



**PROGETTO  
GIOVANI E ANZIANI**  
un percorso comune  
**STUDIO LAVORO e  
SOLIDARIETA'**

**Materiale  
didattico**

In collaborazione con:





PROGETTO  
GIOVANI E ANZIANI  
un percorso comune  
**STUDIO LAVORO e  
SOLIDARIETA'**



# GIORNATA D'INCONTRO CON GLI STUDENTI

COMUNICAZIONE DEL 05 FEBBRAIO  
2015

**ARGOMENTI TRATTATI:**

- Dinamiche demografiche e sociali
- Processi di invecchiamento in Lombardia e a Cremona
- Tipologie di invecchiamento
- Invecchiamento, malattia e cronicità
- L'anziano malato
- Anziano e società
- Un primo approccio ai servizi assistenziali

**Comunicazione di Claudio Dossi**  
A cura del Dipartimento welfare  
Spi CGIL Lombardia



In collaborazione con:



# Invecchiamento della società

Giornata incontro SPI con gli studenti  
della scuola Einaudi di Cremona



- Segretario  
Regionale SPI  
CLAUDIO DOSSI

•A cura del Dipartimento welfare Spi CGIL Lombardia

## I vecchi

**Al primo gennaio 2005 la percentuale di individui con 65 anni e oltre ha raggiunto la significativa cifra del 19,5%, (era il 16,5% nel 1995), mentre quella di individui minorenni è scesa al 17,1% (18,4% nel 1995). Secondo le più recenti proiezioni, le conseguenze del processo d'invecchiamento per l'Italia sono tali che entro il 2050 la percentuale di individui con 65 anni e più potrebbe crescere fino al 34% e, parallelamente, quella dei minori ridursi ulteriormente al 15,4%.**

Nel 2005 la stima del numero medio di figli per donna è pari a 1,34 (1,33 nel 2004). Si tratta del livello più alto registrato in Italia negli ultimi 15 anni ed è il risultato del trend crescente iniziato nel 1995, anno in cui la fecondità italiana toccò il minimo storico con un valore di 1,19 figli per donna. Il recupero riscontrato negli ultimi anni è il frutto su scala territoriale di comportamenti riproduttivi in riavvicinamento tra le diverse aree del Paese, in particolare tra Centro-Nord e Mezzogiorno. Tutto il recupero osservato, infatti, è da attribuire alle regioni del Nord e del Centro, considerando che nel periodo 1995-2005 il numero medio di figli per donna passa in queste ripartizioni, rispettivamente, da 1,05 a 1,34 e da 1,07 a 1,29. Nello stesso periodo, al contrario, le regioni del Mezzogiorno registrano una diminuzione: da 1,41 a 1,35 figli per donna. Le stime per il 2005 danno livelli più elevati di fecondita' al Nord in Trentino-Alto Adige (1,54 figli per donna) e nel Mezzogiorno in Campania (1,48) e Sicilia (1,43). Le regioni in assoluto meno prolifiche sono invece Sardegna (1,07), Molise e Basilicata (entrambe 1,14).

# •Dati regionali Lombardia

	<b>Over 65enni</b>	<b>Over 75enni</b>	<b>Over 85enni</b>	<b>Totale popolazione</b>
2003	1.692.906	738.198	182.050	9.108.645
2004	1.740.603	761.398	171.768	9.246.796
2005	1.795.416	790.391	172.164	9.393.092
2006	1.841.882	819.360	184.739	9.475.202
2007	1.880.693	848.066	199.454	9.545.202
2008	1.914.881	876.075	212.670	9.642.406
2009	1.943.422	901.227	225.700	9.742.676
2010	1.971.180	927.909	238.099	9.826.141
2011	1.990.483	957.275	250.181	9.917.714
2012	2.017.916	971.931	260.032	9.700.881
2013	2.069.674	1.003.793	272.519	9.794.525
<b>Variazione 2003-2013</b>	<b>22,3</b>	<b>36,0</b>	<b>49,7</b>	<b>7,5</b>

# QUADRO DEMOGRAFICO POPOLAZIONE ANZIANA PER FASCE DI ETA NELLE PROVINCE LOMBARDE ANNO 2013



	OVER 65	OVER 75	OVER 85
BERGAMO	204395	95712	25365
BRESCIA	242675	115564	32383
COMO	123115	60008	16393
CREMONA	80423	40540	11797
LECCO	70832	34073	9114
LODI	4124	21048	5518
MANTOVA	91172	46959	14969
MILANO	687976	332957	88041
MONZA-BRIANZA	171861	81119	20158
PAVIA	125275	65058	18559
SONDRIO	38265	19049	5331
VARESE	189561	91706	25191

# Pazienti cronici in Lombardia dati 2014

•6

- Pazienti cronici: (da *cronos*) individua soggetti per cui controlli e terapie continuative aumentano il numero di anni vissuti in assenza di gravi invalidità.
- Il **70%** della spesa sanitaria è rivolta a circa il **30%** della popolazione (**3 milioni di lombardi**, in larga misura autosufficienti)
- Cronicità anche sociosanitaria: **600.000 persone** ,il dato è previsto in crescita ( comprende non autosufficienti, grave disabilità, salute mentale, dipendenze



# LE PREVISIONI PER I PROSSIMI ANNI IN LOMBARDIA



	OVER 65	OVER 75	OVER 85	TOTALE POPOLAZIONE
2013	2.069.674	1.003.793	272.519	9.794.525
2023	2.451.892	1.267.354	411.498	10.651.241
2033	2.952.122	1.483.929	539.463	11.041.858
2043	3.506.602	1.903.152	665.361	11.354.590
<b>VARIAZIONE 2013-2043</b>	<b>69,40%</b>	<b>89,60%</b>	<b>144,2</b>	<b>15,9</b>

# Invecchiamento (1)



- Nel corso della vita vi è un incessante adattamento dell'organismo alle modificazioni dell'ambiente esterno ed interno nel tentativo di mantenere adeguati livelli di prestazioni il più a lungo possibile (omeostasi).

# Invecchiamento (2)



- Tuttavia l'efficienza di questi meccanismi tende a ridursi col progredire dell'età fino ad annullarsi ; tutto ciò rende l'organismo dell'anziano più fragile e suscettibile ad eventi di malattia e di morte (perdita della omeostasi).

# Invecchiamento (3)



- La malattia assume nell'anziano aspetti peculiari, sostanzialmente diversi da quelli del giovane.
- Al processo patologico si sovrappongono i frequenti squilibri sociali, economici e culturali che tendono ad incidere negativamente sull'evoluzione del quadro morboso (Palleschi e Zuccaro)

# Invecchiamento (4)



- Invecchiamento di successo
- Invecchiamento normale
- Invecchiamento nella norma
- Invecchiamento patologico

# Invecchiamento (5)

- **Problematiche mediche e sociali;**
- **Famiglia e territorio;**
- **Solitudine;**
- **Paure;**
- **Aspettative future;**
- **Ineluttabilità dell'invecchiamento;**
- **Carenza di affetti**



# Invecchiamento di successo

- E' la visione superficiale ed edonistica dell'invecchiamento , diversa dalla condizione positivista geriatrica, vista come pura aspettativa di modello di allungamento materiale della vita.



# Invecchiamento normale

- E' l'invecchiamento che tende ad equiparare età biologica ed età anagrafica facendo avvicinare l'individuo alla età massima consentita per la razza umana ( circa 120 anni).



# Invecchiamento della norma

- E' l'invecchiamento che ciascuna società ha raggiunto in una determinata epoca storica e coincide con la vita media di una popolazione.

# Invecchiamento patologico

- Coincide con un invecchiamento precoce dell'individuo e quindi età biologica ed età anagrafica non coincidono a svantaggio della età biologica.

# Ageismo



- **E' un fenomeno sociale e culturale basato sul fatto che la condizione anziana viene quasi negata da una società ad impronta giovanilistica con una forma di spregio mass mediatico dell'immagine anziana, ridotta a caricatura forviante e discriminante o peggio a sole immagini deteriori (Buttler 1960)**

# Caratteristiche dell'anziano malato

- **Complessità**
- Pluripatologia
- **Fragilità**
- Complicanze inusuali
- Failure to thrive

• ritardo di crescita: la malnutrizione, depressione, deficit cognitivo e fisico alterato



# Valutazione multidimensionale



# Anziani e società (1)

- La crisi degli anziani nella società contemporanea
- Ogni anziano è persona
- Il rispetto della persona
- La liberazione del cuore: la paura e la solitudine



# Anziani e società (2)

- L' invecchiamento della popolazione e le malattie “ croniche” fra cui le demenze, ci pongono di fronte a problemi nuovi che prima non esistevano e per i quali non abbiamo risposte immediate ed univoche.

# Anziani e società (3)

- Non esiste un'etica comune che ci trovi preparati di fronte alle diverse situazioni che caratterizzano la malattia: comunicazione della diagnosi, sperimentazione farmacologica, terapie attuali, capacità di intendere e volere, sussidi economici, istituzionalizzazione, compiti del caregiver, comportamento nelle fasi finali di malattia.



# Anziani e società (4)

- Principio della autonomia e della dignità delle persone
- Principio di beneficenza
- Principio di non maleficenza
- Principio di giustizia
- Principio di solidarietà
- Principio di sussidiarietà
- Principio di verità
- Principio di riservatezza

# Domicilio od istituzionalizzazione?



# Servizi assistenziali (1)

- Assistenza domiciliare integrata
- Ospedalizzazione a domicilio



# Sevizi assistenziali (2)

## Servizi per gli anziani



- Lungodegenza
- Residenza sanitaria assistita ( R.S.A.)

# Attivismo

***“ E’ meglio consumare le scarpe  
che le lenzuola”.***

***( Detto popolare)***

# Ars longa, vita brevis



- Non esistono “elisir di lunga vita”; bisogna accogliere ed accettare la vecchiaia preparandosi ad essa negli anni della gioventù e della maturità tenendo “acceso” il cervello ed “in moto” il corpo, avendo dei desideri e degli ideali, essendo in pace con se stessi e con gli altri.



PROGETTO  
GIOVANI E ANZIANI  
un percorso comune  
**STUDIO LAVORO e  
SOLIDARIETA'**



# GIORNATA D'INCONTRO CON GLI STUDENTI

COMUNICAZIONE DEL 12 FEBBRAIO  
2015

**ARGOMENTI TRATTATI:**

- Storia dell'assistenza
- Storia dei servizi sociali
- Rinnovamento della Pubblica Amministrazione
- Rinnovamento nel settore Sanitario
- Rinnovamento nel settore dei Servizi Sociali
- Il sistema S.Sanitario Lombardo tra presente e futuro


**Comunicazione di Claudio  
Dossi**

A cura del Dipartimento  
welfare Spi CGIL Lombardia



In collaborazione con:



