

Politiche sociali



CGIL



CAMERA
DEL LAVORO
DI BRESCIA



materiali a cura della segreteria della Camera del Lavoro
in collaborazione con Funzione Pubblica Cgil e SPI Cgil Brescia

POLITICHE SOCIALI

WELFARE

Contrattazione sociale – Il territorio come luogo della contrattazione

Da ormai più di un decennio la contrattazione sociale territoriale fa parte dell'agire della CGIL. Il lavoro si lega infatti necessariamente al Welfare, per questo la contrattazione sociale nel territorio e il confronto sindacale con le Amministrazioni Comunali può diventare un importante strumento di attivazione e di sostegno al Piano del Lavoro della CGIL.

L'Italia sta attraversando una fase di profonde trasformazioni sociali: siamo in presenza di una costante trasformazione demografica a cui si affiancano anche un innalzamento della speranza di vita, un preoccupante fenomeno di denatalità, che fanno emergere questioni rilevanti come il tema della non-autosufficienza, le politiche per l'infanzia e di conciliazione. Oltre a ciò si aggiungono il disagio sociale e le nuove povertà.

La contrattazione sociale può rappresentare una frontiera per "contrattualizzare" i nuovi bisogni sociali, ridurre le disuguaglianze e allargare la rappresentanza generale del sindacato.

La lunga crisi che abbiamo attraversato ha avuto forti ripercussioni sulle condizioni economiche e sociali del Paese e ha ridotto sensibilmente i redditi delle famiglie. Questo rende ancora più importante e preziosa l'attività di contrattazione sociale quale strumento in grado di attuare un più equo impiego delle risorse nonché la diffusione omogenea dei livelli e della qualità del welfare universale, al fine di garantire l'effettiva parità di accesso ai diritti e ai servizi per tutti i cittadini.

In un contesto di progressiva riduzione delle risorse e di tagli che investono i cittadini, l'organizzazione, la qualità e l'accessibilità dei servizi e degli spazi e la loro corrispondenza con i bisogni del territorio stesso, sono elementi essenziali per la qualità di vita delle persone e delle comunità.

La contrattazione sociale territoriale che è nata dunque come pratica di negoziazione a livello territoriale di prestazioni e tariffe, deve diventare il terreno che contribuisce più in generale all'integrazione dei servizi e al sistema complessivo del welfare territoriale.

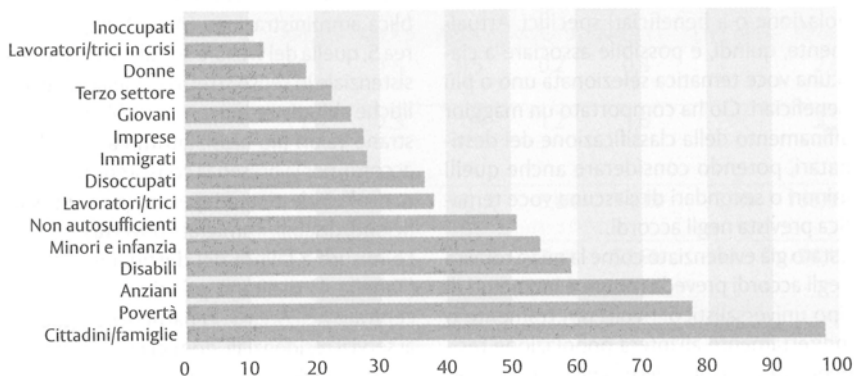
È esercitando la negoziazione sociale che riusciamo a stimolare politiche attive su temi importantissimi quali la sanità, i servizi socio-sanitari, il bisogno abitativo, la mobilità, il sostegno all'occupazione, la conciliazione, ecc.

Questa importante attività ci consente inoltre di conoscere a fondo il territorio e maturare una visione globale dei cambiamenti sociali, politici ed economici.

Esercitando la contrattazione sociale possiamo rimettere al centro la persona per dare una risposta ai suoi bisogni individuali, trasformandoli in collettivi.

Inoltre, la contrattazione sociale è una delle risposte che possiamo mettere in campo per rilanciare l'idea di un sindacato confederale e generale.

GRAF. 11 ◆ DESTINATARI (ACCORDI 2017, PRIME 15 VOCI, VAL.%)

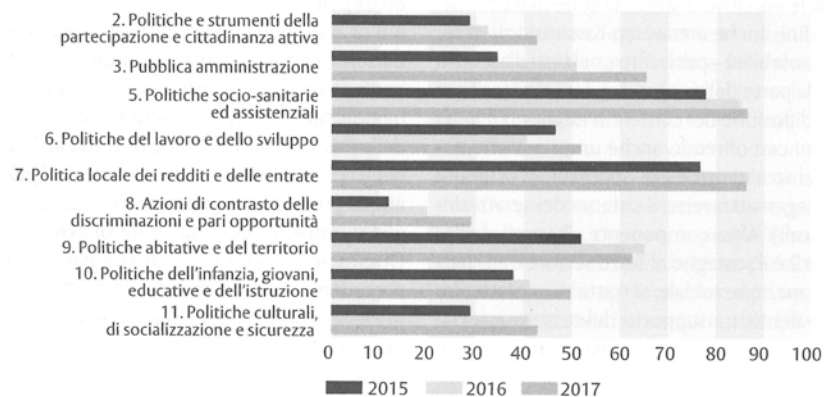


Fonte: dati Ocs, elaborazione Fdv

Da questo grafico emerge molto chiaramente che il 97,6% della contrattazione sociale si rivolge ai cittadini in generale e alle famiglie. Tra le prime voci ci sono poi le fasce di povertà, gli anziani, i disabili, i minori e i non-autosufficienti.

