

CGIL

**welfare
contro
la crisi** *e oltre*

CAMPAGNA NAZIONALE SULLA
CONTRATTAZIONE SOCIALE

Documento

Indice

- 1. La campagna nazionale sulla Contrattazione Sociale**
 - 2. Il Welfare contro la crisi, e oltre**
 - 3. La contrattazione sociale a livello nazionale**
 - **Contro ogni discriminazione: i migranti**
 - 4. La contrattazione sociale regionale e territoriale**
 - a. Sostegno al reddito**
 - b. Servizi Sociali e Sanitari, la centralità del territorio**
 - Livelli essenziali e programmazione integrata
 - Strumenti e sedi dell'integrazione sociosanitaria
 - Continuità assistenziale e cure primarie
 - Non autosufficienza
 - Salute mentale
 - Dipendenze
 - Liste di attesa
 - Consultori Familiari
 - c. Prevenzione Sociale e Sanitaria**
 - d. Servizi educativi per l'infanzia e scuola**
 - e. Le politiche di conciliazione**
 - f. Giovani**
 - g. Soggetti fragili e inclusione sociale e lavorativa**
 - h. Fondi europei**
 - i. Accreditamento, qualità dei servizi e del lavoro**
 - j. Promuovere benessere, cittadinanza e invecchiamento attivo**
 - k. Democrazia partecipativa e governance**
-

Per alcune materie - quali ad esempio: sostegno dei redditi e dei consumi, politiche abitative, politiche attive del lavoro, formazione permanente, educazione degli adulti, invecchiamento attivo, politiche di qualificazione della scuola, sicurezza nel lavoro, ecc. - si rinvia doverosamente alle ulteriori specifiche elaborazioni delle strutture competenti (altri Dipartimenti Cgil, Spi, Categorie).

La campagna nazionale sulla Contrattazione Sociale

Per affrontare e contrastare la crisi economica - e per costruire le condizioni per superarla - la Cgil dedica una specifica linea di iniziativa sindacale alle questioni del Welfare, con particolare riferimento alle politiche sociali e socio sanitarie.

*L'iniziativa riguarda sia il livello nazionale, quindi il confronto con il Governo e la Conferenza delle Regioni, che il **livello di contrattazione sociale regionale e locale.***

La Campagna sul Welfare è collegata al "Piano anticrisi della CGIL": dalla Piattaforma nazionale che è stata alla base dello sciopero generale di dicembre, alle iniziative e alle piattaforme che già ci sono o che si svilupperanno, anche a livello locale, sulla tutela dei redditi, sulle politiche attive del lavoro e sugli ammortizzatori sociali, sulla casa.

***Questo documento** costituisce linea di indirizzo per la contrattazione sociale territoriale, per fornire un riferimento coerente e unitario in tutto il paese. E' compito delle strutture regionali e locali declinare e arricchire il documento, in modo da presentare Piattaforme che colgano le specificità e le priorità dei diversi territori, riprendendo la ricca elaborazione già presente in diverse realtà.*

Sviluppare la Contrattazione Sociale richiede una rinnovata confederalità. Ciò significa un esplicito e maggiore impegno della CGIL, a tutti i livelli, nell'esercizio della contrattazione sociale e nel rapporto con quella che da tempo lo Spi è impegnato a svolgere. Una rinnovata confederalità significa anche valorizzare la contrattazione di 2° livello delle Categorie, che già si cimenta con la tutela e l'estensione dei diritti sociali, realizzando un positivo intreccio tra contrattazione integrativa e contrattazione sociale nel territorio. Proprio questa positiva integrazione dà maggior rilievo alla contrattazione decentrata, e fa sì che i lavoratori guardino non solo alla propria condizione ma si rivolgano a tutta la comunità. Per questo è importante individuare materie e soluzioni della contrattazione di categoria utili per la stessa contrattazione sociale. Importante è anche consolidare il legame fra la contrattazione sociale e la funzione di tutela svolta dal Sistema Servizi Cgil (Inca, Caaf, Uvl, Sol).

*Le nostre proposte fanno riferimento **ai numerosi documenti unitari di CGIL CISL UIL** presentati in questi ultimi anni (vedi ultima pagina). Anche perché ai vari livelli si possa agire unitariamente.*

La scelta di avviare una campagna sulla contrattazione sociale (vedi il documento del Comitato Direttivo 30 gennaio 2009), con particolare attenzione a quella territoriale, può contribuire a realizzare gli impegni assunti nella recente Conferenza di Organizzazione, per un reinsediamento della CGIL fondato sulla centralità del territorio e della confederalità.

Entro la fine dell'anno, sarà convocata un'assemblea nazionale dei quadri e dei delegati CGIL per valutare se e come si è realizzata nei territori la campagna di contrattazione sociale.

Il welfare contro la crisi, e oltre

L'aggravarsi della crisi spinge il nostro paese verso una fase di recessione che non sarà di breve periodo. Il drastico calo dei consumi, il rapido aumento delle ore di cassa integrazione e della disoccupazione, la crescita della povertà, stanno determinando una vera emergenza sociale. Le misure assunte dal governo non sono in grado di fare fronte alla gravità della crisi. Non si tutelano i salari e le pensioni né si contrasta la disoccupazione. Non ci sono politiche capaci di produrre nuovi investimenti e nuovo sviluppo. Al contrario, serve una politica selettiva della spesa e di sicura efficacia. Perciò le politiche del welfare devono essere fra i settori in cui si concentrano gli investimenti di carattere economico e sociale nei prossimi anni. Perché la spesa sanitaria e la spesa sociale contribuiscono alla crescita del PIL, sono investimenti pregiati per la riproduzione di capitale umano e sociale (fattori essenziali per la competitività del Paese) e volano di sviluppo.