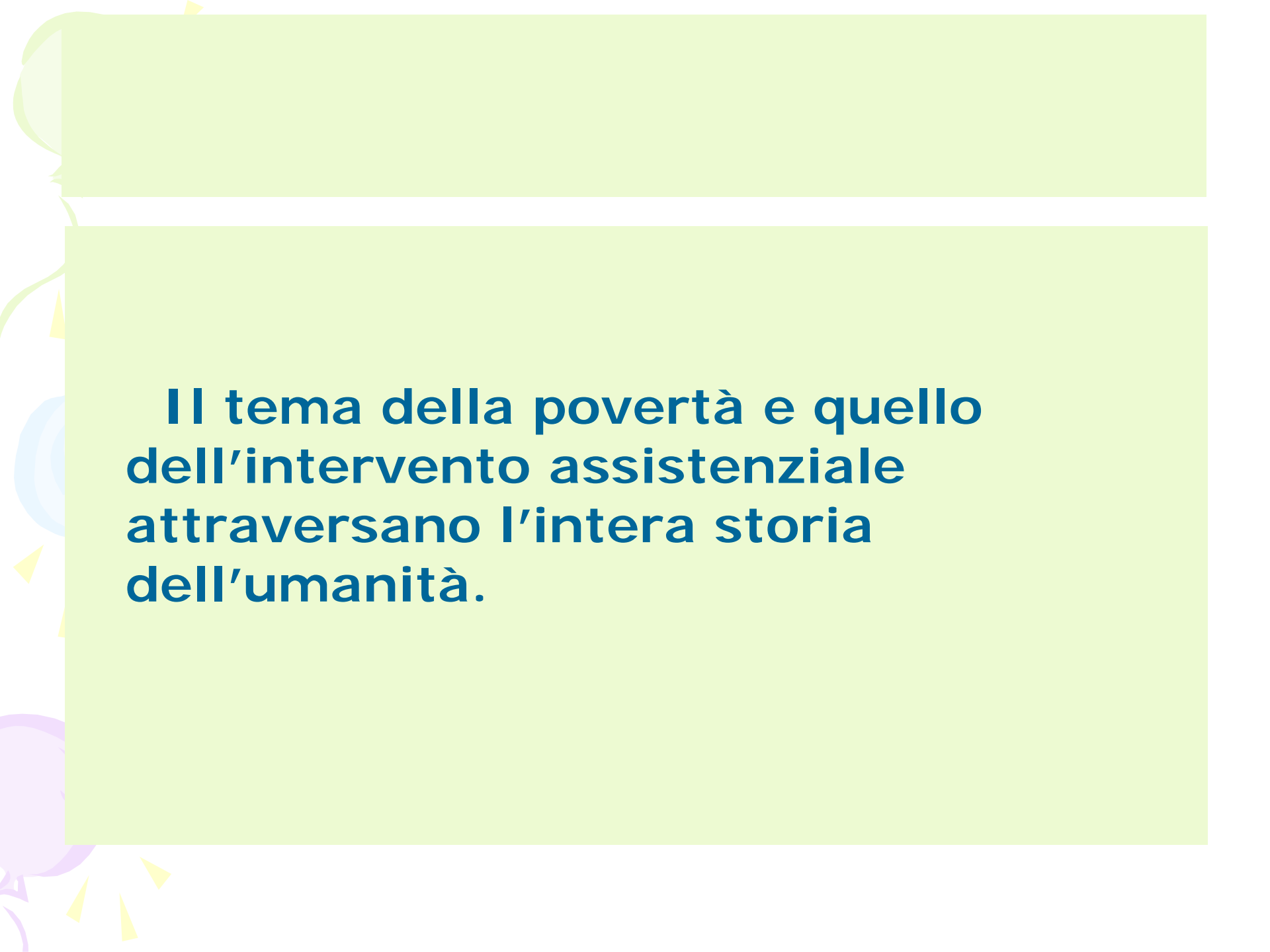


# **La storia dell'assistenza e la storia del servizio sociale**

**Giornata di incontro con  
gli studenti della scuola  
Einaudi di Cremona**

**Claudio Dossi Segretario regionale  
Spi CGIL**





**Il tema della povertà e quello dell'intervento assistenziale attraversano l'intera storia dell'umanità.**

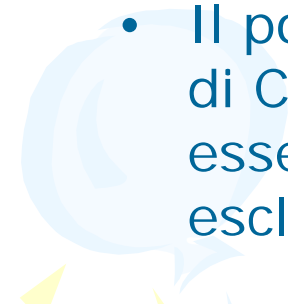

Esiste un legame fra la concezione della "povertà" e le forme di reazione ad essa da parte della società

Le forme di risposta sono strettamente influenzate dall'**immagine del "povero"** che si ha in un determinato momento storico e politico.

Immagini correlate al contesto sociale, culturale, religioso, ai processi di nascita e trasformazione della società capitalista, agli **atteggiamenti** verso il valore del successo e verso gli emarginati.




# EPOCA MEDIEVALE

- Non esisteva alcun intervento organizzato delle autorità locali. Chi prestava assistenza erano le numerose istituzioni di beneficenza gestite prevalentemente dalla chiesa
  - Il povero e il bisognoso venivano visti come rappresentanti di Cristo: sopravvivevano grazie alla carità senza però essere segregati. Indubbiamente erano marginali ma non esclusi
  - Con il XIV sec si delinea un peggioramento delle condizioni sociali e sanitarie anche causa aumento demografico. Attorno al 1350 si assumono le prime misure "contro" i bisognosi. Si delinea la distinzioni fra poveri "buoni e "cattivi"
- 
- 

# Dagli ultimi anni del 1400 alla fine del 1700, inizi 1800

- Aumento della popolazione e progressiva eliminazione regime agrario
- Inizia il processo di industrializzazione ed un crescente impoverimento delle masse che suscita timore nei gruppi borghesi e nobiliari. Conseguenza: proliferano ordinanze e provvedimenti legislativi con funzioni di controllo sociale. Cambia quindi l'immagine del povero
- Con il XVI sec inizia l'intervento dello Stato nei confronti degli indigenti: promulgazione di leggi che puntano ad evitare che i poveri si potessero spostare da una città all'altra (divieto di accattonaggio)
- La Poor Law (1601) voluta da Elisabetta 1° è la legge più importante che attribuisce ad ogni comunità locale la responsabilità per l'assistenza ai poveri

- 
- La seconda metà del 500, sulla scia dei provvedimenti legislativi, è caratterizzata dal "grande internamento dei poveri" per rispondere alla esigenza di "controllo sociale".

A decorative graphic on the left side of the slide features three balloons in light green, light blue, and light purple, each with yellow streamers and small yellow triangles. The background is white.

# XVIII secolo

- Periodo di svolta grazie all'Illuminismo, movimento di idee che fa perno sui valori della ragione, contro l'ignoranza, i pregiudizi, l'intolleranza. Queste idee portano a sostenere il DIRITTO del cittadino inabile e indigente a ricevere cure e assistenza anche gratuite dallo Stato.
- Si manifesta uno spirito nuovo che trova fondamento nelle opere di Rousseau sull'origine storica e non naturale della disuguaglianza fra gli uomini.
- Idee che verranno riprese con la rivoluzione americana ma soprattutto con quella francese quando si riconobbero i diritti fondamentali dell'uomo e si afferma il dovere dello Stato di tutelare tali diritti



# IN ITALIA

Ritardo nella nascita della previdenza sociale (ultimi due decenni 800 e la 1 guerra mondiale) causa:

1. ritardo della realizzazione processo di industrializzazione e mutamenti sociali connessi, rispetto ad altri paesi europei
2. Unificazione dell'Italia avvenuta solo nel 1870
3. La classe dirigente, dopo l'unità d'Italia non aveva intrapreso con decisione le riforme strutturali

Al momento dell'unificazione d'Italia il sistema assistenziale registra che nel corso dei secoli l'iniziativa privata, con una preminente presenza della Chiesa, aveva fatto sorgere numerosissime istituzioni di beneficenza (ospedali, orfanotrofi, istituti di ricovero...)

Negli anni successivi all'unificazione si afferma l'ideologia della "beneficenza Legale" (interventi assistenziali finanziati mediante imposizione fiscale) che avrebbero dovuto sostituire l'intervento pubblico a quello della Chiesa

# 1800

- Peggioramento delle condizioni materiali dei ceti popolari per gli elevati costi umani dell'industrializzazione
- I problemi sociali si pongono anche in termini politico-economici, con una progressiva presa di coscienza da parte dei lavoratori (questione sociale). Si affermano nuove idee: marxismo, socialismo, dottrina sociale cristiana)
- Lo Stato assicurare un intervento assistenziale minimo agli indigenti che reggerà fino a quando le masse popolari acquistano maggiore consapevolezza dei loro diritti arrivando, anche attraverso il diritto di voto, a rivendicare migliori garanzie e tutele.
- Per rispondere a tali rivendicazioni gli Stati cercheranno di affrontare i problemi dei lavoratori non più in maniera solo assistenziale, ma con la nascita della previdenza sociale (forma di risparmio sul salario al fine di conseguire prestazioni certe al verificarsi degli eventi assicurati, mediante la sostituzione o l'integrazione dei redditi dei lavoratori)



# LA LEGGE CRISPI DEL 1890

- Realizza una parziale laicizzazione delle opere pie attribuendo loro personalità giuridica trasformandole in Istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB) che dovevano dimostrare di avere mezzi economici adeguati per le finalità istituzionali, predisponendo bilanci preventivi e consuntivi. Ogni atto amministrativo doveva essere sottoposto a controllo
- Introduce anche il domicilio di soccorso prevedendo che il soccorso del cittadino indigente spettasse al Comune dove questi avesse dimorato, in modo abbastanza continuativo, negli ultimi 5 anni



# DAL SECONDO DOPOGUERRA


- Dal 1919 fino ai primi anni 70 si registra una progressiva creazione di enti assistenziali con incentivazione dell'assistenza specifica riservata a determinate categorie (invalidi, ciechi, orfani ..)
- Nel 2° dopoguerra l'Italia affronta gravissimi problemi sociali (devianza, prostituzione, disgregazione familiare..) economici e politici. Grande importanza in questo periodo gli aiuti dagli alleati attraverso l'UNRRA (United Nations Relief and Rehabilitation Administration) istituita a Washington. Per attuare il programma deliberato dall'UNRRA il governo italiano istituisce nel 1945 (verrà sciolta negli anni 70)
- Speranza nella costruzione di una società più giusta in cui anche l'assistenza sia in grado di rispondere ai problemi dei cittadini. Speranza che trova riconoscimento nella Carta Costituzionale del 1948 dove verranno sanciti i diritti civili e politici sulla base di un unico fondamento costituito dal primato della PERSONA UMANA

# L'assistenza in Italia nel secondo dopoguerra(anni 50)

1. **Assistenza generica** assicurata da numerose istituzioni di beneficenza. Lo Stato inizialmente ha un ruolo di integrazione e coordinamento della beneficenza privata
2. **Assistenza specifica** garantita da numerosi enti pubblici (circa 40.000!) che si dividevano in *Enti territoriali* (comuni, province) ed *Enti pubblici nazionali*(ENAOLI, ONMI) che agivano sul piano della discrezionalità e non del diritto. Intervenevano in virtù dell'appartenenza ad una categoria giuridica (cieco, invalido, orfano ..). Erano strutture estremamente burocratizzate e verticistiche.

Esisteva una sovrapposizione di competenze in alcuni settori (es: nell'assistenza all'infanzia interventi dei comuni e degli enti pubblici).

I finanziamenti erano assegnati non in base alle esigenze da soddisfare ma in relazione alla capacità dei diversi gruppi di ottenere maggiori risorse (potere di pressione)



La forma tipica di assistenza era rappresentata oltre che da interventi di natura economica, anche dai ricoveri in istituto.

Negli anni 70 (dati Istat) si contano circa 200.000!!! minori ricoverati negli istituti. Nello stesso periodo in Gran Bretagna i ricoveri dei minori in istituto non superano i 20.000

# GLI ANNI 70: LA STAGIONE DELLE GRANDI RIFORME. IL DPR 616/77

Il DPR 616/77 prosegue il processo di trasferimento alle regioni (istituite nel 1970), province e comuni, di varie funzioni amministrative fino ad allora esercitate a livello centrale dallo Stato e previste dall'art 117 della costituzione.

## **Punti chiave:**

- Vengono soppressi ECA e IPAB infraregionali
- Sono attribuite ai comuni funzioni attinenti in materia di interesse locale
- Il comune singolo o associato è riconosciuto titolare delle funzioni amministrative relative alla gestione dei servizi socio-sanitari in forma integrata

## **Campi di intervento:**

- Beneficenza pubblica
- Assistenza sanitaria e ospedaliera
- Alcune prestazioni già svolte dal Ministero G e G



## **II DPR 616 oltre ad introdurre significativi mutamenti istituzionali dà anche corpo ad una moderna concezione di politica sociale ispirata ad alcuni principi quali:**

1. DIRITTO ALLA PARTECIPAZIONE di tutti i cittadini e non solo degli utenti
2. LA TERRITORIALITA' come ambito indispensabile per l'erogazione e l'integrazione dei servizi
3. L'UNIVERSALITA' delle prestazioni, nel senso di essere rivolte alla generalità della popolazione, senza distinzione fra poveri o diversi e senza dover essere vincolati alla discrezionalità dell'amministrazione



# Anni '80-'90

- Rafforzamento del nuovo sistema istituzionale (dopo l'introduzione del DPR 616/'77 e della legge 833/1978)
- Le Regioni iniziano a legiferare sull'organizzazione dei servizi sociali e della rete delle Unità Sanitarie Locali (inizio processo del federalismo)

A decorative graphic on the left side of the slide features three balloons in light green, light blue, and light purple. Each balloon has a yellow streamer and several yellow triangular shapes radiating from it, resembling a sunburst or starburst effect.

