

15 gennaio 2015

INCONTRO DEL COORDINAMENTO POLITICHE SOCIALI

Sergio Melis e Aldo Roncarolo

Il 15 gennaio 2015 si è riunito il Coordinamento Politiche sociali della CISL Piemonte per fare il punto sulla riorganizzazione della rete ospedaliera e quella territoriale, messa a punto dall'Assessorato regionale alla Sanità e per preparare la fase di confronto con l'Assessorato alle Politiche Sociali.

In apertura Sergio Melis ha messo in evidenza il quadro di riferimento in cui si inserisce la nuova stagione di confronto con la Regione: i gravi problemi di bilancio, l'obbligo di "rientro" e i dettami del Governo al riguardo, il commissariamento della regione con l'emendamento inserito in legge di stabilità, le difficoltà nella tenuta del servizio. In questo quadro, s'inserisce il ridisegno della rete ospedaliera, la richiesta di CGIL CISL UIL PIEMONTE di rendere contestuale il rafforzamento della rete territoriale, le difficoltà di rapporto con l'Assessorato - che nella prima fase ha voluto tentare l'esclusivo rapporto con i sindaci e le "persone" in genere snobbando il vero confronto negoziale - e le preoccupazioni del personale per le prospettive.

CGIL CISL UIL Piemonte hanno rivendicato la contestualità tra revisione della rete ospedaliera e rafforzamento delle risposte territoriali, hanno chiesto che al centro del processo ci sia il potenziamento del Distretto quale luogo dove si progetta e realizza la vera integrazione tra servizi sanitari e socioassistenziali e hanno voluto evidenziare la necessità della coincidenza tra Distretto e Territorio al fine di una corretta opera di prevenzione-cura-continuità assistenziale.

Il successivo dibattito - con interventi da tutti i territori e il contributo di Unioni, Pensionati, Funzione Pubblica e Cisl Medici - ha reso più completa la situazione e fornito elementi per il confronto che si preannuncia serrato.

Proviamo a raccogliere gli elementi attorno a quattro titoli.

a. REVISIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

Finora il dibattito è rimasto sui principi, occorre entrare nel merito e verificare il disegno reale. Dopo tanto tempo forse si riesce a riorganizzare finalmente la rete ospedaliera. Occorre dare priorità alla revisione della rete.

C'è un rischio di parcellizzazione degli obiettivi e di perdita di vista delle risposte complessive. Occorre dare vita a osservatori aziendali che monitorino la realizzazione degli obiettivi in modo concreto e non vadano a "sensazioni" o autovalutazione.

Dev'essere perseguito un pieno rapporto tra ospedale e territorio.

Stanno nascendo alcuni gruppi "spontanei" per la difesa di alcune realtà ospedaliere, come relazionarsi con essi?

Occorre non solo richiamare l'Assessore al rispetto del tavolo di confronto, ma anche convincerlo che può essere un valore aggiunto nel ridisegno e nella sua tenuta.

b. RELAZIONI SINDACALI AZIENDALI

Occorre valorizzare la retribuzione di risultato nella contrattazione aziendale anche al fine di garantire un buon ridisegno del servizio. Occorre contrastare l'erosione degli spazi contrattuali. Occorre superare le difficoltà generate dallo sdoppiamento degli assessorati (Sanità e Politiche Sociali).

c. RAPPORTI CON I COMUNI

La contrattazione "quotidiana" tiene nonostante la riduzione delle risorse. Nel quadro dell'applicazione del nuovo ISEE abbiamo la necessità di essere efficaci e incisivi, occorre un simulatore che ci permetta d'individuare le nuove fasce di addensamento, occorre ripensare il modo di "presidiare" il confronto sui bilanci comunali.

d. RAPPORTI CON IL TERRITORIO

Non ci sono oggi le condizioni dei Piani di zona, oggi occorre ripensare in termini di priorità. Dobbiamo fare pressing sui distretti per dare vita a un quadro vero e nuovo d'integrazione socio-sanitaria. Abbiamo necessità di ricostruire certezze sugli assegni di cura.