4

GRAF. 12 ◆ AREE TEMATICHE DI LIVELLO (ACCORDI 2015-2017, VAL.%)



Fonte: dati Ocs, elaborazione Fdv

Dal punto di vista invece del contenuto, la contrattazione fatta nel 2017 rappresenta pienamente le fragilità sociali del nostro tempo:

- oltre l'86% degli accordi contiene interventi di politiche socio-sanitarie e assistenziali
- le misure di contrasto alla povertà sono in forte aumento, a fronte di una molto più ampia presenza, tra i destinatari, delle famiglie e degli individui in condizione di povertà

La contrattazione sociale in Lombardia nel 2017

La Lombardia è la prima regione in Italia per popolazione residente (1/6 dell'intera popolazione nazionale) e per numero delle Amministrazioni Locali.

Nonostante la crescita del livello medio di reddito, in Lombardia la povertà, misurata attraverso i consumi, è in aumento. Nel 2017 la percentuale di famiglie lombarde che si trovano in una situazione di povertà relativa è del 5,5%.

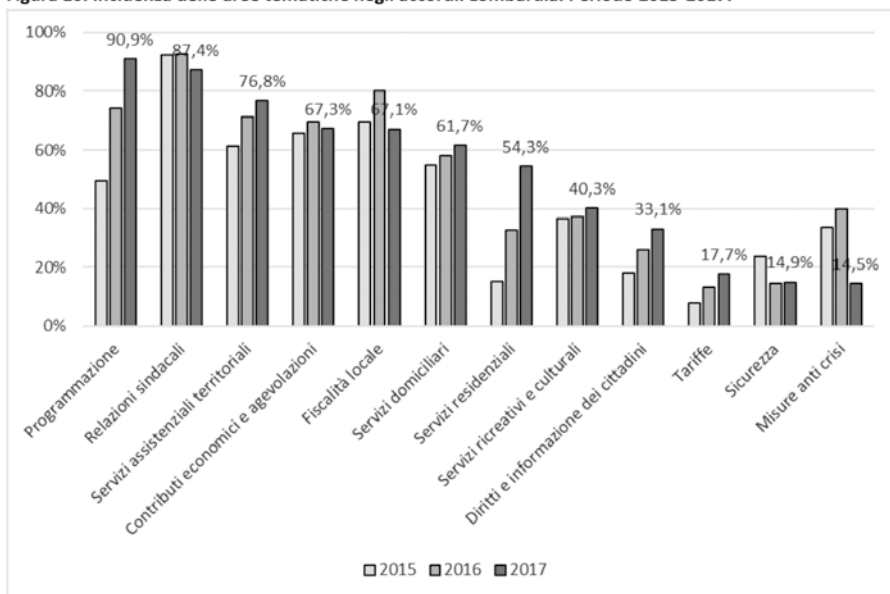
In Lombardia, nel 2017, l'attività di contrattazione sociale ha prodotto in totale 481 documenti, di cui 375 rappresentano accordi siglati con singoli comuni.

Il tasso di copertura della contrattazione sociale (rapporto tra la popolazione dei comuni che hanno sottoscritto un accordo nell'anno e il numero complessivo di abitanti del territorio stesso) è pari al 48,9%.

La tendenza a stipulare accordi multi-tematici è in costante crescita da alcuni anni. Questo evidenzia il tentativo di affrontare una sempre più ampia pluralità di bisogni sociali.

In particolare è in fortissima crescita (76,8%) l'incidenza delle tematiche relative ai servizi socio-assistenziali territoriali (infanzia, sostegno all'handicap e ai soggetti fragili, segretariato sociale, ecc.), seguono i contributi economici e le agevolazioni tariffarie (67,3%) e gli interventi inerenti alla fiscalità locale (67,1%).

Figura 10. Incidenza delle aree tematiche negli accordi. Lombardia. Periodo 2015-2017.



Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati SPI CGIL Lombardia

In particolare, per quanto attiene al tema della fiscalità locale, obiettivo della contrattazione sociale è l'applicazione dei tributi comunali (ICI, TASI, tasse sui rifiuti, addizionale IRPEF) secondo criteri di equità, tutelando le fasce più deboli e in particolare i redditi da lavoro dipendente e pensione.

Per quanto riguarda l'addizionale IRPEF, si è operato per una modulazione delle aliquote secondo il principio della progressività.

L'efficacia della contrattazione sin qui svolta in tale ambito è dimostrata dai dati statistici.

Infatti è dimostrato che i comuni dove si pratica la contrattazione sociale applicano il sistema progressivo nel 78,3% dei casi, contro il 53,1% degli altri comuni.

