da autorizzazioni non di sistema;
- ▶ definizione di un progetto formativo che possa garantire, a tutte le nostre strutture, strumenti adeguati e sufficienti ad una più omogenea e qualificata attività concertativa;
- ▶ attivazione di una serie di sperimentazioni territoriali finalizzate ad individuare un assetto organizzativo e metodologico atto ad incrementare le capacità e le competenze, nonché gli strumenti operativi dei concertatori. Tali sperimentazioni, pur partendo dalle caratteristiche specifiche dei singoli territori saranno utili per il consolidamento e la diffusione del processo concertativo tipico della FNP e della CISL;
- ▶ definizione di strumenti che possano facilitare l'acquisizione dei dati necessari alla composizione del quadro entro cui si possa esercitare efficacemente la concertazione;
- ▶ dotarsi di strumenti e cognizione atti a sostenere una più efficace comunicazione sia interna che esterna relativamente alle attività concertative, in modo che sia possibile progettare un proselitismo attivo e partecipato.

- ▶ far crescere l'idea che si possa fare concertazione non solo attraverso una interlocuzione di contrapposizione ma anche promuovendo attività collaborative con progetti anche operativi per il bene comune;
- ▶ coinvolgere la cittadinanza nei progetti concertativi, con particolare attenzione alle giovani generazioni che non trovano, attualmente, voce alcuna nella rappresentazione delle loro istanze.

WELFARE

Oggi, i sistemi di Welfare del continente sono investiti da processi di cambiamento, conseguenza di uno stato di crisi generalizzato. Le ragioni sono molteplici ma riconducibili ad alcuni fattori:

- andamento non positivo dell'economia (rallentamento della crescita) che ha provocato provvedimenti e riorganizzazioni che hanno segnato il continuo arretramento del welfare state;
- cambiamenti del mercato (ampia e crescente disoccupazione, crescente peso delle piccole imprese con minore protezione ampia presenza di economia e lavoro non regolari con conseguente assenza di tutele);
- dinamiche demografiche (allungamento della vita media e diminuzione della natalità, con conseguenti progressivi fenomeni di invecchiamento della popolazione);
- mutamenti sociali (crescente partecipazione delle donne al mercato del lavoro, ritardo nell'indipendenza dei giovani, trasformazioni familiari).

In questo contesto emerge la specificità della condizione anziana.

Gli anni di quella che un tempo si chiamava l'età della quiescenza, non sono più omogenei e tutti uguali. Quella che un tempo era una fase della vita uniforme, composta di una somma di anni tutti uguali, si è frammentata o tende a frammentarsi in parti fra loro distinte, come sono fra loro distinte le fasi del ciclo di vita che le precede. Peraltro in una situazione di progressivo impoverimento delle famiglie e della popolazione, a fronte dell'emergere di sacche di privilegio e di ingiusto arricchimento, la condizione anziana si frammenta anche nel senso economico e sociale, tanto che alcune interpretazioni dell'universalità del welfare sono viste oggi come ingiuste.

A fronte di una realtà cambiata occorre necessariamente rivendicare politiche e interventi all'altezza del cambiamento; politiche differenziate, politiche mirate, non politiche e misure indistinte valide per tutte le stagioni dell'età anziana, o politiche basate solo sulle disponibilità economiche dello Stato.

Insomma, il tema destinato ad imporsi nel prossimo futuro, alla società, alla politica e al sindacato, è quello del progressivo e veloce aumento delle aspettative di vita che faranno crescere in modo marcato il numero delle persone anziane, in larga misura donne sole, delle età più avanzate, la cui percentuale di non autosufficienza si farà più incisiva soprattutto oltre i 75-80 anni.

Il tema destinato ad imporsi nel prossimo futuro è quello della *differenziazione*; differenziazione delle persone anziane, differenziazione delle aspettative e differenziazione delle politiche o delle loro tutele.

E' in quest'ottica allora che lo stato-sociale così come è stato costruito nel passato va in crisi e non regge ai nuovi bisogni. Si dovranno cercare nuove vie e nuove equità. Oltre alle dimensioni dell'equità più tradizionalmente associate al sistema di protezione sociale, le riforme in atto devono mirare ad estendere l'area nella direzione dell'equità di accesso alle prestazioni, attraverso una personalizzazione dei servizi erogati e maturando un'attenzione maggiore verso l'utente, mettendo al centro la persona e la famiglia.

Il nuovo Welfare deve essere più equo e universale. Inoltre, dal punto di vista del genere, vanno eliminati gli squilibri attualmente esistenti e discriminatori, garantendo, quindi, parità di accesso. Il principio al quale far riferimento dovrà essere **“a ciascuno secondo i propri bisogni, da ciascuno secondo le proprie possibilità”**.