Occorre coordinare attentamente le iniziative sul socio-sanitario per evitare che si rivelino inutili passerelle politiche. Con occhio attento alle evoluzioni bisogna evitare di perdere "pezzi" di servizi, bisogna avere la consapevolezza che le attività esternalizzate negli anni non potranno essere riassorbite. Ad oggi, si registra una scarsa o nulla disponibilità delle ASL al confronto, forse in attesa della nomina dei nuovi Direttori Sanitari.

Occorre rivedere le esenzioni ticket che risultano inadeguate a fronte dell'aumento della cronicità legata all'innalzamento della vita media.

Occorre ripensare anche i tempi di apertura dei servizi.

È venuto il tempo di riaprire un ragionamento sulla Famiglia con una visione moderna e complessiva.

La revisione territoriale non può prescindere dalla revisione della convenzione con i medici di medicina generale.

Sul Patto per il Sociale, sul quale l'Assessorato competente ha promosso una serie d'incontri nelle varie province (ormai ex), Aldo Roncarolo illustra i punti salienti per un confronto reale.

1. WELFARE DI ACCESSO

Tempi necessari per la presa in carico *[quando possibile fornire informazioni in merito, in ogni caso mettere limitazioni all'indeterminatezza]*

Assistenza per le pratiche burocratiche *[quale contributo possono dare le reti di volontariato (compresa Anteas)]*

Esplorare le possibilità di svolgere una pratica complessa a un solo sportello lasciando ai percorsi interni della burocrazia i passaggi tra diversi apparati pubblici coinvolti

Semplificazione della modulistica

Separazione del momento di semplice informazione dal momento di attivazione del procedimento *[caso esemplare: aspettare in coda allo sportello per avere un modulo → uscire dalla coda per compilarlo → rifare la coda allo stesso sportello per consegnarlo (tipico degli uffici postali ma non solo)]*

Semplificazione procedure *[problema di competenza degli apparati amministrativi pubblici]*

Accessibilità fisica ai servizi pubblici *[prioritarie le barriere architettoniche ma attenzione ai mezzi di trasporto e alla percorribilità e lunghezza degli itinerari]*

In generale

a) la legge 241/90 prevede che la PA indichi

- il responsabile del procedimento amministrativo in modo che il cittadino abbia un riferimento a cui rivolgersi per sapere cosa deve fare
- dia informazioni perché possa aggiornarsi sul punto al quale si trova il procedimento → è una specie di tracciabilità degli iter burocratici]
- il tempo necessario per la conclusione della procedura
- eventualmente il termine entro cui fornire relazioni, proposte, controdeduzioni
- anche se non è strettamente prescritto far conoscere al cittadino l'esito finale e, se fosse previsto il silenzio/negazione, informarlo dei tempi per eventuali impugnazioni]

b) una volta prospettato il problema lasciare che gli aspetti tecnici siano affrontati da chi ne ha la competenza ed evitare la trappola di farsi assegnare il compito di trovare una soluzione quando non si hanno strumenti di conoscenza su come funziona il "retrobottega"

2. INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Quantità di risorse destinate a

- Comuni
- Loro associazioni
- Consorzi

Strumenti di incentivazione perché i Comuni siano impegnati a destinare ai servizi socio assistenziale almeno una cifra minima per abitante (ad esempio: ai Comuni che mettono almeno xxx €/abitante è dato un cofinanziamento di y €/abitante per ogni euro in più oltre la soglia

Tempi di erogazione dei fondi:

- quanto va in interessi passivi per mancanza di liquidità
- come si possono predisporre i bilanci in assenza di entrate certe
- come si può dare risposta ai bisogni senza sapere di quanto si potrà disporre

Con l'abbassamento della quota sanitaria dal 60% al 50% quanto destinare a integrazione delle quote a carico delle famiglie dal versante socio assistenziale.

