

“DONNE E CONTRATTAZIONE”



Alessandria, 18 novembre 2010

INDICE

PREMESSA

IL PROGETTO

LE RELAZIONI:

La negoziazione e la contrattazione territoriale: ruolo e impegno dello SPI

Relazione a cura di Sergio Perino – Segretario Generale Spi Piemonte

La negoziazione sociale territoriale negli statuti CGIL e SPI

Relazione a cura di Giovanna Salmoirago – Segreteria Regionale Spi Cgil

Il Distretto

A cura di Mario Borgna – Responsabile Sanità Cgil

Curare, curarsi, farsi curare: un difficile equilibrio di diritti non ancora esigibili

Nota a cura di Giovanna Salmoirago – Segreteria Regionale Spi Cgil

Il Sistema dei servizi per gli anziani

Relazione a cura di Elisabetta Mocca – Ricercatrice Ires – Cgil

LE ESPERIENZE TERRITORIALI:

Dalla teoria alla pratica

Relazione a cura di Maria Paola Assali, per il Coordinamento Provinciale Donne Spi Novara

I Servizi Socio sanitari nella provincia di Biella

A cura di Claudia Bergesio – Responsabile del Coordinamento Provinciale Donne Spi Biella

L'esperienza nel Vercellese

A cura di Rosanna Gaietta - Responsabile del Coordinamento Provinciale Donne Spi Vercelli

MATERIALI:

Lucidi elaborati da Elisabetta Mocca

PREMESSA:

Dalle nostre discussioni e dalla ricerca del coordinamento regionale ***“I coordinamenti donne dello SPI come strumento di concreto rinnovamento”*** emerge, in modo deciso e forte, la richiesta di inserire le rappresentanti dei coordinamenti donne nelle delegazioni trattanti per:

- Essere effettivamente più incisive nelle politiche di genere;
- Richiedere i dati disaggregati per genere ed esaminare le possibili ricadute;
- Mettere in atto le percentuali richieste dallo statuto utilizzandole anche per la contrattazione;
- La contrattazione, se esercitata, può rappresentare un forte elemento di riscatto per le donne e per le politiche delle donne;
- Il senso di concretezza delle donne può contribuire ad una lettura qualitativa degli accordi.

La responsabile regionale con quella di area metropolitana dei coordinamenti donne hanno partecipato ad un corso nazionale suddiviso in tre moduli di due giornate ciascuno dal titolo:

“Coniugare uguaglianza a libertà” sulla contrattazione sociale.

Le responsabili regionali sono state invitate a riprodurlo nei vari contesti territoriali provinciali e di lega.

Dal corso è emerso :

- La concertazione rischia di diventare un rituale, che assorbe energie e porta risultati scarsi se manca il contatto diretto e l’attivazione dei soggetti da rappresentare;
- Le donne sono soggetti innovatori perché sono costrette, nella vita quotidiana a far fronte a situazioni diverse e proprio per questo sono portate a trovare soluzioni innovative;
- La contrattazione sociale è un processo complesso che parte da una conoscenza approfondita del territorio e dei suoi bisogni, per promuovere iniziative condivise (piattaforma partecipata);

- Emerge da parte di tutte le corsiste, nei lavori di gruppo, la necessità di partire dalla lega e dal territorio per riportare rappresentanza e politica vicino ai bisogni delle persone.

Ai lavori è intervenuta anche ***Carla Cantone***, in particolare:

- per la contrattazione occorre la conoscenza del territorio, ma per le donne la scommessa per diventare protagoniste vuol dire “esserci per i temi che affrontiamo”;
- pretendere di ripristinare diritti e valori per una società per tutte le età;
- le donne dello Spi hanno un ruolo importante per sviluppare la contrattazione sociale, ma i temi che le riguardano non entrano nella contrattazione e non entrano nelle politiche;
- occorre far capire alle persone le cose a partire dal merito;
- occorre sviluppare quadri femminili che partano dal “basso” con un modo di lavorare diverso.

Da piattaforma unitaria Pensionati del Piemonte:

- Il territorio *dovrebbe diventare* un forte riferimento per l’assistenza, la cronicità le patologie a lungo decorso, attraverso una forte personalizzazione e umanizzazione delle prestazioni;
- Dobbiamo trovare, valorizzare e praticare, nella contrattazione socio-sanitaria “forme più efficaci di relazioni concertative, che sembrano mancare in questa fase”;
- Il sindacato unitario dei pensionati è in grado di fornire attraverso le leghe, importanti risposte in tema di diritti di cittadinanza sia in termini di informazione che in termini di tutela; assume un ruolo importante nella rappresentanza dei bisogni complessi di cui sono portatori soggetti in particolari situazioni di fragilità, quali anziani non autosufficienti, cronici, spesso in situazioni di povertà culturale, materiale e familiare;
- **Diversamente dalle associazioni e dal terzo settore, quella sindacale è una rappresenta diffusa, generale che esercita il proprio ruolo attraverso azioni**

rivendicative, che hanno caratteristiche confederali (nelle forme previste dalle normative di legge);

- Il fine è quello di tutelare, all'interno di progetti di integrazione sociale, la condizione e il ruolo degli anziani e dei pensionati. Le leghe rappresentano delle strutture territoriali di prossimità rispetto ai bisogni della popolazione e possono, per questo, (coordinando le azioni sia in modo orizzontale che verticale regionale, provinciale, comunale) svolgere un ruolo strategico per integrare e promuovere le attività vertenziali;
- La funzione di **monitoraggio territoriale**, attraverso le leghe del sindacato dei pensionati, sugli esiti degli accordi e le valutazioni nel contesto locale di riferimento (Asl, distretto, Ente Locale, Consorzi socio-assistenziali) può attivare un processo di miglioramento qualitativo della contrattazione territoriale;
- La lega costituisce **un presidio attivo per il territorio** e può favorire forme di partecipazione degli utenti o dei loro familiari. A tal fine si possono individuare forme di partecipazione diretta dei cittadini es. comitati di gestione nei servizi che prevedano forme di rappresentanza (es. centri diurni, residenze assistenziali ecc.), rompendo l'autoreferenzialità delle istituzioni che erogano servizi.

Infine il progetto curato **dall'IRES-CGIL per il potenziamento delle cure domiciliari**, che abbiamo condiviso con la CGIL, prevede un percorso metodologico di *ricerca partecipata*, in cui i coordinamenti, rispettando le varie realtà territoriali possono inserirsi:

- la progettazione deve essere condivisa
- è previsto un percorso di affiancamento alla contrattazione territoriale in materia di servizi domiciliari per anziani
- sarà attuata una formazione sul campo e trasferimento delle conoscenze

IL PROGETTO:

Quelle elencate sono alcune delle ragioni che possono costituire la premessa al progetto, discusse con le responsabili dei coordinamenti donne di Biella (Claudia Bergesio), Vercelli (Rosanna Gaietta), Novara (Paola Assali), V.C.O. (Caterina Festa) e la Responsabile Regionale (Giovanna Salmoirago).

“Donne e contrattazione”

A cura dei Coordinamenti donne di Biella, Vercelli, V.C.O. e Novara.

Le ragioni del percorso progettuale:

- ❖ Individuare attraverso le responsabili dei coordinamenti provinciali compagne che si possano “appassionare della contrattazione”;
- ❖ Fare acquisire consapevolezza rispetto al tema della contrattazione socio-sanitaria;
- ❖ Stimolare la partecipazione attiva, costituendo un gruppo di “interesse” in tema di diritti, che verrà coinvolto, con il contributo delle responsabili provinciali, regionali (formazione e coordinamento) negli approfondimenti successivi;
- ❖ Prepararle all’assunzione di ruoli di responsabilità, prevedendo il loro inserimento nelle delegazioni trattanti;
- ❖ La necessità di “inquadrare” attraverso un percorso concreto le lacune della contrattazione, per puntare al superamento delle criticità e migliorare con i soggetti stessi i temi del percorso;
- ❖ Puntare alla creazione di un gruppo qualificato al femminile, che garantisca: presenza, continuità (inserendosi nei modelli gestionali già presenti nelle leghe), ascolto attivo, informazione a rete, attivazione ed esigibilità delle tutele in tema di diritto socio-sanitario.

Le destinatarie

- ✓ Il progetto è pensato per le compagne che operano nelle leghe, anche se non hanno assunto responsabilità di direzione;
- ✓ Le corsiste saranno individuate in accordo con le responsabili dei coordinamenti donne provinciali e con le strutture di riferimento;

Il percorso

I territori coinvolti sono per ora (BI, VC, NO, V.C.O). Il percorso progettuale è agevolmente trasferibile in altre province rispettando le contestualità territoriali in ambito di contrattazione socio-sanitaria.

Si prevedono momenti di approfondimento comuni, lavori ed approfondimenti specifici territoriali.

Il corso è strutturato in moduli brevi; prevede 4 giornate in una sede comune (si è individuata quale sede la scuola Alberghiera di Gattinara situata in una posizione centrale rispetto al territorio di riferimento).

La comunicazione e la modalità di lavoro sarà di tipo orizzontale perché occorre “ tirare fuori in maniera induttiva le necessità”.

Sono previsti dei momenti quali: raccolta di documentazione comune, legata al tema delle cure domiciliari, che svolgeranno le corsiste oltre che studi di casi.

L'approfondimento serve a far assumere alle donne un ruolo attivo rispetto al progetto in corso con l'IRES oltre che fornire un contributo qualitativo alla ricerca – partecipata.

I contenuti dei moduli:

1. giornata sede Gattinara:

La negoziazione e la contrattazione territoriale: ruolo e impegno dello SPI. Definizioni e problemi: a cura di *Sergio Perino* (Segretario Generale SPI Piemonte) per il **7 novembre 2008**

2. giornata sede V.C.O.:

La persona e i suoi diritti nella legislazione socio-sanitaria. Un percorso a partire dalle leggi sull'assistenza nazionali e alle regionali: a cura di *Giovanna Salmoirago* (Responsabile coordinamento donne Spi Regionale e contrattazione socio-sanitaria Spi Regionale).

I servizi di integrazione socio sanitaria a partire dal distretto a cura di *Mario Borgna* (Responsabile Dipartimento Welfare della CGIL Regionale).

11 novembre 2008

3. giornata - sede Gattinara:

Dalla teoria alla pratica: Il rapporto tra norme, ricerca e la contrattazione territoriale attraverso un tema specifico es. cure domiciliari. A cura di *Giovanna Salmoirago* e *Elisabetta Mocca* (ricercatrice IRES CGIL Piemonte).

26 novembre 2008

4. giornata - sede Gattinara:

Ascolto e processi di innovazione nella contrattazione sociale, curato dalle partecipanti. Si riporteranno i risultati dei lavori che saranno discussi con i segretari Generali dei rispettivi territori di riferimento (*Sergio Bertinazzi, Brancato Carmela, Girelli Ottorino e Marco Simonelli*) e con *Celina Cesari* – Segreteria Nazionale dello SPI e responsabile della contrattazione socio-sanitaria.

LE RELAZIONI

LA NEGOZIAZIONE E LA CONTRATTAZIONE TERRITORIALE: RUOLO E IMPEGNO DELLO SPI

Relazione a cura di Sergio Perino – Segretario Generale dello SPI Piemonte

Sentire le esperienze delle persone è già una scuola. Rappresenta indubbiamente un fatto positivo conoscersi, nei direttivi non è possibile rappresentare queste esperienze e livelli di conoscenza.

Difficile fornire definizioni univoche riguardo la “contrattazione sociale” che può essere definita un “oggetto abbastanza misterioso” conosciuto da pochi. Se si fosse provato a fornire di carta e matita dei sindacalisti e li si fosse invitati a scrivere la definizione, probabilmente, la maggior parte avrebbe consegnato in bianco il foglio. (Io stesso l’avrei fatto anche da segretario Generale dei tessili!). Lo scarto di conoscenze tra quando si lavora in categoria e si arriva allo Spi è notevole. Ritengo che sul tema della contrattazione siamo sulla strada giusta soprattutto dopo la nostra conferenza di organizzazione: la Cgil deve diventare un’organizzazione che si sposta su territorio, non ci sono alternative, altrimenti può chiudere.

Contrattazione e legame con territorio:

La contrattazione è indissolubilmente legata al territorio, è il territorio che dà “gambe” alla contrattazione. Costituisce un processo che deve partire dal nazionale, al regionale per arrivare al locale; gli accordi si possono definire dei “patti” che hanno bisogno di traduzione, di visibilità e di confronto con le persone che il territorio lo vivono.

Cosa rappresenta per lo SPI la contrattazione?

Non esiste una gerarchia che stabilisce quale sono le attività più importanti, tra ad. es i servizi della CGIL quali il CAAF l’INCA e la contrattazione. Si può però affermare che “Se vuoi essere un sindacato devi contrattare”. Abbiamo cominciato a farlo soprattutto con gli Enti Locali. Si sono raccolti circa 500 accordi si deve imparare a metterli a disposizione, si sta costruendo un archivio sulla contrattazione, attraverso l’Osservatorio

che ha la funzione di raccogliere i testi, metterli insieme, elaborarli. Solo però dalla capacità di confronto con il territorio si possono trovare strategie per il miglioramento. La contrattazione sociale può rappresentare per quello che si ottiene riguardo ai servizi sulle relative tariffe, molto di più di un aumento salariale. Occorre però arrivare ad una maggiore visibilità sia all'esterno che all'interno della nostra organizzazione.

Chi fa la contrattazione?

Stabilire di quanta autonomia disponiamo non è così chiaro, gli statuti rappresentano formalmente un livello ideale, probabilmente non siamo a quello che vorremmo fosse. La CGIL fa la contrattazione, che riguarda anche i Pensionati. È la struttura confederale che assume i bisogni che hanno gli anziani per affrontarli, insieme a quelli, di tutti i cittadini. Capita poco che si "litiga con la CGIL" perché spesso gli obiettivi sono comuni, quale quello di tutelare gli utenti dei servizi. La F.P. rappresenta ovviamente un sindacato più di parte che deve necessariamente fare accordi le cui ricadute rappresentino gli interessi dei propri associati. Non siamo ancora a livello di sintonia tra le politiche degli utenti e degli operatori, è un processo lungo. Le altre categorie spesso non capiscono cosa stai facendo, solo quando sono toccati da eventi personali, es. nascita figlio e posto all'asilo nido, o non-autosufficienza e posti letto nei servizi, si accorgono che esiste questo tipo di contrattazione.

Il fenomeno di "deragliamenti". La separazione tra diritto del lavoro e diritti sociali e la loro mancata integrazione sta provocando dei veri e propri "fenomeni di deragliamenti" anche al nostro interno, quali: le polizze assicurative, le mutue aziendali e quelle integrative. Paradossalmente più lavoriamo per tutelare la sanità pubblica, per estendere i servizi pubblici, più otteniamo quasi l'opposto. Sono stato un dipendente Olivetti; quando lavoravo l'azienda ci tratteneva lo 0,15% dalla busta paga e ne versava il 30%. I dipendenti Olivetti disponevano di un servizio sanitario quasi equivalente a quello svedese, compreso il diritto di farsi curare a Lione; i figli, le figlie e le mogli dei dipendenti potevano esibire la dentatura più sana e brillante del resto del Piemonte!

Il ruolo forte che deve esercitare la CGIL è quello di mettere insieme tutte le categorie .

Di quale contrattazione parliamo? Definizione della contrattazione/negoziazione sociale.

Spesso usiamo la parola contrattazione anche per definire quella sociale, ma in un certo senso si sbaglia. Quando parliamo di contrattazione ci riferiamo di più a quello che attiene

gli assetti contrattuali che regolamentano sia i rapporti individuali che collettivi di lavoro, richiama di più il modello contrattuale riferito al rapporto di lavoro, con la contrattazione di primo e secondo livello, la capacità di rappresentanza dei lavoratori ecc. La contrattazione sindacale ottiene dei risultati validi, ovviamente modificabili, definiti in un contratto e che sono esigibili dal punto di vista giuridico. Negli anni il sindacato ha fatto valere il concetto, soprattutto grazie allo SPI, che la contrattazione non si dovesse chiudere all'interno dell'ambito di lavoro, ma si proiettava nelle condizioni sociali esterne quali ad es. quelle dei servizi sociali, educativi, della sanità, casa, trasporti ecc. Il sindacato ha così sostenuto che anche le politiche sociali richiedono sedi di incontro, confronto, processi di concertazione, costruzione di piattaforme, accordi. Le politiche sociali assumono però la caratteristica dell'universalità perché sono conquiste che riguardano i diritti comuni dei cittadini. Si dovrebbe più propriamente definire negoziazione sociale più che contrattazione, perché la negoziazione è quell'azione del sindacato mediante la quale si persegue uno scopo sociale e universale. Spesso però se i contenuti dei protocolli di negoziazione non si traducono in atti direttamente deliberativi ed esigibili.

Da qui la necessità che all'atto negoziale faccia seguito l'assunzione da parte delle istituzioni (regione, Provincia, Comuni, ASL ecc..) di un vero e proprio *obbligo giuridico*, attraverso un procedimento legislativo o amministrativo.

La contrattazione sociale è un po' più complicata di quella aziendale, perché gli interlocutori sono le pubbliche amministrazioni e i beneficiari sono i cittadini.

Diversa è la contrattazione con la Regione con cui si è svolta una vera e propria concertazione che è durata più di un anno e che si tradotta con il "Patto per lo sviluppo". Altro esempio di concertazione è stato il protocollo su welfare del 23 luglio 2007.

Rappresentanza e territorio.

Le politiche delle amministrazioni, in particolare le politiche di bilancio, incidono in modo determinante sulle condizioni di vita per l'attivazione dei diritti di cittadinanza.

Obiettivo della nostra contrattazione è di coinvolgere il territorio rispetto alle condivisioni delle nostre strategie e delle nostre scelte. Il confronto sugli indirizzi e sulle scelte dell'amministrazione avviene con la concertazione, metodo per valutare i bisogni, individuare obiettivi, priorità scelte condivise ecc. Tuttavia le Amministrazioni pubbliche non sono obbligate a considerarti un interlocutore per contrattare le richieste del sindacato Confederale e dei Pensionati. Non è detto che si arrivi ad un accordo, a volte ci sono enti locali ed istituzioni che non ci ricevono neppure nonostante lettere e solleciti. Esiste infatti un problema di rappresentanza diffusa su territorio che non è l'azienda ma

sono altri soggetti. Ci possono essere associazioni quali artigiani, commercianti, le nostre rispettive categorie ad es. riguardo gli orari degli esercizi commerciali.

