

Relazione della segretaria regionale CISL Sardegna per le politiche sociali

Oriana Putzolu

«Vertenzialità e stato di attuazione delle politiche di inclusione sociale in Sardegna»

Cagliari, Jolly Hotel, giovedì 6 maggio 2004 ore 9,30

INTRODUZIONE

Nel promuovere questa giornata di approfondimento, confronto e verifica sui temi dei diritti e delle tutele socio assistenziali e sanitarie in Sardegna, la CISL sarda non intende solamente socializzare i risultati di un percorso di riflessione ed elaborazione politica interna ma ci proponiamo, come CISL insieme alla FNP e alla FPS, un obiettivo certamente ambizioso, ma coerente con il modo di intendere e svolgere il nostro ruolo di rappresentanza; cioè:

1. dare voce a tutti quelli che hanno bisogno di gridare il proprio disagio e la propria sofferenza in un contesto in cui appare predominante il sentimento di incertezza e insicurezza;
2. proporre vie e metodi per risolvere questi problemi;
3. elaborare un disegno di politiche sociali e socio-assistenziali in cui i cittadini diventano protagonisti della ricerca e delle strategie, perché finalmente i servizi siano a misura della persona e dell'ambiente in cui questa persona vive e opera.

Quella sindacale è una rappresentanza complessa che si rivolge sia agli interessi del lavoro sia a quelli di un'utenza estesa e caratterizzata dai deboli della nostra società sarda, in particolare ai 150.000 sardi in stato di povertà, ai 118.000 sardi in cerca di occupazione, ai lavoratori in mobilità, alle persone non autosufficienti, a tutti coloro che hanno bisogno di nuovi diritti e nuove tutele. Ma non solo.

Se ci limitassimo solo a questo pianeta, indubbiamente il più sofferente e di maggiore impatto sociale immediato, correremo il rischio di perseguire obiettivi-tampone, buoni cioè solamente a tappare un'emergenza, ma non a risolvere radicalmente il problema.

Il problema è questo: in Sardegna non esiste, mai c'è stata, una vera politica sociale e sanitaria. Quello che si è fatto da 50 anni a questa parte è frutto di interventi settoriali, di segmenti d'azione, ma non di un progetto organico, studiato scientificamente, condiviso, sperimentato sul reale e. successivamente capillarizzato.

Qualcuno dirà: in 50 anni i bisogni cambiano, scienza e tecnologia hanno fatto enormi progressi; difficile fare un piano regionalmente valido e di lunga durata. Ma un piano degno di questo nome ha anche la caratteristica dell'adattabilità, del potersi trasformare «in itinere», a seconda delle situazioni e delle diverse specifiche realtà.

Oggi, su questo, l'accordo è generale. Siamo in presenza di una forte crescita della domanda di prestazioni di cura, di integrazione e di socializzazione. È il momento di ripensare il sistema delle tutele sociali, adattando il nuovo welfare alle condizioni e alle esigenze indotte dalla modernizzazione della società, dell'economia e del lavoro, indirizzando il sistema verso nuovi equilibri tra i principi di efficienza, efficacia e quelli della giustizia, dell'equità e della solidarietà, affinché i primi non siano prevalenti sugli altri che, invece, rendono esigibile e compiuto ogni diritto di cittadinanza. Ho detto «ripensare», ma avrei dovuto dire più esattamente «pensare» «progettare» ex novo, creare dalle fondamenta un sistema che non c'è mai stato. Si ripensa dopo che si è già pensato. In Sardegna il sistema socio-sanitario non è stato mai in cima ai pensieri e alle elaborazioni dei politici e dei tecnici. Gli input sono sempre venuti da provvedimenti statali sui quali abbiamo innestato solo parziali e non rivoluzionari provvedimenti attuativi.

Secondo un'indagine Eurispes, un quarto delle famiglie italiane è sempre più povero. Il quadro si rivela ancora più sconcertante se si considera che tra le famiglie povere, il 33,3% delle famiglie è mono genitoriale, il 22,1% delle coppie con due figli e il 33,9% delle coppie con tre o più figli, non hanno avuto i soldi per comprare il cibo necessario, per pagare le bollette e per le cure mediche.