In considerazione delle marcate differenze territoriali, l'equità tra aree geografiche acquista un significato maggiore anche per il sistema di Welfare. L'obiettivo prende ulteriore vigore per la tendenza a forme di federalismo amministrativo e fiscale sempre più accentuate e all'applicazione, per i settori della protezione sociale, del principio della sussidiarietà.

In definitiva, un più avanzato sistema di prestazioni sociali deve mirare a rimuovere le disuguaglianze e gli ostacoli alla piena realizzazione del diritto di cittadinanza.

A fronte di questa esigenza di nuovo, nel settore Socio-Sanitario e Assistenziale sono due le sperimentazioni che riscuotono maggiore attenzione in Italia: lo sviluppo del secondo Welfare, il passaggio al Welfare mix.

Noi riteniamo che il secondo welfare, come stampella di quello statale (con un impianto parallelo di autofinanziamento integrativo), favorisca la “secessione” delle fasce privilegiate della popolazione e sia insufficiente per risolvere i nuovi problemi di fondo della società contemporanea. Così come il Welfare mix (che prevede un sistema di voucher che le persone o le famiglie potrebbero spendere per acquistare servizi accreditati in concorrenza tra loro, pubblici, non profit e privati) avvantaggerebbe le famiglie con livelli culturali e sociali più alti, penalizzando quelle più fragili creando forti squilibri.

Come FNP riteniamo che questi due modelli non siano l'unica possibile evoluzione e crediamo invece che, la società italiana è probabilmente matura per sperimentare un modello di welfare community, che non si basi sulla competizione dei soggetti, ma sulla solidarietà, la reciprocità e la relazione, organizzato intorno a quattro poli: Stato; mercato; privato sociale; reti primarie.

E fondato sulla produzione e lo scambio di quattro beni a)beni pubblici b)beni privati c)beni relazionali collettivi d)beni relazionali primari.

Realizzato sul livello locale, che includa e si coordini con la contrattazione di secondo livello aziendale e territoriale, e possa svilupparsi dal basso anche con sperimentazioni e scelte inizialmente parziali, da sostenere con la “concertazione” territoriale.

Il welfare community si fonda su una forma di convivenza sussidiaria e solidale, che può essere sviluppata con l'iniziativa di promozione pubblica e la collaborazione organizzata in una rete dei diversi soggetti della comunità locale con forme paritarie di elaborazione, partecipazione e

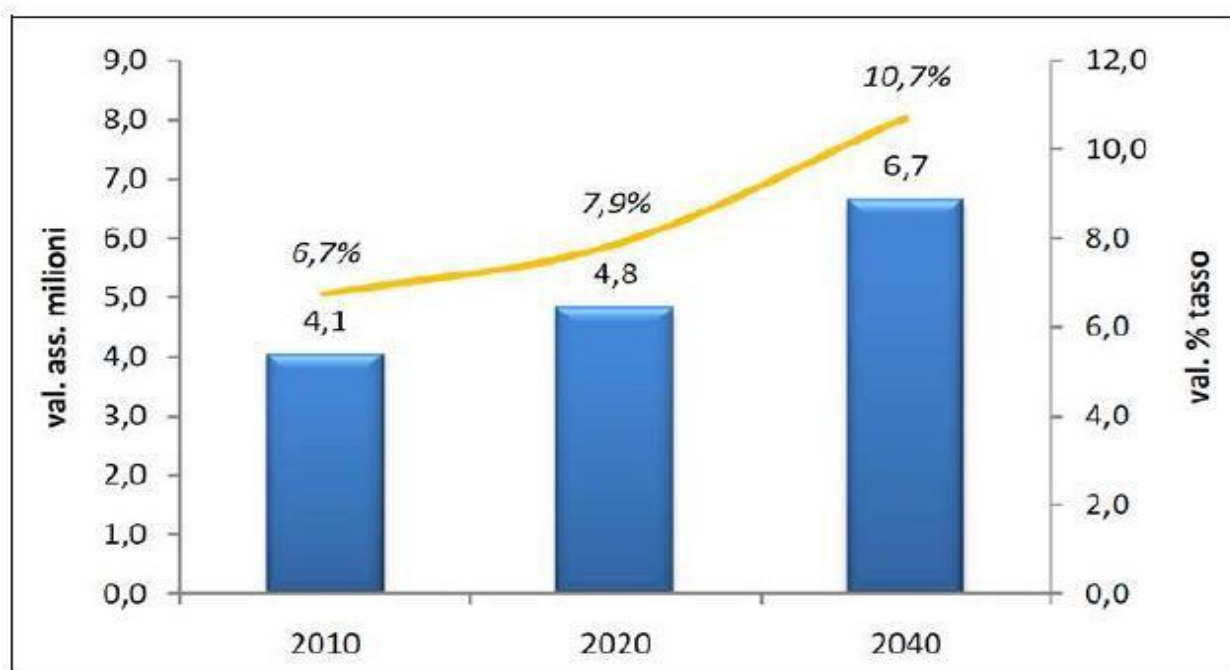
decisione. Queste forme di *governance* non potranno inoltre prescindere, ad esempio, dal rapporto esistente tra la prevenzione, la cura e la riabilitazione socio sanitaria con la gestione dei “beni comuni” locali che si incrociano con la salute, la convivenza sociale, la sicurezza ecc. attraverso istituzioni di autogoverno, che realizzi una nuova società solidarista che tenga conto delle singolarità *“L’aspirazione alla singolarità può prendere forma solo nella relazione con gli altri. Trovare il senso della propria esistenza nella differenza in rapporto agli altri implica in effetti vivere con loro”*.