L'Auser con altre associazioni di volontariato per trattare le convenzioni; tutti ci provano; noi però rappresentiamo con il senso confederale tutti i cittadini, indipendentemente dalla singola condizione o categoria di provenienza. I bisogni degli anziani, le tutele hanno una valenza diffusa su un territorio dato. Noi li rappresentiamo, cerchiamo di farlo al meglio cercando anche degli strumenti di verifica adeguati attraverso, incontri, assemblee direttivi. Far conoscere le nostre politiche di tutela al territorio, ai lavoratori e ai pensionati è una necessità perché è come se difendessimo un" salario sociale" fatto di prestazioni assistenziali, sanità, retta d'asilo nido ecc. Sono voci di spesa che incidono sul reddito e sulle condizioni di vita delle lavoratrici, dei pensionati e delle famiglie. Costituisce una fetta consistente del cosiddetto salario da lavoro dipendente. Non gestiamo servizi, come possono fare le organizzazioni no-profit e questo ci permette di valutare i risultati senza essere autoreferenziali.

I protocolli di relazioni sindacali, non sono quindi atti inutili ma costituiscono il riconoscimento di questa forma di rappresentanza e le mobilitazioni territoriali, assemblee, tutte le forme possibili di partecipazione consapevole e attiva, modalità per verificarne l'efficacia.

I livelli della contrattazione:

La contrattazione regionale

La contrattazione provinciale (per Piani di Zona)

ASL con distretti e Consorzi del socio-assistenziale.

Rappresenta la parte che si deve sviluppare di più della nostra contrattazione perché è quella del territorio dove si decidono e si erogano i servizi alla persona, e si esplicano i diritti di cittadinanza, con molti dubbi riguardo alla loro esigibilità grazie all'attuale governo.

Dopo una lunga discussione sul Piano Socio Sanitario, ci si deve attivare nei territori. Che sono stati definiti da agglomerati, composti da ASL, abbastanza recenti. Dobbiamo evitare che si scarichino addosso ai cittadini costi e disfunzioni improprie, ma mettere tutti nelle condizioni di poter accedere con equità e parità di accesso ai servizi.

Enti locali. Rappresentano il livello in cui si è concentrata la nostra contrattazione e su cui dobbiamo impegnarci maggiormente.

In particolare sui seguenti contenuti:

- difesa del potere d'acquisto e delle pensioni;
- ottenere, con le nostre battaglie che gli investimenti ottenuti per la spesa sociale non scendano, ma anzi che si aumenti la soglia viste le nuove povertà;
- evitare le consulenze e stabilizzare il personale precario;
- combattere l'evasione fiscale;
- applicazione del " Protocollo ANCI e sindacati sull'ISEE" per l'applicazione delle tariffe sociali e la compartecipazione;
- metodologie di lavoro nuove anche attraverso l'Osservatorio che puntino alla qualità e al miglioramento della contrattazione poiché la negoziazione, non essendo un contratto, non è sempre garantita ma deve essere " presidiata " sul territorio;
- riprendere con forza la battaglia e le politiche della casa (es. solo il 40% dei Torinesi è proprietario il resto no, cosa prevedere per il sostegno agli affitti, il problema degli sfratti ecc.);
- Il comune e la contrattazione sanitaria : ruolo del sindaco quale responsabile della salute e costruzione attiva dei percorsi previsti dal Piano socio-sanitario.

I tempi della contrattazione

Occorre conoscere i la tempistica per rendere più incisiva ed efficace la nostra contrattazione. Riferendomi alle scadenze degli enti locali ci sono tre scadenze importanti: il bilancio preventivo che deve essere approvato di norma al 31 dicembre di ogni anno (di solito la scadenza viene prorogata con la finanziaria a marzo dell'anno dopo); il bilancio consuntivo entro il 30 giugno; il bilancio di assestamento entro il 30 novembre.

Come si fa la contrattazione?

La stesura dei punti in una piattaforma, indicando le priorità i contenuti, modalità ecc. con un confronto unitario. Piattaforma che deve essere calata nel territorio dove si mettono in fila le questione e se ne possono trovare di aggiuntive e peculiari. Ovviamente i livelli di contrattazione dal nazionale, al regionale al locale devono essere in sintonia per avvalorare il senso di appartenenza e la condivisione della strategia e dei contenuti.

Perché occorre prevedere la costruzione di piattaforme rivendicative territoriali? Principalmente perché i beneficiari sono i cittadini che devono in qualche modo essere

coinvolti, resi partecipi delle nostre richieste, e di cui ci serve l'appoggio per rendere più incisive le nostre richieste di tutela del potere d'acquisto, sulla certezza delle prestazioni sanitarie, sociali, evitando forme di compartecipazione eccessive e improprie.

Se le amministrazioni non ci convocano le risposte sono quelle della mobilitazione con una diffusione a tappeto delle nostre richieste a mezzo giornalini, direttivi, assemblee, diffusioni con volantini da mercato a centro di incontro. Non sono passaggi per niente scontati occorrono a volte grossi sforzi di mobilitazione, di controinformazione organizzati sul territorio.

Un buon esempio di comunicazione e trasmissione del messaggio è rappresentato dalla piattaforma della Valsessera.

Ultimi due punti:

Legga, donne e contrattazione.

La lega rappresenta per noi il luogo più vicino alla nostra gente e può svolgere una funzione importantissima per permettere e allargare i processi di partecipazione.

Si colgono le sensibilità migliori del territorio.

Le trattative non possono tradursi in "processioni" che si allungano all'infinito. Vanno istituiti e devono assumere sempre più importanza i "Coordinamenti Donne di lega" che possono funzionare come stimolo alla contrattazione. La contrattazione ha bisogno di capire, tradurre l'evoluzione dei bisogni del territorio, ottenendo dei risultati concreti che facciano "star bene" le persone. Non servono accordi "fotocopia" riproducibili in ogni contesto; se vale questa regola significa che non sono efficaci. Protagonisti della contrattazione non sono solo gli "specialisti", ma occorre che ci siano anche rappresentanti del coordinamento di lega, meglio esserci anche se spesso non ti fanno parlare compresa la presenza delle donne.

Le donne dello Spi, attraverso i coordinamenti, hanno acquisito una consapevolezza sulla materia, e la capacità di esercitare un ruolo di cui non dispongono altre categorie. Ritengo che i coordinamenti continuino ad essere uno strumento utile per far crescere sensibilità e consapevolezza utile per la CGIL nel suo insieme.

Serve forse ricordare che gran parte della contrattazione ha a che fare con il ruolo delle donne, poiché gran parte di loro svolge il ruolo di cura quindi possiamo ritenere che più servizi ci sono più si fa del bene alle donne. Quando citiamo la contrattazione di genere sarebbe utile collocarla in un contesto più generale che è quello del bilancio sociale.

La donna è anche quella che vivendo più a lungo, rischia di rimanere da sola, con problemi di cura e con poco reddito a disposizione. Molte delle povertà sono povertà di donne anziane, vedove e sole; il Piemonte è particolarmente ricco di queste condizioni.

Il tema dell'unità sindacale.

Dobbiamo avere la consapevolezza e la coscienza che stiamo attraversando un momento particolarmente difficile per la nostra organizzazione, momento che ci vede molto esposti nei confronti di questo governo. Rispetto ai rapporti con gli altri sindacati confederali due sono le cose discordanti e su cui voglio farvi riflettere.

La prima: la coerenza L'unità si può ottenere quando si è leali con i percorsi, i processi ma rispetto a quello che si scrive sulle piattaforme; non si devono mai usare "trucchetti" se si sottoscrivono delle piattaforme bisogna essere coerenti con quello che si scrive, non cambiare idea perché è cambiato il governo.

Ci eravamo lasciati con CISL e UIL con la sottoscrizione di un testo approvato dai rispettivi direttivi unitari a maggio di quest'anno, sul modello contrattuale dal titolo "Linee di riforma della struttura della contrattazione". L'impegno era di tenere insieme due terreni complementari e interdipendenti: quello generale che deve garantire un welfare solidaristico ed efficiente e il sistema contrattuale su due livelli per tutelare il potere di acquisto delle retribuzioni e per la redistribuzione della produttività.

La seconda e ultima questione è costituita dalla necessità di confermare, di far conoscere la nostra linea perché gli altri stanno scommettendo su un altro modello di sindacato. Bisogna reggere una sfida difficile, è un momentaccio per la CGIL, ma in generale per tutti, se non ci riusciamo sarebbe un disastro non solo per i lavoratori ma anche per i diritti di tutti i cittadini.

LA NEGOZIAZIONE SOCIALE TERRITORIALE NEGLI STATUTI CGIL E SPI

Relazione a cura di Giovanna Salmoirago – Segreteria Regionale Spi Cgil

Mi interessa focalizzare la vostra attenzione su alcune questioni che vanno sempre tenute in considerazione e tenute a mente, in particolare per chi come voi sperimenterà la pratica della negoziazione sociale; partiamo prima di tutto dalla definizione del territorio, come di solito amano fare i sociologi.

Il territorio definito come sistema sociale composto da soggetti individuali o collettivi che vanno considerati prima della trattativa; sono i cosiddetti attori sociali, occupano delle posizioni e interagiscono mediante comportamenti, azioni, attività di natura specifica (economica, politica, educativa, religiosa, sportiva ecc.)

Possono essere soggetti individuali o enti le associazioni profit e non profit; è importante stabilire prima dell'incontro quali sono i protagonisti da coinvolgere, i portavoce di quella dimensione territoriale.

La visione dinamica del territorio, perché i soggetti costruiscono delle relazioni, relativamente stabili, delle trame, occupano uno status (nell'accezione di chi occupa una posizione sociale) esercitano dei ruoli.

La stratificazione sociale o meglio la disposizione oggettiva o la classificazione soggettiva, dall'alto al basso o viceversa. Le posizioni sociali occupate dagli individui formano degli strati sociali che si distinguono per l'ammontare di ricchezza, di potere, di prestigio. In generale, i cosiddetti soggetti deboli (anziani non autosufficienti, disabili, immigrati, tossicodipendenti malati oncologici, ecc.) hanno meno potere degli altri cittadini perché hanno comunque subito una perdita e occupano per definizione una posizione inferiore. Non vengono generalmente accettate come persone con differenze ma discriminate in partenza. La stratificazione sociale è una delle forme principali di disuguaglianza.

Il concetto di disuguaglianza.

Rappresenta una condizione in cui gli individui non hanno uguale accesso alle ricompense sociali. In linea di principio qualunque cosa abbia un valore e sia considerata relativamente scarsa può essere utilizzata come ricompensa, alla quale gli individui possono avere accesso

in modo disuguale. I sociologi concordano nel riconoscere che la disuguaglianza è diffusa ovunque, ma sono in disaccordo circa le cause che la originano. Senza entrare nel merito delle varie teorie, non ci interessa neppure, gli studiosi concordano nel ritenere che la collocazione dell'individuo nella stratificazione sociale, interessa e coinvolge ogni aspetto della nostra vita. Comportamenti, atteggiamenti, ideologie, credenze religiose e valori politici sono altamente connessi e influenzati dall'appartenenza sociale. A differenza di quello che accadeva negli anni '70, in cui le classi erano definite in modo più netto, (o almeno così sembrava!), si pensi al ruolo esercitato dalla classe operaia attraverso i consigli di fabbrica, oggi le distinzioni tra gruppi e individui sono più ambigue, difficilmente definibili e mescolate dalla globalizzazione.

La difficile “ lettura” dei bisogni.

Per chi assume, come il sindacato, il ruolo di rappresentare interessi che si ritengono collettivi, diventa indubbiamente più difficile la lettura dei bisogni. Pensiamo al ruolo esercitato dai mass-media nel trasmettere le informazioni. Diventa quasi impossibile riuscire in modo autonomo “farsi un'idea sull'evento”. Spesso non abbiamo più una percezione diretta della realtà, ma ci viene fornita direttamente una sua rappresentazione o distorsione della sua rappresentazione. Ci sono partiti politici che sono riusciti a creare delle “identità finte”, creando stati indipendenti come la Padania o a trasmettere messaggi così superficiali che fino a qualche anno fa si sentivano per fortuna solo al bar.

Vi riporto alcuni brani significati, per rafforzare meglio questi concetti, tratti da “Messaggi poco sociali. L'ambiguo linguaggio della comunicazione nell'età contemporanea” - di Ferruccio Ferrante e Francesco Marsico capitolo terzo, tratto dal testo: “Vite fragili - Rapporto 2006 su povertà ed esclusione sociale in Italia. Caritas Italiana – Fondazione Zancan ed Il Mulino”.

“In questi anni la passione tutta anglosassone per un linguaggio “politically corrent”, che in teoria avrebbe dovuto rafforzare le tutele –quantomeno quelle linguistiche- delle minoranze, non ha saputo evitare il fenomeno di paradossali e inquietanti slittamenti semantici o di significato che di fatto stanno ridisegnando l'universo concettuale del sociale.... Gli esclusi non sono in realtà un male inevitabile e casuale, ma vengono generati e incrementati da scelte precise. In nome di queste scelte non se ne parla più e si preferisce parlare di bisognosi. ... Allo stesso modo non si parla più di diritti di cittadinanza , che vengono così stravolti e annegano nel calderone dei diritti individuali. La politica, che dovrebbe dare una gerarchia a questi diritti, finisce per volare basso, ridursi,

quando va bene ad una serie di programmi assistenziali, spesso delegati al privato sociale, dietro elargizioni di finanziamenti... Su alcuni temi si possono fare affermazioni del tutto contraddittorie nel raggio di pochi giorni o settimane, confidando nel fatto che pochi se ne accorgeranno.

La smemoratezza va nutrita attraverso la tecnica della semplificazione-banalizzazione, di cui soprattutto i talk-show sono cattedre permanenti di formazione, non solo per il contesto spesso leggero in cui sono inseriti, ma per la drammatica sensazione che ogni affermazione – vera o falsa che sia – abbia la stessa legittimità ad essere sostenuta, senza avere il benché minimo supporto di prova o di conferma. Verità e menzogna diventano equivalenti... Tutto è trattato con superficialità e rapidità, senza spazi per la riflessione. Nessun bisogno di memoria, di riferimenti, di continuità, tutto deve essere compreso immediatamente, tutto deve cambiare molto spesso.... In tal modo l'eccesso di informazione produce lo stesso risultato dell'assenza di informazioni: una notizia scaccia l'altra, un'immagine si sussegue all'altra, ridotta all'insignificanza e all'equivalenza"

Il territorio definito da norme collettive ma che salvaguardano la componente soggettiva ed individuale dell'utente. La classificazione dei bisogni.

Ogni persona, costituisce il fine e non il mezzo delle nostre trattative, che riguardano servizi e non prodotti finiti ed è "titolare di un progetto personalizzato" che va calibrato sui suoi bisogni, in modo integrato, tenendo conto delle sue esigenze ed aspettative. La finalità delle nostre trattativa è quella di affrancare le persone dai bisogni aumentando i loro livelli di autodeterminazione e migliorare le situazioni di dipendenza per condizioni sociali quali povertà, mancanza di relazioni familiari, di servizi ecc. La classificazione dei bisogni è molto più complessa di qualche decennio fa, o meglio ha subito molte evoluzioni dal punto di vista anche teorico. Una volta la classificazione dei bisogni, (mi scuso dell'eccessiva banalizzazione) si divideva semplicemente in bisogni primari quali l'alimentazione e secondari quali la cultura; oggi quelli che venivano definiti bisogni secondari (ad es. quello della sicurezza) diventano più importanti di quelli primari (ad es. garantire il cibo per tutti. I bisogni sociali sono in continua crescita e subiscono continui cambiamenti sia qualitativi che quantitativi; sono legati a contesti territoriali che dipendono da condizioni legate alle trasformazioni demografiche, alle modificazioni dei nuclei familiari, dai diversi modi di produrre e consumare.

La definizione di diritti sociali ripresa da Norberto Bobbio - Franco Pierandrei "Introduzione alla Costituzione"

Allo scopo di promuovere l' eguaglianza sostanziale, la nostra costituzione riconosce tutto

un complesso di diritti che di solito, si chiamano diritti sociali, per distinguerli dai diritti di libertà detti anche diritti individuali. La denominazione di diritti sociali sta ad indicare che competono al cittadino non in quanto individuo isolato e per la tutela della sua personalità fisica e spirituale, ma in quanto membro di una società e per la tutela dei suoi interessi sociali. I diritti di libertà implicano per lo Stato un *dovere negativo*, vale a dire il dovere di astenersi dall'intervenire nella sfera di libertà di volta in volta garantita ; ad es. il diritto alla libertà di stampa implica un comportamento omissivo cioè di astenersi da emanare leggi restrittive.

I diritti sociali implicano un *dovere positivo*, vale a dire il dovere di dar vita a tutte quelle istituzioni che consentono la pratica esplicazione dei diritti riconosciuti, ad es. costruire scuole per rendere esigibili il diritto all'istruzione.

Solo esigendo investimenti di qualità sui servizi si arrivano a rimuovere le cause che provocano l'esclusione sociale (ad es. non basta l'assegno di maternità se poi non si costruiscono gli asili nido; in questo caso la mancanza di offerta di servizi rappresenta un serio ostacolo alla ricerca del lavoro per la donna).

La gratuità dei servizi essenziali, quali la sanità, l'istruzione, da garantirsi attraverso i livelli uniformi ed essenziali di prestazioni, rappresenta una condizione irrinunciabile per garantire la difesa e la realizzazione dei principi contenuti nei nostri statuti; ultimo baluardo da difendere per evitare lo sdoppiamento tra servizi per poveri e servizi per ricchi.

A partire dagli anni 60' uno studioso importante, sui temi del welfare, quale **T.R. Marshall** scriveva: "*Quando un servizio gratuito, come nel caso dei servizi sanitari viene speso da un gruppo di reddito limitato all'intera popolazione, l'effetto diretto è in parte quello di accrescere la disuguaglianza fra redditi spendibili, sia pure con le correzioni dovute all'incidenza fiscale, perché i componenti delle classi medie che di solito pagavano il medico, si ritrovano a disposizione questa parte di reddito da spendere altrove.*

Mi sono mosso con molta cautela su questo terreno molto scivoloso con il proposito di sostenere una proposizione: l'estensione dei servizi sociali non è in prima istanza un mezzo per livellare i redditi. In certi casi può portare a questo risultato, in altri no .