È altrettanto evidente l'obiettivo del governo di impoverire e dequalificare il sistema di stato sociale fino a renderlo residuale, rivolto ai soli poveri, svuotandolo, così, di ogni ambizione di rappresentare uno strumento universalistico di tutela e affermazione di diritti. Di tutto ciò la social card è un triste emblema. In sostanza, si vuole mettere in discussione il processo di costruzione, prima, e di costante adeguamento, poi, che ha contraddistinto l'iniziativa del sindacato e delle forze progressiste in tema di stato sociale e che ha comportato un grande impegno democratico e civile per la redistribuzione del reddito, per l'affermazione di diritti e di pari opportunità.

La Cgil intende battersi per una prospettiva radicalmente diversa. In un momento così difficile, infatti, la difesa dei redditi, l'estensione e la qualità dei servizi sociali e socio-sanitari rappresentano una condizione irrinunciabile per garantire le tutele dei cittadini dei lavoratori, dei pensionati.

Per contrastare la crisi la Cgil sceglie, quindi, la strada della coesione, della solidarietà, dell'affermazione dei diritti sociali e alla salute: diritti rivolti a tutti i cittadini senza discriminazione alcuna, siano essi italiani o stranieri migranti. Ci battiamo per questi obiettivi perché crediamo in una società giusta e solidale capace di includere, di accogliere, di rispettare l'altro e l'altra, di restituire dignità e legame sociale.

Per questo consideriamo lo stato sociale universalistico fattore fondamentale per l'affermazione delle tutele e l'esigibilità dei diritti e fattore attivo per il superamento della crisi e per uno sviluppo di qualità.

La contrattazione sociale a livello nazionale

Per affrontare la crisi, la CGIL, in coerenza con la piattaforma unitaria CGIL CISL e UIL *“Per valorizzare il lavoro e far crescere il paese”*, ha avanzato una serie di proposte (Piano anticrisi 5 novembre 2008) necessarie di fronte alle misure sbagliate e inadeguate presentate dal Governo.

SUI TEMI DEL WELFARE, in linea con la Piattaforma anticrisi della CGIL, è indispensabile:

- ▶ dare certezza e stabilità al sistema sanitario, come aveva fatto l'ultimo Patto per la Salute. Non si può esporre un settore così delicato, ogni anno, alle incognite, e ancor peggio ai tagli, della legge finanziaria. Infatti, dal 2010 il differenziale fra spesa attesa e finanziamento aumenterà drammaticamente. Le regioni, per evitare disavanzi, saranno costrette a manovre dalle dimensioni non sopportabili, che rischiano di mettere in discussione gli stessi Lea. Per questo è indispensabile si proceda subito a **ridefinire il finanziamento sanitario**, in attuazione dell'Accordo del 1 ottobre scorso tra Governo e Conferenza delle Regioni (*considerando che le Regioni, giustamente, valutano sottostimato il fabbisogno 2010-2011 per oltre 7 miliardi*). E proprio perché si tratta di un investimento strategico, l'efficienza e l'efficacia della spesa sanitaria è per noi obiettivo irrinunciabile. Per questo insistiamo nel dire che il vero risanamento – una necessità assoluta per alcune regioni con gravi disavanzi - non si ottiene con tagli indiscriminati, ma con una profonda riorganizzazione dei servizi sanitari. In continuità col Patto per la Salute, che ha avviato un percorso impegnativo di riorganizzazione del sistema sanitario e di rientro dalle situazioni di deficit;
- ▶ confermare, con stanziamenti adeguati, anche per il 2010 e gli anni seguenti, **l'abolizione del “super ticket” da 10 euro**;
- ▶ ricostituire il **Fondo nazionale per la Non Autosufficienza**, cancellato dal Governo dal 2010, adeguatamente e progressivamente finanziato;
- ▶ ripristinare il finanziamento, ridotto di oltre un miliardo con la legge finanziaria 2009, per gli **investimenti** per l'innovazione edilizia e tecnologica sanitaria;
- ▶ dedicare una specifica linea di investimenti e di **finanziamento corrente – e/o fondi di rotazione - vincolati ai piani di riconversione della rete ospedaliera a favore dei servizi territoriali** e del superamento del divario nord/sud;
- ▶ l'approvazione dei **rinnovati LEA Sanitari**, già concordati con le Regioni, sbloccando il decreto fermato dal Governo; e definire con le Regioni il **sistema di garanzia sulla uniforme ed effettiva diffusione dei LEA Sanitari e Sociali nel territorio nazionale**, come prevede la Costituzione, indispensabile con l'attuazione del federalismo fiscale;
- ▶ la definizione dei **Livelli Essenziali delle prestazioni Sociali LEPS**, da farsi immediatamente di fronte alla legge delega sul federalismo fiscale;
- ▶ adeguare il **finanziamento del Fondo delle Politiche Sociali**, con l'obiettivo di recuperare nei prossimi anni il differenziale che ci separa dagli altri paesi europei e ridurre le sperequazioni territoriali. Il Fondo, fino alla conclusione del processo di attuazione del Federalismo fiscale, rimane lo strumento pluriennale di finanziamento *nazionale* per le politiche assistenziali;
- ▶ In questo quadro assumono grande rilievo la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, l'intreccio con le politiche attive del mercato del lavoro, in cui assume particolare importanza il tema della formazione e il rapporto con la scuola e l'università, il rilancio della politica abitativa, i servizi per l'infanzia, le politiche di

conciliazione e condivisione tra vita familiare e lavoro. L'esclusione e la povertà, infatti, non possono essere affrontate con misure una tantum e di stampo compassionevole. Così si bruciano ricorsero e non si consente alle persone e famiglie più fragili socialmente di uscire dalle loro condizioni di disagio. Per questa ragione strumenti quali il Reddito Minimo di Inserimento (adeguatamente migliorato) vanno rilanciati e non accantonati come ha invece fatto l'attuale Governo;