Inoltre, sempre i comuni dove si contratta, applicano la soglia di esenzione in misura maggiore (67,1% contro il 46,1% degli altri comuni).

Emergenza "povertà e nuove povertà"

Un'indagine condotta da Federconsumatori sui redditi e consumi 2013 – 2018 mette in luce come, durante e all'indomani della fase più profonda della crisi economica, il sistema di welfare nel nostro Paese non sia stato sufficiente ad arginare il profondo disagio vissuto dai nuclei famigliari, specialmente quelli appartenenti alla fascia di reddito medio-basso.

Il fenomeno investe un numero sempre maggiore di settori ed ambiti ed intacca aspetti essenziali come quello della salute (dove l'inaccessibilità alle prestazioni ha reso sempre più ampio il ricorso alla sanità privata, ad appannaggio solo di chi può sostenerne i costi), nonché quello dell'alimentazione (settore in cui si fa sempre più profonda la disuguaglianza alimentare e si fa sempre più stretto il rapporto tra bassi redditi e cattiva alimentazione, con gravi ripercussioni sulla salute e sulle aspettative di vita). Il dato che emerge con maggiore rilevanza è che, nei 5 anni che vanno dal 2013 al 2017, il reddito medio annuo per famiglia è aumentato complessivamente di circa 1.056 Euro (+ 3,6%) a fronte di una spesa media annua delle famiglie che è cresciuta complessivamente di 1.203 Euro (+4,1%).

L'analisi rivela inoltre come nel periodo preso in esame sia aumentato l'impoverimento delle famiglie, ma solo quelle il cui reddito appartiene alla fascia medio-bassa.

Secondo i dati forniti dall'Osservatorio dell'INPS, nel primo semestre del 2018, sono stati erogate misure contro la povertà (REI e SIA) a circa 311 mila nuclei famigliari con il coinvolgimento di oltre 1 milione di persone. L'importo medio mensile erogato è pari a 308 Euro.

In Lombardia il dato è rispettivamente: 18.349 nuclei famigliari per un totale di 55.091 persone e per un importo medio erogato di circa 269 Euro.

Dati che sono purtroppo destinati ad aumentare nel corso del secondo semestre 2018 visto e considerato che a partire dal 1° luglio scorso il REI è accessibile esclusivamente secondo il requisito economico e non più anche quello famigliare.

Dati che in ogni caso evidenziano chiaramente l'insufficienza delle risorse stanziato rispetto al bisogno reale: infatti, i dati ISTAT al 31/12/2017 stimano in condizione di povertà assoluta ben 778 mila famiglie (per un totale di oltre 5 milioni di persone), e in condizione di povertà relativa 3 milioni 171 mila famiglie (per un totale di oltre 9 milioni di persone)

A febbraio 2018 nasce anche in Lombardia l'Alleanza contro la Povertà, costituita da 17 organizzazioni regionali (tra cui CGIL-CISL-UIL), con l'obiettivo di avviare un confronto con Regione Lombardia sul tema della povertà e gli strumenti per affrontarlo.

Tra le proposte principali:

- istituzione di una cabina di regia a livello regionale per monitorare l'andamento del REI e coordinare le misure oggi presenti in Lombardia per il contrasto alla povertà
- rafforzare il sistema integrato degli interventi e verificare i progetti

- di reinserimento lavorativo e sociale
- definire un Piano Regionale contro la Povertà che preveda lo stanziamento di risorse aggiuntive rispetto ai fondi nazionali (fondi che seppur già stanziati dal piano nazionale, necessitano dell'approvazione del piano regionale per essere destinati al territorio)

La contrattazione sociale a Brescia

Nel 2017 sono stati sottoscritti unitariamente da Spi Cgil, Fnp Cisl, Uilp Uil 124 accordi, per un tasso di copertura di ben 88,9%.

Il contenuto degli accordi consiste in gran parte nel rafforzamento degli interventi di sostegno economico, oltre che di interventi di esenzione IRPEF e potenziamento dei livelli di esenzione sulle fasce ISEE di compartecipazione alla spesa per quanto riguarda i servizi offerti dai Comuni.

Si prosegue inoltre nell'impegno a coinvolgere le Amministrazioni Comunali in accordi con l'Agencia delle Entrate per il recupero dell'evasione fiscale, con l'obiettivo di destinare l'uso di queste risorse per il rafforzamento delle politiche sociali.