# Caratteristiche emergenti

- Due percorsi diversi tra Sanità ed Assistenza
- Differenziazione tra Regioni in ordine alla organizzazione della Sanità e dei Servizi Sociali





## Nodi critici del sistema del welfare-state a partire dagli anni 2000

- Debito pubblico insostenibile
- Trasformazione dei bisogni sociali per l'affacciarsi di nuove povertà e bisogni più complessi
- Sistema dei servizi poco rispondente ai cambiamenti sociali legati ai nuovi bisogni
- Tutto questo sarà aggravato dalla crisi economica a partire dal 2008





# Conseguenze

- Esigenza di razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica in tutti i settori (vincoli del trattato di Maastricht);
- Introduzione del ticket (1986) per far fronte al costo elevato del sistema sanitario;
- Rinnovamento della P.A.



# Rinnovamento della P.A.

1. leggi Bassanini per completare il decentramento istituzionale ( n. 59/1997-n.127/1997-n.112/1998;
  2. Gruppo di leggi che introducono profili diversi di funzionamento della P.A.:
    - n.241/1990-trasparenza dei procedimenti amministrativi e sul diritto di accesso agli atti;
    - n.459/1990-regolamento sull'autocertificazione amministrativa;
    - N. 675/1996 sulla tutela della privacy
    - N. 449/1997 e d.leg. N.109/1998 introduzione dell'ISEE (indicatore situazione economica equivalente)
- 
- 



# Rinnovamento della P.A.

3. Gruppo di leggi che regolamentano i rapporti tra sistema pubblico e soggetti privati:

- N. 266/1991 riconosce la funzione sociale del volontariato;
- N. 381/1991 regola le cooperative sociali;
- D.leg. N.460/1997 prevede incentivi fiscali per le ONLUS;
- N.383/2000 individua le associazioni di promozione sociale

# Il rinnovamento nel settore sanitario

- D.Leg. N. 502/1992 introduce elementi di aziendalizzazione delle USL;
- D.leg. N. 229/1999 che riforma ulteriormente il servizio sanitario nazionale

# Il rinnovamento nel settore dei servizi sociali

- Legge n. 142/1990 sull'ordinamento delle Autonomie locali e il successivo d. leg. N. 267/2000 –testo unico sull'ordinamento degli Enti Locali;
- Legge-quadro n. 328/2000 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

# La legge di riforma dell'assistenza n.328/2000

- Realizza organicamente il settore dei servizi sociali completando la costruzione di un sistema di sicurezza sociale;
- Principi ispiratori:
  1. Universalità delle prestazioni
  2. Eguaglianza di trattamento,
  3. Libera scelta dei servizi
  4. Partecipazione
  5. Pluralismo organizzativo



# Legge Costituzionale n. 3/2001

- Modifica il Titolo V-parte II della Costituzione (art. 117 Costituzione) rivedendo la distinzione delle competenze legislative tra Stato Centrale-Regioni e Comuni



# Legge Costituzionale n. 3/2001

- La tutela della salute è materia legislativa concorrente con lo Stato (nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa salvo che per la determinazioni dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato)
- Le politiche socio-assistenziali sono materia legislativa delle Regioni
- Lo stato ha legislazione esclusiva nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;



# Legge costituzionale n. 3/2001

- Art. 119 comma 5° prevede per lo Stato la possibilità di interventi speciali e la destinazione di risorse aggiuntive in favore di determinati enti locali per promuovere lo sviluppo economico, la coesione, la solidarietà sociale;
- Art. 120 contempla il possibile esercizio da parte dello stato di poteri sostitutivi in caso di inadempienza o di incapacità degli altri soggetti istituzionali (Regioni, città metropolitane, Provincie, Comuni)

# Storia del Servizio Sociale: nodi critici anni '80

- Mancato riconoscimento giuridico del titolo (arriverà solo nel 1987);
- Professione "debole" fra professioni "forti" nel lavoro d'equipe;
- Inquadramento contrattuale più basso rispetto alle professioni con cui si trova spesso a contatto;
- Scarsità risorse pubbliche e disfunzioni organizzative nel sistema dei servizi;
- Nuovi fenomeni sociali.

# Livelli essenziali di assistenza (Lea)

## Informazioni generali

- I Livelli essenziali di assistenza sanitaria (Lea) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket. I Lea sono stati definiti con il [Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001](#) "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza" (pdf 7 kb), entrato in vigore il 23 febbraio 2002.
- 
- I Lea sono organizzati in tre settori:
  - prevenzione collettiva e sanità pubblica
  - assistenza distrettuale
  - assistenza ospedaliera.
- Oltre alle prestazioni incluse nei Lea, è previsto che le singole Regioni possano stabilire ulteriori prestazioni da erogare con stanziamenti propri.
-

# Aprile 2008: i nuovi Lea

- In base all'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 "Patto sulla salute", e alla Legge 296 del 27 dicembre 2006, i Lea sono stati ridefiniti con il Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 23 aprile 2008, che sostituisce integralmente il Decreto del 2001. Il nuovo Decreto ha revisionato le prestazioni, arrivando a un totale di oltre 5700 tipologie di prestazioni e servizi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione.



# Leggi Regionali

- :
- 30 agosto 2008 n. 1 *“Legge Regionale statutaria”*;
- 12 marzo 2008 n. 3 *“Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario”*;
- 30 dicembre 2009 n. 33 *“Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità”* e
- successive modifiche e integrazioni;
-

# Decreti della Giunta regionale

- DGR n. X/116 del 14.5.2013 *“Determinazioni in ordine all’istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto di indirizzo”*
- DGR n. X/856 del 25.10.2013 *“Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR 116/2013: primo provvedimento attuativo”*;
- • DGR X/1846 del 16.5.2014 *“Sviluppo di modelli per potenziare l’accessibilità ai servizi di specialistica ambulatoriale in orari ed in giornate più favorevoli ai soggetti impegnati in attività lavorative”*;
- DGR n. 392/2013 del 12.07.2013 *“Attivazione di interventi a sostegno delle famiglie con la presenza di persone con disabilità, con particolare riguardo ai disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico”*;
- DGR n. 2655 del 14.11.2014 *“Programma operativo regionale in materia di gravissime disabilità in condizione di dipendenza vitale, di cui al Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze Anno 2014. Prime determinazioni”*;
- • DGR n. 2833 del 12.12.2014 *“Programma operativo regionale in materia di gravi disabilità e non autosufficienza di cui al Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze Anno 2014. Ulteriori determinazioni”*;

- DGR n.1765 dell'8.5.2014 “*Il sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della dgr X/1185 del 20/12/2013*”;
- • DGR n. 2569 del 31.10.2014 “*Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d’offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo (a seguito di parere della Commissione consiliare relativamente all'allegato 1)*”;
- • DGR n. 1953 del 13.6.2014 “*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2014 - integrazione regolamentazione assenze nei servizi residenziali e semiresidenziali area disabili e dipendenze*”;
- 3
- • DGR n. 2941 del 19.12.2014 “*Approvazione del documento 'Un welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la comunità - Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2015-2017'*”;
- • DGR n. 2942 del 19.12.2014 “*Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della dgr 116/2013: secondo provvedimento attuativo - conferma misure avviate nel 2014 e azioni migliorative*”;
- **DELIBERAZIONE N° X / 2989 Seduta del 23/12/2014 DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2015 - (DI CONCERTO CON GLI ASSESSORI CANTU' E MELAZZINI)**
-





# Il futuro del sistema sanitario lombardo

- con la presentazione del **Libro Bianco** sullo sviluppo del sistema socio sanitario in Lombardia, nell'ambito del processo di riordino dell'attuale sistema, è stata avviata un'importante azione di coinvolgimento, ascolto e confronto con gli attori istituzionali e gli stakeholders per la predisposizione di un primo testo normativo di revisione della legge regionale n. 33 del 30 dicembre 2009 e della legge regionale n. 3 del 12 marzo 2008;
- A seguito della presentazione del libro bianco Regione Lombardia e le OO.SS hanno sottoscritto un accordo che definisce alcune linee guida della nuova riforma .



**ACCORDO  
SULLA RIFORMA DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO DELLA LOMBARDIA**

Premesso che:

Regione Lombardia riconosce la significativa consistenza e l'ampia diffusione della rappresentatività di CGIL CISL UIL tra le lavoratrici e i lavoratori, le pensionate e i pensionati lombardi e la funzione di rappresentanza dei loro interessi generali svolta dalle stesse OO.SS., così come riconosce la loro maggiore rappresentatività tra le operatrici e gli operatori del Sistema Sociosanitario Regionale, in rappresentanza dei loro specifici interessi categoriali;

CGIL, CISL e UIL della Lombardia condividono l'ipotesi di riordino indicata dal "Libro Bianco sullo sviluppo del Sistema Sociosanitario in Lombardia" presentato il 30 giugno 2014 dal Presidente di Regione Lombardia Roberto Maroni e molti degli obiettivi di aggiornamento del Sistema Sanitario Lombardo in esso indicati;

Regione Lombardia riconosce nel documento presentato da CGIL CISL UIL il 23 luglio 2014 contenuti e proposte utili per un'efficace riorganizzazione del sistema sanitario lombardo.

Regione Lombardia e CGIL CISL UIL Lombardia

Ritengono che l'attuale sistema socio sanitario regionale abbia la necessità di essere attualizzato, per essere reso più idoneo alle mutate esigenze e più rispondente ai nuovi bisogni delle persone poiché, se è stato sin qui in grado di dare risposte convincenti al trattamento della fase patologica acuta, attraverso lo sviluppo della rete di assistenza specialistico-ospedaliera e di emergenza/urgenza, l'innovazione e la dotazione tecnologica, la creazione di infrastrutture di alta specializzazione e soprattutto grazie all'elevata professionalità degli operatori, oggi, a fronte di un quadro demografico e socio-epidemiologico strutturalmente mutato, è chiamato a dare una risposta altrettanto efficace, appropriata e di qualità ai malati cronici e ai pazienti pluripatologici (anziani, pazienti affetti da patologie psichiatriche, persone con disabilità, persone bisognose di maggiori tutele sociosanitarie), anche con il supporto della rete di volontariato e familiare e del terzo settore che ha caratterizzato e che continua a caratterizzare tutt'oggi la storia e la società lombarda.

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*

# La realizzazione degli obiettivi congressuali

- Come SPI ci eravamo presi l'impegno di portare a realizzazione gli obiettivi legati al tema dei bisogni dei nostri anziani .
- Soprattutto diveniva centrale il tema della prevenzione , degli stili di vita , della domiciliarità, della lotta alla cronicità , la riduzione delle rette a carico delle persone e delle famiglie, il tema dell'appropriatezza , tutti questi temi hanno avuto risposta nelle linee guida dell'intesa sul sistema sanitario e socio sanitario regionale.

# Il tema dell'integrazione dei servizi del sistema

- Per la prima volta il tema dell'integrazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali diviene centrale in una proposta di riforma regionale lombarda .
- Si passa dal concetto di cura al prendersi cura e diviene strategica la presa in carico globale del cittadino/utente .

# ***Verbale di proposta di Accordo sulla riforma del servizio sociosanitario della Lombardia”***

38

- Il verbale di accordo sottolinea a premessa alcuni punti di condivisione:
- - la necessità di attualizzazione del sistema che, se ha funzionato per la fase patologica- acuta e di emergenza/urgenza, non è oggi altrettanto efficace nell'affrontare i bisogni socio sanitari derivanti dai mutamenti demografici ed epidemiologici, in particolare per le persone più fragili (es: anziani, pazienti affetti da patologie psichiatriche, persone con disabilità)

# *Verbale di proposta di Accordo sulla riforma del servizio sociosanitario della Lombardia”2*

39

- - la necessità di un aggiornamento organizzativo/gestionale finalizzato allo spostamento dell'asse di cura dall'ospedale al territorio, con un rafforzamento di quest'ultimo (in coerenza peraltro con il Patto per la salute), per rinnovare ed ampliare i caratteri di universalità del sistema regionale, mantenendo i servizi esistenti e avviandone di nuovi, per la sostenibilità e il rispetto della legalità del sistema, la trasparenza della governance a tutti i livelli e la valorizzazione del lavoro e della professionalità dei lavoratori e delle lavoratrici.
- Vengono quindi individuati alcuni obiettivi condivisi, che dovranno trovare attuazione e declinazione nel Progetto di legge che la Giunta presenterà al Consiglio regionale

# Governance del sistema

40

- Si afferma che la Regione deve avere la responsabilità della tutela della salute dei cittadini, assicurare l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), svolgere un ruolo di indirizzo e di programmazione sulla base dei bisogni, disegnando le aree di intervento, garantendo l'universalità dell'accesso e controllando l'appropriatezza delle risposte del sistema.
- L'ASL sarà il soggetto responsabile della programmazione socio sanitaria e sanitaria a livello locale con il concorso dei Comuni, anche attraverso i Piani di zona, e la partecipazione delle forze sociali.