L'ISEE nuova modifica i livelli di "ricchezza" rispetto a prima: gli effetti sono imprevedibili, ma le soglie per le erogazioni di contributi o per fornitura di servizi vanno rettificate al rialzo e, se qualcuno rispetto a prima è escluso, necessario attento monitoraggio dei motivi (potrebbe essere un elusore venuto allo scoperto ma più facilmente uno che con i nuovi criteri non appare abbastanza "povero".

Posti letto socio sanitari: quanti, dove, quando.

Psichiatria e stati patologici border line (dipendenze, disagio mentale) non lasciarli alla deriva.

Voucher di servizio.

Albo fornitori accreditato.

Istituti a garanzia della qualità dei servizi prodotti da fornitori esterni al sistema pubblico.

3. STRATEGIA INTEGRATA DI LOTTA ALLE VECCHIE E NUOVE POVERTA'

Si rimanda alla documentazione allegata per la parte generale

Censimento delle risorse in campo (associazioni laiche, Caritas locali, S.Vincenzo, associazioni di imprenditori, Fondazioni di Comunità → esperienze CARIPO nel Novarese, altre attività simili nel Cuneese, fondazioni Bancarie, Casse di Risparmio e Banche Popolari se ancora ce ne sono, Fondazioni caritative)

Impiego intelligente delle donazioni

Strumenti per fare sinergia tra attori diversi.

Ruolo di regia alla istituzione pubblica ma partecipazione in condizione di parità allo stesso tavolo [esperienza di Comuni piuttosto grandi che trattano separatamente con le forze/lobby in campo V esperienza di altri dove la partecipazione al tavolo delle povertà è corale. Vantaggi: più complicato il formarsi di clientele, distribuzione più razionale delle risorse – Svantaggi più tempo per coordinare, dispersione in discussioni non sempre produttive]

Come far partecipare le entità produttive del territorio (dai supermercati alle imprese di produzione)

Governo del mercato del lavoro.

Azioni di orientamento e anche di gestione della domanda/offerta di lavoro.

Lavori saltuari con borse lavoro e gli altri istituti di sostegno al reddito.

Stanziamanti per i Rom [argomento delicato e conflittuale ma vecchie disposizioni prevedevano impegni di spesa appositi per i Nomadi: se si attivano correttamente quelli alcune provvidenze potrebbero essere interamente destinate agli altri cittadini.

Integrazione dei cittadini stranieri stabilmente residenti

Tensione abitativa, sostegno alle locazioni, ricoveri di emergenza, case protette,

4. POLITICHE PER LA FAMIGLIA E PREVENZIONE DISAGIO MINORI

Entità degli stanziamenti statali/regionali, loro destinazione sul territorio in termini di distribuzione e di impiego.

Asili nido famigliari/aziendali/comunali/convenzionati: quanto investito, quali risultati, quanti utenti potenziali ed effettivi.

Recupero scolastico e misure di contrasto all'abbandono.

Bonus bebè di Cota: rendicontazione, se intervento simile dovesse ripetersi intervenire su bisogni effettivi.

Approfondimenti su affidi, incentivi e case famiglia con quantità assistiti e risultati.

Accoglienza donne in difficoltà, accompagnamento minori, affidi temporanei.

Necessità di tutela delle famiglie numerose (principio costituzionale) ma attenzione a non usare lo strumento della "Famiglia numerosa" per escludere, piuttosto gradualità degli interventi a seconda del numero di componenti il nucleo.

L'apertura dell'Assessore alla Sanità Saitta nel convenire circa il metodo del confronto con il sindacato impegna CGIL CISL UIL PIEMONTE ad avviare una fase di discussione nei diversi territori per cogliere le peculiarità locali:

Quadrante Piemonte Orientale ((Novara, Verbania, Vercelli, Biella)

10 febbraio 2015 h. 10 sede CGIL Novara

Quadrante Torino

16 febbraio 2015 h. 10 sede UIL Torino

Quadrante Alessandria-Asti

23 febbraio 2015 h. 10 sede CGIL Alessandria

Quadrante Cuneo

24 febbraio 2015 h. 10 sede CISL Cuneo