- ▶ finanziare con un'apposita misura un Piano nazionale di **lotta alla povertà** e alla esclusione sociale, superando così la logica di interventi estemporanei, inadeguati e inefficaci;
- ▶ ripristinare le risorse assegnate alla contrattazione integrativa dei **settori pubblici**, drasticamente ridotte dalla manovra finanziaria. E' necessario, infatti, una nuova politica di investimenti sulle dotazioni organiche del personale e sui servizi territoriali. Inoltre è urgente definire un piano di interventi sul lavoro precario, che consenta la stabilizzazione dei rapporti di lavoro (come da Memorandum 2007 sul lavoro pubblico);
- ▶ emanare il Decreto di definizione dei profili professionali delle **professioni sociali**, come previsto dall'articolo 12 della Legge 328/2000;
- ▶ confermare e applicare rigorosamente il Testo Unico in materia di **sicurezza del lavoro** (D.Lgs 81/2008);
- ▶ applicare il Dpcm 1° aprile 2008 e le Linee guida (Trasferimento della Sanità Penitenziaria nel Servizio Sanitario) allo scopo di garantire ai **detenuti** e agli internati i livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Assegnare, già oggi, risorse adeguate per il finanziamento delle prestazioni sociali e di quelle sanitarie, è fondamentale anche in vista del **federalismo fiscale**, in modo che la sua attuazione sia in grado di assicurare il *finanziamento integrale* dei fabbisogni per garantire i LEA e i LEPS in tutto il Paese.

Su tutte le questioni che abbiamo qui richiamato è di primaria importanza la contrattazione e il confronto con il governo nazionale. Altrettanto importante, proprio per le competenze che le Regioni hanno assunto in questi anni sui temi socio-sanitari, ottenere un tavolo di confronto permanente con la Conferenza delle Regioni. Inoltre, in particolare per ciò che riguarda le politiche sociali e tutto il versante delle tariffe dei servizi, è urgente avviare un confronto con le associazioni delle autonomie locali, ciò anche per coordinare e dare un carattere unitario alle diverse esperienze di contrattazione sociale che sono state avviate nelle diverse realtà territoriali.

CONTRO OGNI DISCRIMINAZIONE: I MIGRANTI

Per quanto riguarda i cittadini-lavoratori immigrati, assistiamo ad una tendenza di regolamentazione di diritto differenziato nell'accesso al welfare nazionale e locale. Tendenza alimentata da un'informazione distorta che nasconde la realtà: e cioè che lavoratori immigrati contribuiscono alla produzione del Pil con un 10% di ricchezza e ricevono soltanto il 2,7% di risorse previdenziali ed assistenziali.

Nonostante ciò, si producono conflitti nell'assegnazione delle case popolari, asili nido, contributi alle famiglie e ai figli. La responsabilità è in primo luogo delle politiche xenofobe del Governo e di quelle amministrazioni locali che, teorizzando e praticando inaccettabili discriminazioni nell'accesso ai diritti civili e sociali, alimentano il razzismo. A questo proposito tra le scelte inaccettabili del governo c'è l'azzeramento del "fondo integrazione degli immigrati" che passa, infatti, da 100 milioni di euro a cinque milioni (la Spagna ne stanziava 600, la Francia e la Germania oltre un miliardo). La contrattazione sociale nazionale e territoriale deve affrontare questo tema con

l'obiettivo di contrastare e rimuovere ogni forma di discriminazione e di differenziazione dei diritti fra italiani e stranieri. A questo scopo dovranno essere utilizzati Tavoli e quindi programmi regionali e locali sull'immigrazione, composti dalle Istituzioni e dalle Forze Sociali.

Le norme contenute nel cosiddetto "Pacchetto Sicurezza" del Governo, rivolte agli stranieri, rappresentano una grave lesione di diritti civili e sociali nei confronti dei cittadini extracomunitari irregolari e introducono prescrizioni discriminatorie anche nei confronti di coloro che sono in regola con le norme sul soggiorno.

In particolare è inaccettabile la norma che **obbliga il medico e gli operatori sanitari a denunciare lo straniero** curato non in regola con il permesso di soggiorno. Si ostacola così l'esercizio di un diritto umano, colpendo soprattutto le persone più fragili, gli ammalati, i bambini in primo luogo. E si incentiva la nascita e la diffusione di attività sanitarie "clandestine" (dalla gravidanza alle cure per i minori), fuori dai sistemi di controllo e di verifica della sanità pubblica, con rischi anche per la salute collettiva.

La Contrattazione sociale regionale e territoriale

Il ruolo di Regioni e Comuni sulle politiche di sostegno al reddito e per la realizzazione di un buon welfare locale è decisivo. La contrattazione sociale nel territorio deve affermare un ruolo importante del Sindacato, che anche se specifico soggetto della rappresentanza dei lavoratori e dei pensionati, agisce in ragione degli interessi più generali della cittadinanza.