Dalla ricerca si evidenzia tra le cause principali soprattutto la caduta verticale della qualità dei servizi sanitari, lo smantellamento del welfare, la trasformazione del mercato del lavoro e l'impoverimento dei ceti medi. E' vero che le famiglie aumentano, ma diminuiscono per numero di componenti, invecchiano e hanno il tasso di fecondità più basso d'Europa: nonostante questo diventano sempre più povere. Del resto l'Italia è uno dei Paesi dell'Europa che spendono meno per la famiglia.

Dai dati dell'osservatorio industriale, in Sardegna il 16,4% delle famiglie, circa 93.619, vivono in stato di povertà, equivale a dire che 261.195 persone sono in condizione di disagio sociale. Lo spopolamento delle piccole comunità lascia, infatti, vecchi e donne quali unici soggetti residenti. La Sardegna è la regione che ha la percentuale più alta di donne capofamiglia senza reddito, madri sole con figli a carico, anziani a rischio di abbandono.

Quest'anno sarà l'anno internazionale dedicato alla famiglia e la CISL è, da tempo, impegnata perché in Italia si promuova una coerente politica per la famiglia che investa almeno nelle questioni dell'equità nella distribuzione del reddito delle famiglie, delle politiche del lavoro e dalla conciliazione dei tempi di vita, dello sviluppo dei servizi educativi, formativi e sociosanitari. Per questo riteniamo che l'Anno internazionale

dedicato alla famiglia sia l'occasione giusta per promuovere l'idea che la CISL ha lanciato fin dal 1996: dotare il nostro paese di un vero e proprio piano d'azione con risorse dedicate e crescenti per riportarle alla spesa media europea, coinvolgendo le autonomie locali e le forze sociali.

IL CONTESTO SOCIALE DELLA SARDEGNA

Da diverso tempo la CISL Confederale, insieme ai Pensionati e ai lavoratori del comparto Sanità, hanno espresso forte preoccupazione sullo sviluppo e sul futuro della politica sanitaria e socio-assistenziale nella nostra Isola, nella consapevolezza che nel contesto attuale ai mali endemici del comparto si accompagnano nuove condizioni di rischio e di bisogno cui lo Stato, la Regione, il Mercato, da soli, non possono e non riescono a dare risposte.

È la preoccupazione si fa più intensa se pensiamo anche al corso del processo di decentramento federalista, avviato con le leggi Bassanini e culminato nella riforma del Titolo V della Costituzione, che sancisce il passaggio di rilevanti poteri e funzioni in materia sanitaria, sociale e socio-sanitaria, dal governo centrale al sistema delle regioni e delle autonomie locali.

Non siamo contrari al modello federalista, ma questo deve avvenire attraverso la definizione concertata di una cornice normativa nazionale, che garantisca il carattere universale e solidaristico del sistema socio-sanitario, ed eviti l'ingenerarsi di fenomeni discriminatori tra i cittadini soprattutto di quelli che vivono in realtà regionali come la nostra in una condizione di svantaggio. La garanzia dell'universalità nonché dell'uniformità di erogazione delle prestazioni sociali e sanitarie in tutto il territorio devono essere rispettati quali principi del diritto alla salute previsto dalla Costituzione.

Le recenti notizie di parte governativa circa una notevole riduzione della pressione fiscale, non può che far piacere. Ma se diminuiscono le entrate statali, da dove si prendono i soldi per mantenere l'attuale livello dei servizi? La domanda non è retorica, soprattutto per noi sardi.

Infatti, se allo Stato centrale arriva un gettito ridotto da imposte e tributi avrà sicuramente minori risorse per garantire uno standard minimo uguale per tutti. Probabilmente lo dovrà abbassare. A quel punto ogni Regione sarà costretta al «fai da te socio-assistenziale». La Regione più ricca assicurerà migliori servizi, mentre quella più povera darà un'assistenza proporzionata ai suoi magri bilanci. Dopo le «gabbie salariali» di un tempo, dobbiamo fare i conti con le «gabbie sanitarie».

Siamo di nuovo alla necessità di un progetto politico. Il nuovo Consiglio regionale sarà in grado di pretendere da Roma che tutte le imposte e tributi, a qualsiasi titolo, prodotti

in Sardegna restino in Sardegna? Ancora qualche mese e avremo la risposta. Comunque sia, ecco individuata una delle prossime più urgenti battaglie sindacali.