La questione è relativamente poco importante; essa appartiene a un settore diverso dalla politica sociale. Ciò che importa è che vi è un generale arricchimento della sostanza concreta della vita civile, una riduzione generale del rischio e dell'incertezza, un livellamento tra i più fortunati e meno fortunati, in tutti i settori: fra sani e malati, occupati e disoccupati, vecchi, le persone attive, scapoli e capi di famiglie numerose.

Il livellamento non avviene tanto fra le classi quanto tra gli individui nell'ambito di una

*popolazione che viene trattata adesso a questa fine come se fosse una classe sola. **L'uguaglianza di status e più importante dell'uguaglianza di reddito.***"

Dopo questa lunga premessa che però ritenevo indispensabile per definire sia la nostra appartenenza sia il processo che avviamo insieme, che non si conclude di certo in queste giornate, cerchiamo di immergerci nella lettura degli statuti.

Gli statuti sono da ritenersi un sistema di scatole dalla più piccola alla più grande, che racchiudono contenuti essenziali che a loro volta, letti, ci rimandano ad una visione delle problematiche, con significati che si espandono a cerchi concentrici come un sasso gettato nell'acqua. Partiamo ad es. dai primi articoli, di entrambi gli statuti che rivendicano la piena tutela dell'identità culturale ed etnica di ogni popolo, il valore della solidarietà in una società senza privilegi e discriminazioni, la pace tra i popoli come bene supremo dell'umanità; temi che ci rimandano alle convenzioni ONU, alla Carta dei diritti Europei alla Costituzione italiana di cui gli statuti ne propugnano la piena attuazione.

Proprio perchè i contenuti dei nostri statuti sono delle essenze non dei profumi, che lasciano trasparire una storia, un moto anche sofferto per arrivare a concentrare dei significati, tagliandone magari altri, ma lasciandoli lo stesso intravedere, *non è consigliabile leggerli tutti in una volta ma saperli dosare come un libro per noi caro*, che teniamo a portata di mano.

I principi costitutivi coincidenti in entrambi gli statuti: nei primi articoli traspare il senso di un sindacato generale, organizzato, a vari livelli, con la garanzia di estensione piena delle tutele, indipendentemente dalla condizione delle persone, senza distinzioni di sesso, di razza, religione o di opinione.

Ci comunicano il senso di pienezza e di estensione della tutela, accompagnato dal profondo rispetto del rispetto dell'identità culturale ed etnica di ogni popolo.

Il valore della solidarietà è un tema centrale, in una società senza privilegi e discriminazioni, in cui sia riconosciuto il diritto al lavoro, alla salute, alla tutela sociale.

Il benessere deve essere equamente distribuito (combattere quindi le stratificazioni sociali) la cultura deve arricchire la vita di tutte le persone rimuovendo gli ostacoli politici sociali ed economici.

Art. 3 dello statuto dello SPI relativo all' iscrizione concetto contenuto anche nell' art. 2 dello statuto della CGIL il passaggio con richiamo all' adesione, diverso dalla semplice iscrizione, in quanto è implicito il concetto di passaggio attivo.

Integrale accettazione: non sono previste adesioni parziali, la richiesta di condivisione è totale .

Gli articoli dei diritti: **art. 4** della CGIL e **art. 5** dello SPI - invito alla lettura.

Gli articoli con “ **titolazione speciale**”

Art. 7 Il tema dell'unità sindacale... lo SPI-CGIL opera unitariamente e si impegna a promuovere rappresentanze unitarie dei pensionati e degli anziani per rafforzare la contrattazione sociale territoriale e nazionale”

L'art. 19 La lega quale struttura di base che sviluppa la propria iniziativa nel territorio, ovviamente in coerenza con il programma fondamentale della Cgil e con i deliberati congressuali;

promuove la partecipazione degli associati alla vita attiva del sindacato, stimola la loro cittadinanza attiva e la promozione di nuovi diritti;

opera per costruire a livello locale gli organismi unitari di rappresentanza e di controllo sociale;

organizza le attività di tutela in connessione con i servizi sindacali confederali;

possono istituire forme di coordinamento.

Art. 23 Coordinamento delle donne Spi. I coordinamenti hanno diritto di avanzare proposte in merito a contenuti rivendicativi di politica economica e sociale... Per materie e tematiche di particolare rilievo per le condizioni delle donne, le strutture devono confrontarsi con il parere e le proposte dei Coordinamenti .

Art. 24 L'assemblea Nazionale delle donne SPI-CGIL e il programma di lavoro;

Art. 12 dello statuto della CGIL. La Cgil assume la rappresentanza utilizzo verbi coinvolgono assume: prendere a se prendere in carico. Lettura integrale.

Il senso della confederalità.

"La confederalità ha rappresentato la filosofia di raggruppamento che ha orientato gran parte del sindacalismo del secolo scorso. La confederalità è il risultato di un patto, di un contratto, di un'alleanza tra "diversi" che si obbligano in modo reciproco e uguale in merito ad ambiti e contenuti comuni, mentre si riservano diritti e libertà di autonoma gestione rispetto alle attitudini specializzate e ai bisogni caratteristici delle singole parti contraenti.

Nel gruppo confederale l'equilibrio si stabilisce a favore della preponderanza delle persone parziali sulla persona centrale"

da **Pino Ferraris - Domande di oggi al sindacalismo europeo dell' altro ieri."**

E nel finire, facendo navigare i significati con le metafore, questa passo l'ho collegato a

Schopenhauer in Parerga et Paralipomena

"In un freddo inverno alcuni porcospini si strinsero uno all'altro per evitare di morire di freddo. Questo avvenne, ma cominciarono a pungersi l'un l'altro. Allora si allontanarono, ma ebbero di nuovo freddo. Riavvicinatisi, sentirono il male delle punture. Così rimasero indecisi tra le due sofferenze, finchè trovarono una giusta distanza per stare il meglio possibile".

Non considerate queste mie osservazioni poco all'altezza, o troppo "intellettuali". Per rappresentare gli altri bisogna avere molta capacità di immedesimazione, ascolto, umiltà per evitare la sopraffazione, ma anche "volare in alto", saper vedere oltre il contingente; per far questo occorrono grossi sforzi da parte di tutte voi per mescolare i nostri saperi.

IL DISTRETTO

A cura di Mario Borgna - Responsabile Sanità CGIL

Il Distretto diventa il garante dell'integrazione orizzontale (tra i servizi che erogano le Cure primarie) e verticali (tra i servizi di cure primarie e specialistiche), regolatore della rete di relazioni tra cure primarie, ospedale e residenzialità territoriale.

In questo contesto il Distretto si delinea come il livello organizzativo che, prendendo in carico i bisogni dei cittadini, articola e presidia i percorsi di cura utilizzando il ventaglio dell'offerta dei servizi sanitari, garante dei percorsi complessivi dei pazienti.

Tutto il personale dei ruoli: sanitario, tecnico ed amministrativo assegnato al Distretto, dipende gerarchicamente e funzionalmente dal Direttore del Distretto.

L'ORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO

L'organizzazione distrettuale garantisce l'erogazione dei LEA territoriali ed il coordinamento organizzativo delle attività integrate con caratteristiche multiprofessionali, informazione ed orientamento dei cittadini, organizzazione dell'accesso e coordinamento del percorso terapeutico.

La funzione di Direzione Distrettuale viene scelta in stretta correlazione con la Direzione Generale dell'Azienda per:

- Definire e governare i fabbisogni complessivi di assistenza della popolazione residente sul territorio di riferimento;
- Definire il livello delle risorse (personale, tecnico-strumentali, strutturali) disponibile per le singole strutture territoriali, compresi i gruppi di cure primarie, sulla base delle risorse generali assegnate al distretto;
- Individuare, con i servizi territoriali, gli specifici obiettivi di salute e gestionali;
- Concordare con la Direzione Generale le modalità di monitoraggio e di controllo gestionale tenendo conto del ruolo e dell'interrelazione delle diverse articolazioni funzionali presenti nel territorio;
- Proporre alla Direzione Generale il programma delle attività territoriali;

- Partecipare all'attività del Comitato dei Sindaci del Distretto in funzione di riferimento della Direzione Generale fornendo le informazioni, discutendo le iniziative gestionali, assumendo le proposte delle Amministrazioni locali;
- Fornire il supporto necessario al Comitato dei Sindaci per l'elaborazione dei PePS;
- Coordinare con gli Enti gestore delle funzioni socio-assistenziali, le modalità di interrelazione operativa di integrazione rispetto alle attività socio-sanitarie integrate;
- Gestire i rapporti con i soggetti pubblici e privati accreditati nell'ambito delle relazioni stabilite a livello aziendale;
- Relazionarsi con le Associazioni di volontariato proponendo le possibili interrelazioni;
- Contribuire con le Direzioni degli altri Distretti a definire le relazioni con le strutture semplici, complesse, i Dipartimenti e le Direzioni Sanitarie ed amministrative del Presidio ospedaliero, proponendo alla Direzione Generale regolamenti di attività;
- Gestire e verificare i flussi informativi dei dati di attività e di utilizzo delle risorse sia verso l'esterno dell'azienda, sia verso le singole strutture operative;
- Gestire in collaborazione con le ausilioteche del territorio l'assistenza proteica ed integrativa, svolgendo funzioni autorizzative, di verifica e controllo sui prescrittori e sui fornitori.

Lo strumento di governo del quale si avvalgono i Direttori di Distretto all'interno dei servizi sanitari del territorio è l'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali, con funzioni propositive e tecnico-consultive, nonché di interrelazione funzionale e tecnico-operative rispetto alla rete dei servizi e delle attività distrettuali.

Tale Ufficio è composto dal Direttore del Distretto, dai Direttori dei Dipartimenti territoriali, dai Direttori delle strutture complesse territoriali, dal responsabile infermieristico del Distretto, dai rappresentanti dei medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici specialisti convenzionali con il SSN ed è integrato nelle materie afferenti l'area socio-sanitaria dal Direttore dell'Ente gestore dei servizi socio-assistenziali di riferimento.

Viene istituito il tavolo di coordinamento interdistrettuale prescindendo dal Direttore Sanitario di Azienda e formato dai Direttori di Distretto con il compito di uniformare ed elaborare protocolli operativi aziendali in comune ai distretti di riferimento.

Al tavolo potranno partecipare su invito i responsabili delle strutture sanitarie e amministrative del territorio, nonché altri Dirigenti Aziendali per quanto opportuno.

Al Tavolo di Coordinamento afferisce la struttura Semplice Unità Valutativa geriatrica.

Come vedete, il Distretto e la sua articolazione funzionale è il fulcro della medicina di territorio.

A tale proposito rammentiamo che il patto per la salute realizzato nel 2006 tra Stato e Regioni (Ministro Turco) ha sancito la distribuzione delle risorse per le tre MACROAREE:

- Prevenzione 5%
- Assistenza distrettuale 51%
- Assistenza ospedaliera 44%

Nell'accordo fatto con l'Assessorato regionale alla Salute, abbiamo concordato che almeno il 2% delle risorse previste nell'area della prevenzione fosse indirizzato alla tutela della salute negli ambienti di lavoro, con l'assunzione di 100 ispettori (da assumersi in tre anni: 2008-2009-2010).

Con la delibera della Giunta Regionale del 16 aprile 2008 sui piani di riqualificazione e riequilibrio (PRR) sono stati individuati gli obiettivi generali del Piano Socio Sanitario.

Uno degli obiettivi e la realizzazione dello Sportello Unico di Accesso.

- La delibera prevede uno sportello per ASL entro il 2008 e uno sportello per Distretto entro il 2010. Con l'intesa fatta successivamente abbiamo concordato con gli Assessorati alla Salute e al Welfare di utilizzare 7 milioni e 900 mila € per la realizzazione dello Sportello Unico di Accesso nel più breve tempo possibile 2008/2009 in tutti i Distretti Socio-Sanitari.
- L'altro obiettivo importante è quello di realizzare almeno un gruppo di cure primarie per Distretto entro il 2008 e 3/4 gruppi di cure primarie per Distretto entro il 2010.

- Così come è prevista la realizzazione di almeno un PePS (Piano e Profilo della Salute) per ASL entro il 2008 e almeno un PePS per Distretto entro il 2010.

La linea strategica che abbiamo perseguito è stata quella di passare da una visione di intervento clinico alla medicina di territorio, alla prevenzione e all'integrazione socio-sanitaria (in sintesi ridurre la spesa ospedaliera e rafforzare l'assistenza territoriale). In tale ambito il ruolo del Distretto è fondamentale e la realizzazione dei gruppi di cure primarie diventa indispensabile per avviare questa scommessa.

La realizzazione dei "Gruppi di Cure Primarie" è il presupposto fondamentale per attivare le funzioni del Distretto (non sono un'ulteriore modalità associativa dei Medici di Medicina Generale).

Le "Cure Primarie" sono l'unificazione strutturale delle attività dei Medici di Medicina Generale e i Pediatri di libera scelta con i servizi a gestione diretta dei Distretti.

La squadra che va prevista è composta, appunto, dai Medici di Famiglia (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS), Medico di Distretto, Specialisti ambulatoriali, Professioni sanitarie. L'insieme di queste professioni devono lavorare in rete in modo da erogare materialmente l'insieme delle Cure Primarie e di garantire la continuità assistenziale per l'Ospedale e le attività di prevenzione.

Questa è la Casa della Salute.

Qual è il nostro compito?

- Di verificare in ogni singolo territorio se gli obiettivi prima descritti vengono realizzati. A tal fine le ASL e le ASO hanno predisposto gli ATTI AZIENDALI tra fine agosto e l'inizio di settembre del 2008 che sono stati approvati dalla Regione. Si tratta, quindi, di compiere una disanima dei contenuti di ogni singolo atto aziendale e di verificarne l'applicazione.

CURARE, CURARSI, FARSI CURARE: UN DIFFICILE EQUILIBRIO DI DIRITTI NON ANCORA ESIGIBILI

Nota a cura di Giovanna Salmoirago – Segreteria Regionale Spi Cgil

Premessa

La legge n. 53/2000 è ancora in gran parte sconosciuta e di difficile gestione, forse proprio perchè è una legge di sistema. Rappresenta per eccellenza la legge sulla cura; ha subito successive evoluzioni, ma resta di difficile applicazione per la mancanza dei servizi ad essa collegati e per le trasformazioni del mercato del lavoro nonché dei contesti familiari.

La legge 53/2000 è risultata poco conosciuta anche all'interno dello stesso sindacato, che spesso non ne ha assunto le problematiche.

La legge, che recepisce alcune direttive europee di metà degli anni 90, è stata preceduta da un dibattito lungo e appassionato sulle politiche dei tempi, che si sono tradotte nell'art.36 della legge 142/90 in cui si attribuisce al sindaco la responsabilità di armonizzare gli orari dei servizi della città in favore delle persone che ci vivono. Paradossalmente queste politiche hanno portato ad un allargamento esasperato degli orari degli esercizi commerciali, che si sono trasformati in centri di aggregazione per il tempo libero e per "combattere il caldo"!

Gli spazi pubblici di fruizione dei servizi si sono invece ridotti, a partire dall'asilo nido che negli anni 70' garantiva un'apertura in sintonia con gli orari di lavoro della grande fabbrica, per arrivare a quelli delle amministrazioni statali che non si sono mai realmente adeguati. Questa riflessione vale anche per le politiche relative alla definizione della "qualità" dei servizi, con al centro il cittadino-utente, che prevedevano l'accesso agli atti in modo trasparente e tempestivo, la conoscenza delle procedure e risposte in tempi certi, il consenso informato in ambito socio-sanitario, la possibilità di far ricorso ecc, e che, a differenza di quanto accaduto in quasi tutti gli stati europei, non si sono tradotte in processi di adeguata trasformazione della Pubblica Amministrazione.

Le politiche di conciliazione

Obiettivo e finalità della legge è quello di *"promuovere un equilibrio tra tempi di lavoro, di cura di formazione e di relazione"* mediante l'istituzione di congedi. Si tratta quindi di una legge complessa che mette in relazione più sistemi: il contesto di vita definito come

famiglia, il lavoro o la disoccupazione ed infine l'offerta e lo standard dei servizi pubblici e privati alla persona.

Le politiche di conciliazione hanno come oggetto : relazioni, archi temporali, contesti socio culturali in cui si collocano le persone, ruoli assunti ed esercitati (madri, padri, lavoratori, disoccupati, prestatori di cura e quelli che ricevono le cure ecc.). Questo difficile equilibrio si deve poi raggiungere considerando anche le relazioni che si sviluppano tra lavoro, famiglia e servizi pubblici e privati.

Sono politiche legate ad eventi di vita (nascita, malattia, non-autosufficienza, lutti ecc.) che si collocano in contesti in rapida trasformazione socio culturale legati alla dimensione delle famiglie, al livello di occupabilità, al genere, all'età, al livello culturale delle persone ecc.

La conciliazione è costituita da azioni che dovrebbero migliorare l'organizzazione lavorativa e la qualità della vita dei soggetti nei contesti dove si svolgono le attività di cura. Si vogliono con queste politiche creare presupposti, trovare soluzioni normative o pratiche per soddisfare e venire incontro alle esigenze di vita familiare. Spesso, però, l'assistenza ai bambini, ma soprattutto agli anziani, può rappresentare un concreto ostacolo.

La cura rappresenta un termine ampio e significativo che comprende sia l'attività pratica di gestione degli impegni familiari, sia la cura con il significato di affetto e propensione con cui si condivide la vita. La legge parla di cura, non rivolgendosi solo all'infanzia, ma comprendendo compiti di cura più generali per persone non autosufficienti.

Rileviamo che sulla parte normativa per i bambini fino agli otto anni di vita (affidi, adozioni ed handicap) c'è stata una evoluzione legislativa (.U. 151 e successive finanziarie), mentre le diverse parti dell'art. 4 della legge 53 non hanno avuto grandi evoluzioni .