SOSTEGNO AL REDDITO

- ▶ **Politiche di controllo e contenimento dei prezzi** sia attraverso soluzioni di emergenza - panieri di beni e prezzi bloccati - sia attraverso iniziative più strutturali - gruppi di acquisto solidali, mercati di filiera, mercati dell'ultimo minuto, capaci di controllare i prezzi dei prodotti e, al tempo stesso, sviluppare nuovi modelli di consumo. A tal proposito è utile l'istituzione di cabine di regia - con il coinvolgimento delle amministrazioni locali, delle organizzazioni sindacali, delle associazioni di consumatori - a livello regionale e in collaborazione con il sistema camerale.
- ▶ **Politiche di contenimento tariffario** per i servizi a domanda individuale e collettiva, da realizzare attraverso la generalizzazione della tariffa sociale rapportata al reddito ISEE e da un più equo meccanismo di compartecipazione al costo dei servizi basati sull'ISEE.
- ▶ **Interventi straordinari a sostegno delle persone** che, a causa della collocazione in **Cassa Integrazione o in mobilità**, della perdita del posto di lavoro, subiscono una consistente riduzione del reddito. Ciò può avvenire sia attraverso anticipazioni, meglio se effettuate da istituzioni pubbliche non bancarie, delle somme dovute a titolo di ammortizzatore sociale, nelle more dei processi autorizzativi burocratici, sia attraverso l'esenzione per i beneficiari dal pagamento dei ticket sanitari, la riduzione o la sospensione delle rette dei servizi educativi e dell'infanzia, esenzione o la riduzione delle rette per le RSA, case di riposo, centri diurni, case protette, delle tariffe dei servizi per il diritto allo studio, ulteriori agevolazioni in caso di mutui bancari.
- ▶ Proprio per consentire l'accesso ai servizi a quelle famiglie che subiscono una **riduzione di reddito dovuta alla cassa integrazione o alla mobilità**, si possono utilizzare strumenti e modalità che consentano di fare riferimento, anziché alla dichiarazione ISEE standard (che, come è noto si basa sui redditi dell'anno precedente), **al reddito realmente percepito** a causa della mutata condizione di lavoro intervenuta. A livello territoriale, inoltre, vanno rivendicate politiche fiscali impostate sull'invarianza della pressione tributaria sui redditi fiscali. Nel confronto con i comuni, inoltre, bisognerà verificare anche la destinazione e l'utilizzo delle risorse derivanti dall'aumento generalizzato delle addizionali IRPEF degli scorsi anni. Infine, vanno adottati gradualmente e progressivamente misure di sgravio fiscale sui redditi più bassi.
- ▶ Politiche integrate tra la fruizione di **ammortizzatori sociali e politiche di formazione/riqualificazione** delle competenze, collocando il confronto con le Regioni come il luogo in cui portare a sintesi le politiche di sviluppo e di incentivazione al sistema economico con i vincoli del mantenimento e della valorizzazione del patrimonio professionale delle persone, incrociando politiche passive e attive anche con il concorso dei fondi interprofessionali per la formazione.

- ▶ **Politiche abitative** che garantiscano l'offerta di alloggi pubblici, che prevedano forme di microcredito e mutui sociali agevolati. Si può pensare, inoltre a forme di supporto per il pagamento dell'affitto evitando così gli sfratti per morosità
- ▶ In ogni comune vanno attuate azioni di **contrasto dell'evasione fiscale**. Ciò può essere fatto valorizzando ed estendendo le esperienze di cooperazione tra Comuni, Regioni, Agenzie delle entrate. A tal fine vanno meglio utilizzate le attuali normative riguardanti la compartecipazione degli enti locali alle risorse recuperate, la semplificazione dell'accesso ai dati delle dichiarazioni tributarie, la modifica del catasto. Una corretta applicazione di queste norme consentirebbe, infatti, di acquisire maggiori risorse da destinare ai soggetti maggiormente colpiti dalla crisi.

SERVIZI SOCIALI E SANITARI, LA CENTRALITÀ DEL TERRITORIO

C'è un nesso strettissimo tra sostenibilità del sistema sociale e socio sanitario e riorganizzazione dei servizi per garantire Livelli Essenziali di Assistenza appropriati e di qualità (soprattutto in alcune regioni impegnate nel risanamento economico finanziario). Guardando alle regioni più virtuose, si è visto che i processi di riorganizzazione devono affrontare inevitabilmente alcuni nodi critici: il ridimensionamento e la riqualificazione della rete ospedaliera, il potenziamento dei servizi distrettuali, l'integrazione fra ambito sociale e sanitario, il governo degli accreditamenti.

La Cgil assume la centralità del territorio e del distretto come asse strategico della propria iniziativa politico-rivendicativa, per la realizzazione di una vera integrazione socio-sanitaria. Centralità del sistema territoriale-distrettuale intesa come luogo nel quale si intercettano i bisogni, si interpreta la domanda di assistenza, si individuano le fonti del disagio, si incontrano la programmazione sociale e quella sanitaria; si portano i servizi vicino alle persone e ai loro bisogni in forma partecipata; si supera l'approccio alla politica sanitaria e sociale intesa solo come produzione ospedaliera e di posti letto; si afferma compiutamente il diritto alla salute e al benessere.

▶ **Livelli essenziali e programmazione integrata**

- **Rete dei servizi socio sanitari territoriali:** il suo potenziamento deve essere obbiettivo prioritario e misurabile, in tempi definiti, per garantire i LEA Distrettuali (cure primarie, assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale), anche grazie alla riconversione della rete ospedaliera da ricondurre entro gli standard definiti dalla programmazione nazionale.
- Esplicitare i **Livelli Essenziali Sanitari, con indicatori di offerta e standard** qualificanti dei servizi, per la loro esigibilità. **Per le aree ad alta integrazione** (anziani, materno infantile, salute mentale, dipendenze, handicap) i Livelli Sanitari devono essere integrati con quelli Sociali.
- **I criteri di riparto del finanziamento** dei Lea sanitari devono prevedere almeno il 55% delle risorse assegnate all'assistenza distrettuale (come confermato per il riparto del fabbisogno sanitario approvato dalla Conferenza delle Regioni per il 2009).
- **I Piani Sociali e Sanitari devono essere integrati** (Regionali, di Zona dei Comuni, Attuativi locali delle Asl, ecc), con chiari obiettivi, risorse, ambiti di intervento, poteri, strumenti attuativi, e soprattutto con sistemi di verifica e di controllo sui risultati. Ciò significa, diversamente da quanto accade nella maggior parte dei casi, *prevedere indicatori di risultato atteso* per misurare

concretamente l'efficacia dei Piani e formalizzare una sede di valutazione rigorosa e partecipativa.