Su questo fronte, che si riverbera anche sul socio-assistenziale, bisogna fare presto. La situazione è ben nota. Le dinamiche della ricchezza prodotta in Sardegna attestano da tempo ormai che la produttività è in calo. Abbiamo un'accumulazione della ricchezza collettiva ancora insufficiente per recuperare anche solo una parte dei divari con il Centro Nord. Gli indicatori economici parlano chiaro. Il calo del fatturato $-5,4\%$ s'intreccia con quello della produzione stimato a fine anno 2003 in un $-3,7\%$ ed entrambi danno la dimensione di un settore in forte arretramento e le cui conseguenze avranno un riflesso negativo sull'intera economia italiana.

I dati indicano una crescita del prodotto interno lordo solo dello $0,5\%$, l'occupazione aumenta di appena $+0,9\%$, il tasso di disoccupazione è passato al 17% .

Resta quindi alto il numero dei disoccupati e di quelli in cerca di prima occupazione, mentre tarda ad essere attuata la riforma dei servizi per l'impiego. Siamo proprio l'ultima regione d'Italia a non avere i centri per l'impiego. Ha ripreso vigore, di recente, l'emigrazione con circa 3.000 sardi che costantemente, negli ultimi 4 anni, si sono trasferiti nelle diverse regioni del Nord Italia, esponendo le nostre comunità ad un saldo demografico negativo diffuso e generalizzato di -7% .

Accanto a questi dati preoccupa ulteriormente il disavanzo di amministrazione della Regione Sardegna per il 2003, pari a 5 miliardi di Euro.

A ciò si aggiunga la dimensione della spesa sanitaria regionale, 2.251.589.000 miliardi di Euro, pari a quasi il 50% del bilancio regionale, il disavanzo delle ASL che ha raggiunto i 250 milioni di Euro e che rischia di diventare cronico.

Siamo di fronte, cioè, ad un problema di grande rilevanza: quello dell'autonomia finanziaria della Regione e alla disponibilità di risorse necessarie e utili agli investimenti per lo sviluppo e il lavoro.

Soprattutto in tempi di politiche restrittive nazionali che condizionano ulteriormente e negativamente il bilancio già ingessato della Regione, il Governo rende ancora più difficile la situazione con la legge finanziaria per il 2004. I tagli romani, infatti, hanno determinato un aggravio della spesa sanitaria per la Sardegna pari al 37% e, quindi, ha inciso in modo rilevante sulla situazione economica e sociale dell'Isola.

La CISL sarda valuta, infatti, con grande preoccupazione i provvedimenti socio-assistenziali e il loro impatto con la realtà sarda. Provvedimenti che peggioreranno le condizioni di vita delle categorie più deboli e ridurranno le tutele dei pensionati, degli anziani, dei portatori di handicap, dei disoccupati, degli immigrati che vivono nell'isola. Infatti, sono assenti nella manovra economica nazionale temi fondamentali quali i livelli

essenziali delle prestazioni sociali e il Fondo per la non autosufficienza. Ma quel che preoccupa il sindacato, e che dovrebbe garantire un immediato impegno della Giunta regionale, è la riduzione del Fondo nazionale per le politiche sociali: rispetto al 2003 si prevede, nella migliore delle ipotesi, una riduzione intorno al 3,5%.

Si aggiungono inoltre le decisioni assunte dall'Unione Europea che porteranno alla fuoriuscita della Sardegna dalle regioni dell'Obiettivo 1, avendo un prodotto interno lordo superiore al 75% del prodotto interno medio europeo.

Si è dunque di fronte a provvedimenti del tutto insufficienti per evitare l'aumento della povertà (il 17,1%) e della marginalizzazione in alcuni settori della popolazione: donne, anziani, immigrati e giovani, disabili, lavoratori precari.