# Educazione, prevenzione e informazione

41

- Si sottolinea il ruolo strategico di una politica di promozione della salute e di prevenzione, indicando una serie di interventi (piano di educazione alla salute e di corretti stili di vita, piano per la tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, campagne di informazione ed educazione alla salute e campagne di screening, programmi specifici di sostegno all'invecchiamento attivo e in buona salute per la prevenzione della cronicità).



# Il necessario riequilibrio del sistema verso il territorio

42

- Il territorio sarà organizzato per ambiti territoriali in cui dovrà essere attuata l'integrazione dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali.
- In questa sede dovranno essere favorite modalità organizzative e gestionali innovative di cura e di assistenza con l'obiettivo, in particolare, di favorire la presa in carico complessiva delle patologie croniche.
- In questi ambiti dovrà essere inoltre garantito il concorso dei diversi livelli istituzionali, a partire dai Comuni, e la partecipazione delle forze sociali alla programmazione sanitaria e socio sanitaria ed alla realizzazione degli obiettivi di tutela universale della salute.

## Il necessario riequilibrio del sistema verso il territorio 2

43

- Sarà necessario sviluppare in ciascun ambito territoriale dei luoghi chiaramente riconoscibili, che offrano la continuità delle cure e siano punto di riferimento e di ricomposizione dei percorsi di cura, con particolare attenzione alle persone croniche e fragili, concentrando l'offerta attualmente dispersa sul territorio.
- Queste strutture territoriali saranno realizzate prioritariamente attraverso lo sviluppo degli attuali poliambulatori e la rimodulazione in Presidi ospedalieri territoriali (POT) dei piccoli ospedali e non escludendo un coinvolgimento delle strutture residenziali sociosanitarie.
- Tali strutture territoriali concentreranno tutti i livelli di assistenza: primaria, specialistica e continuata.

# L'integrazione socio-sanitaria e la domiciliarità

44

- L'intero capitolo viene dedicato all'integrazione tra servizi sanitari, socio sanitari e sociali, di cui si sottolinea l'importanza per la presa in carico globale delle persone, anche attraverso l'individuazione di un luogo unico di accesso.
- Si sottolinea la necessità di valorizzazione dei servizi domiciliari /territoriali che permettono il mantenimento delle persone al proprio domicilio (es. SAD/ADI) e di potenziamento dei servizi territoriali come i Centri psico- sociali.
- Nel quadro di questo riordino è prevista una significativa rimodulazione al rialzo delle quote a carico del servizio sanitario, del costo dei ricoveri in regime di residenzialità (RSA/RSD), alla luce della crescente "sanitarizzazione", con una conseguente proporzionale riduzione della parte a carico dell'assistito/famiglia, oltre ad un efficace controllo sulla determinazione delle rette.

# L'integrazione socio-sanitaria e la domiciliarietà

45

- Nel verbale si affronta il tema della compartecipazione degli utenti nel nuovo sistema integrato socio sanitario e si concorda sul fatto che si debba definire una chiara demarcazione tra ciò che è sanitario, e quindi universalmente garantito e a carico della fiscalità generale, e ciò che, nella ingiustificata perdurante assenza di LIVEAS o LEPS (livelli essenziali di assistenza sociale) non ancora definiti a livello nazionale, è riconducibile al sociale e quindi potenzialmente assoggettabile a meccanismi di compartecipazione alla spesa (ticket/rette).

# Il Rapporto pubblico/privato

46

- Il nuovo sistema a rete per l'assistenza ospedaliera dovrà essere fondato non sulla concorrenza, ma su una collaborazione e sinergia tra pubblico e privato e garantire parità negli oneri come nei doveri; dovrà garantire una copertura omogenea sul piano territoriale, per le diverse tipologie di assistenza - per l'acuzie, sub-acuzie, post-acuzie, riabilitazione e più in generale l'offerta delle cure intermedie - che dovranno essere a tutti gli effetti comprese nei Lea.

# Investire sul lavoro e la professionalità

47

- Nell'ottica di riordino complessivo del sistema, dedica particolare e specifica attenzione alle ricadute sul personale, nonché al ruolo che sarà chiamato a svolgere.
- A tal fine si sottolinea la necessità di interventi di formazione e riqualificazione professionale e di favorire la responsabilità e la partecipazione relativamente ai processi di riorganizzazione e di flessibilità valorizzando il confronto sindacale.

# La compartecipazione alla spesa sanitaria e sociale

48

- Il documento sottolinea la condivisione dell'obiettivo dichiarato dal Presidente della Regione di realizzare una progressiva abolizione dei ticket sanitari. In attesa di realizzare tale obiettivo si concorda di intervenire, al più presto, utilizzando anche le ulteriori risorse aggiuntive che si renderanno disponibili sul bilancio regionale a seguito della progressiva implementazione dei costi standard, per una significativa riduzione dei c.d. "superticket" vigenti in Lombardia, mentre per i lavoratori in mobilità, in contratto di solidarietà, i cassaintegrati e i disoccupati verranno reintrodotti le modalità di esenzione in vigore nel 2011.
- Si conviene di avviare un confronto finalizzato ad indagare ciò che oggi non è coperto dai sistemi pubblici di welfare, per cui prevedere una possibile modalità di copertura solidaristica integrativa anche di natura mutualistica.

# Prosecuzione del confronto

49

- Regione Lombardia e CGIL CISL UIL Lombardia concordano per la prosecuzione del confronto che dovrà riguardare sia la fase di traduzione dei contenuti dell'intesa nella proposta di legge della Giunta, sia la fase successiva relativa all'iter in sede di consiglio, sia le successive fasi di implementazione delle nuove norme.
- A noi è chiaro che questa intesa non è la riforma del sistema socio sanitario regionale , poiché questo ambito è di pertinenza del Consiglio regionale.



- Iniziamo oggi a discutere il merito dell'intesa cercando di coglierne le particolarità di innovazione che porta con sé e che potranno diventare attuative solo al termine del percorso legislativo.
- Per favorire anche una lettura del nostro ruolo nella gestione dell'intesa prima e della legge futura abbiamo di seguito elencato i luoghi di confronto.



PROGETTO  
GIOVANI E ANZIANI  
un percorso comune  
**STUDIO LAVORO e  
SOLIDARIETA'**



# GIORNATA D'INCONTRO CON GLI STUDENTI

COMUNICAZIONE DEL 26 FEBBRAIO  
2015



## **ARGOMENTI TRATTATI**

- Presentazione
- I servizi Domiciliari
- I servizi Residenziali
- Le professioni dei servizi Domiciliari
- Le professioni dei servizi Residenziali
- Le assistenti famigliari

Comunicazione a cura:



In collaborazione con:





# **Progetto SPI CGIL**

[www.ilgabbiano.it](http://www.ilgabbiano.it)

26 Febbraio 2015

**Benzoni Maurizio** (Responsabile Area Anziani)

**Broglia Roberta** (Responsabile RSA «S. Vincenzo»  
Piadena)

**Pari Eliana** (Responsabile Servizi Territoriali)

Il Gabbiano è una Cooperativa Sociale di tipo A, con sede a Pontevico, costituita nel 1988 per sensibilità di alcuni cittadini, fra cui l'attuale presidente, nei confronti dei bisogni della popolazione fragile.

Negli anni la Cooperativa, pur registrando un notevole sviluppo delle sue attività, non ha mai perso la traccia delle proprie origini decidendo di confermare la propria mission nell'attenzione alle persone in situazione di disagio o di fragilità.

Il Gabbiano è oggi presente, con i suoi servizi, su 6 province, conta circa 700 dipendenti.

La Cooperativa non ha scopo di lucro, il suo fine è il perseguimento dell'interesse generale della comunità, la promozione umana e l'integrazione sociale dei cittadini.

Realizza i propri scopi sociali attraverso la gestione di servizi socio-assistenziali, socio-sanitari, sanitari ed educativi orientati in via prioritaria, ma non esclusiva, alla risposta ai bisogni di minori, disabili fisici, psichici e sensoriali, anziani, malati in fase terminale e altre categorie di soggetti che necessitano nel corso della loro vita, in modo stabile od occasionale, di interventi mirati al soddisfacimento di bisogni di assistenza, socializzazione, cura e riabilitazione.

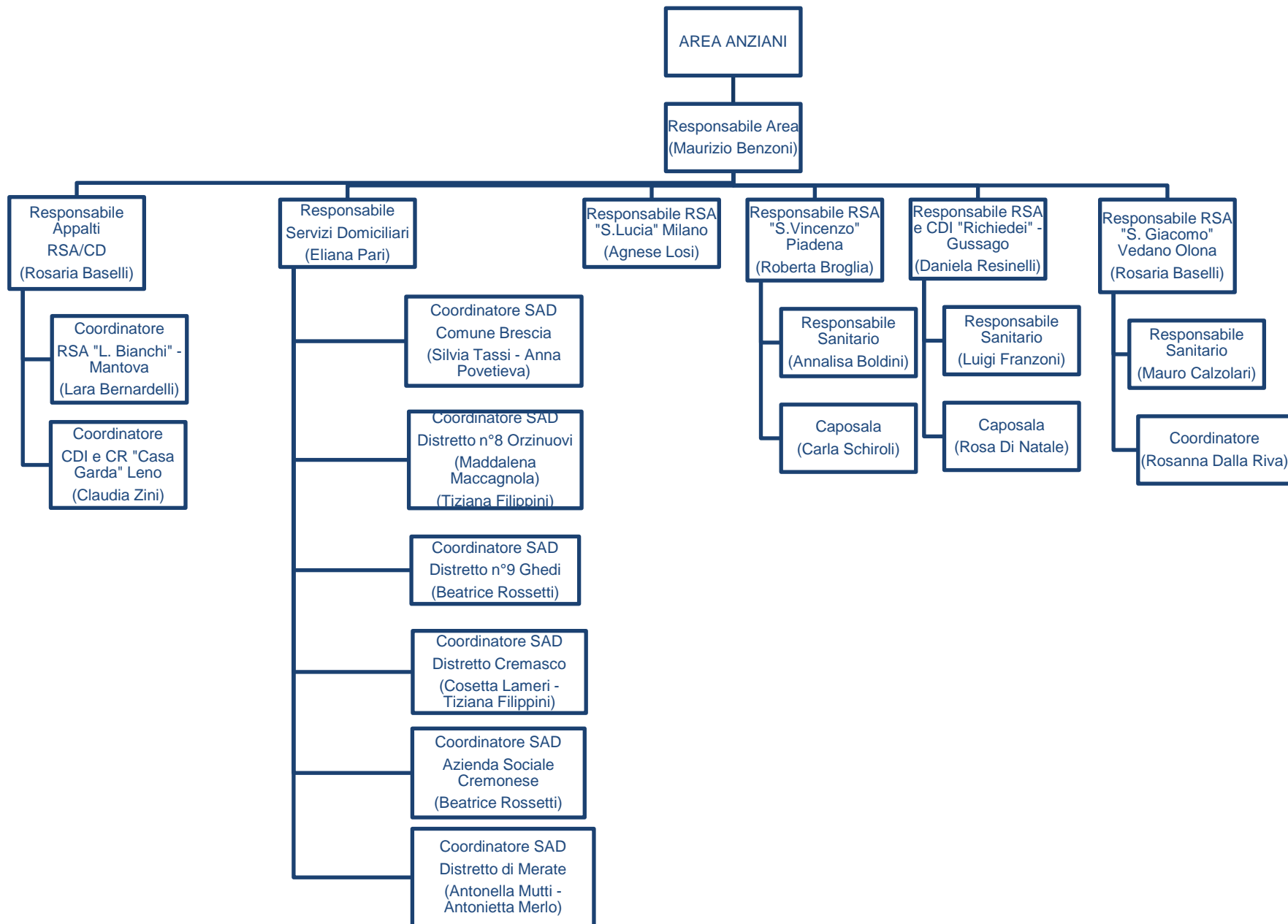
# IL GABBIANO – SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE ONLUS