I principali contenuti degli accordi riguardano:

- contributi a sostegno del reddito (contributi per spese sanitarie – utenze domestiche – sostegno ai nuclei familiari – emergenza reddito / crisi occupazionale – sostegno affitto)
- non autosufficienza (servizi domiciliari – rette o integrazione rette RSA)
- socializzazione (soggiorni climatici – centri sociali – volontariato – solitudine)
- trasporti (verso strutture sanitarie – interni alla comunità)
- imposte e tasse (tassa rifiuti – addizionale IRPEF)
- politiche abitative (riserva alloggi – emergenza abitativa o sfratti – edilizia residenziale pubblica- barriere architettoniche)
- segretariato sociale (informazione e orientamento)
- sicurezza (telesoccorso – prevenzione e assistenza – vigilanza – viabilità)

Nel gennaio 2018 è stato rinnovato il Protocollo d'Intesa tra l'Amministrazione Comunale di Brescia e i Sindacati dei pensionati Cgil – Cisl – Uil che riconferma l'impegno del Comune di Brescia per il biennio 2018 / 2019 a:

- mantenere il livello di spesa sociale, coerente con le dinamiche demografiche e l'evoluzione dei bisogni, al fine di garantire l'erogazione dei servizi in essere e la tutela delle situazioni di estrema fragilità
- mantenere le agevolazioni tariffarie vigenti concordate con Brescia Trasporti ed estendere le fasce orarie di utilizzo
- proseguire nell'azione di contrasto all'evasione tributaria e fiscale
- verificare i margini per un'ulteriore riduzione dell'addizionale IRPEF comunale oppure un'estensione della soglia attuale di reddito
- verificare la possibilità di ridurre la Tari
- qualificare l'attuale attività dello sportello di assistenza familiare

Regione Lombardia ha emanato, alla fine del 2017, le linee guida 2018-2020 per la programmazione sociale che prevedono i seguenti obiettivi:

- passaggio da un sistema centrato sull'offerta ad un modello di welfare costruito sulla risposta integrata ai bisogni (presa in carico globale della persona)
- realizzazione di servizi e interventi di welfare locale in forma partecipata e integrata
- integrazione delle politiche sociali comunali con quelle regionali e nazionali
- omogeneità di accesso ai servizi e agli interventi sociali a livello di Ambito Distrettuale
- attivazione di progetti e percorsi di innovazione sociale, per sperimentare nuovi modelli di intervento ai bisogni emergenti
- due livelli di premialità

Come Camera del Lavoro e SPI abbiamo partecipato, nei primi mesi del 2018, alle riunioni dei vari Ambiti territoriali in preparazione dei Piani di Zona che costituiranno poi la base di discussione per la prossima contrattazione sociale.

Durante gli incontri abbiamo constatato ed evidenziato come, nella maggior parte dei casi, non esiste una fase di esplorazione ed analisi dei bisogni che precede la contrattazione, così come a valle della contrattazione non esiste alcuna forma di valutazione dei risultati prodotti.

8

Siamo, come CGIL – CISL – UIL e Sindacati dei Pensionati di Brescia, in fase di conclusione di una trattativa con ACB (Associazione Comuni Bresciani) per rinnovare il Protocollo d'Intesa sottoscritto nel 2016 ed abbiamo chiesto di inserire i seguenti punti:

- necessità di potenziare la lotta all'evasione fiscale e contributiva attraverso i cosiddetti "Patti antievasione" utilizzando le risorse recuperate prioritariamente per il miglioramento quantitativo e qualitativo del welfare territoriale
- riconoscimento del ruolo negoziale dei sindacati confederali e dei sindacati dei pensionati
- analisi dei risultati e bilancio economico della triennalità precedente
- monitoraggio periodico delle misure messe in campo
- strumenti idonei a diffondere la più ampia conoscenza dei progetti a disposizione
- welfare aziendale e contrattuale solo integrativo e non sostitutivo del welfare pubblico

SANITÀ

Nel 2018 ricorre il 40esimo anniversario di 3 importanti riforme:

- la legge 180 (cosiddetta “Legge Basaglia”) che dispose la chiusura dei manicomi
- la legge 194 che riconobbe l’interruzione volontaria della gravidanza
- la legge 833 che istituì il Servizio Sanitario Nazionale

Si tratta in tutti e tre i casi di norme frutto di lunghe battaglie portate avanti dal movimento sindacale per tradurre in leggi i principi fondamentali della nostra Costituzione.

La legge 833, in particolare, segna una svolta storica nel Paese: supera il sistema corporativo delle mutue e trasforma l’assistenza sanitaria in un diritto di cittadinanza, universalistico e finanziato dalla fiscalità generale. Un modello sanitario moderno, inclusivo e non discriminante. Prima di allora il diritto alle cure derivava non dall’essere cittadino ma dall’appartenenza ad una categoria produttiva, ingenerando gravi sperequazioni e lasciando milioni di italiani privi di assistenza. Una forte diversità di diritti che non coglieva la dimensione collettiva del bene salute ma quella individuale.

Purtroppo le condizioni in cui oggi versa la sanità non sono confortanti. In particolare, le politiche economiche adottate dai vari Governi hanno comportato una revisione della spesa con tagli lineari che hanno fortemente indebolito il SSN. Misure che hanno sottoposto il settore a notevoli restrizioni (finanziarie, di personale, tecnologiche e strutturali) compromettendo le condizioni di accesso ai servizi, soprattutto fra le categorie più deboli e nelle Regioni più in difficoltà, aggravando le già consistenti diseguaglianze sociali e territoriali esistenti nel Paese.

La lunga e interminabile recessione italiana ha colpito pesantemente il reddito degli italiani influenzando di conseguenza anche sull’accesso ai servizi sanitari.