IL SISTEMA SANITARIO IN SARDEGNA

Dall'atto d'intesa Stato-Regione del febbraio 2003, avente per proposta il riparto delle disponibilità finanziarie del Servizio sanitario nazionale anno 2003, le risorse ammontano alla cifra di 75.796 milioni di Euro da ripartire fra i livelli essenziali d'assistenza (LEA). Occorre ricordare che in questo riparto non ci sono le risorse che sarebbero necessarie a promuovere la salute, migliorando ad esempio, le condizioni di vita, o le risorse che sarebbero finalizzate per le misure tendenti a ridurre la povertà o a ripristinare l'ambiente per garantire condizioni di vita salubri, ecc.

La determinazione perciò del fabbisogno tiene conto solo dei numeri degli abitanti, in termini di popolazione pesata, dei costi di produzione che sono diversi da Regione a Regione.

Pertanto il fabbisogno regionale quantificato nell'atto d'intesa risulta essere di 2.080.000.000 Euro di cui 653.270.000 milioni di Euro di partecipazione Regionale ed entrate proprie e 1.426.985.000 Euro quale quota a carico dello Stato. Un fabbisogno distribuito nei livelli di assistenza quali la prevenzione collettiva, l'assistenza territoriale, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza specialistica, l'assistenza agli anziani (RSA), l'assistenza ospedaliera relativa alle strutture e infine l'assistenza ospedaliera relativa ai ricoveri che assorbono circa il 45% delle risorse.

Ma in Sardegna assistiamo, da molto tempo ormai, alla grave situazione che riguarda le problematiche inerenti la situazione finanziaria e lo stesso finanziamento del Servizio Sanitario Regionale. Un sistema sanitario, il nostro, che non funziona da tempo, a causa di una mancata programmazione complessiva e di un'adeguata razionalizzazione della spesa, tenendo conto anche dei debiti contratti dalle ASL, già a far data del 1991. Debiti per il quale lo Stato non interverrà più con interventi di ripianamento e perciò saranno tutti a carico della Regione. Un sistema il nostro composto da 8 ASL, una Azienda

autonoma e due Università , che detiene 8500 posti letto e circa 300.000 ricoveri l'anno, per ogni sardo si spendono 1356 Euro a fronte dei 1375 della media nazionale. Un sistema che ha determinato l'aumento della spesa, il degrado della prestazioni e le lunghe liste di attesa . Sistema che anno per anno vede diminuire le risorse nazionali a discapito dell'offerta sanitaria e socio assistenziale. Sistema che produce ricadute nefaste sui cittadini sardi e sui lavoratori del comparto. Sistema che non vede una riforma del Piano sanitario regionale dal 1985 e mentre il Sistema sanitario nazionale ,ad oggi, ha già provveduto ad emanare altri provvedimenti migliorativi, solo nel 1995 in Sardegna viene emanata la Legge regionale n.5 che riforma le unità sanitarie locali in aziende, passando da 22 unità sanitarie a 8 ASL, e contemporaneamente dovevano sorgere i Distretti Sanitari di Base. Non hanno ancora oggi istituzionalizzato i distretti.

La nostra legislazione si è fermata quindi al 1997.

IL SISTEMA SOCIO ASSISTENZIALE IN SARDEGNA

I tagli del Governo hanno ridotto anche le risorse a favore delle politiche sociali per il 2004, di fatto, non sono rifinanziati il fondo a favore degli asili nido e l'assenza totale di qualunque intervento a favore delle persone non autosufficienti.

Nel bilancio regionale il finanziamento della spesa socio- assistenziale fa parte integrante della spesa complessiva in capo all'Assessorato alla Sanità e al Socio assistenziale. Da fonte regionale le risorse per i servizi sociali ammontano a 27 milioni di Euro previsti nel capitolo del Fondo per le politiche sociali più una quota delle assegnazioni statali per un totale di 40 milioni di Euro circa. Risorse erogate agli Enti locali previa presentazione dei piani socio- assistenziali come previsto dalla legge regionale n.4/88.

Da tempo la CISL sarda denuncia il mancato coinvolgimento delle parti sociali nella fase di concertazione sui piani socio-assistenziali. Piani che vengono realizzati in fotocopia e non tengono conto dei reali bisogni dell'utenza. Il più delle volte sono finalizzati ad una assistenza domiciliare a cura di cooperative che quasi sempre sono limitate nelle prestazioni per la consueta logica di partecipare alle gare d'appalto con l'offerta più bassa, a discapito del servizio da erogare. Piani socio-assistenziali che utilizzano le risorse in iniziative non consone ai veri bisogni, soprattutto delle persone anziane e dei soggetti deboli quali i minori a rischio, i portatori di handicap, i tossicodipendenti, gli immigrati. Piani in cui si denota spesso la debolezza degli Enti locali e dei loro rispettivi servizi sociali a monitorare le vere realtà di povertà e di disagio delle famiglie.