## ORGANIGRAMMA AZIENDALE – SETTEMBRE 2014



# IL GABBIANO – SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE ONLUS

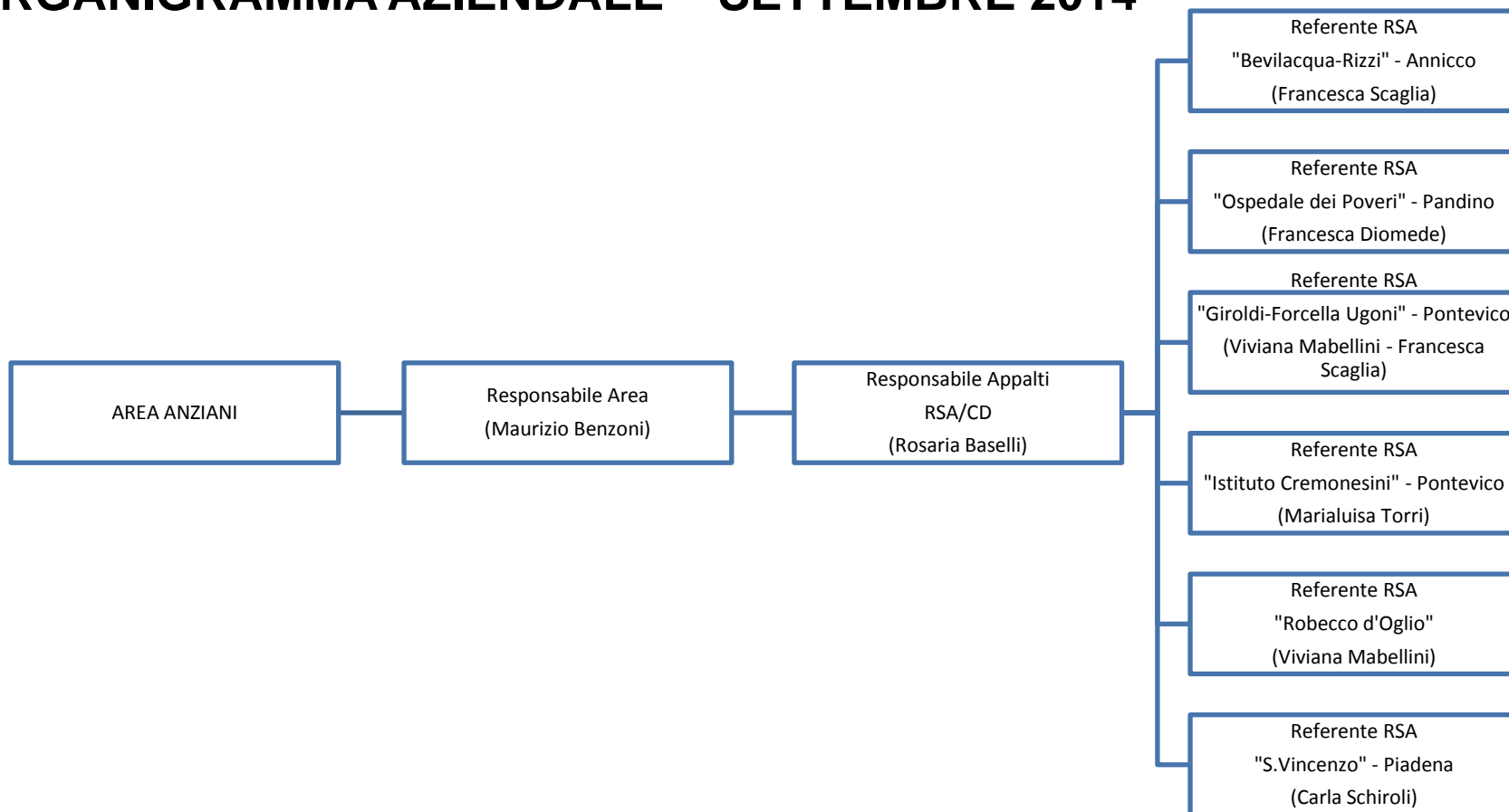
## ORGANIGRAMMA AZIENDALE – SETTEMBRE 2014





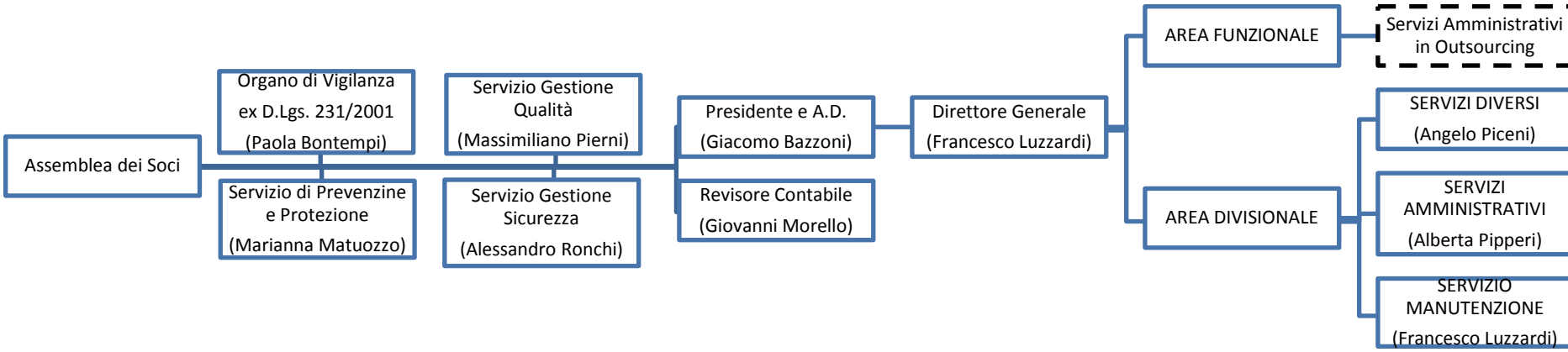
# PROGETTO GABBIANO – SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE ONLUS

## ORGANIGRAMMA AZIENDALE – SETTEMBRE 2014



# GABBIANO LAVORO– SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE ONLUS

## ORGANIGRAMMA AZIENDALE – SETTEMBRE 2014



# Area Anziani

I servizi erogati agli anziani costituiscono, sia nel senso dimensionale che in quello storico, l'attività primaria della Cooperativa.

La persona anziana come soggetto destinatario di sostegno, assistenza e cura, costituisce lo scopo della Cooperativa nell'ambito dell'Area Anziani.

La persona è intesa quindi nella sua globalità, interezza, dignità ed unicità.

Infatti, nell'espletare i vari servizi la Cooperativa, oltre ad assolvere tutti i bisogni di prima necessità dell'anziano, offre una gamma di attività personalizzate e finalizzate ad un migliore funzionamento della vita quotidiana, che va ad incidere positivamente sulla vita dell'anziano, trovando immediata percezione e riscontro da parte degli utenti e dei loro familiari.

Accanto alla Cooperativa Il Gabbiano anche la Cooperativa Progetto Gabbiano mette al centro della sua mission le persone più fragili, tra cui l'ANZIANO.

# R.S.A. - C.D.I.-

## Comunità Residenziali - Mini Alloggi

R.S.A. «S.LUCIA» MILANO (MI)

R.S.A. «S.VINCENZO» PIADENA (CR)

R.S.A. «LUIGI BIANCHI» MANTOVA (MN)

R.S.A. «NOBILE PAOLO RICHIEDEI» GUSSAGO (BS)

R.S.A. «S.GIACOMO» VEDANO OLONA (VA)

R.S.A. «OSPEDALE DEI POVERI» PANDINO (CR)

R.S.A. «GIROLDI FORCELLA» PONTEVICO (BS)

R.S.A. «FONDAZIONE CASA DI RIPOSO» ROBECCO D'OGGIO (CR)

R.S.A. «FONDAZIONE BEVILACQUA RIZZI» ANNICCO (CR)

C.D.I. «RICHIEDEI» GUSSAGO (BS)

C.D.I. «CASA GARDA» LENO (BS)

« COMUNITA' RESIDENZIALE PER PERSONE AFFETTE DA DEMENZA LIEVE »  
LENO (BS)

MINI ALLOGGI « S. GIACOMO » VEDANO OLONA (VA)

# R.S.A.

Le strutture residenziali accolgono prevalentemente anziani, con diversa compromissione delle capacità fisiche e cognitive (non autosufficienti, parzialmente e autosufficienti).

Le R.S.A. sono strutture residenziali per Anziani, finalizzate all'accoglienza, cura e recupero funzionale di Persone anziane non autosufficienti per periodi di lungo degenza, ancorati ad obiettivi di tutela del benessere della Persona, insieme ad un buon livello di assistenza tutelare ed alberghiera.

Il nostro intervento avviene in modo personalizzato e prende in considerazione la globalità della persona in tutte le sue necessità, cercando di fornire una risposta ottimale.

In funzione di ciò ci impegniamo ad offrire:

- ▣ assistenza qualificata;
- ▣ massimo livello possibile di qualità di vita e di salute;
- ▣ mantenimento, dove possibile, delle capacità funzionali residue dell'Anziano non autosufficiente;
- ▣ interventi mirati e personalizzati, anche grazie al contributo dei familiari (P.A.I.);
- ▣ formazione continua del Personale.

# ▣ **CHI LAVORA IN RSA?**

▣ **Responsabile di Struttura**

▣ **Direttore Sanitario**

▣ **Caposala**

▣ **Medici**

▣ **Infermieri**

▣ **Impiegati**

▣ **Fisioterapisti**

▣ **Animatore/Educatore**

▣ **ASA/OSS**

▣ **Addetti a Cucina/Lavanderia/Pulizie/Manutenzione**

## **RESPONSABILE DI STRUTTURA**

E' responsabile della gestione e controllo della complessiva erogazione dei servizi, della gestione dei fattori produttivi e della fornitura di beni e servizi; dirige complessivamente la struttura pianificando l'attività sulla base degli indirizzi forniti dal Responsabile Area Anziani mediante il budget e ne monitora l'andamento.

## **DIRETTORE SANITARIO**

Svolge funzioni, ed ha responsabilità, di natura esclusivamente organizzativa, con particolare riferimento agli aspetti igienico-sanitari, alla tenuta della documentazione sanitaria, ai rapporti con le autorità, all'approvazione di documenti aziendali.

## MEDICI

Si occupano della diagnosi, terapia e cura degli ospiti loro affidati.



## CAPOSALA

E' la figura chiave delle strutture sanitarie

assistenziali, è la figura che collega il vertice  
parte operativa, condivide gli obiettivi della

dirigenza e li trasmette agli operatori attraverso la stesura, in collaborazione con il Direttore Sanitario, di linee guida, protocolli, procedure e piani di lavoro e ne controlla la corretta applicazione. Organizza e coordina le varie figure che operano all'interno della RSA per far sì che l'assistenza all'ospite sia armoniosa efficiente ed efficace. Gestisce al meglio le risorse umane, logistiche ed economiche che gli sono assegnate. Coordina l'equipe assistenziale e si relaziona con le famiglie degli ospiti.



## INFERMIERE

Identifica bisogni e formula obiettivi assistenziali nell'ambito delle proprie competenze professionali; gestisce l'assistenza infermieristica; garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche del Medico; coordina le attività assistenziali degli operatori del nucleo assegnato sulla base delle indicazioni ricevute dalla Caposala e vigila sul loro operato. Contribuisce in equipe, secondo il proprio ruolo professionale, a definire dinamicamente il progetto assistenziale ed a valutarne i risultati.