Nel corso del 2017, secondo l’ISTAT, i cittadini che hanno rinunciato ad una visita specialistica sono stati il 6,5% della popolazione, di questi il 14,2% lo fanno per impossibilità di far fronte alle spese.

Oltre 12 milioni di persone hanno rinunciato o rinviato prestazioni sanitarie e due rinunce su tre sono di chi ha una malattia cronica, chi ha un basso reddito, o è una donna sola oppure è una persona non autosufficiente.

I dati dell’ISTAT inoltre fotografano senza veli le disuguaglianze nell’accesso ai servizi sanitari: chi sta bene economicamente risulta essere anche in buone condizioni di salute (il 75%), mentre solo il 7 per cento di un’altra fetta di popolazione composta da donne anziane sole o disoccupati dice di stare bene di salute.

Nelle regioni del Nord c’è la massima concentrazione di italiani in buona salute (71%), contro il 68% del Centro e il 65,7% del Sud.

In base ai dati forniti dal Rapporto Osserva salute 2017 risulta che L’Italia continua a rimanere agli ultimi posti della classifica OCSE per quanto riguarda la spesa sanitaria pubblica pro-capite e che, per far fronte ai continui tagli delle risorse, una parte della spesa è stata spostata sulle famiglie.

La spesa privata inoltre continua a crescere e questo testimonia un arretramento della copertura complessivamente garantita dal sistema pubblico.

E il futuro non è certamente confortante. Le previsioni dell'ultimo Def, posizionano la spesa sanitaria rispetto al Pil in calo sia per il 2019 (6,4%) che per il 2020 (6,3%). Dati preoccupanti se si considera la soglia di allarme del 6,5% fissata dall'OMS, al di sotto della quale, oltre la qualità dell'assistenza e l'accesso alle cure, si riduce anche l'aspettativa di vita delle persone.

QUANTO VALE LA SANITÀ A BRESCIA* (in milioni di euro)

Decreto 415 del 27/07/2018

TIPOLOGIA	PUBBLICO (3 ASST)	PRIVATO (37 STRUTTURE)	TOTALE
Ricovero e cura	357,7 (57%)	269,3 (43%)	627
Subacuti	3,2	1,8	5
Specialistica e diagnostica	163,8 (64%)	92,2 (36%)	256
Psichiatria/ neuropsichiatria infantile	28,5	19	47,5
TOTALE	553,2 (59/1%)	382,3 (40,9%)	935,5
FARMACI (direttamente erogati dagli ospedali)	150	17	167

* In Lombardia Cgil Cisl Uil avevano individuato nella legge 23 del 2015 una leva in grado di migliorare l'integrazione ospedale territorio in quanto modificava la precedente legislazione che prevedeva la separazione delle prestazioni territoriali (in capo alla ex Asl) da quelle ospedaliere (in capo alle ex aziende ospedaliere). Dopo tre anni misuriamo una sostanziale differenza tra le parole e i fatti di questa Regione in quanto il territorio oggi risulta essere abbandonato a se stesso minando anche l'efficienza e l'efficacia di alcuni servizi storici e di qualità quali assistenza domiciliare, vaccinazioni, consultori, ecc.

Legge Regionale di Riforma del Sistema Sanitario n.23 del 2015

I cardini principali della riforma sono:

- istituzione del Sistema socio sanitario e sociale lombardo che ha come scopo primario di integrare le attività sanitarie e socio-sanitarie correlate con quelle sociali di competenza delle autonomie locali
- vengono separate le funzioni di programmazione e controllo da quelle di erogazione
- vengono istituite le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) che hanno il compito di attuare la programmazione della Regione per il territorio di competenza, assicurano l'erogazione dei LEA, garantiscono l'integrazione tra le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e quelle sociali, effettuano la contrattualizzazione degli Enti gestori
- vengono istituite le ASST territoriali con il compito di garantire alla persona la continuità nella presa in carico compreso il raccordo con le cure primarie. Le ASST si articolano in due settori aziendali: la rete territoriale e il polo ospedaliero. Si occupano inoltre di

prevenzione, inclusa la vigilanza e la tutela della salute collettiva, dell'erogazione delle prestazioni. Alle ASST afferiscono i Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) e i Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST) che vengono gestiti direttamente dalle ASST ovvero mediante accordi con i soggetti erogatori

- viene riconfermato il principio della sussidiarietà orizzontale inteso sia come diritto di accesso dei cittadini ai servizi pubblici e privati, sia inteso come pari diritti e pari doveri per i soggetti erogatori pubblici e privati che concorrono quindi sullo stesso piano alla realizzazione della rete di offerta. Scompare così la preminenza del servizio sanitario pubblico su quello privato quale garante della continuità di cura
- viene introdotto il nuovo modello di "presa in carico" per i pazienti cronici e fragili
- l'assistenza primaria viene erogata dai Medici di Medicina Generale, dai Pediatri e dai Medici della continuità assistenziale. L'assistenza primaria comprende anche le procedure di valutazione multidimensionale che viene affidata al Medico di Medicina Generale

Stato di attuazione della riforma

POT e PreSST

Nel nostro territorio solo Asst Garda e Asst Franciacorta hanno deciso dove collocare queste strutture. L'Asst del Garda ha individuato il Pot a Leno (finanziato e ora in ristrutturazione) e Presst a Nozza, Salò e forse Manerbio.