Alcuni dei nodi principali legati alle problematiche di cura:

- ❖ La definizione del lavoro di cura non è stata ancora sufficientemente studiata e valutata come competenza specifica, nella sua ricchezza, per la potenzialità ed i requisiti che richiedono di essere valutati in termini di valore sociale e di responsabilità nei confronti del prossimo;

- ❖ La questione della cura è al centro da diversi anni nelle nostre riflessioni e piattaforme, sia come coordinamenti donne sia rispetto alle politiche del nostro sindacato; rimane tuttavia uno dei nodi irrisolti nella vita pratica delle donne e una questione irrisolta anche nelle teorie della cittadinanza;
- ❖ Nelle politiche di cittadinanza si ignora la cura come attività necessaria e fondamentale, ignorando altresì le interdipendenze e le dipendenze che fanno parte dell'esperienza umana: l'atteggiamento di cura dovrebbe essere la base di ogni teoria etica e di cittadinanza;
- ❖ La dimensione di cura, non essendo “pesata” in relazione alla non-autosufficienza della persona e al suo valore, è diventata una vera oppressione per le donne e le famiglie e non è considerata una dimensione umana da valorizzare, da far circolare e tradurre nelle “carte dei diritti di chi cura e chi è curato”;
- ❖ I disabili, gli anziani non autosufficienti, coloro che hanno un handicap permanente non sono accettati per le loro diversità o pensati come persone che in altri tempi sono state produttive e che meritano una ricompensa anche per la loro precedente vita lavorativa. Si annette scarso valore e dignità alle persone in condizioni di dipendenza che spesso si preferisce istituzionalizzare o relegare in classi differenziali, rinunciando a integrare le diversità in una strategia di sviluppo del “capitale umano”.
- ❖ Grava sui **prestatori di cura** l'onere (senza gli onori) di provvedere a coloro che vivono in una condizione di dipendenza. L'attività di queste persone, familiari, badanti, lavoratori assunti con contratti precari o che fanno parte di un sommerso di difficile emersione deve essere riconosciuta come forma di lavoro, con la possibilità di acquisire una professionalità riconosciuta.
- ❖ Stanno aumentando in Italia le **povertà della cura**: le famiglie in cui è presente una persona non-autosufficiente, curata da un pensionato/a, sono tra quelle oggi considerate a maggiore rischio di povertà.

- ❖ Le donne, prevalentemente, si fanno carico della cura senza essere retribuite e se questa attività non viene classificata come lavoro, continua ad essere relegata nel welfare nascosto della famiglia che assume il ruolo di ammortizzatore sociale. Allo stesso tempo, il fatto di essere vincolate a trascorrere lunghi periodi di tempo a prendersi cura dei bisogni fisici degli altri impedisce alle donne di dedicarsi a ciò che desidererebbero fare, a momenti ricreativi, per l'espressione di sé, a un'occupazione remunerata, all'impegno politico e sindacale.

- ❖ **Il nucleo familiare tradizionale** si è strutturato in modo da utilizzare coloro che sono privi di lavoro o in pensione adibendoli ad attività di cura e servizio del nucleo stesso; sono state quasi esclusivamente le donne a ricoprire questi ruoli. Ma oggi l'invecchiamento della popolazione e la riduzione numerica dei componenti dei nuclei familiari, associati alla diminuzione dei tassi di fertilità e alla diminuzione del numero di matrimoni, tendono a modificare profondamente la struttura familiare che dunque non può più svolgere funzioni di ammortizzatore sociale e la famiglia italiana si trova in una situazione di emergenza.

- ❖ **I diritti sociali** sono garantiti, soprattutto in Italia, a differenza ad es., della Svezia, in modo derivato, tramite l'appartenenza familiare, con scarsa attenzione per la posizione singola dei soggetti, in particolare donne, bambini e anziani. Importanti leggi quadro, la 328/2000 per l'assistenza e la 229/1999 relativa alla sanità sono rimaste importanti per i principi, ma non sono riuscite ancora definire soglie e standard di servizi livello nazionale, in particolare riguardo ai LIVEAS. Il distretto socio-sanitario, che rappresenta l'ambito territoriale per organizzare la risposta ai bisogni delle persone, può favorire la deospedalizzazione dei bisogni e per far ciò necessita di standard organizzativi gestionali ed economici.

- ❖ La riorganizzazione territoriale dei servizi socio sanitari, a partire dalla rete ospedaliera, basata sulla diminuzione delle giornate di degenza e sul sistema di pagamento a remunerazione con DRG, ha assunto l'ospedale quale luogo di cura per l'acuzie e con il supporto di alte tecnologie. Queste trasformazioni non sono state accompagnate da riorganizzazioni territoriali in grado di offrire posti letto per la post-acuzie, sistemi di ospedalizzazioni domiciliari, cure domiciliari intergrate, servizi di respiro , ecc

- ❖ La mancanza della rete territoriale di accompagnamento dall'Ospedale al domicilio ha scaricato sugli utenti e sulle loro famiglie costi insopportabili sia in termini economici che di carichi assistenziali.

Politiche di conciliazione e lavoro

Il diritto al congedo è tutelato dalla legge e se ne ha diritto nel caso in cui necessita la presenza personale in famiglia per accudire soggetti che hanno bisogno di essere aiutati perché in condizioni di non autonomia (bambini, malati cronici, oncologici ecc.)

Uno degli obiettivi della legge è quello di redistribuire i carichi di cura tra i generi, ma la utilizzazione dei congedi è legata principalmente ai diversi contratti di lavoro. La coppia valuta quasi sempre quale è il contratto più conveniente per la fruizione del congedo poiché questo comporta una perdita del 70% della retribuzione.

La presenza dei nonni incentiva sia la partecipazione al mercato del lavoro che la fecondità. Alcune recenti indagini hanno confermato che la disponibilità del supporto familiare ha un effetto positivo sia sull'offerta di lavoro che sulla probabilità di avere un figlio. Da un'indagine ISTAT sulle neo-mamme emerge la disponibilità del seguente tipo di aiuti : il 54% delle mamme che lavorano affidano i bambini ai nonni, contro un 22% che li porta all'asilo nido e l'11% che li affida alle baby sitter.

Si tratta comunque di una scelta condizionata dalla scarsa presenza di servizi e da motivazioni di tipo strettamente economico: i nonni forniscono generalmente un servizio gratuito, flessibile e complementare ai servizi pubblici e privati.

Diverso è il caso di genitori o parenti anziani, che spesso vengono istituzionalizzati quando si indeboliscono o vengono meno le reti familiari, con forti differenziazioni territoriali tra regioni, tra Nord e Sud d'Italia.

Per chi lavora sarà sempre più pesante gestire la cura dei familiari non-autosufficienti e già in molti casi il carico di cura ricade sui nipoti. Resta il fatto che la maggior parte delle persone non può permettersi il lusso di non lavorare e si trova a gestire situazioni pesanti essendo molto limitate le risposte del sociale.

Le cure prestate ad un anziano, a un malato terminale o a un disabile dalla nascita presentano le seguenti criticità:

- Sono accompagnate da un carico di assistenza, di stress emotivo, con rischio di burn-out, superiore e di tipo diverso rispetto alle aspettative di chi cura dei bambini. Inoltre, l'allungamento della vita, con nuovi e più duraturi bisogni legati alla non autosufficienza e alla cronicità da una parte, e l'allungamento dell'età pensionabile dall'altra, comportano che il carico di cura vada a gravare sempre più su figli che ancora lavorano, creando pesanti squilibri tra conciliazione del lavoro professionale, domestico e assistenziale.
- Il carico economico del lavoro di cura prestatto ai non-autosufficienti (comprendendo anche l'assistenza per malattia in età adulta) grava sulla famiglia e non è iscritto a bilancio della contabilità nazionale come "supplenza al welfare", sollevando consistenti problemi di natura teorica e pratica. Resta un fatto che questo genere di attività, che si svolge tutti i giorni sotto i nostri occhi, non viene in alcun modo contabilizzato ed il carico economico della gestione della cura, che grava eccessivamente sull'economia delle famiglie, non è distribuito equamente tra servizi e cittadini sulla base delle capacità reddituali.
- Gli operatori dei servizi socio-assistenziali e sanitari, anche quelli particolarmente sensibili, si trovano a loro volta nella difficoltà di fornire soluzioni adeguate alle richieste dei cittadini a causa della debolezza del proprio contratto di lavoro (privato sociale e cooperative con sistema di appalti), e della carenza o insufficienza di fondi e servizi.
- L'assunzione di questa esigenza da parte dei datori di lavoro e del sindacato può dare "dignità" ai lavoratori/trici che non saranno costretti/e a chiedere come un "favore" il permesso di cura. Bisogna mettere le persone che hanno necessità di permessi in una condizione di diritto certo e non mediabile discrezionalmente.
- Il lavoro di cura, ovviamente non tutto, va riconosciuto come lavoro ad alto valore aggiunto; occorre evitarne la precarizzazione e sottopagarlo.

Proposte e modalità di strategie da mettere in campo nella contrattazione.

Molti dei lavori presentati dai territori (accordi quadro di azioni positive per la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro) si richiamano agli obiettivi di Lisbona. Nell'ambito delle politiche per l'inclusione sociale, vengono evidenziati gli interventi finalizzati alla conciliazione tra i tempi di lavoro e quelli di cura per il loro impatto sull'occupazione femminile. Tra questi segnalo quelli su cui il precedente governo aveva cominciato a lavorare e che *possono parzialmente essere finanziati attraverso i POR*:

- Potenziamento dei servizi alla prima infanzia (1)

- Aumento dell'offerta dei servizi socio-sanitari in favore delle persone non autosufficienti, in particolare anziani (2)

(1) *In Italia la copertura del servizio rivolto ai bambini nella fascia di età 0-3 anni è prossima al 10%. Il governo si era impegnato ad avvicinarsi all'obiettivo di Lisbona del 33%*

(2) *Secondo la Società italiana di Geriatria e Gerontologia (dati 2005), nella graduatoria europea l'Italia è l'ultima nell'erogazione dei servizi di "home care" (2,4% ogni 100 anziani over-65 anni). La Francia ha un indice di copertura tre volte più alto, mentre i 4 paesi al vertice della classifica (Norvegia, Danimarca, Islanda, Inghilterra) registrano una copertura compresa tra il 16 e 19% e le cure domiciliari per anziani con disabilità solo fisica raggiungono in Inghilterra il 29 %.*

- Tutela dei diritti di persone con disabilità, anziani, minori e immigrati.

- E' in corso un progetto per introdurre in Italia la nuova classificazione della disabilità I.C.F. (International classification of functioning, disability and health), approvata dall'O.M.S. il cui uso è stato per ora sperimentato nel campo delle politiche sociali. L'adozione di queste scale era stata inserita anche nella proposta unitaria della legge per la non-autosufficienza e continuiamo a sostenerle nelle nostre rivendicazioni.

Politiche di conciliazione e legge 328/2000

La valorizzazione e il sostegno delle responsabilità familiari si debbono collocare in un sistema integrato di servizi come prevede la legge quadro sull'assistenza .

Per sostenere il ruolo peculiare delle famiglie nella formazione e nella cura della persona sono fondamentali: il percorso di costruzione dei Liveas indispensabile per

definire indicatori di analisi, di processo e di risultato sulle politiche sociali; l'effettiva applicazione dell'art. 16 della legge 328 e delle politiche che si sono sviluppate nelle varie regioni a partire dai "Piani di Zona"

Sempre nell'ambito del sistema integrato occorre, in via prioritaria, aprire gli opportuni e necessari confronti a livello nazionale, regionale e sub regionale, sui seguenti temi:

- gli assegni di cura;
- le politiche di conciliazione;
- i servizi formativi ed informativi di sostegno alla genitorialità anche attraverso la promozione del mutuo aiuto tra le famiglie;
- le prestazioni domiciliari di sostegno;
- i servizi di sollievo e per l'affido.
- le misure di accompagnamento per migliorare la conciliazione tra vita familiare e lavorativa.

IL SISTEMI DEI SERVIZI PER GLI ANZIANI

Relazione a cura di Elisabetta Mocca – Ricercatrice Ires – Cgil

Da alcuni anni oramai si parla di “rivoluzione demografica” e invecchiamento della popolazione come fenomeni globali che porteranno a rilevanti ripercussioni – e in parte hanno già condotto – sull’assetto delle società moderne.

In Italia la popolazione con più di 75 anni è più che triplicata nell’arco di sessant’anni: ci si trova, quindi di fronte all’“emergenza anziani” determinata da due ordini di fattori: la crescita del numero di anziani bisognosi di assistenza, a seguito dell’aumentare delle aspettative di vita, ma anche il mutare della figura dell’anziano che si presenta nella realtà degli ultimi anni in una varietà del modo di essere anziani.

L’anziano, quindi, prescindendo dalla diversità dei “modelli di vecchiaia” diventa un soggetto bisognoso di cure socio-assistenziali ma anche una risorsa sociale.

I bisogni dell’anziano, al di là della prestazione di tipo sanitario, sono innanzitutto bisogni legati non tanto alla cura, ma alla relazione affettiva che aiuti ad accettare la condizione di uscita dal processo produttivo, di restringimento dei ruoli sociali e familiari e aumento dei livelli di inabilità fisica e psichica che l’ultima fase della vita.

Il periodo dagli anni Novanta ad oggi si caratterizza, a livello nazionale, per il susseguirsi di piani sanitari che contengono significativi provvedimenti in materia di tutela degli anziani, spesso contenuti in specifici programmi, come i programmi di assistenza domiciliare integrata (ADI).

Di fondamentale importanza per la ridefinizione del sistema dei servizi socio-sanitari destinati agli anziani è stata la legge quadro 328/2000. Tale norma vuole essere una legge istitutiva di un sistema integrato di

interventi e servizi sociali che si fonda sulla programmazione degli interventi e delle risorse, sulla articolazione delle funzioni all’interno di un assetto istituzionale basato su Comuni, Province, Regioni e Stato e sul riconoscimento di ampio spazio operativo agli organismi non lucrativi.

L’intera materia da sempre ha sofferto per l’assenza di una legislazione statale in grado di definire i tratti essenziali e precisare il ruolo dei diversi attori istituzionali e delle organizzazioni dei cittadini. E’ per questo che l’approvazione della legge è stata salutata come una svolta epocale per il sistema italiano di welfare (entusiasmo che si è subito spento all’indomani della riforma del Titolo V della Costituzione). Questa legge, infatti, nel proporsi di colmare tale lacuna, ha dato avvio a una fase costituente nel settore dei servizi

alla persona: la definizione dei livelli essenziali che i Comuni dovranno assicurare ai cittadini e alle famiglie rispondendo a bisogni sempre più articolati e complessi, la costruzione di reti decentrate di intervento sul territorio e l'accreditamento definitivo del terzo settore nella gestione di attività cruciali, quali la cura di anziani e minori e il sostegno sociale alle persone svantaggiate.

La sfida decisiva contenuta nella legge è quella di raggiungere due finalità importanti: rafforzare il decentramento delle politiche sociali, lasciando ai Comuni ampia facoltà di realizzare un welfare municipalistico e garantire una omogeneità nei servizi su tutto il territorio nazionale.

Senza dubbio l'impresa appariva fin da subito molto ardua, considerata soprattutto la notevole eterogeneità delle realtà amministrative presenti in Italia e l'assenza di un sistema assistenziale con caratteri comuni su tutto il territorio nazionale.

I principi ispiratori della legge sono:

- principio di universalità delle prestazioni;
- principio di sussidiarietà;
- configurazione di un sistema di servizi a rete;
- articolazione dei rapporti Stato-Regioni-Enti locali e centralità dell'Ente locale;
- riassetto delle IPAB.

La legge 328/2000 contempla, al suo interno, anche i livelli essenziali delle prestazioni sociali e tale definizione è strumento necessario per l'attuazione del sistema integrato dei servizi sociali, attraverso la determinazione delle risorse da assegnare al Fondo nazionale per le politiche sociali.

Con la modifica del Titolo V della Costituzione italiana, l'art. 117 attribuisce alle "Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato". Fra le materie riservate allo Stato non si colloca però quella socio-Rapporto sull'Assistenza Domiciliare Integrata assistenziale, rispetto alla quale le Regioni hanno una potestà legislativa primaria, limitata solo al rispetto della Costituzione. La nuova prospettiva affida al Legislatore regionale spazi di autonomia maggiori con l'inevitabile conseguenza che le Regioni potranno valutare se e quando costruire il proprio sistema di servizi sociali, facendo riferimento alla legge 328/2000 non più vincolante.

La potestà legislativa dello Stato è dall'art.117, comma 2, lett.m riservata allo stesso per ciò che attiene alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. La norma ha l'obiettivo di salvaguardare tali diritti e contenere i rischi di forti diseguaglianze nella loro affermazione e tutela fra le diverse aree del paese.

Gli obiettivi della realizzazione degli interventi e servizi in forma integrata seguono la programmazione attraverso il coordinamento e l'integrazione con gli interventi sanitari nonché con le politiche della formazione e reinserimento al lavoro e la concertazione e cooperazione, sia fra i soggetti istituzionali che fra questi e il complesso del terzo settore. Gli interventi definiti prioritari dalla legge 328/2000, per ciò che concerne gli anziani, sono:

- la valorizzazione della famiglia;
- il potenziamento degli interventi contro la povertà;
- il sostegno delle persone non autosufficienti attraverso servizi domiciliari.

La legge crea dunque una sorta di percorso per la promozione di una nuova cultura che si fonda sulla partecipazione e sulla programmazione, per perseguire il benessere del cittadino attraverso interventi che mirano a concretizzare la sua centralità.

I comuni sono impegnati, nell'ambito della costruzione di reti di integrazione, a stabilire, d'intesa con le aziende sanitarie locali, progetti individuali per le persone disabili, al fine di garantire una piena integrazione all'interno della famiglia. L'integrazione, da attuarsi nel limite delle risorse messe a disposizione dell'ente, prevede prestazioni di cura e riabilitazione e servizi alla persona con riferimento anche alle misure economiche necessarie per superare la condizione di povertà. Un ruolo determinante è costituito dalla famiglia che all'interno del sistema integrato è vista come una aggregazione da valorizzare nella elaborazione di proposte e di progetti per l'offerta dei servizi.

Il percorso tracciato dalla legge 328/2000 a sostegno dell'assistenza domiciliare integrata prevede che, ferme restando le competenze del servizio sanitario nazionale, il Ministro per la solidarietà sociale, con decreto emanato di concerto con il Ministro della salute e per le pari opportunità, determina, nell'ambito del Fondo nazionale per le politiche sociali, una quota da riservare ai servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, per favorire e sostenere il nucleo familiare nell'assistenza alle persone anziane.

Ogni anno sulla base di criteri stabiliti per quantità di popolazione, classi di età e anzianità, viene definita la modalità di ripartizione dei finanziamenti. Il piano delle priorità viene inoltre definito all'interno del Piano nazionale che stabilisce i requisiti delle prestazioni sociali, le priorità di intervento, la modalità di attuazione del sistema integrato.

Le indicazioni contenute nel Piano nazionale vengono, d'intesa con i comuni, adottate dalle Regioni nell'ambito delle risorse disponibili, attraverso il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, in coerenza con gli obiettivi del piano sanitario regionale. Il Piano di zona, invece, è definito dai comuni associati d'intesa con le aziende sanitarie locali per

individuare le priorità di intervento, le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie e umane e le modalità per garantirne l'integrazione.