NON AUTOSUFFICIENZA

Nell’ultimo biennio le difficoltà delle persone non autosufficienti si sono fatte ancora più stringenti per effetto della crisi economica che ha impoverito le famiglie e drasticamente ridotto le risorse dedicate al finanziamento dei servizi sociali, da cui ne è scaturito un ulteriore grave peggioramento e impoverimento della rete dei servizi.

Nell’art. 6 della bozza iniziale del decreto Balduzzi, “norme per la razionalizzazione dell’Attività assistenziale e sanitaria”, poi stralciata in fase di approvazione, si disponeva che “per rispondere in maniera adeguata ai bisogni delle persone non autosufficienti, è adottato un Programma Nazionale per la non Autosufficienza...” Inoltre, si prevedeva “l’utilizzazione in forma integrata delle fonti di finanziamento oggi disponibili per la residenzialità extraospedaliera e alla domiciliare a favore di anziani e disabili”.

È opportuno ricordare che nei prossimi 10 anni i non autosufficienti dovrebbero raggiungere i 4,8 milioni, pari al 7,9% della popolazione italiana, contro il 6,7% del 2010. Mentre tra circa 30 anni supereranno il 10 % della popolazione come evidenziato dal grafico.



Occorre modificare la mentalità diffusa che gli anziani non autosufficienti siano un costo improduttivo per la società. Gli anziani fragili devono essere considerati cittadini con pari dignità degli altri cittadini di ogni età, di ogni condizione fisica, sociale ed economica. Inoltre, dietro la cura delle persone non autosufficienti si è creato un sistema di Welfare che genera lavoro e sviluppo per tutta la società. La Ragioneria dello Stato ha stimato una spesa pubblica per il Long Term Care nell'anno 2010 pari all'1,86% del PIL (circa 28,2 miliardi di Euro) di cui circa due terzi (19,8 miliardi di Euro pari all'1,28% del PIL) a favore di soggetti ultrasessantacinquenni. Queste risorse rappresentano un bene comune che, se spese con appropriatezza e rigore, potrebbero garantire servizi di qualità. Si stima, per la cura delle persone non autosufficienti, una voce di spesa per le famiglie italiane che supera i 9 miliardi di euro.

Nel complesso i servizi di assistenza domiciliare raggiungono appena il 3,6% della popolazione anziana. La famiglia, lasciata a se stessa, in questi anni si è dovuta organizzare alimentando il mercato delle badanti. Secondo i dati dell'INPS le collaboratrici domestiche (categoria che racchiude le baby sitter, le colf e le badanti) in Italia sono 1 milione e mezzo (dati Censis 2010 incrociati con quelli della Caritas nazionale), ma solo circa 700 mila sono assunte regolarmente. Rimane perciò una zona d'ombra fatta di lavoro nero, dove la collaboratrice domestica non ha contratto: secondo le ultime ricerche si stimano circa 800 mila non regolari.

Vi è inoltre da rilevare un altro fenomeno che coinvolge anche l'assistenza ospedaliera in quelle regioni caratterizzate da un più basso numero di posti letto per anziani in strutture residenziali (Centro e Sud Italia) che presentano un tasso di ospedalizzazione nettamente più elevato rispetto alla media nazionale. In queste realtà si evidenzia come una eccessiva offerta ospedaliera assorba impropriamente risorse che potrebbero essere destinate a forme di assistenza più adeguate ai bisogni della persona e meno dispendiose per la collettività.