L'Asst di Franciacorta ha individuato il Pot a Orzinuovi e il Presst a Iseo.

L'Asst Civile nel suo documento di programmazione ha individuato 4 Presst (Brescia centro, Bs ovest, Bs est, Gardone Valtrompia) mentre non ha inserito un POT (probabilmente dipende dall'evolversi della sperimentazione avviata alla Fondazione Richiedei di Gussago).

È singolare che l'unico elemento di novità non sia stato ancora attivo e definito da parte di Regione Lombardia, palese contraddizione della più volte ribadita volontà regionale di integrare territorio e ospedale. Gli incontri con le direzioni locali delle Asst si sono avuti solo dopo ripetute insistenze sindacali. Questo atteggiamento denota una volontà di non confrontarsi con la parte sindacale su questi temi centrali per la integrazione ospedale territorio necessaria per avvicinare le prestazioni all'utenza in una ottica di costante prevenzione sanitaria come accade per le ventennali "Case della Salute" in Emilia Romagna.

Liste d'attesa

Sempre più lunghi i tempi di attesa per effettuare visite mediche nella sanità pubblica, con una media di 65 giorni, a fronte di un'offerta privata ben più rapida, circa 7 giorni di attesa per una visita, e costi sempre meno distanti tra pubblico e privato. È quanto emerge dallo studio 'Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali', condotto da Crea, commissionato dalla Funzione Pubblica Cgil e dalla Fondazione Luoghi Comuni, che prende a riferimento un arco temporale che va dal 2014 al 2017. Un'indagine effettuata su un campione di oltre 26 milioni di utenti,

pari al 44% della popolazione totale, perché condotta sulla popolazione residente di 4 regioni: Lombardia, Veneto, Lazio e Campania; prendendo in considerazione esclusivamente le prestazioni mediche senza esplicita indicazione di urgenza.

Ma entriamo nel merito dei dati emersi dallo studio. Il primo dato evidente, relativo all'anno 2017, è che i tempi medi di attesa per effettuare una visita medica attraverso il Sistema Sanitario Nazionale sono nettamente maggiori rispetto a quelli dell'offerta privata: 65 giorni nel pubblico a fronte di 6 nell'intramoenia, 7 nel privato e 32 per il privato convenzionato.

Un altro elemento appurato dai dati dello studio Crea e Fp Cgil è relativo all'aumento dei tempi di attesa nell'arco degli anni. Infatti, una visita oculistica nel pubblico richiedeva nel 2014 dei tempi di circa 61 giorni a fronte degli attuali 88 (+26 giorni in 3 anni) mentre nel privato a pagamento, sempre lo scorso anno, si registravano soli 6 giorni di attesa. Quanto invece alla stessa visita oculistica condotta in intramoenia l'attesa lo scorso anno era di 7 giorni mentre nel privato convenzionato 55.

Per una visita ortopedica nel pubblico invece i giorni di attesa nel 2014 erano 36, oggi sono 56 (+20 giorni); nel privato a pagamento, guardando al solo 2017, 6 giorni, anche in intramoenia 6 nel privato accreditato 27. Infine per una colonscopia nel pubblico nel 2014 avremmo dovuto attendere 69 giorni, oggi 96 (+27 giorni); guardando allo scorso anno per la stessa prestazione nel privato a pagamento l'attesa era di 10 giorni, in intramoenia 7 e nell'accreditato 46.

"Emerge dunque con evidenza come il privato - si legge nel rapporto - riduca drasticamente i tempi di attesa per prestazioni mediche e come anche il privato convenzionato garantisca un servizio notevolmente più rapido a quello del sistema pubblico degli ultimi anni".

Per quanto riguarda i costi sostenuti dai pazienti, rilevati solo per intramoenia e privato a pagamento, dallo studio Crea e Funzione Pubblica Cgil emerge che "essi risultano mediamente abbastanza consistenti ma in molti casi non molto distanti dal costo del ticket pagato nelle strutture pubbliche e private accreditate". Un aspetto interessante da notare è come i costi del privato talvolta siano persino inferiori a quelli dell'intramoenia. Per una visita oculistica in sanità privata, lo studio rileva come nel 2017 si siano spesi circa 97 euro a fronte dei 98 euro dell'intramoenia. Lo stesso vale per la visita ortopedica che nel privato ha un costo di circa 103 euro contro i 106 euro dell'intramoenia.

Possiamo affermare che la sanità privata fa riferimento all'offerta pubblica per calibrare la propria e rendersi competitiva, puntando sul rapporto qualità/prezzo e dunque accorciando notevolmente, con prezzi di poco superiori al ticket, i tempi di attesa.

Cronicità

Le lunghe liste d'attesa, come risulta dagli esposti fatti al Tribunale dei diritti del malato, non riguardano solo le prime visite e i primi esami necessari per diagnosticare una malattia emergente, ma si registrano anche per i controlli cui devono sottoporsi periodicamente i malati

cronici.