In particolare, l'assistenza domiciliare integrata rappresenta uno degli strumenti che meglio risponde all'esigenza di integrazione socio-sanitaria degli interventi in favore di anziani e disabili. Proprio la costruzione del Piano di Zona rappresenta il punto più difficile della legge 328/2000 secondo lo spirito di partecipazione. Richiede pazienza e iniziativa nel coinvolgere numerose figure al tavolo per la programmazione, ma la novità consiste nell'andare oltre la partecipazione del tavolo. Nell'ambito delle politiche di welfare, la promozione attiva del cittadino rappresenta il vero fulcro di tutta la programmazione definita dalla legge. L'ADI può essere infatti definita come l'insieme coordinato di prestazioni di carattere sanitario integrate con interventi di natura socio-assistenziale erogate a domicilio e rivolte a soddisfare le esigenze di anziani disabili e di pazienti affetti da malattie cronico-degenerative, parzialmente, totalmente, temporaneamente non autosufficienti, che hanno necessità di un'assistenza continuativa.

Il servizio, che prevede l'impiego di risorse finalizzate al concetto di domiciliarità, si sostanzia nel coordinamento del lavoro del medico di base, di medici specialisti, di terapisti della riabilitazione, di personale infermieristico, di assistenti sociali e dell'aiuto domestico da parte di familiari.

L'assistenza è caratterizzata da vari gradi che dipendono dalle necessità della persona che richiede il servizio. Il primo livello è un'assistenza a bassa intensità sanitaria correlata con un'alta intensità e complessità di interventi socio-assistenziali. Il secondo livello rappresenta una media intensità assistenziale con presenza del medico ed assistenza infermieristica a domicilio, una o più volte alla settimana. Il terzo livello è invece caratterizzato da alta intensità sanitaria con un intervento sanitario coordinato ed intensivo.

Il servizio di ADI può essere richiesto dal medico di famiglia, dal responsabile del reparto ospedaliero al momento delle dimissioni, dai servizi sociali del comune o dagli stessi familiari del paziente.

Da quanto, detto sopra, si evince come la domiciliarità rappresenti una strategia complessa, da attuare con una molteplicità di strumenti, tra i quali l'assistenza domiciliare risulta un semplice tassello, tesi a consentire all'anziano di vivere in un contesto locale (di quartiere, di territorio) riconosciuto come "luogo di appartenenza". Sulla base di questo approccio, allora, gli interventi sociali per consentire all'anziano di permanere nel suo domicilio il più a lungo possibile si configurano come un complesso di servizi di mobilità locale, di manutenzione e accessibilità di spazi verdi, di accessibilità delle abitazioni, etc.

L'attuale sistema dei servizi socio-sanitari a favore degli anziani e delle loro famiglie si caratterizza per la presenza di tre diverse tipologie di intervento: residenziale, semiresidenziale e domiciliare.

Nei confronti dell'anziano, il carico assistenziale viene oggi, in Italia, per la massima parte sostenuto dalla famiglia.

Nei confronti della popolazione anziana, la nostra società offre di fatto ancora oggi un modello assistenziale che poggia sui seguenti elementi:

- la famiglia;
- l'ospedale;
- i servizi assistenziali territoriali;
- il medico di medicina generale.

Il quadro normativo regionale

Tra le norme che hanno disciplinato i servizi socio-assistenziali per gli anziani vanno ricordate:

1) L.R. 1/2004 “Norme per la realizzazione del Sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento” (recepimento legge 328/2000):

Art. 49:

- interventi diretti a mantenere l'autonomia della persona anziana, prioritariamente in un contesto familiare, ad evitare i rischi della non autosufficienza;
- diffusione omogenea dell'assistenza a domicilio su tutto il territorio;
- potenziamento dei servizi di supporto alla famiglia, compresi contributi economici e assegni di cura per quelle famiglie che si fanno carico di garantire l'assistenza di un proprio componente anziano non autosufficiente;
- realizzazione di servizi e strutture di sollievo;
- diffusione e utilizzo di strumentazioni tecnologiche per il collegamento della persona anziana che vive nella propria casa con centri di pronto intervento;
- affidamento di anziani a famiglie selezionate;
- realizzazione di forme di accoglienza familiare notturna.

Art. 50:

i piani di zona prevedono le forme di intervento attraverso la realizzazione dei seguenti servizi:

a) attività di prevenzione per il mantenimento dell'autonomia e per ridurre i rischi di non autosufficienza;

- b) assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata;
- c) contributi economici;
- d) servizi di accoglienza residenziale e semiresidenziale anche temporanea;
- e) servizi di sollievo alla famiglia e di affidamento familiare;
- f) centri diurni di aggregazione sociale e di socializzazione.

2) D.G.R. n.44-5449 del 5/3/2007 *“Cure domiciliari. Indirizzi per modifiche e integrazioni alla D.G.R. n. 62-9692 del 16.6.2003 s.m.i.”*: “garantire, attraverso le attività di competenza delle Aziende Sanitarie Locali e degli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, per le motivazioni in premessa indicate, la continuità nell’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza secondo gli standard prestazionali definiti dalla vigente normativa regionale in materia di Cure domiciliari, nel rispetto delle vigenti normative sui contratti di lavoro”;

3) D.G.R. n.37-6500 del 23/7/2007 *“Criteri per la compartecipazione degli anziani non autosufficienti al costo della retta e criteri per l’erogazione degli incentivi previsti dalla deliberazione della Giunta regionale 2-3520 del 31/7/2006 a favore di comuni ed enti gestori”*:

- compartecipazione degli utenti anziani al costo della retta praticata nelle strutture residenziali, valutando il solo reddito e patrimonio individuale: ISE. (“Se il coniuge o altri familiari conviventi non dispongono di beni patrimoniali o di un reddito sufficiente al proprio sostentamento e al pagamento del canone di locazione non ch  delle altre spese necessarie, gli Enti gestori devono prevedere un piano di intervento al momento del ricovero che permetta al ricoverato di adempiere ai propri obblighi assistenziali”);
- incentivi agli Enti gestori e ai Comuni che provvedano ad adottare i necessari regolamenti: l’incentivo   determinato dal prodotto di una quota base di riferimento (15 ) per il numero di anziani ultrasessantacinquenni residenti in ciascun ambito territoriale.

4) D.G.R. n.42-8390 del 10/3/2008 *“Cartella Geriatrica dell’Unit  di Valutazione Geriatrica e Linee guida del Piano Assistenziale Individuale”*:

- il Progetto deve essere stilato dall’Unit  di Valutazione Geriatrica (U.V.G.), sempre in presenza dell’anziano e di chi si prende cura di lui, collegialmente e con la contemporanea presenza delle componenti sociale e sanitaria, cos  da stabilire una relazione significativa tra gli stessi. E’ facolt  del Presidente dell’U.V.G., in casi eccezionali ed urgenti, derogare da tale procedura;
- le liste d’attesa devono comprendere solo soggetti per i quali risulta

realisticamente impossibile l'attivazione di un intervento alternativo alla residenzialità e non devono comprendere soggetti per i quali è già attivo un Progetto, definito dall'U.V.G., alternativo alla residenzialità. Qualora, per sopravvenute circostanze, il soggetto, con Progetto domiciliare o semiresidenziale, necessiti di un Progetto di residenzialità, ridefinito sempre e comunque dall'U.V.G., viene inserito nella lista d'attesa tenendo conto della data della prima valutazione;

- nelle Aziende Ospedaliere/Aziende Ospedaliere Universitarie sede di Unità Operativa Autonoma di Geriatria può essere istituita un U.V.G.O., la quale deve essere composta dalle seguenti figure professionali:
 - un geriatra,
 - una assistente sociale ospedaliera,
 - un infermiere.

I soggetti coinvolti

Il sistema dei servizi socio-assistenziali a favore degli anziani prevede l'intervento di più soggetti, ciascuno dei quali ha una competenza precisa. Qui di seguito vengono riportati i soggetti coinvolti nell'ambito in questione con i relativi compiti.

La Regione: compito della Regione, così come definito dalla l. 328/2000 e dalla l.r. 1/2004, è l'emanazione di norme volte alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e il loro esercizio, nonché le attività di prevenzione. Pertanto, il sistema integrato non può essere realizzato esclusivamente dalla Regione, ma è necessaria la partecipazione di una serie di attori pubblici e privati. Comuni, Province, ASL ed IPAB sono direttamente chiamate alla realizzazione del sistema integrato, così come viene riconosciuto il ruolo di soggetti attivi alle organizzazioni del terzo settore ed altri altri soggetti senza scopo di lucro. La Regione, in particolare, non gestisce direttamente i servizi alla persona, ma svolge funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento e verifica; la gestione dei servizi è affidata ai comuni, che, normalmente, la realizzano in forma associata. La normativa attribuisce alla Regione un'ampia ed articolata raccolta di funzioni che vanno dalla definizione degli ambiti territoriali ottimali per la gestione dei servizi sociali alla definizione dei requisiti di qualità per i servizi, gli interventi e le prestazioni sociali; dalla ripartizione del Fondo regionale per le politiche sociali alla tenuta e pubblicazione del registro regionali delle organizzazioni di volontariato e dell'albo regionale delle cooperative sociali.

Le Province: le province svolgono un ruolo di sempre maggiore importanza nell'ambito delle politiche sociali in quanto enti particolarmente indicati per la lettura del territorio e la rilevazione dei bisogni sociali della persona e della famiglia; concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi sociali, sono soggetti di programmazione decentrata e di coordinamento del territorio. A loro spetta il compito di raccolta ed elaborazione dati sui bisogni, sulle risorse, sull'offerta dei servizi del territorio di competenza e dispone la diffusione, di concerto con gli Enti gestori delle funzioni socio assistenziali del territorio, dell'informazione in materia di servizi sociali territoriali. Per quanto attiene alla predisposizione dei Piani di zona da parte degli Enti gestori, oltre a quanto già descritto, le province devono raccordare i piani territoriali provinciali con i piani di zona, promuovere gli inserimenti lavorativi di soggetti in condizione di disagio sociale, promuovere e coordinare iniziative rivolte al privato sociale che opera nel settore.

I Comuni: i comuni sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla programmazione regionale. La gestione delle funzioni socio assistenziali, di competenza dei Comuni, secondo le indicazioni della norma regionale, è affidata a soggetti autonomi con l'obiettivo di realizzare un sistema integrato di interventi e servizi sociali che garantisca la loro efficacia ed efficienza. I comuni sono, inoltre, titolari delle funzioni amministrative relative all'autorizzazione, alla vigilanza e all'accreditamento dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale o semiresidenziale.

Gli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali: Pur confermando che la titolarità delle funzioni concernenti gli interventi sociali sono dei comuni, la Regione ha individuato nella gestione associata la forma idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza delle azioni da realizzare.

Le forme gestionali possono essere: consorzi di comuni, associazioni di comuni, unioni di comuni (comunità montane, comunità collinari), delega all'ASL; i comuni capoluogo di provincia possono realizzare la gestione autonomamente. Spetta quindi agli Enti gestori fornire al cittadino le prestazioni socio-assistenziali e garantire l'informazione sui servizi attivati anche tramite la predisposizione della "carta dei servizi".

Gli Enti gestori, infine, predispongono un "Piano di zona" relativo alle azioni da realizzare, nell'arco di un triennio, per la realizzazione del sistema dei servizi sociali e l'integrazione con gli altri soggetti pubblici e privati che interagiscono sul territorio di riferimento.

I consorzi tra Comuni sono stati attivati per la gestione di servizi sociali solo nei Comuni di Biella (I.R.I.S.) e Verbania (C.S.S.V.), mentre il Comune di Novara gestisce direttamente

i servizi socio-assistenziali e quello di Vercelli ha creato un consorzio con i Comuni convenzionati dell'ex U.S.S.L. N. 45

La forma consortile risulta essere particolarmente importante per i Comuni piccoli o piccolissimi, che solo associandosi possono assicurare risposte adeguate a problemi complessi, come quelli degli anziani, abbassando notevolmente i costi.

Le ASL: le Aziende Sanitarie Locali rappresentano uno dei punti cardine del sistema integrato di interventi e servizi in quanto devono assicurare, su base distrettuale, le attività sanitarie a rilievo sociale e le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria.

E' da rilevare che la normativa regionale individua gli ambiti territoriali dei distretti sanitari, o multipli di essi, quale ambito ottimale per la gestione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali.

Relativamente al piano di zona predisposto dall'Ente gestore delle funzioni socio assistenziali, deve sussistere obbligatoria corrispondenza, per quanto attiene l'attività integrata socio-sanitaria, tra questo e il rispettivo programma di attività distrettuale, contenuto nel piano attuativo aziendale dell'ASL.

Le Aziende Sanitarie, in integrazione con gli Enti gestori dei Servizi Socio assistenziali, assicurano:

- le Cure Domiciliari (Servizio Infermieristico, Assistenza Domiciliare Programmata, Assistenza Domiciliare Integrata);
- l' inserimento in presidi per soggetti non autosufficienti, previa valutazione dell'equipe di Unità Valutativa Geriatria.

I servizi

I servizi erogati alla popolazione anziana possono essere suddivisi nelle seguenti tipologie:

1. servizi residenziali;
2. servizi semiresidenziali;
3. servizi domiciliari.

L'assistenza residenziale e semiresidenziale ad anziani e disabili, erogata in forma integrata con i servizi socio-assistenziali gestiti dai Comuni e dai Consorzi dei servizi sociali.

Il servizio è rivolto alle persone anziane non autosufficienti per i quali non sia realizzabile un programma assistenziale presso il proprio domicilio.

L'accesso ai centri diurni ed alle strutture residenziali socio-sanitarie avviene a seguito di valutazione della persona e del suo bisogno assistenziale da parte delle apposite

Commissioni integrate per le persone anziane (Unità di valutazione geriatrica), operanti presso ciascuna A.S.L.

1) Prestazioni residenziali

La cultura oggi prevalente ritiene che l'anziano debba essere curato e assistito presso il suo domicilio, fino a che le sue condizioni socio-sanitarie lo consentano. I servizi a carattere residenziale, quindi, sono solitamente dedicati ad anziani non autosufficienti, per i quali la permanenza al domicilio sarebbe di pregiudizio alla qualità dell'assistenza ricevuta.

Si intendono per prestazioni residenziali e semi-residenziali il complesso integrato di prestazioni socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti non assistibili a domicilio all'interno di nuclei accreditati per la specifica funzione. La prestazione non definisce quindi un singolo atto assistenziale, ma il complesso dell'assistenza erogata.

La prestazione si caratterizza di norma come prestazione di assistenza a lungo termine a persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazioni di "terapia post-acuzie" (Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie) svolte di norma in regime ospedaliero o in strutture extra-ospedaliere specializzate per la riabilitazione.

In considerazione della relativa variabilità dell'intensità assistenziale che caratterizza le prestazioni residenziali, per i diversi bisogni degli ospiti si prevedono diversi livelli di accreditamento delle strutture coerentemente con la capacità di rispondere alle specifiche esigenze assistenziali.

Criteri di accesso e percorsi L'accesso alle prestazioni residenziali deve intendersi regolato dai principi generali di universalità, equità ed appropriatezza.

L'utente per il quale sia individuata la condizione di non autosufficienza e non assistibilità a domicilio avrà, quindi, diritto di scegliere il luogo di cura nell'ambito delle diverse opzioni offerte dalle strutture accreditate con il Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

Poiché il sistema prevede diversi livelli di intensità di cura, il diritto di accesso alle stesse dovrà essere subordinato alla verifica della effettiva appropriatezza della indicazione, sulla base di criteri oggettivi di valutazione multidimensionale (VMD) dei bisogni dell'utente.

Nei presidi residenziali socio-assistenziali alloggiano persone che per motivi diversi si trovano in stato di bisogno: anziani soli o con problemi di salute, disabili, minori sprovvisti di tutela, giovani donne in difficoltà, stranieri o cittadini italiani con problemi economici e in condizioni di disagio sociale. Ad un'utenza così eterogenea corrisponde un'ampia varietà di servizi residenziali pubblici e privati (profit e non profit).

L'offerta residenziale rivolta alla popolazione anziana (≥ 65 anni) può essere differenziata in rapporto al livello e alla tipologia di assistenza in:

Residenza assistenziale per anziani autosufficienti (RA): presidio residenziale destinato ad anziani prevalentemente autosufficienti. Gli ospiti beneficiano di prestazioni assistenziali, ricevono assistenza alberghiera completa e sono stimolati a prendere parte ad attività ricreative e culturali; si tratta di un termine generico che indica strutture di accoglienza residenziale per gli anziani;

Residenza assistenziale flessibile (R.A.F.): presidio residenziale, destinato a soggetti non autosufficienti, che offrono prestazioni sanitarie, assistenziali ed alberghiere ed un sufficiente livello di assistenza sanitaria. Le figure professionali caratterizzanti tale prestazione sono:

- il Medico di Medicina Generale che assicura l'assistenza medica
- l'infermiere professionale
- l'assistente domiciliare e dei servizi tutelari per l'assistenza alla persona
- può essere presente il fisioterapista, il terapeuta occupazionale e l'animatore
- altre figure professionali sanitarie (fisiatra, geriatra, psicologo, ecc.) possono essere messe a disposizione dalla A.S.L.

Letti di sollievo: per ricoveri di sollievo si intendono ricoveri temporanei presso strutture residenziali previsti per garantire un periodo di riposo alle famiglie che scelgono di assistere l'anziano a casa e di non ricorrere al ricovero definitivo, oppure che improvvisamente non possono provvedere all'assistenza per motivi di salute o altri motivi contingenti.

Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA): presidio residenziale destinato ad anziani non autosufficienti o a persone disabili, che necessitano di un supporto assistenziale specifico e di prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative. L'assistenza fornita prevede un livello medio di assistenza sanitaria, integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera. La RSA si colloca tra i servizi socio-sanitari residenziali territoriali. Nella sua definizione l'aggettivo sanitaria sottolinea che si tratta di una struttura propria del Sistema Sanitario Nazionale, mentre il termine residenza indica la sua collocazione extraospedaliera. Soggetti di elezione per la RSA sono: anziani prevalentemente non autosufficienti bisognosi di assistenza e cura continuativa a lungo termine per la molteplicità e complessità dei loro bisogni; anziani che dopo un evento acuto necessitano di un ulteriore periodo di trattamento medico e riabilitativo da attuarsi in maniera intensiva e continuativa; anziani con necessità di osservazione medico-infermieristica in attesa di un'adeguata organizzazione ambientale e/o familiare che consenta loro di tornare al domicilio o, comunque, temporaneamente accolti per ridurre il carico assistenziale delle famiglie (ospitalità solo diurna, solo notturna o comunque per periodi limitati); malati terminali per i quali non è ipotizzabile nessuna ulteriore terapia o accertamento

diagnostico. Il suo organico dovrebbe essere composto dal medico specialista in geriatria, da operatori a valenza sanitaria (infermieri, terapisti della riabilitazione etc.), a valenza sociale (assistenti sociali), ed a valenza mista (psicologi, operatori di assistenza). Gli obiettivi della RSA sono quelli di ottenere il massimo recupero funzionale avendo come priorità, quando possibile, la restituzione del paziente al proprio contesto abitativo e/o familiare (riabilitazione globale), altrimenti contrastare la caduta ad un grado di disabilità sempre maggiore (riabilitazione di mantenimento), impedire con ogni mezzo l'emarginazione e l'isolamento e favorire la comunicazione interpersonale (riattivazione psicosociale), prevenire nei totalmente disabili e stabilmente allettati la sindrome da immobilizzazione mediante un piano globale di assistenza;

Nucleo residenziale Alzheimer: è un reparto collocato all'interno di una R.S.A. o di una R.A.F. destinato all'assistenza di soggetti con diagnosi di demenza o morbo di Alzheimer, provenienti dal domicilio o da altra struttura residenziale, che presentano disturbi comportamentali, cognitivi e altre problematiche sanitarie che richiedono particolari trattamenti riabilitativi e terapeutici, non solo farmacologici. Obiettivi principali integrati e coordinati tramite il Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.) sono: l'attivazione/riabilitazione dell'area cognitiva, del comportamento e delle abilità funzionali; l'attenuazione/regressione dei disturbi del comportamento; l'assistenza alla persona; il controllo e la sorveglianza dell'ospite;

Integrazioni rette per ricoveri in istituto: ad anziani in stato di necessità vengono concesse integrazioni delle rette che permettano l'inserimento e la permanenza degli assistiti in strutture protette in grado di fornire loro l'assistenza a l'appoggio necessari in casi di emergenza a breve o lungo termine;

Appartamenti protetti: sono strutture che realizzano l'accoglienza per un numero limitato di persone (da sei a dodici) in un contesto di protezione nel quale operatori di diverse aree professionali assumono la tutela ed il sostegno necessari a far acquisire agli anziani la maggior autonomia possibile, soprattutto in ambito sociale;

Hospice: si tratta di una struttura poco diffusa in Italia improntata alla filosofia del care (prendersi cura) piuttosto che della cura come guarigione, e basata sull'erogazione di servizi di cure palliative per malati terminali e aiuti psicologici e sociali per gli anziani e i loro familiari. Spesso l'hospice rappresenta la continuazione di un intervento di assistenza domiciliare a seguito del verificarsi di fasi acute, non curabili al domicilio, o della necessità di "alleggerire" la famiglia dell'anziano dal carico emotivo e assistenziale di accompagnamento dell'anziano;

Per quanto le definizioni precedenti descrivano strutture assistenziali con proprie specificità ed un progressivo impegno sanitario, nella realtà le strutture presenti sul territorio nazionale spesso non sono così facilmente riconducibili ad una precisa categoria sia per l'eterogeneità degli ospiti presenti e dei servizi offerti, sia per le difformità normative che caratterizzano le varie regioni.

L'insieme delle strutture residenziali comprende le istituzioni che offrono assistenza in regime residenziale a diversi gradi di intensità, dalla riabilitazione all'Hospice, con un preponderante ruolo delle residenze per anziani.

Le caratteristiche che accomunano queste strutture sono:

- erogazione di ricoveri con lunghi periodi di degenza;
- livello di assistenza sanitaria limitato rispetto all'ospedale per acuti (sia per livello di assistenza medico-infermieristica sia per il limitato ricorso a procedure invasive);
- target costituito da popolazione prevalentemente anziana caratterizzata da molteplici patologie croniche e con limitazioni funzionali;
- orientamento al recupero e/o al mantenimento delle abilità.

L'importanza, anche quantitativa, di queste strutture sta progressivamente crescendo a fronte della sempre maggiore focalizzazione degli ospedali sulle patologie acute ad alto assorbimento di risorse, possibile solo in un contesto di rete assistenziale che garantisca la disponibilità di ambiti in grado di accogliere sia pazienti post acuti sia pazienti che necessitano di cure in un contesto assistenziale a intensità medio-bassa.

In questa ottica, le residenze per anziani rappresentano non solo un importante ambito di assistenza rivolto ai cittadini, ma anche un punto critico per una ottimale allocazione delle risorse in una prospettiva di rete. Ne deriva un primario interesse a valutarne l'evoluzione negli anni, con confronti tra le varie realtà regionali, sia dal punto di vista dell'utilizzo di tali forme assistenziali che dal punto di vista degli orientamenti espressi (Piani Sanitari Regionali e normativa specifica).

2) Prestazioni semi-residenziali

L'assistenza semiresidenziale avviene attraverso strumenti diversi sulla base del grado di autosufficienza dell'anziano:

Centri socio-riabilitativi diurni: accolgono l'anziano parzialmente o totalmente non autosufficiente che viene assistito dal punto di vista socio-sanitario sulla base di un programma individualizzato di riabilitazione e socializzazione. L'attività di questi centri può essere svolta anche presso RSA o case di riposo. La sua finalità è quella di dare sollievo alle famiglie impegnate in un'assistenza spesso estenuante consentendo loro nel contempo di mantenere i propri impegni di lavoro. Nel servizio operano

assistenti sociali, terapisti occupazionali, musicoterapeuti, psicologi, fisioterapisti ed infermieri professionali.;

Centro diurno Alzheimer: presidio semi-residenziale in grado di offrire in regime diurno le stesse prestazioni assistenziali, sanitarie, riabilitative e animative erogate dalle R.S.A in regime residenziale. E' destinata a soggetti con diagnosi di demenza o morbo di Alzheimer con compromissione parziale dell'autosufficienza, inseriti in famiglie non in grado di assolvere in forma continuativa al carico assistenziale. Obiettivi principali integrati e coordinati tramite il Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.) sono:

- attivazione/riabilitazione dell'area cognitiva, del comportamento e delle abilità funzionali;
- attenuazione/regressione dei disturbi del comportamento;
- assistenza alla persona;
- controllo e sorveglianza;
- sollievo alle famiglie dei pazienti.

Le figure professionali, tutelari o infermieristiche, presenti nei Centri sono formate per gestire pazienti con demenze e possono essere integrate eventualmente da psicologi, neurologi, geriatri, assistenti sociali.

centri sociali per anziani: sono strutture diurne che accolgono anziani autosufficienti ai quali si offre la possibilità di partecipare ad attività ricreative e culturali colte a stimolare la socializzazione e prevenire il disagio.

2) Gli interventi a sostegno della domiciliarità

Gli interventi domiciliari sono ad oggi la modalità operativa privilegiata nell'ambito dei servizi agli anziani, essendo oramai patrimonio condiviso l'idea che la permanenza nel proprio domicilio sia per l'anziano un elemento importante per il mantenimento dell'autonomia e di un buon grado di integrazione sociale.

Le Cure Domiciliari vengono definite come "una modalità di assistenza sanitaria e sociale erogata a domicilio del paziente in modo continuo ed integrato, al fine di fornire cure appropriate, da parte del medico di famiglia e di altri operatori (medici, infermieri, terapisti della riabilitazione, operatori sociali) dei servizi territoriali ed ospedalieri e delle associazioni di volontariato, secondo le necessità rilevate. Il servizio è attivato dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta per pazienti con particolari condizioni cliniche e/o di non autosufficienza, con l'obiettivo di evitare, per quanto possibile, il ricovero ospedaliero o in struttura residenziale. Le cure domiciliari vengono attivate anche

per pazienti dimessi dall'ospedale nell'ambito del servizio di continuità assistenziale ospedale-territorio.

Anche la tipologia degli interventi domiciliari dipende dal grado di autosufficienza dell'anziano e dalla necessità di integrazione socio-sanitaria:

- *Assistenza domiciliare programmata*: è una forma di assistenza grazie alla quale il Medico di famiglia si reca presso il domicilio del paziente che, per particolari condizioni, è impossibilitato a recarsi nello studio del medico. Tali accessi - settimanali, quindicinali o mensili - vengono concordati tra il medico di famiglia ed un responsabile dei Servizi Territoriali dell'ASL.
- *Assistenza domiciliare*: si tratta di un intervento socio-assistenziale svolto al domicilio dell'anziano autosufficiente o parzialmente non autosufficiente al quale vengono erogati servizi di igiene personale, cura della persona, somministrazione di pasti, etc.;
- *Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)*: si tratta di un intervento domiciliare rivolto a persone non autosufficienti che, rispetto al caso precedente, richiedono servizi con un alto grado di integrazione socio-sanitaria. L'assistenza viene erogata a supporto della famiglia e sulla base di un programma individuale predisposto da una apposita equipe multidisciplinare. Le caratteristiche che tale servizio di ADI deve garantire sono l'adeguatezza e la continuità. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) si esplica quando, per motivi di organizzazione sanitaria o per ragioni sociali, si ritenga necessaria un'assistenza alternativa al ricovero. Infatti l'ADI è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni di medicina generale, di medicina specialistica, infermieristiche domiciliari e di riabilitazione, di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle aziende, di assistenza sociale.;
- *cure domiciliari in lungoassistenza*: si tratta di un insieme di interventi sanitari e socio-sanitari coordinati nell'ambito di un progetto individualizzato calibrato sui bisogni effettivi della persona ed articolato in fasce di complessità assistenziale ed in corrispondenti livelli d'intensità delle prestazioni erogate;
- *Assistenza domiciliare infermieristica*: si tratta di prestazioni infermieristiche (medicazioni, terapie iniettive, ecc.) rivolte a pazienti che, a causa di limitazioni fisiche e/o ambientali, non sono in grado di recarsi presso gli ambulatori infermieristici del distretto.
- *Assegno di cura/sostegno economico*: Sono forme di aiuti economici concessi, con varie modalità, ai nuclei famigliari o ai singoli con un basso reddito economico e sulla

base della gravità della patologia. Lo scopo, comunque, è quello di consentire la gestione del paziente presso il proprio domicilio, ritardandone l'inserimento in struttura. Anche l'assegno di cura si inserisce nella strategia di deistituzionalizzazione configurandosi come un sostegno alle famiglie per prolungare la permanenza al proprio domicilio dell'anziano non autosufficiente;

- *Telesoccorso*: servizio rivolto ad anziani e persone sole, atto a garantire un costante controllo dei bisogni e dello stato psicofisico. Su richiesta dell'assistito viene fornito sostegno psicologico, viene stimolata la socializzazione e prevenuto l'isolamento, per coordinare interventi di assistenza e volontariato, per agire prontamente in caso di emergenza. L'attivazione del servizio necessita della disponibilità, presso l'abitazione dell'utente, di un telefono a cui viene collegato, senza un costo aggiuntivo, l'apparecchio radiocomandato che permette di chiamare le operatrici 24 ore su 24;
- *Unità di Valutazione Geriatrica*: l'UVG, utilizzando la metodologia della valutazione multidimensionale, alla quale dovrebbero corrispondere precisi sistemi di classificazione dei pazienti, a definire il percorso assistenziale di ogni singolo soggetto e la sua collocazione ottimale all'interno della rete. L'UVG è strutturalmente collocata nell'azienda ospedaliera o in una delle sedi distrettuali dell'azienda sanitaria. In entrambi i casi i compiti principali dell'UVG, che si avvale di un nucleo composto dal medico geriatra, dall'infermiere e dall'assistente sociale, con la consulenza di operatori che appartengono a tutte le discipline specialistiche, sono riconducibili a:

- a) valutazione dei problemi clinici, assistenziali e sociali e loro impatto sull'autonomia;
- b) definizione del percorso terapeutico, assistenziale, riabilitativo;
- c) collocazione ottimale all'interno della rete dei servizi.

L'UVG è costituita da più figure professionali (geriatra, infermiere, assistente sociale, ecc.) ed utilizza in tutte le fasi della valutazione un approccio multidimensionale per gestire il paziente anziano e stabilirne il progetto di cura. E' l'UVG che stabilisce se l'anziano ha necessità di assistenza e di che tipo (domiciliare, semiresidenziale, residenziale).

- *Affidamento*: si tratta di un servizio che si inserisce a pieno titolo nelle politiche di deistituzionalizzazione in quanto consiste, analogamente a quanto accade per i minori, nella piena assunzione di responsabilità dell'affidatario che non solo si cura dei bisogni materiali dell'anziano ma si preoccupa della sua esigenza di relazionalità;

LE ESPERIENZE TERRITORIALI

DALLA TEORIA ALLA PRATICA

Relazione a cura di Maria Paola Assali, per il Coordinamento Provinciale Donne Spi Novara

In occasione della terza giornata del percorso formativo, è stato richiesto alle partecipanti di recuperare il seguente materiale:

- Regolamento cure domiciliari presso i Consorzi del socio-assistenziale e i comuni capoluogo
- Regolamenti riguardo la materia Cure Domiciliari sulla compartecipazione (ISEE o altro in vigore)
- Regolamenti delle Cure domiciliari integrate con la sanità, presso il Distretto

La richiesta non aveva solo lo scopo pratico-dichiarato di trovare il materiale in questione, ma aveva valore soprattutto metodologico, visto che si parla di *ricerca partecipata*, e che il corso è pensato soprattutto per compagne che non hanno competenze specifiche e che hanno bisogno di costruirsi un insieme di conoscenze utili per operare concretamente ed attivamente nelle Leghe – in qualche caso, a cominciare dal mio, partendo da zero.

Primo problema: per avere i regolamenti bisogna fare ufficialmente domanda ai responsabili; ma chi sono costoro? Dopo alcuni tentativi andati a vuoto, ho saputo il nome della responsabile dell'Assistenza Sociale del Comune di Novara, che a sua volta mi ha fornito il nome del Dirigente dei Servizi Sociali e della Responsabile dell'ASL territoriale. A questo punto, recapitata la domanda, non è stato difficile ottenere i documenti richiesti. Devo aggiungere di aver trovato persone molto gentili e disponibili, a tutti i livelli.

Al Distretto ho appreso che non esiste un Regolamento per le cure domiciliari ma una Disposizione in applicazione delle leggi vigenti, contenuta in un *Quaderno di educazione alla salute*, edito nel 2000 dal titolo "Le cure domiciliari. Guida all'ADI e all' AIS".

Il libretto è molto chiaro e contiene anche i fac-simile delle richieste per ottenere quanto necessario. Le stesse informazioni si trovano facilmente anche sul Sito dell'ASL 13.

Visto che il libretto è a mio giudizio molto prezioso per gli utenti, mi sono posta il secondo problema: quanto e come i cittadini sono informati sui diritti loro spettanti in tema di cure?

E ancora: la Carta dei Servizi a Novara c'è? La risposta è affermativa: la Carta c'è, è completa e chiarissima, si trova facilmente sul Sito del Comune, ne esiste anche copia cartacea, che si può chiedere ai Servizi sociali o nelle sedi dei Quartieri. Ma ben pochi utenti (io per prima) ne sono a conoscenza. E allora, come fare per allargare queste informazioni? La risposta mia sarà probabilmente un po' troppo sempliciotta, ma credo che poco sia meglio di niente: dotare le Leghe di questi documenti di base, per poter diffondere le informazioni in modo corretto e completo agli iscritti al sindacato e a chi gli si rivolga.

Il passo successivo è stato domandarsi come le disposizioni relative alle Cure Domiciliari (C.D.) trovano applicazione concreta sul territorio. Si tratta quindi di entrare nel vivo delle questioni, che solo una conoscenza diretta del problema può favorire. L'indagine da me svolta non ha nessuna pretesa di scientificità; è stata, come ho già detto, una prima "immersione sul campo" che mi ha obbligata a riflettere sul tema per trovare soluzioni migliorative dell'esistente soprattutto in sinergia con le risorse del Sindacato (e non penso solo allo SPI).

Devo aggiungere un'altra premessa: le informazioni raccolte sono relative ad una parte del territorio della provincia di Novara, ma un analogo lavoro può essere fatto su spazi più ampi, avendo a disposizione più tempo; inoltre le informazioni rispecchiano una realtà assai omogenea.

Il più significativo dato emerso è che le cure domiciliari hanno un bacino di utenza assai basso.

Faccio pochi esempi: a Novara due anni fa usufruivano delle C. D. 500 persone; ora sono molto diminuite. Mi si dice che in alcuni luoghi (es: Borgomanero o Caltignaga) le assistenti domiciliari si disputano gli anziani...

Da qui il terzo problema: perché così pochi si avvalgono di questo servizio?

Risposta: perché costa troppo e il personale non è adeguato.

Costa troppo: i regolamenti prevedono una compartecipazione alla spesa, ove il reddito superi un certo limite, che è di 7300 € annui per quasi tutti i Comuni (a Novara con l'ultima concertazione di poche settimane fa si è alzato a 7500 per il 2009). Per le varie prestazioni è stabilita una tariffa oraria, che in alcuni casi - ad es. nel CISA 24 - è fissa a 5 € per tutte le fasce eccedenti il limite, in altri - ad es. Novara -, è scaglionata e arriva a 9,30 € quando si superi il limite di 12.905,00 € annui.

Queste tariffe sono sentite come troppo alte se si pensa che la durata della prestazione non è di 60' ma di 45'/50' al massimo, perché viene conteggiato nell'ora di lavoro anche il tempo del trasferimento da un assistito all'altro.

Inoltre si può avere il servizio al massimo per 4 ore giornaliere, dal lunedì al venerdì. Deroghe sono ammesse in casi speciali.

Di conseguenza, è chiara la ragione per cui quasi tutti gli anziani ricorrono al lavoro di una badante o di una colf di loro scelta: costa un po' di più, ma i risultati del suo lavoro sono più soddisfacenti. Non sottovalutiamo poi la valenza psicologica, poiché ad una persona che si sceglie personalmente, che si paga di tasca propria e che è sempre la stessa si può chiedere quello che ad una quasi estranea sentita come un aiuto assistenziale benefico non si osa chiedere.