## FISIOTERAPISTA

Rileva le problematiche posturali e kinesiologiche degli ospiti ed individua, tenendo conto delle indicazioni del Direttore Sanitario e del Medico, gli interventi utili a contrastarne l'impatto sulla loro qualità di vita; collabora alla costruzione del progetto assistenziale degli ospiti e partecipa al lavoro di equipe, inoltre attua direttamente gli interventi ritenuti utili e richiede la collaborazione al restante personale di assistenza per il perseguimento degli obiettivi definiti nel PAI di natura kinesiologia – posturale.



## **ANIMATORE/EDUCATORE**

Organizza e coordina le attività ricreative e di intrattenimento, gestisce le dinamiche relazionali tra i componenti dei gruppi, programma ed attua interventi sociali, culturali e ricreativi in armonia con il contesto di vita quotidiana; contribuisce in equipe alla definizione del progetto assistenziale degli ospiti e all'individuazione dei relativi piani di assistenza individualizzata.



# ASA/OSS

Collabora con gli operatori professionali preposti all'assistenza per soddisfare i bisogni primari degli ospiti con l'obiettivo di favorirne il maggior possibile benessere ed autonomia svolgendo attività finalizzate all'igiene personale, all'aiuto alla deambulazione, all'uso corretto di presidi ed ausili, al mantenimento di posture corrette; si rapporta con appropriatezza all'ospite e ai suoi familiari, riferendo le proprie osservazioni all'equipe; osserva e riconosce i sintomi più frequenti nell'ambito dell'assistenza agli ospiti e riferisce alle figure professionali competenti per il loro controllo su indicazione di Medici e infermieri è di aiuto per prestazioni igienico sanitarie di semplice attuazione, per controllare l'assunzione dei pasti o effettuarne la somministrazione; contribuisce in equipe, secondo il proprio ruolo professionale, a definire dinamicamente il progetto assistenziale ed a valutarne i risultati.



© Can Stock Photo - csp8588872



## ADDETTI ALLA CUCINA

Si occupa della preparazione dei pasti degli ospiti seguendo i menù che vengono stilati in accordo con la Caposala e il Direttore Sanitario ogni stagione e che prevedono rotazione su 4 settimane.

## ADDETTI ALLE PULIZIE

Si occupano della pulizia ed igiene di tutti gli ambienti comuni: saloni, scale, terrazze, uffici che non rientrano nello stretto nucleo abitativo dell'ospite .



## ADDETTI ALLA LAVANDERIA

Si occupano del lavaggio, asciugatura, stiro e rammendo di tutti gli indumenti degli ospiti, la biancheria piana che non sia quella del lavaggio e preparazione del materiale effettuare le pulizie degli ambienti (strisce e pannetti).



x19916562 fotosearch.com



## MANUTENTORE

Si occupa della riparazione, controllo e ripristino delle piccole attrezzature, coordina i manutentori esterni, effettua i controlli periodici previsti dalle procedure interne, gestisce il magazzino e provvede alla consegna del materiale di consumo.

## IMPIEGATI

Si occupano della gestione amministrativa dell'ospite, delle relazioni con gli enti di riferimento, effettua gli ordini del materiale necessario al buon funzionamento della struttura, gestisce i rapporti con la sede per quanto riguarda personale, manutenzioni, acquisti, contabilità.



# SAD

- COMUNE DI BRESCIA
- COMUNITA' SOCIALE CREMASCA
- AZIENDA SOCIALE CREMONESE
- AMBITO 9
- GAMBARA-GOTTOLENGO-FIESSE
- AZIENDA SPECIALE RETESALUTE
- COMUNITA' DELLA PIANURA  
BRESCIANA
- SERVIZIO PASTI

# SAD

L'assistenza domiciliare anziani ha lo scopo di garantire la permanenza dell'anziano nel proprio ambiente familiare e sociale, assicurandogli l'aiuto necessario per la cura e l'igiene della persona e della casa. Crediamo che offrire assistenza domiciliare non possa limitarsi ad essere una prestazione legata alla cura della persona (igiene, alimentazione) o domestica, ma che debba comunque garantire un livello qualitativo fatto di attenzione e premura nei confronti dell'individuo.

Il servizio di assistenza domiciliare si propone i seguenti obiettivi:

- ▣ Favorire l'autosufficienza dell'assistito;
- ▣ Contribuire al miglioramento della qualità di vita dell'assistito;
- ▣ Supportare la famiglia che si fa carico di un proprio congiunto non autosufficiente;
- ▣ Favorire la persistenza dell'assistito nel normale ambiente di vita, contenendo il ricorso a strutture residenziali;
- ▣ Favorire la socializzazione ed i rapporti interpersonali.



# ASSISTENTE DOMICILIARE

L'assistente domiciliare è la figura professionale che realizza concretamente il Piano di Assistenza Individualizzato consegnato dall'Assistente Sociale.

L'intervento dei nostri Assistenti Domiciliari ha la finalità di:

- ❑ accogliere, saper ascoltare e leggere le esigenze specifiche di ogni persona anziana o disabile;
- ❑ garantire la cura della persona (igiene, assistenza, alimentazione, cambio indumenti);
- ❑ permettere di evitare ogni forma di ricovero o ospedalizzazione che non siano strettamente necessarie;
- ❑ permettere la permanenza della persona all'interno del proprio ambiente di vita consentendole un'esistenza libera anche se parzialmente protetta;
- ❑ sostenere i familiari dove esistano persone non più autosufficienti, per contribuire al mantenimento dell'unità del nucleo familiare e impedire l'emarginazione dei soggetti più deboli;
- ❑ promuovere azioni di partecipazione a momenti di vita associativa in cui gli Utenti possano sentirsi utili e pienamente coinvolti come centri anziani o centri diurni integrati.

# CONCLUSIONI

POSSIBILI PROSPETTIVE FUTURE

- CON DIPLOMA:

ADP

EDUCATORE NIDO

ASSISTENTE FAMILIARE

- ATTRAVERSO PERCORSO

FORMATIVO:

ASA/OSS

EDUCATORE IN RSA



PROGETTO  
GIOVANI E ANZIANI  
un percorso comune  
**STUDIO LAVORO e  
SOLIDARIETA'**



# GIORNATA D'INCONTRO CON GLI STUDENTI COMUNICAZIONE DEL 12 MARZO 2015



## **ARGOMENTI TRATTATI**

- Assistenza Domiciliare Integrata ADI
- Servizio di Assistenza Domiciliare SAD
- Residenza Sanitaria Assistenziale RSA
- Residenza Sanitaria per Disabili RSD
- Le Case della Salute
- Il lavoro di cura
- Le badanti o assistenti famigliari

**Comunicazione di Claudio Dossi e Giuseppe  
Gambarelli**

A cura del Dipartimento welfare Spi CGIL  
Lombardia

In collaborazione con:



# **Giornata di incontro con gli studenti della scuola Einaudi di Cremona**

**12 MARZO 2015**

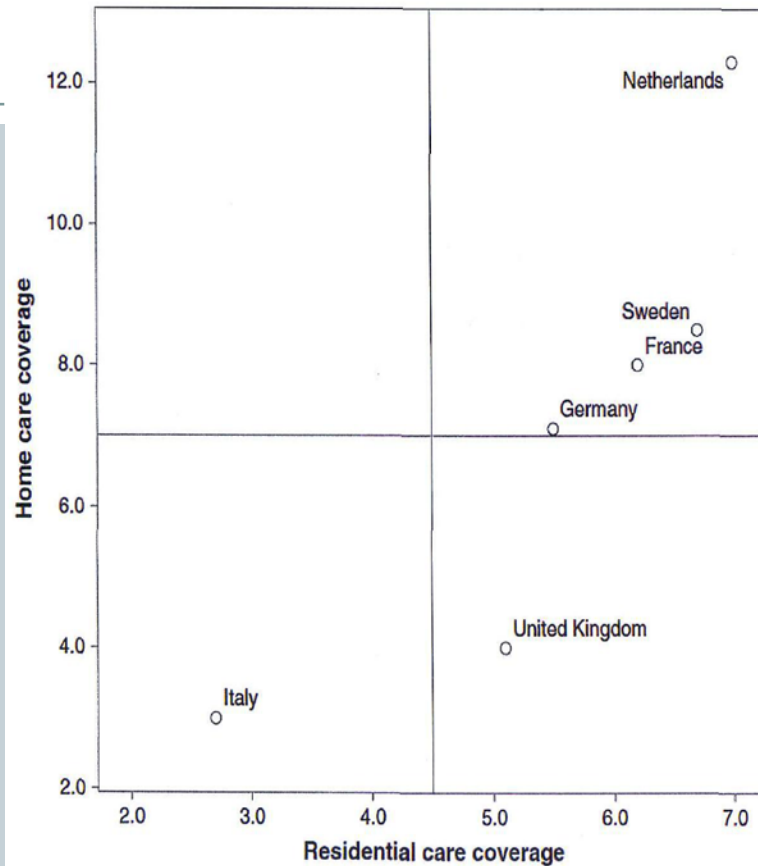
**Claudio Dossi Segretario regionale Spi CGIL**



## **ADI E SAD RSA RSD E CASE DELLA SALUTE LAVORO DI CURA BADANTI**



# Rapporto tra servizi domiciliari e residenziali in Italia



I valori sugli assi rappresentano la percentuale di persone maggiori di 65 anni che hanno ricevuto servizi residenziali o domiciliari tra il 2004 e il 2006 in alcuni paesi europei.

Fonte:  
Pavolini e Ranci 2008, Journal of European Social Policy

# Cosa accade in Lombardia



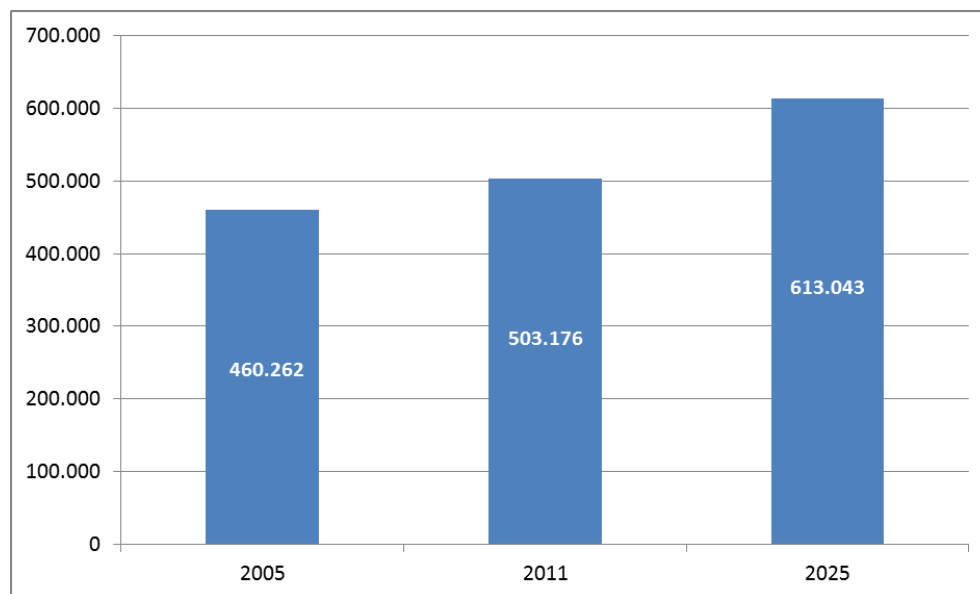
La domanda di assistenza continuativa (long term care) è destinata ad aumentare in modo considerevole.

L'invecchiamento generale, con un forte incremento degli over 80 e dei casi di demenza e di Alzheimer;  
il numero delle famiglie cosiddette mononucleari (con conseguente riduzione delle potenzialità di assistenza erogata all'interno dei nuclei familiari) in aumento;  
il sistema ospedaliero va verso l'assistenza per i soli acuti: cresce l'esigenza di promuovere un'assistenza extra-ospedaliera in grado di affrontare i bisogni della fase post-acuta dell'intervento sanitario.