► **Strumenti e sedi dell'integrazione socio sanitaria**

In particolare, **per integrare ambiti sociali e sanitari**, prevedere:

- **il Distretto socio sanitario come soggetto unico dell'integrazione;** riconosciuto quindi con atto formale da Asl e Comuni; la scelta è vincolante almeno per le aree ad alta integrazione: anziani, materno infantile, salute mentale, dipendenze, handicap. Per questo bisogna scegliere e incentivare l'associazione tra i Comuni e in ogni caso fissare ambiti territoriali (Zone Sociali) coincidenti con quelli del Distretto;
- il **Punto Unico di Accesso** ai servizi Sociali e Sanitari come Livello Essenziale;
- l'obbligo della **"Presenza in carico"** del cittadino e del **Piano di Assistenza Individuale**;
- **la Casa della Salute** può diventare il luogo fisico dell'integrazione sub distrettuale, cui si rivolgono i cittadini, contenitore materiale del Punto Unico di Accesso e di una serie di servizi sociosanitari del Distretto

► **Continuità assistenziale** nelle 24 ore e tra Ospedale e Territorio:

generalizzazione e consolidamento delle **Unità Territoriali di Assistenza Primaria**, realizzando finalmente l'integrazione fra i servizi distrettuali, i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta. Gli Accordi regionali e locali sulle cure primarie devono garantire l'assistenza nelle 24 ore x 7 giorni alla settimana, la continuità assistenziale Ospedale Territorio, il ruolo del MMG nella Presa in carico.

► **Non autosufficienza:** istituire il Fondo Regionale, quale anticipazione/integrazione del Fondo nazionale, nell'ambito del Piano per la non autosufficienza per garantire:

- Assistenza domiciliare integrata, Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (precisando indicatori di offerta e standard qualificanti), in alcune regioni praticamente assenti
- Forme di copertura della quota "sociale" oggi a carico di Comuni o utenti (es. rette Rsa)
- Sostegno del lavoro di cura in ambito familiare, collegandolo alla rete dei servizi e attraverso: la copertura previdenziale dei familiari addetti alla assistenza della persona non autosufficiente, il riconoscimento del lavoro informale delle famiglie anche per mezzo di servizi di sollievo ed agevolazioni tariffarie, il riconoscimento del lavoro e il sostegno alla regolarizzazione delle assistenti familiari, che integra e non sostituisce quello delle professionalità necessarie ad assicurare l'assistenza sociale e sanitaria.

► **Salute Mentale:** il diritto alla salute mentale non è garantito su tutto il territorio nazionale. Rimangono forti differenze fra le diverse regioni. E troppo spesso l'unica risposta è il ricovero, persino la contenzione, o forme di istituzionalizzazione in "nuovi cronici". Ciò porta all'abbandono di chi soffre e delle loro famiglie. Forte è ancora l'esigenza di combattere lo stigma e di investire nella prevenzione e nella promozione della salute mentale, riconoscendo che in questi anni le grandi trasformazioni sociali hanno esteso e modificato l'area del

disagio mentale e i fattori di rischio, con nuove “fragilità” tra i giovani, tra gli anziani, tra i migranti.

Per questo rimane del tutto attuale la conferma del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e la realizzazione diffusa della rete dei servizi, con Centri di Salute Mentale, integrati nel territorio, aperti 24 ore e per sette giorni alla settimana, per garantire la “presa in carico” delle persone e dei loro familiari e la piena inclusione sociale e lavorativa. Mentre i reparti ospedalieri (SPDC) devono essere luoghi per le sole acuzie, in cui non sia praticata la contenzione. Perché ciò non sia solo petizione di principio, bisogna garantire spazi adeguati, il personale necessario, la formazione necessaria e un più stretto collegamento ai servizi territoriali nell’ambito del DSM, per evitare rischiose separazioni che alimentano rischi di “psichiatrie parallele”. Particolare impegno è richiesto ai DSM per l’attuazione delle Linee guida del DPCM 1 aprile 2008 che prevedono il graduale superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

- ▶ **Dipendenze:** l’approccio repressivo dell’attuale legislazione sta dimostrando il suo fallimento, tanto più di fronte alle profonde trasformazioni del fenomeno (nuove sostanze, nuovi consumatori, nuovi stili di vita e di consumo, ecc.). Per questo serve confermare, sostenere e innovare la strategia dei “quattro pilastri” (contrasto, prevenzione, cura e riabilitazione, riduzione del danno). E serve confermare la centralità del servizio pubblico nella programmazione e nella verifica dei risultati (e dei servizi accreditati). Per questo occorre un potenziamento dei Sert, oggi fortemente carenti, e una decisa apertura agli interventi sociali per garantire l’integrazione.
- ▶ **Liste di Attesa:** va posta inoltre una particolare attenzione al miglioramento del sistema degli accessi e a un rigoroso monitoraggio delle liste di attesa. Verificare l’attuazione in sede regionale e locale del Piano nazionale 2007 di contenimento delle liste di attesa e della Legge 120/2008 (libera professione intramoenia). Spesso infatti le barriere all’accesso e i tempi lunghi per ottenere le prestazioni (e peggio la scorciatoia delle visite a pagamento), rappresentano il principale fattore di disaffezione fra i cittadini e il sistema sanitario pubblico che si traduce magari in ricorso al privato o in percorsi spesso drammatici di migrazione sanitaria.
- ▶ **Consultori Familiari:** vanno rilanciati, in questi anni c’è stato un progressivo svuotamento del ruolo dei Consultori, mentre le politiche sociali e sanitarie rivolte alle donne, alle coppie, alla famiglia, alla conciliazione vita lavoro, ai giovani sono state residuali. Oggi va rivolta una particolare attenzione alle cittadine migranti e ai giovani. Gli attuali LEA (Dpcm 29.11.2001) stabiliscono l’offerta di almeno un Consultorio ogni 20.000 abitanti, con indicatori di offerta modulati per interventi e tipologie di popolazione.

PREVENZIONE SOCIALE E SANITARIA

La prevenzione, sia in campo sociale che sanitario, è stata largamente sottovalutata in questi anni. Oggi resta fondamentale, di fronte all’evoluzione del quadro epidemiologico, alla transizione demografica e alle grandi trasformazioni sociali. Oltre agli obiettivi consolidati (rimozione dei fattori di morbilità e mortalità, rimozione dei fattori di esclusione e disagio sociale, diagnosi precoce), la prevenzione deve porsi l’obiettivo anche dell’“invecchiamento attivo”, della liberazione di anni di vita dalla disabilità, rilanciare la strategia della “Salute in tutte le politiche” e svilupparsi in campo sociale.