A questo punto diventa fondamentale costituire un Piano nazionale per la non autosufficienza che, partendo dall'approvazione di un testo di legge che ne definisca giuridicamente i contenuti, determini, attraverso la presa in carico del non autosufficiente, un piano personalizzato di intervento che a seconda del grado di dipendenza e morbilità, possa prevedere un contributo sotto forma di assegno di cura o voucher per l'acquisto di servizi assistenziali domiciliari.

La distribuzione delle strutture per non autosufficienti è molto eterogenea da regione a regione, con una vasta presenza nel nord e una bassissima presenza nelle regioni meridionali dove sono le famiglie che assistono totalmente i propri parenti o dove spesso gli ospedali si trasformano in veri ricoveri per la lungodegenza. In questi casi sarà più opportuno prevedere forme di sgravi fiscali o contributi per assumere assistenti familiari qualificati in grado di sopperire alla mancanza di assistenza domiciliare e di strutture residenziali e semiresidenziali.

In un momento temporaneo o permanente di disagio acquista un valore importante anche l'attività del volontariato che rappresenta una risorsa fondamentale. Secondo il Censis, circa 1 italiano su 4 (il 26,2%) svolge una qualche forma di volontariato, anche informale, e si tratta soprattutto di

persone adulte (il 31,1% ha tra i 30 e i 44 anni). In un terzo dei casi (33%) gli italiani offrono il proprio tempo nel settore della sanità.

Senza una legge quadro sulla non autosufficienza che ne definisca le linee guida e definisca con chiarezza le forme di intervento sarà difficile pretendere il rispetto dei diritti da parte delle Istituzioni che derogheranno alle loro responsabilità.

Questo stato di cose ci pone nella condizione di ritornare a ribadire con forza le nostre rivendicazioni che devono diventare patrimonio di tutta l'organizzazione quali:

- Urgente approvazione di una legge quadro per un piano nazionale sulla non autosufficienza;
- Approvazione dei livelli essenziali per l'assistenza (LivEAs);
- Rilancio della rete dei servizi con al centro l'assistenza domiciliare;
- Regole più appropriate per l'autorizzazione e l'accreditamento delle RSA e intervento sulle rette divenute insostenibili;
- Riconoscimento del lavoro di cura delle reti familiari e informali, con una particolare attenzione verso la difficile situazione vissuta da queste persone;
- Recuperare il valore della prevenzione per allontanare il più possibile l'insorgere della non autosufficienza e la disabilità che non sono un destino ineluttabile.

SANITÀ

Il Sistema Sanitario Nazionale, nell'ultimo triennio, è stato sottoposto ad una serie di interventi volti principalmente a ridurre i costi di gestione oramai divenuti insostenibili (circa 140 miliardi di euro annui) a fronte di un finanziamento che si aggira intorno ai 106 miliardi di euro e un Pil che fa segnare un meno 2,4%, che significa recessione. In questo contesto l'andamento demografico del paese con l'innalzamento dell'età media e una natalità sostanzialmente negativamente costante, pone l'accento su quali misure potranno essere attuate nell'immediato futuro per sostenere il sistema di welfare nel suo complesso. Ad oggi l'incidenza della spesa sanitaria italiana sul PIL è pari al 8,9%, ed è inferiore alla media dei Paesi OECD, mentre la spesa farmaceutica segnala un drastico ridimensionamento dovendo passare dagli attuali 13,1% agli 11,5%. Questi dati mostrano come il paese oltre ad impoverirsi tende ad investire ancora meno sulla qualità delle cure e sull'assistenza.

ALCUNI DATI SUL SISTEMA SANITARIO ITALIANO

- ❖ **POPOLAZIONE 60.626.4442**
- ❖ **ANZIANI OVER 65 : 20,3%**
- ❖ **PIL : 1.580.220 ML**
- ❖ **SPESA SANITARIA TOTALE. 140.060 ML**
- ❖ **SPESA SANITARI TOTALE SUL PIL: 8,9%**
- ❖ **SPESA SANITARIA PUBBLICA SU PIL: 7,1%**
- ❖ **SPESA SANITARIA PRIVATA SU PIL: 1,8%**
- ❖ **TOTALE POSTI LETTO 242.028**
- ❖ **FABBISOGNO 496.148**
- ❖ **POSTI LETTO AGGIUNTIVI 254.120**
- ❖ **ASSISTITI ADI 526.568 (22 ORE ANNUE)**
- ❖ **FABBISOGNO MINIMO 870.765(ALMENO 6% CON UNA ASSISTENZA DI 8 ORE A SETTIMANA)**

Nel frattempo il Governo Monti aveva avviato il processo di contenimento dei costi intervenendo drasticamente sulla spesa sanitaria con una serie di interventi legislativi a catena che partono dalla legge 111/2011, e arrivano ai giorni nostri con la legge 135/2012 (c.d. spending review) fino alla legge 158/2012 (legge Balduzzi).