La nota più triste è che molti comuni non hanno ancora speso le risorse in capo ai servizi sociali e alla realizzazione dei progetti obiettivo per anziani, minori a rischio, disabili, ecc.

Ma nonostante i due settori facciano capo ad un solo assessorato, gli interventi camminano lungo binari separati e paralleli.

La legge n.4/88 è l'unica legge di riordino del settore socio-assistenziale applicata in Sardegna. È senz'altro una buona legge ma gli effetti sembrano più finalizzati a definire e distinguere campi di intervento che ad integrare attività e prestazioni.

Prestazioni sanitarie e socio-assistenziali risultano perciò essere scoordinate tali da generare sovrapposizioni, duplicazioni e quindi sprechi, ma soprattutto sono poco attente ai bisogni della persona nel suo complesso e perciò inadeguate sotto il profilo qualitativo e della soddisfazione degli utenti.

Quando parliamo in Sardegna di assistenza domiciliare integrata dobbiamo essere consapevoli che ci riferiamo ad una tipologia di intervento che non esiste, che tutt'al più consiste in prestazioni sanitarie fra loro integrate (infermieristica e riabilitativa e, in qualche caso, medico-specialistica) oppure in sole prestazioni di tipo assistenziale, ma che la vera integrazione cioè quella fra sociale e sanitario al più è frutto di una coincidenza.

Questa situazione non riguarda soltanto l'assistenza domiciliare ma anche un gran numero di prestazioni che toccano diverse tipologie di disagio (tossicodipendenti, sofferenti mentali, non autosufficienti fisici e psichici) o che intervengono sui fenomeni di povertà ed emarginazione sociale, che le statistiche regionali rivelano in costante aumento e rispetto alle quali si fa sicuramente ancora troppo poco.

La ragione della mancanza di integrazione sta nella scelta di non valorizzazione dell'intervento territoriale, così come è previsto dalla legge nazionale 328/200.

La legge sul «Sistema integrato d'interventi e servizi sociali e socio-sanitari» è certamente una risposta ai bisogni di integrazione, basti ricordare il comma 1 dell'art.1 della legge che recita «*La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia*».

Legge non ancora recepita dalla nostra Regione, in forte ritardo anche su questo fronte, pur avendo la Giunta regionale approvato un disegno di legge in data 5 dicembre 2003, che sostanzialmente recepisce i principi della legge nazionale ma che nell'impianto

complessivo lascia molti dubbi per la sua applicazione vista la non approvazione del Piano Sanitario Regionale.

COSA HA FATTO IL SINDACATO

Il sindacato sardo, la CISL in particolare, è fortemente impegnato, in via prioritaria, su quattro direttive:

- le politiche di sviluppo,
- le politiche del lavoro,
- le politiche istituzionali,
- le politiche sociali.

La CISL sarda ha dato una forte caratterizzazione e un forte impulso alla centralità delle politiche sociali sia dal punto di vista dell'elaborazione sia dal punto di vista delle proposte.

È bene ricordare le iniziative che hanno centralizzato la nostra organizzazione sul tema della povertà e della realizzazione del benessere sociale:

- a) **dal 2 aprile al 10 aprile 2003** sono state realizzate le marce per la salute, partendo dai territori, incontrando le istituzioni locali e i manager delle A.S.L., raccogliendo consensi tra i cittadini
- b) **il 10 aprile 2003** conclusione delle marce con una staffetta spettacolare a Cagliari con una manifestazione regionale, che ha visto partecipare migliaia di lavoratori e pensionati. Una marcia che ha posto in essere una piattaforma in cui si rivendicavano obiettivi prioritari quali l'istituzione del Fondo per non autosufficienza, la deospedalizzazione, la rete dei servizi territoriali, la domiciliarità, l'integrazione fra intervento sociale e intervento sanitario, l'istituzione del distretto socio-sanitario, il miglioramento del rapporto fra pubblico e privato, il personale e la sua formazione.
- c) **il 17 ottobre 2003** siamo stati i primi a denunciare in occasione della Giornata mondiale della lotta alla miseria lo stato di povertà della nostra isola. In quella giornata, la CISL sarda, pur quotidianamente impegnata a fianco dei deboli, dei diseredati, degli ultimi, ha voluto caratterizzare l'iniziativa dando risalto alla lotta contro tutte le forme di miseria, elaborando un documento presentato all'attenzione dei Prefetti dell'Isola e al Presidente della Regione. Documento che conteneva i dati statistici delle vecchie e nuove povertà, riferiti a 150.000 sardi che vivono sotto la soglia di povertà assoluta (anziani, anziani non autosufficienti, famiglie mono-reddito, disoccupati, madri sole, ecc.) e presentava le proposte per l'Istituzione dell'Osservatorio sulle vecchie e nuove povertà, norme a sostegno delle nuove povertà, interventi finanziari a sostegno dei più deboli e delle famiglie.

- d) **il 14 febbraio 2004** partecipazione alla manifestazione organizzata dalla Pastorale del Lavoro e le altre associazioni sociali e del volontariato, denominata «Giornata della solidarietà per la povertà in Sardegna», realizzata a Laconi
- e) **il 9 marzo 2004** si è realizzato un sit-in davanti al Consiglio regionale, unitariamente a CGIL e UIL, pensionati e lavoratori del comparto sanità, per rivendicare le proposte già in essere nella piattaforma della vertenza salute.
- f) **il 5 aprile 2004** la manifestazione organizzata con la pastorale del Lavoro, UIL, Acli e il Centro di servizio per il volontariato Sardegna Solidale titolata «Una bertula de aggiudus a is poburus - una bertula de adzudos a sos poberos», per chiedere nella legge finanziaria e nel bilancio 2004 della Regione Sardegna, impegni e provvedimenti contro le vecchie e nuove povertà

Il confronto con la Regione, le iniziative su esposte, quelle per la non autosufficienza, le iniziative per la tutela del reddito delle persone anziane e dei disoccupati hanno portato i primi risultati:

- ⇒ l'inserimento in finanziaria 2003 del primo intervento per la costituzione del Fondo per la non autosufficienza di 20.000 Euro ,quale risposta alle famiglie che hanno persone non autosufficienti, salvaguardando il principio della familiarizzazione e della domiciliarità dei soggetti da tutelare
- ⇒ l'abolizione totale dei ticket, ritenuto una tassa iniqua, e non giustificabile nel complesso della spesa sanitaria complessiva.
- ⇒ l'istituzione dell'osservatorio sulla vecchie e nuove povertà

Allo stato attuale il confronto con la Regione e l'Assessorato competente lascia ancora aperti i problemi relativi alle liste d'attesa, al recepimento della legge nazionale 328/00, alla riforma del sistema sanitario regionale. Solo di recente siamo venuti in possesso del testo di legge sui Servizi integrati e il Piano sanitario regionale, ancora da esaminare e confrontare. Ma ormai le elezioni sono alle porte e l'attenzione della Giunta è rivolta esclusivamente alla campagna elettorale.

Ma è nostra intenzione continuare le iniziative di lotta a difesa dei più deboli non solo sul versante della distribuzione della ricchezza ma anche sulla difesa del salario e delle pensioni.

Mantenere lo stato del confronto è certamente prioritario, non è più rinviabile intervenire su un sistema che versa in una condizione finanziaria, gestionale e organizzativa allarmante.

In un quadro sullo stato dell'inclusione sociale non possiamo ignorare due realtà importanti e delicate: immigrati e adolescenti-giovani. Il problema della qualità della vita, dell'inserimento socio-lavorativo, delle garanzie socio-sanitarie, della prevenzione antinfortunistica, della tutela dei diritti fondamentali, della casa si pone anche per loro. In particolare per quella quota, maggioritaria del resto, di 11.737 soggiornanti a fine

2002 provenienti da Senegal, Marocco, Filippine, Tunisia, Pakistan, insomma dagli stati poveri.