Però non mancano anche in questo caso gli inconvenienti e gli interrogativi: per ragioni puramente economiche, spesso la badante o la colf sono assunte in nero e/o, nel caso di lavoratrici straniere, senza i necessari requisiti di legge, con tutti i rischi annessi e connessi, sia per la lavoratrice che per il datore di lavoro. Si tratta ancora una volta dell'incrocio tra due povertà, come suol dirsi, o almeno di due bisogni diversi.

Il personale non è adeguato: i regolamenti prevedono, tra l'altro, la cura della persona e dell'abitazione. Gli utenti lamentano molte carenze: la cura della persona consiste spesso nell'aiuto a vestirsi, o nell'accompagnamento dal parrucchiere [Fare il bagno o tagliare le unghie è compito dell'Operatore Sanitario (O.S.) inviato dall'ASL. E anche sull'operato di questi O.S. ci sono molte e molte riserve]; la cura dell'abitazione spesso è ridotta al fare la spesa e a metterla a posto; lavare appena appena il bagno o poco altro, visti i minuti a disposizione (!); preparare qualcosa da mangiare...; molte persone dicono di non avere mai saputo che si può chiedere un aiuto domestico, o di esserselo visto negare dall'A.D.

Molto spesso il personale appare del tutto incompetente; c'è anche un caso limite: il figlio di una donna in A.D. ha dovuto spiegare alla persona che doveva aiutarlo nella cura della madre come fare a cambiarle il pannolone, perché questa persona non aveva mai svolto questa incombenza. Un altro A.D. aveva fatto di mestiere sempre e solo il portinaio.

Quarto problema: come mai il personale è così inadeguato?

La risposta sta nelle **modalità di selezione del personale.**

I Comuni appaltano i Servizi Domiciliari a varie Cooperative; alcune appaltano solo la pulizia della casa o il fare la spesa, altre (poche) anche la pulizia della persona. Evidentemente per risparmiare sui costi, le cooperative si avvalgono di personale a bassa o nulla qualificazione.

La Legge 328/2000 prevede (art.12) figure professionali appositamente formate da impiegare nella varie mansioni, ma in nessuno dei regolamenti o degli accordi in mio possesso si fa cenno a requisiti formativi specifici. *Forse le convenzioni stipulate coi consorzi sono più precise in merito?* Ho visto solo quella stipulata tra il Comune di Borgomanero e il Consorzio, ma lì non c'è nulla.

In compenso, mi sono state fatte alcune considerazioni. Faccio solo un esempio pratico. Un Assistente domiciliare laureato in lettere, pur dotato di grande passione per il suo lavoro e di buona volontà, che competenza specifica ha nei lavori domestici?

I Corsi per O.S. ci sono e prevedono 1000 ore di formazione teorica e 400 ore di esperienza pratica. I corsi pullulano, siccome sono finanziati dall'U. E., ma spesso si riducono ad un percorso di sei mesi: c'è una richiesta fortissima (ed una altissima selezione) di partecipazione a tali corsi, ma troppo spesso nella selezione dei potenziali studenti prevale il criterio della raccomandazione.

Il personale così formato, viene assunto dalle società appaltatrici, che lo impiegano per lo più nelle Case protette (e anche lì si lamentano molti inconvenienti dovuti alla scarsa professionalità frutto di formazione frettolosa e inadeguata). Ben pochi vengono impiegati nell'Assistenza domiciliare.

A dimostrazione dell'inadeguatezza di certo personale ai compiti che svolge, cito un episodio: a Vespolate l'AUSER di Novara ha costretto la Cooperativa a sostituire tutto il suo personale dirigente perché non in possesso dei requisiti previsti

Eppure i fondi stanziati dai comuni per le Cure domiciliari non sono pochi. Faccio anche qui un solo esempio, relativo all'ultimo Bilancio in nostro possesso del Comune di Novara, che ha speso per l'Assistenza Domiciliare 1.500.000€, pari al 18,14% della cifra stanziata complessivamente per gli Asili e per le Mense (comprese le scolastiche)

Ultimo problema (per il momento): potevano e possono essere meglio spesi questi soldi, visti i deludenti risultati dell'Assistenza domiciliare?

Mi permetto ancora qualche osservazione sul **ruolo del medico di base**. A lui è demandato il compito di chiedere l'assistenza domiciliare, e di fornire la certificazione necessaria ad ottenere i sussidi economici previsti dalla legge (ad es. l'assegno di accompagnamento). Ma risulta che non tutti sono in grado di dare almeno le informazioni più corrette per ottenere quello cui si ha diritto, anzi si dimostrano assai scettici sulla possibilità di vedere accolta la richiesta. Ad una signora di nostra conoscenza è capitato di veder respinta una richiesta di accompagnamento per la madre invalida perché, mal consigliata dal suo medico di base, aveva agito "di testa sua", e di aver visto successivamente accolta la stessa richiesta quando, consigliata da altre persone del paese, si è giustamente rivolta al geriatra che solo può attestare le reali condizioni del paziente.

In ultima analisi, non sarebbe opportuno verificare anche quanto e se i medici di base fanno almeno consigliare per il meglio i loro assistiti?

Ringrazio le compagne del Coordinamento Donne di Novara e mie compagne di corso: Elisa Buonavita, Laura Cara, Anna Crivellin, Angela De Martis; il Segretario Roberto Manzini e i compagni della Lega di Novara; il Presidente dell'Auser di Novara, Renato Bianchi. Senza la loro collaborazione non mi sarebbe stato possibile scrivere nemmeno questa relazione, a riprova del fatto che per ogni iniziativa è necessario mettere insieme tutte le risorse che lo SPI può trovare.

I SERVIZI SOCIO SANITARI NELLA PROVINCIA DI BIELLA

A cura di Claudia Bergesio - Responsabile del Coordinamento Provinciale Donne Spi Biella

La popolazione della provincia di Biella è soggetta ad un costante invecchiamento, neppure corretto dall'inserimento di residenti extra comunitari, inserimento non favorito dalla grave e perdurante crisi del settore tessile. La percentuale di popolazione anziana considerata nella fascia tra i 60 e 90 anni è del 30,82% e le donne ne costituiscono il 26,77%.

Questi semplici dati percentuali fanno capire quali siano oggi i problemi socio sanitari che si debbono affrontare e quale riorganizzazione sociale sia necessaria nell'ambito del territorio:

- della prevenzione;**
- della cura;**
- mirate allo specifico di genere;**

oggi ai problemi degli anziani si dà una risposta indifferenziata, non esiste un'anamnesi della vita lavorativa.

Per ciò che attiene la prevenzione orientata esclusivamente alle malattie oncologiche delegata in via esclusiva al fondo Edo Tempia.

La fondazione E. Tempia svolge opera meritoria nella prevenzione (meglio nella diagnosi precoce) del cancro al seno attraverso l'analisi mammografica, che con camper attrezzato si porta nel territorio la cui caratteristica è una grande presenza di piccoli insediamenti di paesi e frazioni, favorendo così la popolazione femminile ivi insistente.

Il fondo Edo Tempia, opera nella diagnosi e nella ricerca di tutti i tipi di tumore in collaborazione con la Asl 12, è una fondazione privata senza fini di lucro, collabora con personale proprio (medici e infermieri) e con volontari con la struttura di Cure Palliative dell'ospedale di Biella.

Non esistono altre possibilità di diagnosi precoce se non promosse dai medici di famiglia e indirizzate presso i distretti Asl e/o l'ospedale per altre forme di malattia o comunque morbilità maggiormente insistenti quali ad es. malattie cardiovascolari, disfunzioni renali o diabete ecc....

non esistono poi centri di prevenzione e/o di diagnosi precoce delle malattie specifiche della vecchiaia, demenza senile osteoporosi ecc...così come non vengono programmate azioni preventive in funzione della vita lavorativa.

Asl 12 lavora con 2 distretti coincidenti con la città capoluogo e l'insediamento maggiormente rappresentativo Cossato.

Nei due distretti gli Enti che gestiscono i servizi del socio assistenziale sono rispettivamente:

il Consorzio IRIS per il distretto 1, che risponde a una popolazione di 116.800 in un territorio composto di micro aggregati urbani che va' dagli 85 abitanti di Rosazza agli 46.350 di Biella.

Con una orografia territoriale la cui prevalenza è montana/collinare . E' pertanto da considerare la criticità che ne deriva per l'accesso particolarmente disagiato ai servizi che non sono così decentrati.

E' rilevanti il gap tra la necessità di trasporto e la quantità oggi praticata dalle organizzazioni dei volontari lasciando di fatto spazio a forme private (se non di singola persona) a pagamento.

Tutto ciò con un rilevante aumento della popolazione anziana >65.

il gestore socio assistenziale del distretto 2 è il CISSABO.

Situato nel biellese orientale risponde alla popolazione di 29 comuni e due Comunità Montane, le criticità riferite all'orografia del territorio sono del tutto simili a quelle del consorzio IRIS, con un aspetto specifico: l'area territoriale corrisponde alla metà della provincia ma, la popolazione è circa un terzo per cui la prevalenza degli insediamenti ha dimensioni medio piccole con una rete di servizi di trasporto senza flessibilità d'orario e tarata sulle necessità della popolazione attiva.

Esiste un progetto, comune tra i consorzi ch'è stato avviato a novembre 2008 la cui conclusione dovrebbe essere l'inizio del servizio quotidiano.

Il progetto denominato: “ **Prontuario unico Informatico dei Diritti e dei Servizi per gli Anziani ad uso degli operatori sociali e sanitari del Biellese**”, prevede l'accesso con una password ed un username, e pur essendo i soggetti individuati oltre, gli operatori

sanitari e gli operatori sociali, le organizzazioni di volontariato *specializzate* nel dare informazione ai cittadini anziani, le organizzazioni sindacali dei pensionati ne' sono escluse.

Se l'esclusione degli sportelli sindacali in un primo momento poteva essere giustificato dall'avvio della sperimentazione, nel passaggio al funzionamento quotidiano se, si vuole raggiungere l'obbiettivo: "agevolare la conoscenza dei servizi da parte degli operatori sociali e sanitari. Favorire l'accesso ai servizi da parte dei cittadini", ci sembra necessario fornire una rete vicina alla popolazione. E in questa rete di sportelli di quelli sindacali non se ne deve fare a meno proprio in ragione della caratteristica territoriale.

A tal proposito sarà uno strumento efficace predeterminare l'intervista al richiedente il servizio, per dare uniformità anche alla raccolta dei dati. In allegato il progetto.

Malattie della vecchiaia:

Alzheimer

Esiste un **centro diurno** per anziani affetti da Alzheimer, A. E. Cerino Zegna con sede ad Ochieppo inferiore, sono presenti le figure professionali OSS nel numero di 5, inoltre il geriatra, il fisiatra, il psicomotricista e lo psicologo.

Il servizio di trasporto è fornito ad un costo di 5 euro giornalieri, il centro funziona su 5 giorni alla settimana dalle 8.00 alle 16.30 e la retta è di 20 euro giornalieri.

Il centro chiude nei festivi a Natale e il mese di agosto.

La ricezione del centro è di max. 15 pazienti e per un periodo limitato di presa in carico (6 mesi).

Dopo le soluzioni sono a carico della famiglia sia che si mantenga l'anziano nel nucleo familiare, sia che si decida per la domiciliazione presso case di riposo.

Le case di riposo nel biellese sono Residenze Assistenziali Flessibili 34 e 10 Residenze Assistenziali Sanitarie Anziani per un totale di 710 posti letto a fronte di una necessità di riconosciuta di 1776 ricoveri.

Esiste un progetto "Silver Age 2008" destinato ai degenti la casa di riposo per migliorare il benessere dell'anziano attraverso la valorizzazione del proprio vissuto. Il progetto prevede la partecipazione ad attività di animazione sociale, e la promozione del confronto intergenerazionale,.

Si propone inoltre di formare una cultura dell'anzianità nel territorio.

Tutto ciò è sempre fortemente penalizzato dalla carenza di rete e di comunicazione e di sfruttamento delle risorse presenti.

Badanti nella provincia di Biella

Dati anno 2003

Gli stranieri residenti nella prov. di Biella sono 8100 di cui donne 4238 delle quali il 42.5% prestano servizio alle persone, il 38.2% sono badanti di pensionati con reddito medio basso, per cui anche l'aiuto previsto di contributi garantiti dai fondi regionali (128.000euro) ai pensionati con un reddito Isee di 16000 euro è largamente insufficiente.

Le condizioni di cui sopra dovrebbero servire all'emersione del lavoro nero, sia per quello totale che per quello parziale, nel senso che la maggioranza dei contratti delle badanti in regola con la legislazione sull'immigrazione ha una copertura per 25ore settimanali ma, risulta che il lavoro effettivo copra un nastro orario più ampio tanto da fare ipotizzare che l'assistenza sia a tempo pieno ma la copertura previdenziale sia quella minima consentita. Quando l'assistenza all'anziano è cura di persona non in regola con i permessi di soggiorno l'evasione è totale.

L'assistente familiare, che di norma viene indicata come "badante" è l'anello fondamentale per l'anziano che ha perso l'autonomia, e i servizi (ancora largamente inadonei):

- per mantenere la persona nella propria residenza;
- per coniugare l'esigenza di assistenza;
- l'offerta di servizi;
- l'emersione del lavoro;

come sempre bisogna partire dalla conoscenza del bisogno e mettere in comparazione la spesa della domiciliarità con la copertura anche parziale di personale dedicato, valutando contesti diversi, vedi anziano in famiglia, anziano da solo, famiglia di anziani ecc..con parametri differenziati dalla condizione e dal reddito.

Assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare la cui attribuzione è data dall'U.V.G. e gestita in modo differenziato tra i due consorzi, per ciò che attiene i costi a carico dell'utente. Questa sperequazione è frutto di un cattivo coordinamento tra i due servizi che dovrebbe essere superato con l'accorpamento dei due consorzi in un unico ente gestore. Di fatto il riconoscimento dell'ADI, è largamente insufficiente al raggiungimento degli obiettivi che ci si propone: in sintesi:

- la cura;
- la tutela;

- la promozione dell'autonomia;
- il sostegno a relazioni familiari fragili;

al di là dell'onere (non di mercato) i tempi di copertura sono molto lontani dai reali bisogni e soprattutto non viene presa in considerazione l'esigenza dei familiari di tempi per se.

Considerazioni

per effetto della negoziazione sociale, che per adesso non è ancora differenziata sul genere, con questo intendiamo avere una visione specifica del servizio occorrente alla popolazione anziana sia femminile che maschile e non considerare il bisogno neutro, si considera una priorità la necessità di mettere in rete la conoscenza dei percorsi.

La conoscenza diffusa dei percorsi alla fruibilità dei servizi, viene considerata come essenziale all'ottimizzazione degli stessi, che dovranno partire da una seria e sempre aggiornata analisi dei bisogni. Infatti oggi il servizio è sempre commisurato alle risorse piuttosto che all'analisi dell'effettivo bisogno.

Nella nostra realtà al fine di dare un servizio adeguato all'individuo si è ottenuto un contributo, che tenga conto di una scala di intensità del progetto di cura domiciliare in lunga assistenza (definito dal U.V.G), che corrisponde rispettivamente a: 800 euro mensili, 1100, 1350 e che può essere elevato a 1640 se non ha una rete familiare.

E' evidente che per una persona sola con una pensione media da lavoratore tessile, non è sufficiente anche con il contributo più elevato a fare emergere completamente il lavoro della "badante" in quanto più oneroso.

Per ciò che attiene il riconoscimento del lavoro di cura del familiare siamo ancora lontani dal riconoscimento effettivo, in quanto se non è lavoro di cura a soggetti non autosufficienti questo non viene riconosciuto (care giver), anche se sottoscritto con l'impegno di fronte l'ASL ed ente gestore.

Essendo questo impegno (la cura) così vincolato, svolto nella quasi totalità dalle donne ancora una volta viene negato in quanto parte della sfera di relazione affettiva, e non lavoro svolto.

La disparità del trattamento tra familiare e non incentiva la residenzialità essendo così sperequato soprattutto per chi ha redditi bassi.

Consideriamo che per il benessere dell'anziano è senz'altro preferibile mantenerne la residenzialità, e che nelle residenze per anziani anche quelle con il miglior servizio l'estraniamento dalla rete degli affetti (sia familiari che amicali) normalmente influisce sullo stato psicofisico della persona inducendola a stati di depressione anticamera di

malattie tipiche dell'età senile che il mantenimento nell'ambiente familiare (anche per l'eterogeneità dei soggetti) può evitare.

Se l'anziano/a è il possessore della memoria il suo ruolo è la trasmissione della stessa quando ciò gli/l'è precluso gli si preclude lo scopo di vita.

L'ESPERIENZA NEL VERCELESE

A cura di Rosanna Gaietta - Responsabile del Coordinamento Provinciale Donne Spi Vercelli

Il lavoro di ricerca sul campo in ambito socio-assistenziale e sanitario per una contrattazione partecipata è stato realizzato dal CD dopo una prima fase di discussione e di definizione delle risorse disponibili e dei possibili strumenti e strategie di utilizzo.

Ha visto il coinvolgimento parziale del gruppo di pensionate delle leghe interessate e specie per il territorio di Borgosesia non è stato possibile monitorare esattamente la situazione in merito ai servizi in essere.

Il percorso attivato è comunque servito alle donne interessate in quanto ha coinvolto tutte su temi e problemi sociali gravi e importanti, abituandole ad una consapevolezza più attenta e competente.

Il percorso iniziato ha dunque innescato una crescente e viva partecipazione da parte delle pensionate ma anche di tutte le donne iscritte ed attive in CGIL coinvolte, con le quali si sta operando in una visione allargata che ci auguriamo possa divenire sempre più abituale costruttiva ed incisiva nella contrattazione territoriale.

Per quanto riguarda il progetto di ricerca-monitoraggio sui Consultori familiari, in particolare il percorso è stato attivato attraverso:

- Visite presso la sede del Consultorio di Vercelli
Realizzazione di interviste alle donne giovani, anziane ed immigrate utenti
Elaborazione dei dati raccolti e stesura in sintesi di una Relazione conclusiva
- Incontro con il ginecologo incaricato dall'ASL della riorganizzazione e riqualificazione dei Consultori familiari del territorio; discussione in merito al monitoraggio effettuato e consegna nostra relazione e proposte:
- Incontri successivi con il Dott. Conti per una presa d'atto del progetto di ristrutturazione e di ridefinizione delle sedi e della operatività dei consultori
- Programmazione condivisa di una serie di momenti di confronto con le donne nelle diverse realtà territoriali interessate.
- Riunione in lega per la definizione di un piano comune ASL – CGIL per la divulgazione e l'informazione pubblica del progetto-programmazione di un Seminario pubblico a Vercelli nel mese di Ottobre sui Consultori.
- Riunione del Coordinamento donne presso la sede di Borgosesia con il Dott. Conti per una prima illustrazione delle operazioni finora attivate.