Nell'insieme questi interventi legislativi, sommati a quelli precedenti, producono per il comparto sanità un taglio complessivo di oltre 22 miliardi di euro.

In questo clima di austerità vanno lette le disposizioni previste dalla legge Balduzzi, promotrici di una nuova forma di assistenza, meno ospedalocentrica, ma più radicata e diffusa nel territorio attraverso lo sviluppo di ambulatori h24 gestiti da medici di medicina generale, guardie mediche e pediatri di libera scelta, che, collegati telematicamente con gli ospedali, siano in grado di funzionare da filtro per evitare l'intasamento delle aree di emergenza ospedaliera dedicate espressamente alle acuzie. Nasce quindi l'idea di diffondere un modello sanitario di tipo HUB AND SPOKE, in cui il cittadino potrà utilizzare queste strutture aperte h24 per le prestazioni specialistiche, diagnostiche, per il day hospital o il day surgery (SPOKE) senza per forza utilizzare gli ospedali (HUB) che saranno dedicati esclusivamente ad interventi per acuzie.

La nuova visione dell'assistenza sanitaria di prossimità potrà portare dei vantaggi in termini di spesa, in quanto eviterà l'inappropriatezza dei ricoveri, e potrebbe essere una buona risposta ai problemi degli anziani, ma non può essere realizzata a saldi di spesa invariati. Alla riduzione delle strutture ospedaliere deve corrispondere un reale e immediato incremento di strutture sanitarie di prossimità altrimenti si genererebbe un aumento della condizione di fragilità in particolare degli anziani. Ad oggi l'offerta di posti letto dedicata alla long term care è insufficiente. Si stima in circa 496.198 i posti letto necessari a fronte di una offerta di circa 242.028 posti letto. L'assistenza domiciliare è di 22 ore medie annue per cittadino assistito a domicilio contro le 191 della Norvegia o le 96 della Germania.

L'invecchiamento della popolazione e il progresso medico scientifico hanno prodotto una rilevante modifica dei bisogni sanitari e socio sanitari, ai quali si doveva già da tempo far fronte. Le malattie acute e la morbilità si sono sempre più concentrate nelle età superiori ai 65 anni, ma il loro peso è diminuito rispetto alle malattie croniche, le quali richiedono altre strutture e modelli di assistenza sanitaria e si accompagnano spesso a condizioni di non autosufficienza.

Certamente, con l'aumento della percentuale della popolazione anziana, sarà necessario dirottare molte delle risorse nello sviluppo e creazione di una sufficiente assistenza socio sanitaria e assistenziale integrata (LTC). Riteniamo, infatti, necessario che un particolare impegno debba essere dedicato al rafforzamento del servizio di assistenza domiciliare. Sono ancora irrisorie le percentuali di Pil dedicate ai servizi domiciliari nel complesso pari 0,29%.

L'aumento futuro del numero delle persone anziane sole oltre gli 80 anni richiede, con urgenza, la predisposizione strutture dedicate agli anziani, in particolar modo RSA, strutture per la lungodegenza, Hospice oltre a suggerire un maggiore investimento nella formazione universitaria geriatrica.

Oggi è infatti più probabile che gli anziani siano caratterizzati da pluri patologie che, nel loro insieme, li rendono non autosufficienti rendendoli necessitanti di cure costanti presso il proprio domicilio più che in ambiente ospedaliero. Il futuro, quindi, per la medicina territoriale è quello di una ospedalizzazione domiciliarizzata, basata su servizi socio sanitari integrati dove la persona nel suo consuetudinario habitat venga posta al centro dell'intervento assistenziale. Non dimentichiamo che gli anziani da noi rappresentati, come ogni altra persona di ogni età, hanno bisogno nell'invecchiamento, nella malattia e in situazioni di dipendenza, di essere assistiti nel loro ambiente di vita conservando le loro relazioni affettive, sociali e ambientali nei quali sono vissuti. Solo aumentando questa forma di intervento sarà, inoltre, possibile ridurre l'affollamento dei reparti di urgenza ospedalieri e ridurre i ricoveri "inappropriati" che fanno aumentare di gran lunga la spesa sanitaria.