Per quanto riguarda adolescenti e giovani siamo all'emergenza-educativa. Le tre più importanti agenzie educative, famiglia, scuola e chiesa, attraversano momenti di crisi, mentre non si riesce a vedere rimedi che possano fermare e contrastare una certa deriva formativa. La famiglia, da sola, fatica moltissimo a reggere i nuovi impatti determinati da un'americanizzazione della società. La scuola è alle prese con mille contraddizioni. La parrocchia riesce a parlare solamente fino all'età di 13-14 anni dei ragazzi che, successivamente, si allontanano. Anche lo sport si è inquinato in un campionismo che spesso giustifica, in nome dei record e dei risultati e del denaro, anche inquietanti ricorsi al doping.

Gli episodi di bullismo, di ricorso alla violenza, di azioni in cui il branco si fa protagonista, di precoce confidenza con le armi non sono più confinati nelle periferie delle aree metropolitane, ma sono in crescita anche nei nostri centri più piccoli.

Nel 2000 sono stati denunciati per reati diversi, e per i quali l'autorità giudiziaria ha iniziato l'azione penale, 710 minorenni.

Proviamo a mettere insieme i giovani drop-out, i ragazzi senza professionalità certa, i giovani comunque tagliati fuori anche da una sola possibilità di lavoro normale, tutti quelli che affrontano la sfida della vita con il divario culturale e ambientale e avremo cifre drammatiche. Anche per questi non ci sono politiche di inclusione sociale.

Anche a questi ragazzi il sindacato deve pensare, se non direttamente, almeno impegnandosi perché la regione e i Comuni varino effettive politiche giovanili. Ma non calate dall'alto, semmai nate dal basso.

Adesso qui un'altra cosa. Non è sempre vero che i lavoratori devono pensare ai problemi dei lavoratori, gli anziani solo alle emergenze proprie della loro età e i giovani alla loro specifica condizione.

I prodigi della medicina consentono di arrivare alla pensione, e anche oltre, in buona salute. Perché confinare gli anziani a far la guardia ai giardinetti e a regolare il traffico davanti alle scuole. Ci sono ruoli e situazioni comunali in cui l'anziano può ancora dare molto ai giovani. Per esempio facendo rinascere gli oratori, promuovendo attività sportive, dando vita a centri culturali, mettendosi a disposizione per il recupero culturale e formativo dei giovani, gestendo ludoteche quando il comune non ha risorse. Su questo il mondo del volontariato e non profit può fare molto.

Una società non è evoluta se uno solo dei suoi aspetti è carente. Perciò il malessere di una parte della società fa star male tutta la società. Per questo dobbiamo farci carico,

tutti insieme, dei problemi di tutti perchè siano risolti a misura delle esigenze specifiche di un territorio.

La CISL ha fatto, e continua a fare. una battaglia per la riforma dello statuto perché nel palazzo di Via Roma arrivino veramente – ma non per gentile concessione di un consigliere o di un gruppo di consiglieri – i bisogni specifici dei comuni. Ma perché questo possa avvenire è necessario che noi – lavoratori, pensionati, giovani – si partecipi alla vita della nostra comunità locale con ruolo progettuale, propositivo, attuativo. La volontà regionale è la somma di tanti campanili che suonano campane diverse che armonizzano il suono nello spazio del territorio.

LE NOSTRE PROPOSTE

La nuova dimensione esistenziale attribuisce al concetto di salute e di benessere psicofisico una centralità nello sviluppo sostenibile e nella qualità della vita. Questa interpretazione deve tradursi in una strategia di tutela e di esigibilità del diritto alla salute, contro l'insorgenza della malattia e della disabilità, contro la povertà e il disagio sociale. L'esercizio della salute presuppone la valorizzazione delle nuove modalità di programmazione e gestione del sistema integrato dei servizi sanitari e degli interventi sociali, attraverso l'uso appropriato delle risorse (sempre più) limitate. In questo contesto deve essere attribuito un ruolo essenziale al servizio pubblico, basato su criteri di efficacia, di efficienza e di economicità, realizzando, con l'interpretazione del bisogno, un'offerta di prestazioni appropriata ed essenziale.