Ciò significa:

- ▶ Prevedere piani di prevenzione integrata sociale e sanitaria (dal livello regionale ai Piani di Zona);
- ▶ garantire che la spesa per la Prevenzione sia almeno il 5% del Fondo Sanitario (come da Accordo Stato Regioni 23.3.05);
- ▶ verificare lo stato di attuazione, a livello regionale e locale, dei vigenti Piani di prevenzione. Partendo da un confronto sugli esiti del monitoraggio da parte del Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CCM), che ha permesso di valutare il diverso stato di avanzamento dei singoli piani regionali;
- ▶ inserire nei Piani di prevenzione - regionali e locali - linee di azione sui determinanti di salute e di malattia non solo di tipo sanitario, ma ambientale, sociale, economico, abitativo, relazionale, ecc. (alcuni fattori – principalmente legati al reddito e al livello di istruzione – producono disegualianza nel diritto alla salute, alle cure e perfino nella speranza di vita);
- ▶ attuare e declinare, in sede regionale e locale, il programma *Guadagnare salute*, sul quale Cgil Cisl Uil hanno stipulato uno specifico protocollo d'intesa con il Governo nel 2007, relativo agli stili di vita, all'alimentazione, all'attività fisica;
- ▶ una specifica, e fondamentale, linea della prevenzione riguarda **la Sicurezza nel lavoro**, per la quale occorre:
 - nei confronti di Regioni e Asl rivendicare il potenziamento degli Spisal, assegnando precisi indicatori di attività (es. % imprese vigilate per settore e dimensione) e risorse adeguate per raggiungerli;
 - in attuazione del Testo Unico D.Lgs 81/2008:
 - promuovere e vigilare sull' insediamento e sul funzionamento dei Comitati regionali di coordinamento (art. 7), che nei programmi di prevenzione e di vigilanza devono definire priorità e standard minimi e "indicatori di risultato" attesi, riguardo alla riduzione degli infortuni gravi e mortali e alla emersione del fenomeno delle malattie professionali e lavoro correlate. Nei comitati va curata la presenza di rappresentanti (autorevoli) delle parti sociali, assicurando interventi prioritari nei settori più esposti (agricoltura, appalti, microimprese, ecc.);
 - dare vita agli Osservatori regionali e territoriali su infortuni e malattie professionali con la presenza delle parti sociali (art. 1 lettera c del DPCM 21 dicembre 2007 che ha definito i compiti dei Comitati regionali di coordinamento di cui sopra);
 - vigilare che i medici competenti trasmettano alle ASL e all'Ispe (e quindi al Sistema informativo nazionale) dati aggregati sull'attività di sorveglianza sanitaria svolta in azienda (art. 40);
 - sostenere i Rappresentanti dei lavoratori alla sicurezza territoriali per l'obbligo di relazione annuale sulla attività svolta (per il Fondo ex art. 52) e per quello posto a carico degli Organismi paritetici relativo alla relazione annuale da inviare al Comitato di coordinamento regionale (ex art. 7);
 - sostenere con azioni territoriali concordate la campagna straordinaria di sensibilizzazione (art 11 comma 7), già finanziata (Accordo Stato Regioni 20.11.08 "priorità per il finanziamento di attività di promozione della cultura e delle azioni di prevenzione della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro") coinvolgendo le parti sociali e le scuole;

- orientare e informare delegati e lavoratori sulle iniziative Cgil Cisl Uil per modificare gli Accordi Stato Regioni 2007/2008 che impongono test antidroga ai lavoratori con mansioni “rischiose”.

Per indicazioni complete si rinvia alle proposte specifiche (vedi anche documenti in ultima pagina).

SERVIZI EDUCATIVI PER L’INFANZIA e SCUOLA

la CGIL propone che l’attuazione del Piano per l’infanzia, che sarà emanato a giugno 2009 (con 5 anni di ritardo !), divenga oggetto di contrattazione territoriale e che il livello centrale si impegni nel monitoraggio al fine di orientare così l’individuazione dei LEA oggi ancora non definiti. La CGIL ritiene che debbano essere i tavoli territoriali di contrattazione ad assumersi la responsabilità di individuare come priorità l’infanzia e rendere disponibili, in tal senso, tutte le risorse possibili. La contrattazione territoriale deve assicurare la qualità degli interventi perseguendo il sostegno alla genitorialità, l’educazione alla cittadinanza, la non discriminazione, le pari opportunità, la partecipazione, il contrasto alla povertà, la qualità educativa. La contrattazione sui servizi educativi per l’infanzia assume quindi centrale rilevanza.

Asili nido L’Italia è ancora molto lontana dagli obiettivi assegnati a Lisbona e per il 2009 in Finanziaria vi sono solo 100 milioni di euro. Una inezia che però non va dispersa. Si tratta allora di avviare immediatamente un confronto con le Regioni e gli Enti Locali per definire in ogni regione il piano nidi per accedere ai fondi. E’ necessario, inoltre, che gli Enti Locali operino per una integrazione tra asili pubblici e privati, compresi i nidi aziendali ed interaziendali, assicurando una “regia pubblica” e verificando che standard adeguati dell’offerta siano garantiti.

Sezioni Primavera per bambini da 24 a 36 mesi Questa esperienza – che si configura come antidoto all’anticipo riproposto dal Governo - ha visto l’attivazione nel 2007-2008 di 1350 sezioni ed ha consentito a circa 25.000 bambini di accedere ad un servizio educativo pensato per la loro età. E’ necessario che gli Enti locali svolgano un’azione di governo di questa esperienza assicurando le condizioni perché la qualità educativa non venga mai meno.

Scuola dell’infanzia Le liste di attesa per la scuola dell’infanzia devono essere superate in tutti i territori anche attraverso l’integrazione tra servizio pubblico e paritario.