Circa il 40% degli italiani soffre di una patologia cronica e sempre più spesso è costretto a districarsi tra lunghe attese e spese da affrontare per sopperire alle carenze dell'assistenza.

Sulla riforma della Cronicità, introdotta dalla legge regionale n.23/2015 ed avviata nei primi mesi del 2018 attraverso l'invio massiccio di lettere con richiesta di adesione effettuato da Regione Lombardia in piena campagna elettorale, come Camera del Lavoro, SPI e Funzione Pubblica, abbiamo condotto una campagna di informazione evidenziando l'assoluta volontarietà della scelta e soprattutto sottolineando alcune criticità, in particolare l'impatto sulla sanità pubblica, nonché la necessità di rivolgersi e farsi assistere nella scelta dal proprio Medico di Medicina Generale.

Criticità il cui fondamento emerge chiaramente dagli ultimi dati relativi all'adesione al nuovo modello di "presa in carico": in Lombardia su oltre 3 milioni di lettere inviate, hanno attivato la presa in carico solo poco più di 250 mila (8,44%), ma i PAI sottoscritti (Piano Assistenziale Individuale) sono poco più di 140 mila (4,6%). A Brescia la situazione è ancora peggiore: a fronte di oltre 350 mila lettere, hanno attivato il nuovo modello poco più di 14 mila pazienti (4,01%), ma i PAI sottoscritti sono stati solo circa 5 mila (1,4%).

È chiaro che su questo tema e su come riuscire a dare risposte adeguate al problema della cronicità è assolutamente necessario riaprire un tavolo di confronto con Regione Lombardia.

PAZIENTI CRONICI IN LOMBARDIA

3 COSE DA SAPERE

1. LA SCELTA È LIBERA E VOLONTARIA

Non c'è alcun obbligo, la scelta se aderire o meno al modello di "presa in carico" è assolutamente libera e volontaria e per chi decidesse di non aderire non cambierà nulla.

Tuttavia, considerando la delicatezza del tema, consigliamo di rivolgersi al proprio medico di base per tutti gli approfondimenti e per poter esercitare una scelta consapevole nel rapporto di fiducia con quest'ultimo.

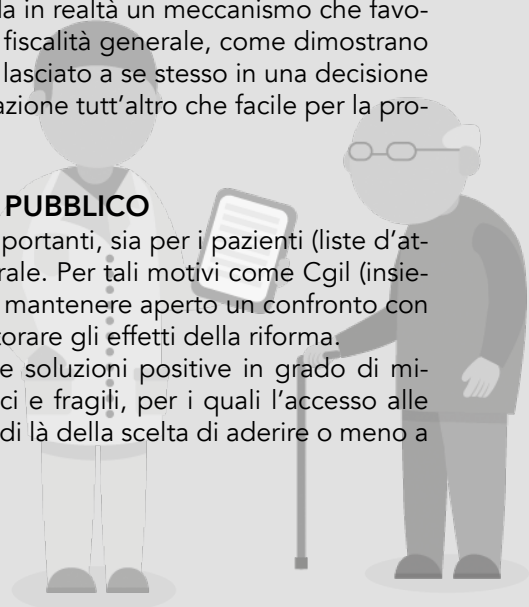
2. PER LA SANITÀ PUBBLICA, UN RISCHIO DI RIDIMENSIONAMENTO

Noi riteniamo che questo nuovo modello rappresenti un rischio concreto di un ulteriore ridimensionamento della sanità pubblica e che dietro il principio della libera scelta del malato, si nasconda in realtà un meccanismo che favorisce la sanità privata (più costosa per la fiscalità generale, come dimostrano tutti gli studi a riguardo). Il malato viene lasciato a se stesso in una decisione che presuppone, in molti casi, una valutazione tutt'altro che facile per la propria condizione.

3. NECESSITÀ DI UN CONTROLLO PUBBLICO

Gli effetti del nuovo modello saranno importanti, sia per i pazienti (liste d'attesa comprese) che sotto il profilo generale. Per tali motivi come Cgil (insieme a Cisl e Uil) consideriamo necessario mantenere aperto un confronto con Regione Lombardia per valutare e monitorare gli effetti della riforma.

L'obiettivo deve essere quello di trovare soluzioni positive in grado di migliorare la condizione dei pazienti cronici e fragili, per i quali l'accesso alle cure deve essere facilitato e garantito al di là della scelta di aderire o meno a questo nuovo sistema.



Situazione Medici di Medicina Generale e organici

Nel nostro territorio si parla di vera e propria emergenza organici: ben 51 ambulatori sono attualmente senza titolare (per un totale di circa 70mila pazienti) e nel prossimo triennio la situazione è destinata a peggiorare. A lasciare la professione saranno in circa 300 e solo il 10% di questi è destinato ad essere rimpiazzato.

All'Ospedale Civile, il più importante della provincia, mancano anestesisti e si è in sofferenza in ostetricia e ginecologia, così come in pediatria e neonatologia, mentre aumentano problemi di personale nelle chirurgie e in oncologia.

Il blocco delle assunzioni del personale nel settore pubblico risoltosi in maniera definitiva solo questo anno ha fatto sì che l'età media nei nostri ospedali si alzasse a circa 51 anni con tutto quello che ne consegue in termini di limitazioni fisiche e infortuni .