Purtroppo la diffusione di questi servizi è molto lenta e le Regioni, sempre più vincolate dal risanamento dei bilanci, riducono i posti letto nel pubblico e nel privato convenzionato (circa 30 mila in 3 anni) anziché tagli agli sprechi e malaffare. Nel solo 2012 si è proceduto a tagliare circa 7 mila posti letto. Con la legge 135/2012 si prevede di passare da 3,82 posti letto ogni mille abitanti di cui per acuti 3,23 e per post-acuti 0,59 ad una media complessiva di 3,7 posti letto ogni mille abitanti, circa 30 mila posti in meno, di cui 0,7 deve essere dedicato a riabilitazione e lungo-degenti e i restanti 3 per gli acuti. I posti letto dovranno quindi arrivare in totale a 224.318. Di questi 181.879 dovranno essere per acuti (- 14.043) e fino a 42.438 per post-acuti (+ 6635). Questa previsione tuttavia dovrà essere accompagnata da una seria e impegnata politica della salute che innanzi tutto dovrà essere rivolta alla prevenzione e alla eliminazione delle cause delle malattie evitabili, che potrà essere fatta a tutti i livelli e che potrà, per una parte importante, essere oggetto della concertazione sociale territoriale e della contrattazione di secondo livello.

Se la definizione dei costi standard, dei nuovi Lea e la centralizzazione degli acquisti, stentano ad essere realizzati, il taglio delle risorse, dei posti letto e il blocco del turno over del personale ospedaliero ha messo in seria difficoltà gran parte delle cittadinanza che vede peggiorare il livello medio della qualità dell'assistenza (rapporto Censis 2012) e aumentare le spese dirette delle famiglie, con forti aggravii dei loro bilanci.

Diventa in questo quadro fondamentale l'intervento di tutta la nostra organizzazione al fine di orientare il nuovo Governo e gli Enti locali a un maggior senso di responsabilità e ad una maggior attenzione perché il processo di riforma del sistema sanitario caratterizzato dalla deospedalizzazione sia supportato da un'immediata costituzione di strutture di prossimità alternative per non aumentare la condizione di fragilità dei cittadini e, in modo particolare dei pensionato afflitti da pluripatologie.

LE POLITICHE SOCIALI IN EUROPA

Le politiche sociali, come indicato in tutti i trattati sul funzionamento dell'Unione Europea, non ultimo il Trattato di Lisbona, entrato in vigore il 1° dicembre 2009, sono di esclusiva competenza nazionale. L'Unione ha competenza "concorrente" con quella degli Stati membri e svolge principalmente un ruolo di impulso della convergenza delle politiche comunitarie e nazionali, adottando raccomandazioni che non hanno però natura vincolante. L'UE cerca di fissare degli obiettivi per tutti gli Stati membri, indicando linee direttrici per l'occupazione e obiettivi comuni in materia di protezione sociale.

Uno degli strumenti più importanti utilizzati dall'Ue in questo senso è il Metodo di Coordinamento Aperto, che fornisce un quadro di cooperazione tra gli Stati membri per armonizzare le politiche nazionali, al fine di realizzare gli obiettivi comuni prefissati.

Nello specifico delle politiche sociali, l'UE ha stabilito una serie di obiettivi comuni relativi a tre macro aree: **povertà ed inclusione sociale; pensioni; sanità e cure a lungo termine.**

Europa 2020, la strategia adottata dalla Commissione Europea per una crescita sostenibile e inclusiva finalizzata a superare la crisi economica ancora in corso, per la prima volta inserisce tra gli obiettivi la riduzione della povertà. I leaders europei si prefiggono di far uscire entro il 2020, 20 milioni di cittadini europei dalla condizione di povertà. I dati forniti dalla stessa UE, d'altronde, sono preoccupanti. Circa 80 milioni di persone nell'UE (il 16% della popolazione europea), vivono con meno del 60% del reddito medio nazionale. Il 19% dei bambini europei è a rischio povertà. Il 17% degli europei patisce qualche forma di deprivazione materiale per mancanza di risorse sufficienti. I sistemi di welfare riducono in media il rischio di povertà in Europa del 38%, ma si passa da stati in cui l'impatto incide per meno del 10% a quelli in cui incide per quasi il 60%, riflettendo divari rilevanti all'interno dei sistemi di protezione sociale europei.