# Le proiezioni demografiche

**Al crescere di un punto percentuale della presenza di anziani nel territorio il numero di soggetti disabili rispetto a tutta la popolazione aumenti dello 0,20%. La statistica “R-quadrato” presenta un valore pari a 0,44 ad indicare una buona capacità predittiva da parte del modello proposto.**

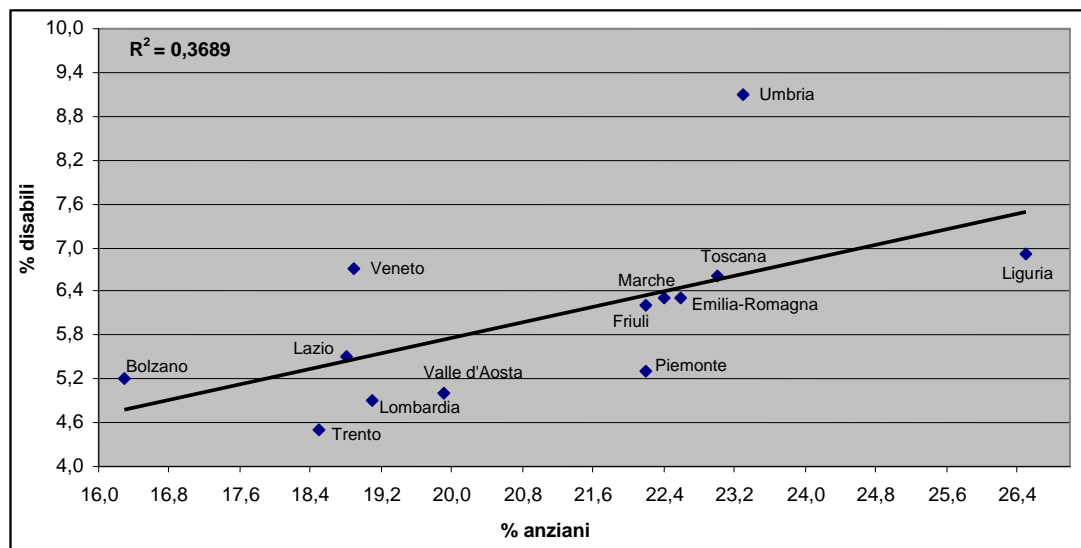
**Soggetti disabili in Lombardia. Stime al 2011 ed al 2025**



Fonte: elaborazioni Ires Lucia Morosini

# Relazione tra numero di anziani e casi di disabilità

Relazione tra il numero di anziani e di disabili all'interno delle regioni. Nord e Centro. Anno 2005



Fonte: elaborazioni su dati Istat

La relazione tra la presenza di anziani e di soggetti disabili. Alcune regioni assumono valori che si scartano dal valore teorico medio osservabile. La Provincia Autonoma di Bolzano mostra una percentuale di disabili nettamente inferiore al valore medio stimato nel resto delle regioni considerando la propria presenza di anziani

Viceversa, l'Umbria si caratterizza per una presenza di soggetti non autosufficienti nettamente superiore a quanto in linea teorica (se rispettasse il medesimo andamento delle altre regioni) ci si dovrebbe attendere, in base alla quota di soggetti anziani nella regione.



# Il modello lombardo dell'assistenza continuativa

- Il cosiddetto “sistema a rete” per una domanda sempre più complessa e flessibile.
- Le strutture residenziali di assistenza extra-ospedaliera e le altre strutture “intermedie” svolgono una funzione di raccordo tra gli ospedali e i servizi presenti nel territorio.
- Oggi sembra però che le strutture residenziali non siano ancora in grado di ricoprire questo ruolo all'interno degli articolati sistemi di welfare regionale.
- La programmazione socio-sanitaria si è focalizzata a lungo sull'offerta di servizi residenziali tradizionali quale prioritaria modalità di assistenza agli anziani.

# Il modello lombardo dell'assistenza continuativa



- L'elevata incidenza del numero delle residenze sanitarie assistenziali e della relativa utenza in Lombardia sul totale nazionale
- nel 2012 645 rsa, pari a circa il 22% del totale nazionale) con un'utenza stimata pari al 34% dell'utenza Italia.

# SITUAZIONE RSA 2014

POSTI LETTO AUTORIZZATI	POSTI LETTO ACCREDITATI	POSTI LETTO A CONTRATTO	POSTI LETTO/ 10 ANZIANI OVER 75	IN LISTA DI ATTESA	INDICE DI SATURAZIONE POSTI LETTO
61.893	59.702	57.434	2,1	22.508	98.16

# Il modello lombardo dell'assistenza continuativa

- L'enfasi sulla libertà di scelta del cittadino - utente e sulla riduzione della presenza pubblica nel settore socio-sanitario.
- 1) la deregolazione dei sistemi di valutazione (in capo all'Asl) che sino ad allora avevano governato l'accesso dell'utente alle residenze assistenziali sanitarie, realizzata attraverso il superamento dei meccanismi dell'autorizzazione rilasciata dalle Unità di Valutazione Geriatrica e delle graduatorie delle liste d'attesa centralizzate per distretto.
- 2) la riduzione dell'intervento pubblico è stata finalizzata al forte sviluppo del terzo settore e del privato for profit, la cui conseguenza principale è stata la modificazione dell'assetto complessivo delle Rsa in direzione di una maggiore frammentazione delle strutture.

# Il modello lombardo dell'assistenza continuativa

- Negli ultimi dieci anni la quota percentuale di strutture gestite da enti pubblici si è ridotta dal 59,1% all'11,5%, per effetto principalmente dei processi di trasformazione che hanno riguardato le vecchie Ipab.
- L'incidenza delle residenze gestite dal cosiddetto privato non profit è praticamente raddoppiata (dal 35,7% al 72,2%), e una forte evoluzione ha interessato anche il privato for profit (dal 5,2 al 16,3%).
- La significativa crescita degli enti gestori costituiti da cooperative sociali (da 62 nel 2004 a 95 nel 2010) e delle ditte individuali, Srl e società di capitale (da 49 a 105).

# Il modello lombardo dell'assistenza continuativa

- L'ammissione ad una residenza è stata affidata alla contrattazione privata tra l'utente (l'anziano e la sua famiglia) ed il gestore, senza alcun intervento del servizio pubblico e senza che tale ammissione venisse collegata alla valutazione del bisogno.
- Tutti i soggetti, a prescindere dall'effettivo bisogno di posti letto, possono realizzare strutture residenziali ed ottenere dall'Asl l'autorizzazione al funzionamento se rispettano i requisiti strutturali e gestionali previsti dalla normativa.
- La Regione ha la facoltà di procedere all'accreditamento di nuovi posti letto, in rapporto agli indici di fabbisogno declinati su base Asl e soprattutto alle risorse economiche disponibili.

# La dinamica delle rette

- Nel 2008-2011 (confronto con il periodo pre-crisi) gli importi medi richiesti alle famiglie aumentano in modo considerevole: + 13,9% per la retta minima e + 8,7% per la retta massima.
- Gli incrementi, che sembrano riguardare in particolare le rette minime applicate dalle strutture per anziani, con importi medi che aumentano nei 4 anni in esame di quasi 14 punti percentuali, mostrano un trend di crescita ben al di sopra del tasso di inflazione dei prezzi al consumo in Lombardia, che nel periodo 2008-2011 si attesta attorno all'8% (dati Istat).
- La forte accelerazione nel 2011/2012.

# La dinamica delle rette

- nel 2011 un anziano ospite delle Rsa di Lecco, ad esempio, era soggetto ad una spesa media circa il 20,7% più elevata rispetto al 2008. Dobbiamo inoltre evidenziare anche il caso delle Asl di Milano Due e Brescia dove il trend 2008-2011 delle tariffe minime fa segnare rispettivamente +17,8% e +17,3%. Non mancano comunque esempi di contenimento degli aumenti delle tariffe.
- 3 principali cause: il desiderio di profitto degli enti gestori, la carenza di modelli organizzativi efficienti, la riduzione dell'impegno finanziario della Regione Lombardia a sostegno del sistema Rsa.



# La dinamica delle rette

## Rette Minime 2008-2011, valori medi per ASL di ubicazione della RSA

ASL	2008	2009	2010	2011	Var. 08/11	Var. % 08/11
BERGAMO	€ 43,8	€ 45,4	€ 46,7	€ 49,5	€ 5,7	13,0%
BRESCIA	€ 39,9	€ 43,4	€ 45,1	€ 46,8	€ 6,9	17,3%
COMO	€ 50,6	€ 53,1	€ 54,9	€ 58,0	€ 7,4	14,6%
CREMONA	€ 46,0	€ 47,3	€ 48,3	€ 49,5	€ 3,5	7,6%
LECCO	€ 45,9	€ 51,2	€ 53,6	€ 55,4	€ 9,6	20,9%
LODI	€ 42,2	€ 46,5	€ 46,9	€ 48,9	€ 6,7	15,9%
MANTOVA	€ 43,0	€ 44,9	€ 46,3	€ 48,5	€ 5,5	12,8%
MILANO CITTA'	€ 65,0	€ 67,1	€ 69,9	€ 72,1	€ 7,1	10,9%
MILANO DUE	€ 59,6	€ 60,4	€ 63,7	€ 70,2	€ 10,6	17,8%
MILANO UNO	€ 53,3	€ 55,4	€ 57,6	€ 59,3	€ 6,0	11,3%
MONZA-BRIANZA	€ 55,2	€ 56,6	€ 58,2	€ 61,5	€ 6,3	11,4%
PAVIA	€ 43,6	€ 45,4	€ 47,0	€ 49,0	€ 5,4	12,3%
SONDRIO (2)	€ 32,9	€ 34,4	€ 36,5	€ 38,1	€ 5,1	15,6%
VAL. CAMONICA-SEBINO	€ 34,5	€ 34,5	€ 34,5	€ 40,0	€ 5,6	16,1%
VARESE	€ 53,5	€ 55,3	€ 57,3	€ 59,3	€ 5,7	10,7%
TOTALE (3)	€ 47,9	€ 50,2	€ 52,1	€ 54,5	€ 6,7	13,9%

# La dinamica delle rette

## Rette Minime 2008-2011, valori medi per ASL di ubicazione della RSA

ASL	2008	2009	2010	2011	Var. 08/11	Var. % 08/11
BERGAMO	€ 52,5	€ 54,1	€ 55,4	€ 57,2	€ 4,7	9,0%
BRESCIA	€ 49,7	€ 50,0	€ 51,4	€ 50,9	€ 1,2	2,4%
COMO	€ 69,9	€ 72,2	€ 73,1	€ 74,0	€ 4,1	5,9%
CREMONA	€ 52,9	€ 50,9	€ 52,1	€ 53,2	€ 0,2	0,5%
LECCO	€ 52,6	€ 56,5	€ 59,5	€ 62,0	€ 9,4	17,9%
LODI	€ 47,4	€ 53,5	€ 52,8	€ 54,3	€ 6,9	14,6%
MANTOVA	€ 48,6	€ 48,6	€ 50,3	€ 51,0	€ 2,4	4,9%
MILANO CITTA'	€ 79,1	€ 82,3	€ 86,3	€ 87,3	€ 8,2	10,4%
MILANO DUE	€ 71,6	€ 72,2	€ 83,4	€ 86,5	€ 14,9	20,8%
MILANO UNO	€ 64,2	€ 65,7	€ 66,8	€ 69,0	€ 4,7	7,4%
MONZA-BRIANZA	€ 66,4	€ 68,0	€ 69,7	€ 72,1	€ 5,8	8,7%
PAVIA	€ 52,1	€ 53,2	€ 54,7	€ 56,3	€ 4,2	8,1%
SONDRIO	€ 40,8	€ 41,3	€ 41,8	€ 42,7	€ 1,9	4,8%
VAL. CAMONICA-SEBINO	€ 37,8	€ 37,8	€ 37,8	€ 45,0	€ 7,2	19,0%
VARESE	€ 64,7	€ 66,5	€ 68,7	€ 69,2	€ 4,5	6,9%
TOTALE	€ 58,1	€ 59,7	€ 61,8	€ 63,2	€ 5,0	8,7%