I MATERIALI

Lucidi elaborati da Elisabetta Mocca

IL SISTEMA DEI SERVIZI PER GLI ANZIANI



*L'offerta di servizi socio assistenziali
nella Regione Piemonte*

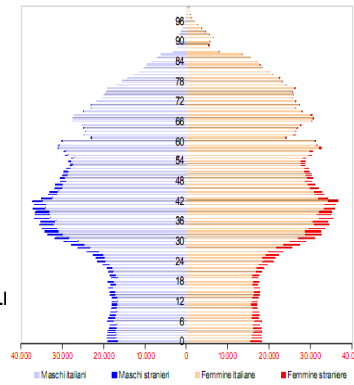
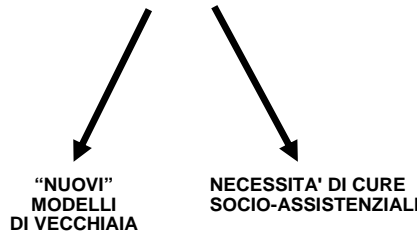
A cura di
Elisabetta Mocca
(011-8178900)

IRES Lucia Morosini
Istituto di ricerche economiche e sociali
piazza Vittorio Veneto, 1 - 10124 Torino



INTRODUZIONE

INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE



Piramide di età della popolazione italiana e straniera in Piemonte al 1/1/2007.(Fonte ISTAT)

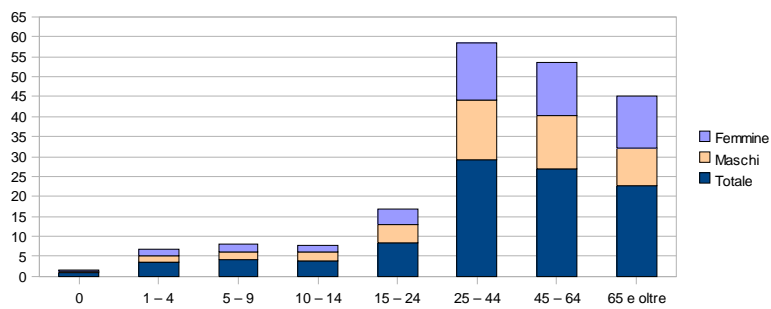


"Il sistema dei servizi per gli anziani"

Gattinara, 26 Novembre 2008

INTRODUZIONE

Classi di età Regione Piemonte



"Il sistema dei servizi per gli anziani"

Gattinara, 26 Novembre 2008

INTRODUZIONE

N° anziani con oltre 65 anni e percentuale sulla popolazione

Provincia	N° anziani con oltre 65 anni	Popolazione totale	Rapporto %
TO	490944	2248955	21,8
AL	112849	432215	26,1
BI	46135	186938	24,6
CN	127839	573613	22,2
VC	43927	176705	24,8
NO	75882	357688	21,2
VCO	37013	161640	22,8
AT	52396	215074	24,3
TOT. REGIONE	986985	4352828	22,6



"Il sistema dei servizi per gli anziani"

Gattinara, 26 Novembre 2008

LA LEGISLAZIONE

LEGGE 8 NOVEMBRE 2000 N.328

PRINCIPI ISPIRATORI

- Universalità delle prestazioni
- Livelli essenziali delle prestazioni
- Sussidiarietà
- Sistema di servizi a rete
- Articolazione rapporti Stato-Regioni-Enti locali e centralità dell'Ente
- Riassetto IPAB

INTERVENTI

- Valorizzazione della famiglia
- Potenziamento degli interventi contro la povertà
- Sostegno delle persone non autosufficienti attraverso i servizi domiciliari



"Il sistema dei servizi per gli anziani"

Gattinara, 26 Novembre 2008

LEGGE 8 NOVEMBRE 2000 N.328

PIANO NAZIONALE

- Requisiti delle prestazioni sociali
- Priorità di intervento
- Modalità di attuazione del sistema integrato

PIANO REGIONALE

- Adozione indicazioni del Piano Nazionale
- Coerenza con Piano Sanitario Regionale

PIANO DI ZONA

- Priorità di intervento
- Modalità organizzative dei servizi
- Risorse finanziarie e umane
- Garanzia dell'integrazione



"Il sistema dei servizi per gli anziani"

Gattinara, 26 Novembre 2008

LEGGE 8 NOVEMBRE 2000 N.328

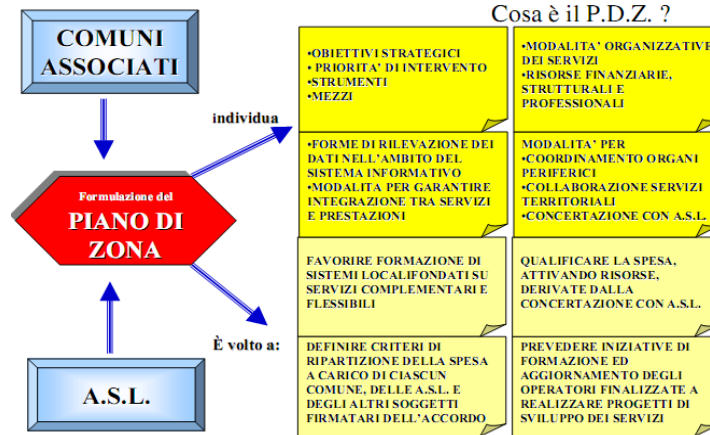
RIFORMA SOCIALE: RUOLO REGIONALE E RETE LOCALE



"Il sistema dei servizi per gli anziani"

Gattinara, 26 Novembre 2008

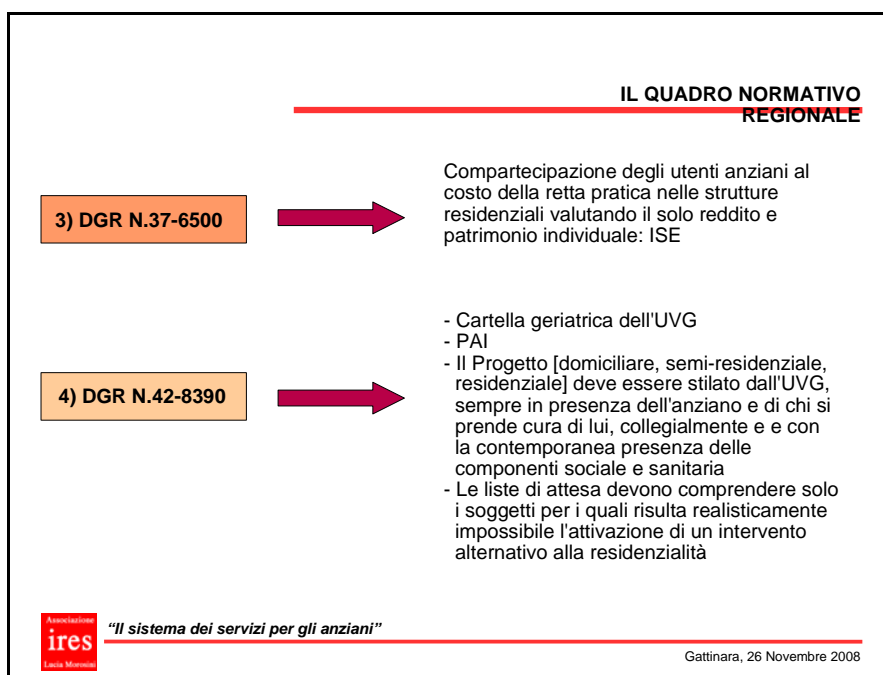
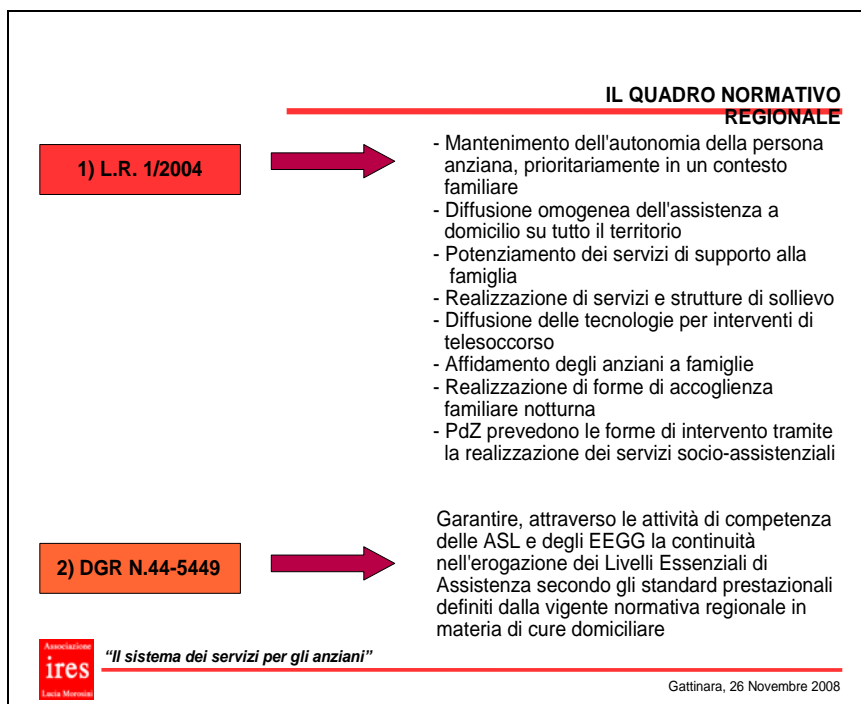
LA LEGISLAZIONE

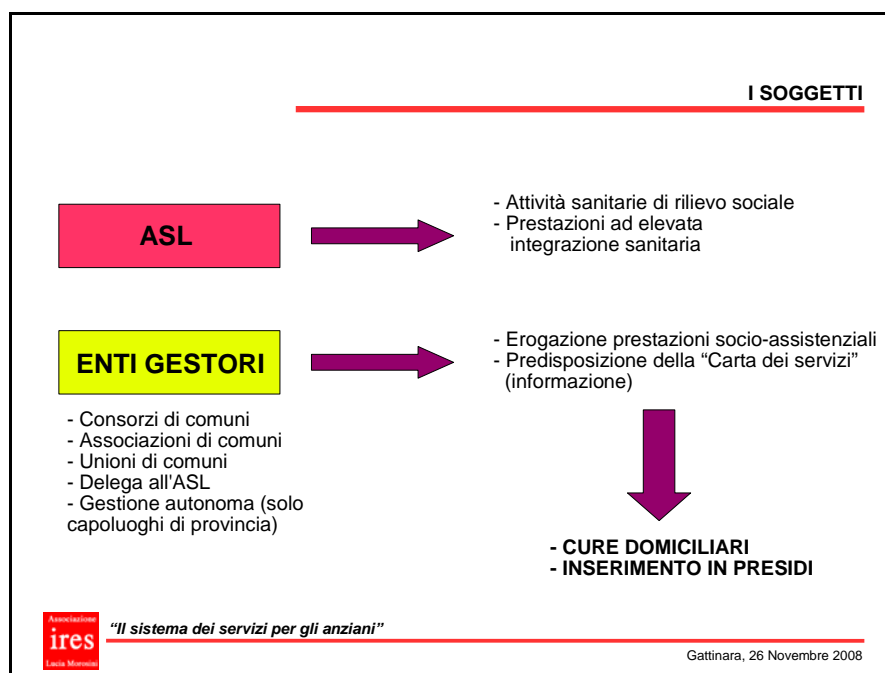
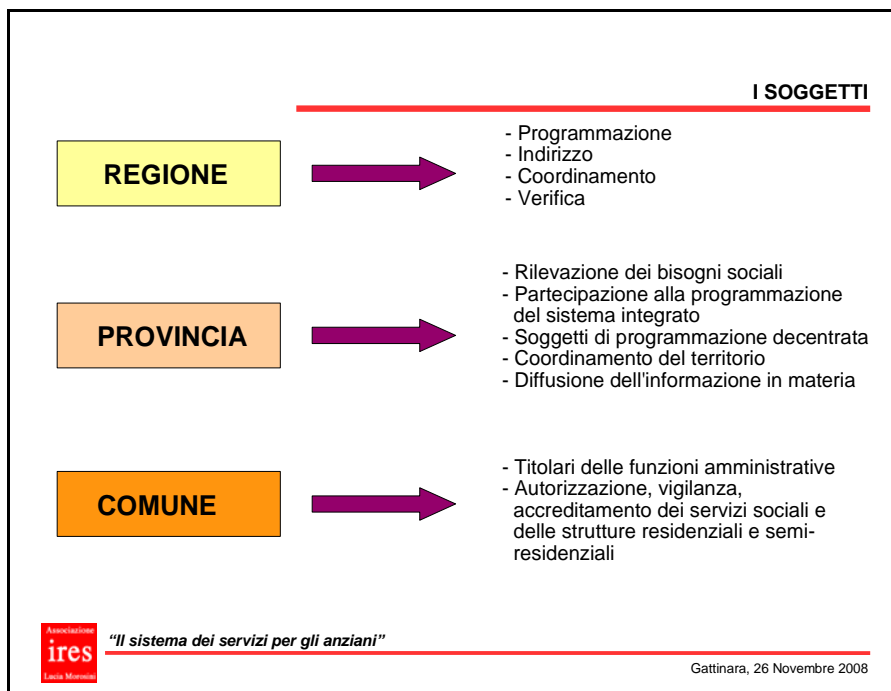


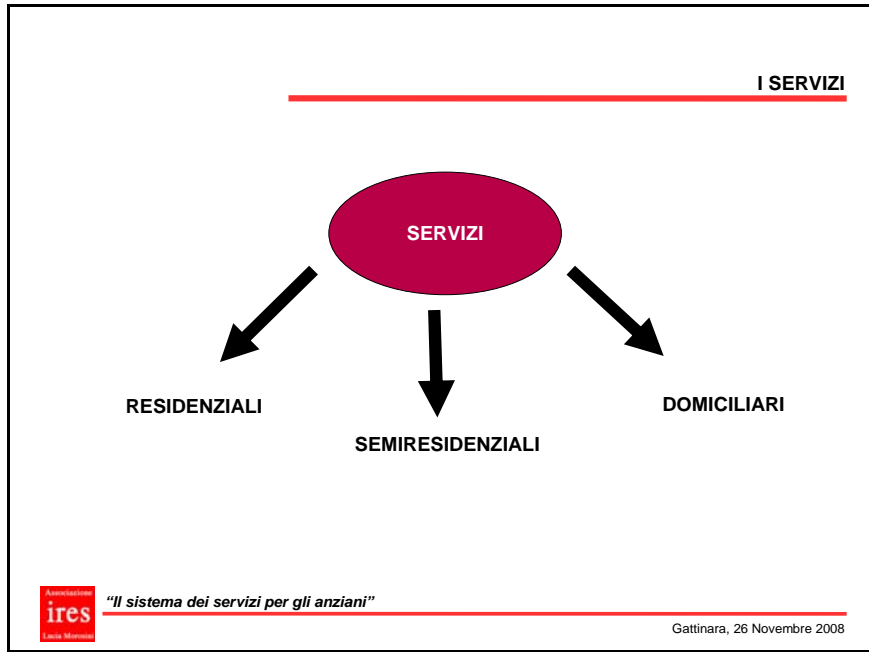
I SERVIZI

Quadro Strategico Nazionale 2007-2013

Indicatori	Direzione del miglioramento	Anno di riferimento	Piemonte	Italia
Preso in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata: Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni e oltre) (%)	incremento	2006	1,5	3,0
Incidenza del costo dell'ADI sul totale della spesa sanitaria: Incidenza percentuale del costo dell'ADI sul totale della spesa sanitaria regionale	incremento	2006	1,1	1,1







- I SERVIZI**
- | | |
|---------------------------------|---|
| SERVIZI RESIDENZIALI | <ul style="list-style-type: none"> - Residenza Assistenziale per anziani autosufficienti - Residenza Assistenziale Flessibile - Residenza Sanitaria Assistenziale - Nucleo Residenziale Alzheimer - Integrazione rette per ricoveri - Appartamenti protetti - Hospice |
| SERVIZI SEMIRESIDENZIALI | <ul style="list-style-type: none"> - Centri socio-riabilitativi diurni - Centro diurno Alzheimer - Centri sociali anziani - Letti di sollievo |
| SERVIZI DOMICILIARI | <ul style="list-style-type: none"> - Assistenza Domiciliare Programmata - Assistenza Domiciliare - Assistenza Domiciliare Integrata - Cure Domiciliari in Lungo-assistenza - Assistenza Domiciliare Infermieristica - Assegno di cura/ sostegno economico - Telesoccorso - UVG - Affidamento |
- Associazione
ires
Luca Moroni *"Il sistema dei servizi per gli anziani"*
- Gattinara, 26 Novembre 2008

I SERVIZI

Servizi per gli anziani erogati dalla Regione Piemonte

Prestazioni	Autosufficienti	Non autosufficienti
Assistenza economica	2371	909
Assistenza domiciliare	4690	6549
Interventi economici a sostegno della domiciliarità	331	3778
Cure domiciliari	603	2996
Interventi complementari all'assistenza domiciliare	13865	1790
Affidamento familiare	360	734
Inserimento in centro diurno	441	134
Inserimento in Presidio	1232	3830
Integrazioni rette	961	2595
Residenzialità temporanea	20	636
Tele Soccorso	1433	2494



"Il sistema dei servizi per gli anziani"

Gattinara, 26 Novembre 2008

I SERVIZI

Anziani ospiti in presidi socio-assistenziali

Provincia	Anziani	
	Autosufficienti	Non autosufficienti
Alessandria	1982	2126
Biella	732	1118
Cuneo	3946	3122
Novara	798	1200
V.C.O.	381	436
Vercelli	611	613



"Il sistema dei servizi per gli anziani"

Gattinara, 26 Novembre 2008

I SERVIZI

Numero di casi trattati in ADI

ASL	2005	2004	2003
11	1153	2553	2014
12	837	772	689
13	686	718	786
14	462	339	332
15	271	315	373
20	1623	1488	1743

I SERVIZI

REALIZZAZIONE DEL SISTEMA DEI SERVIZI
PER ANZIANI



APPROPRIATEZZA
SOSTENIBILITA'
RISPETTO NECESSITA' E VOLONTA' DELL'ANZIANO



APPROCCIO MULTIDIMENSIONALE