Il blocco delle assunzioni inoltre per i lavoratori ha portato il personale ad una situazione di stress psico fisico (si pensi che al p.s. del civile c'è una media di circa 250 accessi giornalieri) per la mancata concessione delle ferie ,aspettative, part time e per la violazione delle 11 ore di riposo per il personale turnista h 24 .

Agenda Sanità 2018

Nel mese di Giugno 2018, CGIL-CISL-UIL della Lombardia, unitamente ai Sindacati della Funzione Pubblica e dei Pensionati, hanno approntato il documento "Agenda Sanità 2018", nel quale sono stati messi nero su bianco i punti e le proposte su cui chiediamo di aprire un confronto con Regione Lombardia relativamente al tema sanità:

- Valorizzare la rete d'offerta di posti letto sub/post-acuti (cure intermedie), a totale carico del Fondo Sanitario Regionale
- Ridurre il tema dei tempi d'attesa per l'emergenza, gli esami diagnostici, le visite specialistiche e gli interventi chirurgici programmati
- Rivedere la compartecipazione alla spesa sanitaria: ticket, esenzioni e bisogno sanitario
- Risoluzione del problema della carenza di organici, sia nei servizi territoriali che nelle strutture dedicate alle acuzie
- Agire sulle problematiche della presa in carico della cronicità e fragilità, valorizzando il ruolo dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di libera scelta e del Clinical Manager
- Per quanto riguarda il tema della Salute Mentale è necessario il potenziamento dei servizi territoriali, l'incremento dei posti letto e il superamento del ricorso, ancora troppo presente, di pratiche di contenzione meccanica e chimica
- Semplificare, educare, prevenire per combattere le disuguaglianze di salute
- Fondo mutualistico integrativo regionale per la Long Term Care
- Trasparenza e controllo nella gestione di appalti e affidamento di servizi

Salute, diritti, lavoro, sviluppo... l'ITALIA CHE VOGLIAMO

Il 19 Settembre 2018, a Salerno, si è svolta un'importante iniziativa unitaria di CGIL – CISL – UIL a sostegno del diritto universale alla tutela della salute in tutto il territorio nazionale.

Il livello di salute ovviamente non dipende unicamente dalla capacità del sistema sanitario ma anche dalle condizioni di vita in cui le perso-

ne nascono, crescono, lavorano e invecchiano, ma è indubbio che il SSN rappresenta un indispensabile strumento di lotta contro le disuguaglianze e non può essere gestito solo sulla base del criterio della sostenibilità economica.

CGIL – CISL – UIL chiedono un nuovo Patto per la Salute tra Governo, Regioni e Comuni, con il coinvolgimento delle parti sociali che rappresentino una “tabella di marcia nazionale” per il rilancio della sanità pubblica universale, partendo dalle seguenti priorità:

- aumento della spesa per il finanziamento del SSN
- eliminazione dei super ticket
- ridurre i tempi di attesa
- piano per la prevenzione
- equilibrio tra Ospedali e Servizi Socio-sanitari territoriali
- definizione dei LEPS (Livelli Essenziali dell’Assistenza Sociale)
- omogenizzazione delle regole di accreditamento delle strutture private

CONSIDERAZIONI FINALI

In questi decenni la nostra società si è trasformata. Siamo uno dei Paesi più longevi al mondo e questo, certamente, è un dato positivo: un neonato di oggi ha un’aspettativa di vita che sfiora gli 81 anni se è maschio e gli 85 se è femmina. L’aumento della speranza di vita, però, pone nuove sfide legate all’invecchiamento della popolazione, che per noi dovrà continuare a rappresentare una risorsa su cui investire e non un problema.

Il territorio è uno dei pilasti fondamentali della sanità, ma i processi di riorganizzazione dei servizi hanno comportato, spesso, interventi sbilanciati sul fronte del riordino delle reti ospedaliere.

Le scelte regionali, infatti, a fianco di tagli di servizi ed incremento dei ticket, spesso hanno privilegiato il versante ospedaliero, con accorpamenti di strutture e/o riconversione delle stesse in altri servizi, penalizzando il territorio e quindi le cure domiciliari.

Si rende necessario quindi un nuovo equilibrio tra assistenza ospedaliera e territoriale, accompagnata da un’appropriata allocazione delle risorse anche a sostegno delle cure primarie, la riabilitazione e le cure intermedie, aree in cui il bisogno è in crescita. Per questo va garantita la continuità assistenziale con dimissioni protette, percorsi diagnostico-terapeutici, strutture intermedie, ecc. In particolare i temi della non Autosufficienza, della Salute Mentale, delle Dipendenze, della Salute Materno-Infantile, i consultori famigliari dovranno essere rafforzati per una vera integrazione tra sanità e sociale.

Infine, siamo assolutamente convinti che la qualità dei servizi sia direttamente proporzionale alla qualità del lavoro. Pertanto vanno sbloccate le assunzioni per adeguare le dotazioni organiche e garantire i Lea, va superata la precarietà.

CGIL



CAMERA
DEL LAVORO
DI BRESCIA