In tema di pensioni, l'UE ha indicato chiaramente nel suo **Libro Bianco** del 16 febbraio 2012, che la priorità rimane quella di incentivare riforme strutturali che garantiscano sistemi pensionistici sostenibili. Gran parte dei paesi europei si è adeguata alle indicazioni dell'UE, la quale oltre un decennio fa aveva iniziato a sostenere che per affrontare il problema dell'invecchiamento i governi avrebbero dovuto ridurre gli incentivi al prepensionamento e aumentare gradualmente di circa 5 anni l'età di effettiva cessazione dell'attività lavorativa. Nel 2011 sono stati sedici gli Stati membri a ricevere una raccomandazione specifica concernente le pensioni e altri cinque si sono impegnati a procedere a una riforma delle pensioni.

I pensionati costituiscono una quota significativa e in rapida crescita della popolazione dell'UE (120 milioni, il 24%). Mentre oggi vi sono quattro persone in età lavorativa per ogni cittadino europeo di 65 anni o più, nel 2060 tale rapporto diventerà di due a uno. Le pensioni rappresentano in media il 10% del PIL (dal 6% dell'Irlanda al 15% dell'Italia) e nel 2060 potrebbe raggiungere il 12,5%.

Per quanto riguarda la sanità e le cure a lungo termine, l'UE promuove particolarmente l'accesso, la qualità e la sostenibilità dei sistemi sanitari nazionali. Da anni ormai, le istituzioni europee rilevano come il livello della spesa sanitaria nell'area comunitaria stia crescendo più velocemente

rispetto a quello della ricchezza nazionale. Probabilmente i sistemi sanitari offrono gli esempi più eclatanti delle discrepanze e dei dislivelli profondi che ancora sussistono tra i diversi paesi membri, che spesso portano i cittadini europei a spostarsi in quei paesi dove le possibilità di guarigione da gravi malattie sono più alte o dove determinate cure risultano più economiche.

A fronte di ciò il tema della cura ha trovato spazio in ambito europeo in relazione all'aspetto della conciliazione. Nell'ottica della valorizzazione delle risorse familiari l'agenda di Lisbona impegna i governi a più efficaci politiche di riconciliazione anche per la cura delle persone non autosufficienti, sollecitando la creazione di congedi filiali che permettano di occuparsi dei genitori anziani, e che siano attraenti tanto per gli uomini quanto per le donne.

L'UE, come evidenziato, si è dotata di strumenti e di meccanismi elaborati e sofisticati, regolamentati chiaramente dalla normativa comunitaria, in materia di politiche sociali. Sono normative che in realtà garantiscono, in nome del principio della sussidiarietà, posizioni asettiche e poco incisive da parte dell'Unione. La forma di integrazione regionale più riuscita e più compiuta allo stato attuale, continua a eludere una realtà troppo evidente: l'integrazione economica non può prescindere da un'integrazione sociale, che anzi dovrebbe esserne il presupposto. Questo è ciò che sostengono da anni i sindacati europei, quali la CES e la FERPA, oltre che quelli nazionali. Fa riflettere, per esempio, che nel Trattato di Lisbona si miri ad un rafforzamento del ruolo internazionale dell'UE, con l'obiettivo, non semplice, di raggiungere una politica estera comune, e che lo stesso sforzo e lo stesso impegno non si riservi a quella che è ormai una scelta necessaria e urgente: porre il sociale al centro delle politiche europee per il raggiungimento di una vera ed efficace integrazione.

ANTEAS

La stagione congressuale è una occasione straordinaria per una verifica dei rapporti FNP-ANTEAS-CISL.

Nei Congressi sin qui svolti l'Anteas, tramite i suoi rappresentanti, spesso anche in quanto "delegati" FNP, è stata coinvolta e ha dato il proprio contributo, arricchendo il dibattito e facendo emergere, salvo rare eccezioni, rapporti positivi e collaborativi.

Il contributo di Anteas è ovviamente rivolto più all'intervento sussidiario sul sistema di Welfare, ai bisogni dei più deboli, alla contrattazione sociale e al ruolo che può dare, supportando la FNP, per il perseguimento di risultati tali da superare situazioni di estremo disagio.

In tale contesto il Volontariato ed il Terzo Settore possono dare un grande aiuto, non tanto in termini sostitutivi delle responsabilità istituzionali, quanto in termini di sussidiarietà positiva. Infatti verificiamo che anche i dati ISTAT rilevano che un'alta percentuale di persone anziane aderisce attivamente ad associazioni, gruppi di lavoro e comitati di vario tipo. Tale percentuale è molto più alta se si prendono in considerazione le tante persone aderenti alla FNP che sono associate all'Anteas e contribuiscono a dare risposte al disagio, peraltro molto diffuso.