Primo ciclo Devono essere ampliate le esperienze di tempo pieno e prolungato e di tutti i modelli scolastici basati sui tempi distesi. Attraverso il confronto con l’Amministrazione Scolastica con le Regioni e gli Enti Locali occorre difendere e promuovere i modelli scolastici di qualità destinati, altrimenti, ad essere cancellati dall’attuazione dei provvedimenti del Governo, anche ottenendo servizi e strutture accessibili a tutti, quali mense e trasporti. Vanno previsti inoltre centri ricreativi e ludici, Centri estivi a copertura dei periodi di non scuola

LE POLITICHE DI CONCILIAZIONE

va posta particolare attenzione alle politiche di conciliazione, perché queste possono contribuire a raggiungere le pari opportunità di genere, sostenendo la partecipazione femminile al mercato del lavoro e nel sostegno alla cura. La migliore qualità della vita si gioca all’interno di un complesso di fattori: i tempi e i modelli dell’organizzazione del lavoro, del lavoro di cura, della vita sociale allargata, la città e i suoi tempi – spazi - mobilità - servizi, il tempo libero, di studio, per sé. La conciliazione è favorita anche dalle politiche sociali e sociosanitarie nel territorio con un sistema integrato di interventi e servizi.

GIOVANI

le “politiche di welfare” rivolte a giovani e adolescenti (e alle loro famiglie) sono del tutto inadeguate. Si tratta di intervenire nei confronti di Regione, amministrazioni scolastiche ed Enti Locali, in collaborazione con le associazioni studentesche e giovanili, su vari temi:

Casa: fondo locale per prestiti ai giovani che escono dalla famiglia.

Trasporti, Diritto allo studio, Cultura, Sport: Tariffe agevolate, comodati d’uso per i testi, convenzioni per l’accesso agevolato ai “consumi culturali” per gli under 29

Spazi aggregativi: bandi e investimenti pubblici locali per il riutilizzo degli spazi dimessi ed inutilizzati (es. stazioni in disuso) scuole come spazi aperti di aggregazione per tutta la città.

Lotta alla dispersione scolastica: piani territoriali di prevenzione della dispersione scolastica, con anagrafi degli studenti, per il monitoraggio, la prevenzione e il recupero dell’evasione dall’obbligo. E favorire l’integrazione dei percorsi, scolastici e formativi per l’assolvimento dell’obbligo.

SOGGETTI FRAGILI E INCLUSIONE SOCIALE E LAVORATIVA

va dedicata una specifica attenzione all’applicazione della Legge 68/99 e al funzionamento e alla integrazione dei servizi per l’inclusione sociale e lavorativa delle persone in stato di fragilità, in particolare verso le persone disabili - oltre 5 milioni tra bambini, giovani, donne e anziani - che esprimono grandi bisogni ma che possiedono anche grandi risorse.

- ▶ Le politiche regionali e locali nei confronti della persona disabile dovranno quindi favorire le condizioni per rendere possibile l’inserimento ed il recupero sociale, perseguendo i principi della non discriminazione, delle pari opportunità, delle maggiori gravità e della concreta integrazione. Occorrono provvedimenti integrati, in tutti gli ambiti della vita quotidiana: istruzione, formazione professionale, trasporto privato e pubblico, telecomunicazioni, occupazione, tempo libero, abitazione, mercato, sanità, assistenza domiciliare, servizi sociali, abbattimento delle barriere architettoniche. In particolare, bisogna ripristinare il fondo nazionale per l’occupazione (60 milioni di euro) tagliato per 18 milioni dal Governo e garantire i Livelli Essenziali di Assistenza integrata Socio Sanitaria, esplicitamente rivolti alle persone disabili e al sostegno delle loro famiglie. In particolare vanno garantiti la presa in carico e gli interventi di prevenzione, per il mantenimento dell’autonomia residua, per l’eventuale recupero e l’accesso al Fondo non Autosufficienza (ove previsto)
- ▶ Essenziale è il diritto all’inserimento scolastico: maggiori risorse per adeguare l’organico dei docenti di sostegno, per l’acquisto di attrezzature – comprese quelle multimediali – e ausili per gli alunni più gravi. Per favorire l’integrazione vanno definiti accordi per l’orientamento e la formazione, con i soggetti pubblici e privati. Moltiplicare le iniziative che, nel rispetto dei limiti e delle abilità individuali, consentono a tutti di praticare lo sport. Attraverso adeguate iniziative, vanno combattuti gli abusi e i maltrattamenti dei minori con disabilità.

FONDI EUROPEI

serve un confronto e una verifica sui progetti legati all’inclusione sociale nei Piani Operativi Regionali (POR) e nei Programmi Attuativi Regionali per il Fondo Aree Sottoutilizzate (PAR-FAS). Per quanto riguarda le otto regioni del Mezzogiorno, vi sono

750 MEuro finanziati dal FAS (anni 2007 – 2013) riferiti a Piani di azione regionale per i servizi di cura per l'infanzia e all'assistenza domiciliare integrata per gli anziani.

ACCREDITAMENTO, QUALITÀ DEI SERVIZI E DEL LAVORO

la crescita disordinata della presenza di soggetti privati e di cooperative sociali – avvenuta troppo spesso più per contenere la spesa pubblica che per riconoscere il valore aggiunto del privato sociale - segnala l'esigenza di ristabilire un governo del servizio pubblico nel welfare locale, e il pieno rispetto degli standard e dei contratti di lavoro. Per questo vanno definite linee rigorose per gli accreditamenti e per gli appalti, secondo le indicazioni del "memorandum 2007 sul lavoro pubblico", che sono utili anche per dare valore e riconoscimento al ruolo dei soggetti no profit.

PROMUOVERE BENESSERE, CITTADINANZA E INVECCHIAMENTO ATTIVO

la qualità dello sviluppo di un territorio si misura non solo in base alle performances economiche e produttive ma anche sulla qualità della vita, del lavoro e sul benessere che un sistema è in grado di generare. Occorre guardare alla nuova domanda di benessere che i cittadini esprimono, in una situazione profondamente trasformata - crescita della popolazione anziana, del tasso di attività femminile, famiglia e reti parentali corte, presenza dei migranti, precarietà, nuovi disagi giovanili, "nuovi non luoghi urbani", ecc.