Per queste ragioni, la CISL sarda propone:

- 1. il rilancio della cultura della prevenzione** promovendo corretti stili di vita e una adeguata educazione sanitaria, attraverso una campagna di sensibilizzazione e informazione tesi a produrre un risparmio economico sui costi sanitari e sociali;
- 2. la rimodulazione del sistema socio-sanitario**, nel contesto della ridefinizione del ruolo della regione e delle autonomie locali, dando concretezza ad un modello universalistico e solidale;
- 3. l'approvazione del Piano sanitario regionale** quale strumento strategico per il sistema sanitario, concertato con le parti sociali, capace di attivare strumenti di ricerca e di monitoraggio che contenga gli obiettivi di salute e stabilisca gli standard per garantire l'erogabilità dei LEA e la qualità delle prestazioni;
- 4. la realizzazione della dimensione territoriale** del sistema sanitario attraverso l'articolazione dipartimentale e distrettuale, che diventa il luogo dell'integrazione socio-sanitaria;
- 5. la definizione del sistema sociale** attraverso gli ambiti territoriali favorendo l'associazionismo dei Comuni quali titolari della programmazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi;

6. **l'attuazione del Piano di zona**, adottato di norma attraverso l'accordo di programma, definito con tutti i soggetti pubblici, accreditati e sociali;
7. **la definizione della struttura ospedaliera** nella concezione di rete integrata dei presidi ospedalieri, basata sull'intensità della cura, della specializzazione clinica e sulla qualità dell'assistenza. L'elemento strategico consiste nella contestualità tra riorganizzazione ospedaliera e la determinazione dei servizi alternativi;
8. **l'eliminazione delle liste di attesa** che non devono rappresentare più una barriera al diritto di accesso ai servizi, per cui si rende necessaria la selezione della domanda, differenziando l'accesso in ragione dell'entità e dell'urgenza del bisogno, attivando le necessarie ristrutturazioni organizzative che possono ottimizzare l'offerta;
9. **favorire l'assistenza domiciliare integrata e la ospedalizzazione a domicilio** quali risposte efficaci per assicurare la continuità terapeutica;
10. **qualificare l'insieme dei saperi, delle competenze e delle professionalità** che operano nel sanitario e nel sociale.

CONCLUSIONI

La CISL sarda ritiene perciò fondamentale l'obiettivo della crescita non solo per ripartire maggiore ricchezza, ma anche per tenere alti i livelli di tutela sociale. La progettualità politica e la nuova questione sarda necessitano oggi di una forte dimensione programmatica e di una capacità attuativa eccezionale. Il problema vero e prioritario che si ha di fronte, ancora prima della razionalizzazione della spesa e dei tagli, riguarda proprio la politica redistributiva, i soggetti che è necessario tutelare, i presidi territoriali che comunque bisogna garantire, in un'ottica di riequilibrio e di giustizia sociale, sul versante dei diritti primari come la sanità e l'assistenza.

Lo stato sociale che vogliamo è ambizioso, diffuso, efficace. Le politiche socio-sanitarie devono essere parte integrante della strategia dello sviluppo equilibrato che, solo con il miglioramento delle condizioni materiali e immateriali del vivere individuale e collettivo, può essere complessivo e duraturo.

Il diritto alla salute deve diventare una priorità nei progetti dello sviluppo locale, per questo chiediamo che la nuova Giunta regionale renda visibile un impegno adeguato alle emergenze in corso sui temi del lavoro e dello sviluppo, progetti che ancora ritardano nella loro attuazione e che debbono essere, comunque, segnati da una forte caratterizzazione e attenzione alle politiche per la salute. Per questo proponiamo un «Patto per la Salute» tra contraenti che rispettano gli impegni, che vogliono governare un sistema complesso qual è quello socio-sanitario-assistenziale con l'apporto e la partecipazione degli Enti locali, delle rappresentanze sociali e del volontariato.

Chiediamo perciò di confrontarci con la nuova giunta regionale che deve garantire continuità, concretezza e operosità, sia in sede concertativi che come maggioranza nella produzione legislativa.

Vogliamo una regione moderna, capace di competere e di assicurare a tutti, in particolare ai più deboli, benessere e condizioni di buona vita, a partire dalla nascita fino alla vecchiaia.