Molto spesso, il Sindacato, le Associazioni di Volontariato e il Terzo Settore, si sostengono a vicenda integrando le loro azioni sul territorio per dare risposte e sostegno al bisogno ed alle fragilità sociali, ma nel rispetto reciproco, ed attenti alle proprie autonomie.

Una concreta collaborazione si è realizzata in occasione dell'“Anno dell'Invecchiamento attivo e della Solidarietà fra le generazioni”, è necessario continuare tale percorso perché questo argomento non possa può esaurirsi nell'arco di un anno, dobbiamo proseguire unitamente ad Auser e Ada e con SPI e UILP, ad approfondire tale argomento fino a pervenire ad una proposta di “legge quadro” specifica. Tutto ciò per valorizzare appunto “l'invecchiamento attivo” e la costruzione di un vero patto fra le generazioni con l'intento di riprogettare insieme il nuovo Welfare. Il Volontariato, il Terzo Settore e quindi anche l'Anteas, sono coinvolti nella crisi economica e nei tagli della spesa sociale e sono destinati ad avere un ruolo importante nella ricostruzione economica, civile e morale del Paese, siamo convinti che dalla loro capacità di coinvolgere le persone, costruire legami sociali, leggere i bisogni, realizzare risposte concrete e grazie al radicamento sociale nei territori e nelle comunità dove si manifesta maggiormente la crisi, si possono concretizzare modelli alternativi all'assistenza tradizionale.

L'Anteas ha presentato il suo primo Bilancio Sociale mettendo in evidenza il suo stato di buona salute e i suoi dati associativi quali tra i più significativi: circa 600 associazioni di volontariato e di promozione sociale con oltre 100.000 associati; quasi 20.000 volontari e circa 300.000 destinatari che fruiscono dei servizi Anteas, soprattutto socio-assistenziali e sanitari.

Anteas ha raggiunto ormai dimensioni medio-grandi con una presenza significativa nelle strutture di rappresentanza del terzo settore. Nella sua azione interagisce con le Istituzioni del territorio e del centro, in particolar modo con le amministrazioni locali e le Asl.

I numeri delle attività svolte sono importanti: i volontari dell'Anteas nel 2011 hanno trasportato con gli automezzi dell'Associazione oltre 80.000 persone in condizioni di disagio, percorrendo circa 3.000.000 di chilometri, ha gestito 33 ambulatori che hanno erogato complessivamente 94.000 prestazioni.

Le attività di volontariato effettuate hanno spaziato, inoltre, dalla vigilanza presso scuole, centri di ascolto, dalle attività di accompagnamento sociale di anziani, indigenti, disabili fisici o mentali (oltre 430.000 ore), fino ai percorsi della conservazione della memoria e alle attività artistiche e culturali.

Complessivamente Anteas, nel corso di un anno, ha sviluppato 2,2 milioni di ore di volontariato, pari alla quantità di lavoro di 1.150 lavoratori a tempo pieno. Se quest'opera fosse retribuita, utilizzando come parametro il più basso livello terziario, il costo complessivo per la comunità sarebbe pari a 35 milioni di euro.

Nonostante la base associativa sia composta in larga parte da over 60, sta diventando sempre più importante la componente “giovane” che si sta attivando a fianco degli anziani, aspirando ad un ruolo da protagonista, in tal senso il “Festival delle Generazioni”, è stato vissuto positivamente anche da Anteas.

Il legame che esiste tra Anteas, FNP e CISL, va riconfermato concretizzando definitivamente il Protocollo nazionale, sottoscritto nel 2010, da CISL, FNP ed ANTEAS. Di seguito alcuni significativi obiettivi del protocollo: procedere più convintamente verso la progressiva integrazione dell'Anteas nel sistema CISL"; favorire il perseguimento delle specifiche missioni associative; individuare forme di cooperazione degli organismi dirigenti; ampliare l'aria di consenso ed il proselitismo a favore di CISL, FNP ed Anteas; giungere ad un riconoscimento di Anteas come associazione della CISL a pieno titolo; sostenere, congiuntamente alle altre espressioni associative della CISL, l'Anteas nella raccolta del 5 per mille.

Tali obiettivi si possano raggiungere attraverso uno stretto rapporto tra gli organismi, nelle cui riunioni si discutono programmi e progetti legati al Welfare, alla definizione delle rivendicazioni sociali nel territorio e alle altre problematiche che caratterizzate da servizi alla persona.

In questo modo, si possono creare le condizioni, per FNP e Anteas di un impegno comune per rafforzare la crescita del proselitismo, potenziamento e di affermazione dei valori comuni.