Molto importante è l'adozione di politiche attive, capaci di affrontare queste sconvolgenti trasformazioni sociali e demografiche, offrendo opportunità per migliorare la qualità della vita e considerando la persona, in tutte le fasi della vita, una risorsa per sé e per gli altri.

Tutto ciò richiede non solo servizi e prestazioni, dunque, ma anche "Politiche": di inclusione e valorizzazione sociale, di autogestione del tempo e dei luoghi della vita sociale, della "cittadinanza attiva" e dell'"invecchiamento attivo". E ancora, servono Politiche di conciliazione e scelte contrattuali adeguate, con meno rigidità da parte delle imprese.

Si tratta, in molti casi, di riscrivere anche le politiche urbane (con i contratti di quartiere e di frazione, le scelte sugli orari, sui trasporti, l'eliminazione delle barriere architettoniche, ecc.). E occorre sostenere, anche a livello locale, le politiche per l'istruzione, per la formazione permanente e l'educazione degli adulti, che sono decisive per fornire i cittadini dei necessari saperi e delle competenze per muoversi con più forza nella società e nel mercato del lavoro, per essere utili a sé e agli altri.

DEMOCRAZIA PARTECIPATIVA E GOVERNANCE

Una qualificata e articolata contrattazione sociale richiede forme nuove di partecipazione delle forze sociali e dei cittadini, da affiancare a quelle più tradizionali. Le complesse e profonde trasformazioni sociali, le scelte, spesso difficili, di riorganizzazione del welfare locale, reclamano una governance partecipata in cui si eserciti, accanto a quella doverosa delle Istituzioni, la responsabilità dei cittadini e delle forze sociali di rappresentanza. Questa scelta deve tradursi in sedi e strumenti riconosciuti, in cui si possano esercitare le forme della democrazia partecipativa, arricchendo il ruolo insostituibile delle istituzioni elette dai cittadini. In particolare per il welfare locale, servono sedi permanenti e formali di confronto, consultazione e partecipazione alle fasi di programmazione e valutazione.

Principali Documenti CGIL CISL UIL nazionali sulle Politiche Sociali e Sanitarie

- Documento Cgil Cisl Uil - per il confronto con il Governo su *“Crescita economica e sociale e sviluppo sostenibile”* - gennaio 2007
- Documento Cgil Cisl Uil *“Sulle politiche per l’infanzia”* – aprile 2007
- Protocollo d’Intesa Cgil Cisl Uil – Governo sul *“Programma Guadagnare salute”* – 3 maggio 2007
- Documento di Cgil Cisl Uil *“In merito alle questioni relative alla delega al Governo e alle priorità di intervento in materia di salute e sicurezza sul lavoro”* – 8 maggio 2007
- Documento Cgil Cisl Uil *“Attuare il Patto per la Salute”* - luglio 2007
- Documento Cgil Cisl Uil – *“Linee di orientamento per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali”* – luglio 2007.
- Protocollo d’Intesa Cgil Cisl Uil Ministero della Salute *“sui Piani di rientro delle (sei) Regioni dai disavanzi sanitari”* - 13 luglio 2007
- Documento Cgil Cisl Uil (Confederali e dei Pensionati) *“sulla proposta di Disegno di Legge delega per la non autosufficienza”* – ottobre 2007
- Documento Cgil Cisl Uil - per il confronto con il Governo *“Per valorizzare il lavoro e far crescere il paese”* – 24 novembre 2007
- Documento Cgil Cisl Uil *“Valutazioni sulla proposta di Disegno di Legge concernente “Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio Sanitario Nazionale”*- gennaio 2008
- Documento Cgil Cisl Uil *“Valutazione sulla nuova definizione dei LEA Sanitari”* - aprile 2008
- Documenti Osservatorio CNEL *“Diritti sociali e Livelli Essenziali di Assistenza”* - giugno 2008
- Documento Cgil Cisl Uil *“Osservazioni per la stesura del rapporto strategico nazionale per l’Unione Europea sulla protezione e l’inclusione sociale”* – settembre 2008
- Documento Cgil Cisl Uil *“Sulle politiche sociali”* – luglio e ottobre 2008
- Documento Cgil Cisl Uil *“Sulla manovra economico finanziaria del Governo e sulle priorità per le Politiche della Salute”* – luglio e ottobre 2008
- Documento Cgil Cisl Uil *“Lotta alla povertà - Crisi economica, povertà ed esclusione sociale”* - febbraio 2009
- Nota Cgil Cisl Uil al Presidente Conferenza Regioni *“Attuazione del Testo Unico sulla sicurezza nel lavoro”* – 4 marzo 2009

Alcuni Documenti CGIL nazionale (oltre a quelli Congressuali) sulle Politiche Sociali e Sanitarie

- Documento programmatico Cgil *“Per il diritto alla Salute un sistema di qualità”* - gennaio 2004
- Documento Cgil - Fp Cgil per il Trentennale della Riforma Psichiatrica *“Legge 180: più liberi un impegno che continua”* – marzo 2008
- Rivista Cgil *“2087 - “formazione e informazione per la sicurezza nel lavoro” – “Speciale Testo Unico”* - aprile maggio 2008
- Documento Cgil per il Trentennale della Riforma Sanitaria *“Legge 833 una grande riforma un impegno da attuare”* – dicembre 2008
- I quaderni del Socio Sanitario (Dipartimento Welfare Cgil nazionale) in particolare i numeri: 6, 7, 11, 12, 14, 15, 16, 17

A questi vanno aggiunti documenti di Categoria e Inca (ad esempio: SPI CGIL *“Linee Guida per la negoziazione sociale”* – 26 novembre 2008 - FP CGIL *“Dipendenze Patologiche: il sistema dei servizi, le politiche e gli interventi”* – 27 febbraio 2009”, Notiziario, Quaderni e Guide Inca (vedi sito Inca “editoria”)