# La dinamica delle rette

## Rette Massime Aprile 2012, valori medi per ASL di ubicazione della RSA, rispetto a gen-giu-dic 2011 (1)

ASL	gen-11	giu-11	dic-11	apr-12	diff. gen-11/apr-12	diff. dic-11/apr-12	var. % gen-11/apr-12	var. % dic-11/apr-12
BERGAMO	€ 47,5	€ 49,2	€ 50,8	€ 50,6	€ 3,1	-€ 0,2	6,5%	-0,5%
BRESCIA	€ 45,7	€ 46,5	€ 47,2	€ 47,3	€ 1,6	€ 0,1	3,5%	0,2%
COMO	€ 57,0	€ 57,9	€ 58,0	€ 59,3	€ 2,3	€ 1,3	4,0%	2,2%
CREMONA	€ 48,7	€ 49,1	€ 49,5	€ 49,7	€ 1,0	€ 0,1	2,0%	0,2%
LECCO	€ 54,5	€ 55,2	€ 56,5	€ 56,7	€ 2,2	€ 0,2	4,1%	0,4%
LODI	€ 47,9	€ 49,1	€ 50,1	€ 51,0	€ 3,1	€ 0,9	6,5%	1,7%
MANTOVA	€ 47,6	€ 48,5	€ 49,7	€ 50,0	€ 2,4	€ 0,3	5,1%	0,5%
MILANO CITTA'	€ 72,8	€ 73,7	€ 74,9	€ 74,3	€ 1,5	-€ 0,6	2,0%	-0,8%
MILANO DUE	€ 68,5	€ 70,4	€ 70,6	€ 70,3	€ 1,8	-€ 0,3	2,6%	-0,5%
MILANO UNO	€ 59,0	€ 58,4	€ 58,8	€ 60,3	€ 1,3	€ 1,5	2,2%	2,6%
MONZA-BRIANZA	€ 58,8	€ 61,3	€ 61,3	-	-	-	-	-
PAVIA	€ 48,3	€ 49,4	€ 50,6	€ 50,3	€ 2,0	-€ 0,3	4,2%	-0,6%
SONDRIO (2)	€ 36,8	€ 38,1	€ 38,8	€ 39,6	€ 2,7	€ 0,7	7,4%	1,9%
VAL. CAMONICA-SEBINO	€ 37,1	€ 39,5	€ 40,4	€ 42,1	€ 5,1	€ 1,7	13,7%	4,3%
VARESE	€ 58,1	€ 59,4	€ 59,9	€ 61,5	€ 3,5	€ 1,6	6,0%	2,6%
TOTALE (3)	€ 53,1	€ 54,3	€ 55,1	€ 55,8	€ 2,7	€ 0,7	5,0%	1,2%

Fonte: elaborazioni su dati ASL

(1) nei valori medi non sono stati considerati eventuali valori di rette a "zero"

(2) il dato dell'ASL di Sondrio a dicembre 2011 è costruito per interpolazione lineare tra giugno 2011 e aprile 2012

(3) il valore medio regionale di aprile 2012 è stato calcolato utilizzando le rette dell'ASL di Monza e Brianza riferite a dicembre 2011

# La dinamica delle rette

## Rette Minime Aprile 2012, valori medi per ASL di ubicazione della RSA, rispetto a gen-giu-dic 2011 (1)

ASL	gen-11	giu-11	dic-11	apr-12	diff. gen-11/apr-12	diff. dic-11/apr-12	var. % gen-11/apr-12	var. % dic-11/apr-12
BERGAMO	€ 55,5	€ 58,2	€ 59,5	€ 59,4	€ 4,0	-€ 0,1	7,1%	-0,2%
BRESCIA	€ 51,8	€ 53,0	€ 54,1	€ 54,7	€ 2,9	€ 0,6	5,7%	1,1%
COMO	€ 73,5	€ 73,0	€ 73,6	€ 74,8	€ 1,3	€ 1,2	1,8%	1,6%
CREMONA	€ 52,0	€ 53,7	€ 53,1	€ 54,3	€ 2,3	€ 1,2	4,4%	2,2%
LECCO	€ 61,1	€ 61,6	€ 62,1	€ 62,5	€ 1,5	€ 0,4	2,4%	0,7%
LODI	€ 52,6	€ 53,8	€ 57,4	€ 58,1	€ 5,5	€ 0,7	10,5%	1,3%
MANTOVA	€ 51,5	€ 54,5	€ 55,3	€ 55,1	€ 3,6	-€ 0,2	6,9%	-0,3%
MILANO CITTA'	€ 89,6	€ 89,6	€ 91,3	€ 90,1	€ 0,5	-€ 1,2	0,6%	-1,3%
MILANO DUE	€ 87,9	€ 87,3	€ 87,9	€ 86,7	-€ 1,3	-€ 1,2	-1,4%	-1,4%
MILANO UNO	€ 69,1	€ 68,8	€ 70,0	€ 71,5	€ 2,4	€ 1,4	3,4%	2,0%
MONZA-BRIANZA	€ 69,2	€ 71,9	€ 72,3	-	-	-	-	-
PAVIA	€ 55,2	€ 56,8	€ 58,0	€ 57,3	€ 2,2	-€ 0,7	3,9%	-1,2%
SONDRIO (2)	€ 40,6	€ 42,2	€ 42,4	€ 42,7	€ 2,0	€ 0,2	4,9%	0,5%
VAL. CAMONICA-SEBINO	€ 40,0	€ 44,0	€ 44,3	€ 46,3	€ 6,3	€ 2,0	15,8%	4,6%
VARESE	€ 68,8	€ 68,8	€ 67,3	€ 70,5	€ 1,7	€ 3,1	2,4%	4,7%
TOTALE (3)	€ 62,4	€ 63,5	€ 64,3	€ 65,1	€ 2,8	€ 0,8	4,4%	1,3%

Fonte: elaborazioni su dati ASL

(1) nei valori medi non sono stati considerati eventuali valori di rette a "zero"

(2) il dato dell'ASL di Sondrio a dicembre 2011 è costruito per interpolazione lineare tra giugno 2011 e aprile 2012

(3) il valore medio regionale di aprile 2012 è stato calcolato utilizzando le rette dell'ASL di Monza e Brianza riferite a dicembre 2011

# La dinamica delle rette

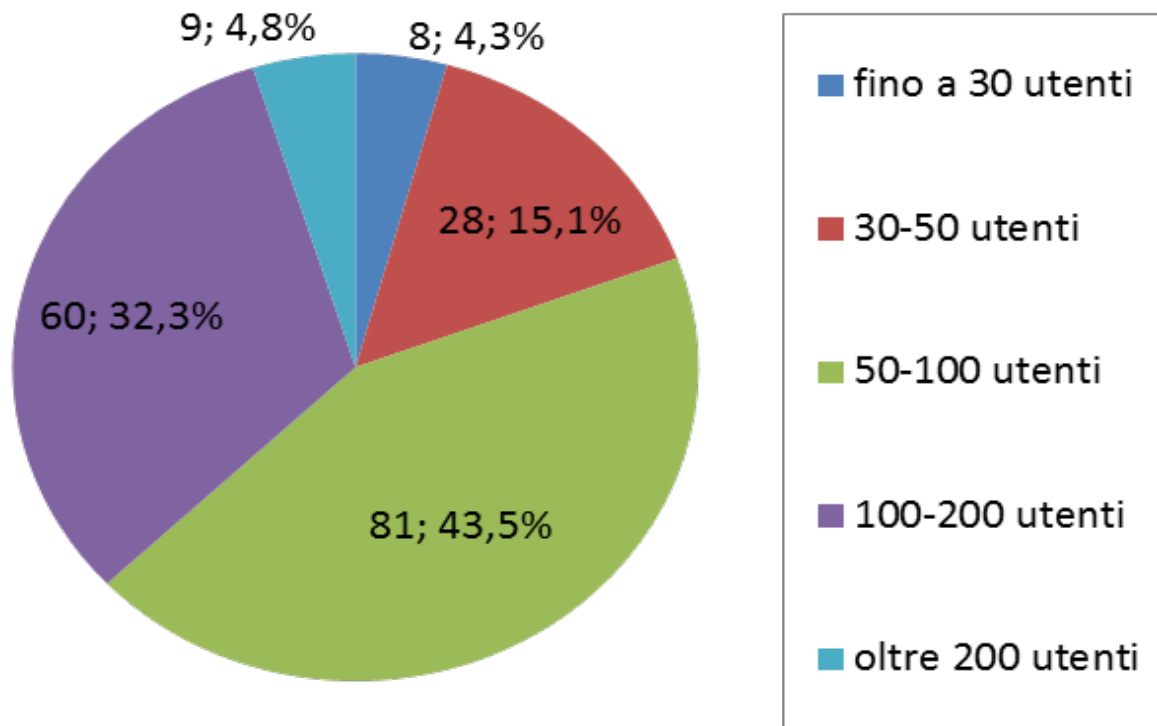
## La variabilità delle rette applicate dalle Rsa all'interno delle singole ASL - Aprile 2012

ASL	Coeff. Var. rette min	Num rette minime comprese tra + e - 15% dal valore medio	% rette minime comprese nell'intervallo + o - 15% rispetto al valore medio	Coeff. Var. rette max	Num rette minime comprese tra + e - 15% dal valore medio	% rette massime comprese nell'intervallo + o - 15% rispetto al valore medio
BERGAMO	14,6%	50	82,0%	20,8%	41	67,2%
BRESCIA	13,0%	72	83,7%	20,3%	53	61,6%
COMO	18,5%	38	67,9%	32,2%	31	55,4%
CREMONA	6,0%	27	96,4%	15,4%	22	78,6%
LECCO	16,4%	16	64,0%	21,6%	15	60,0%
LODI	7,6%	14	93,3%	15,7%	14	93,3%
MANTOVA	9,1%	46	97,9%	20,0%	36	76,6%
MILANO CITTA'	20,6%	40	59,7%	23,0%	36	53,7%
MILANO DUE	11,1%	18	90,0%	33,4%	4	20,0%
MILANO UNO	17,7%	28	60,9%	24,4%	25	54,3%
MONZA-BRIANZA	-	-	-	-	-	-
PAVIA	18,4%	40	51,9%	23,9%	47	61,0%
SONDRIO	9,3%	10	52,6%	9,3%	15	78,9%
VAL. CAM-SEB	8,7%	13	92,9%	13,6%	12	85,7%
VARESE	11,6%	44	84,6%	17,1%	36	69,2%

# Le RSA in LOMBARDIA.

## L'indagine dello SPI CGIL - aprile 2012.

**Totale strutture per numero di utenti complessivi**



Casi Mancanti: 4

# Le RSA in LOMBARDIA.

## L'indagine dello SPI CGIL - aprile 2012.

**L'organizzazione della vita comunitaria prevede:**

	Casi	% di colonna	% su totale delle Strutture con risposta valida
coinvolgimento famiglie	170	39,8%	93,4%
rientri in famiglia	74	17,3%	40,7%
integrazione funzionale	82	19,2%	45,1%
organismo rappresentanza eletto	40	9,4%	22,0%
organismo designato	9	2,1%	4,9%
presenza associazioni	52	12,2%	28,6%
Casi Mancanti	8		

# Le RSA in LOMBARDIA.

## L'indagine dello SPI CGIL - aprile 2012.

**Le prestazioni sanitarie sono assicurate da :**

	Casi	% di colonna	% su totale delle Strutture con risposta valida
medico generale	172	32,6%	95,6%
medici specialistici	53	10,1%	29,4%
infermieri prof asl	167	31,7%	92,8%
terapisti riabilitazione asl	48	9,1%	26,7%
serv integrato	4	0,8%	2,2%
personale dipendente	83	15,7%	46,1%
Casi Mancanti	10		



# Le RSA in LOMBARDIA.

## L'indagine dello SPI CGIL - aprile 2012.

**Nell'organico del personale sono presenti le seguenti figure, per dimensioni della struttura. - % di riga**

Utenti	personale assistenza diretta	oss	personale servizi generali	personale servizi ammin.	coordinator e responsabil e servizi	assistente sociale	personale animatore	Totale
fino a 30	53,8%	0,0%	25,9%	7,0%	5,6%	0,0%	7,7%	100,0%
30-50	55,1%	0,0%	22,5%	9,9%	4,3%	1,2%	6,9%	100,0%
50-100	56,9%	4,5%	23,3%	7,1%	3,0%	0,3%	4,8%	100,0%
100-200	56,3%	5,7%	22,6%	8,1%	2,4%	0,5%	4,4%	100,0%
oltre 200	72,0%	0,0%	16,2%	6,7%	1,9%	0,4%	2,8%	100,0%

# Le RSA in LOMBARDIA.

## L'indagine dello SPI CGIL - aprile 2012.

Nell'organico del personale sono presenti le seguenti figure, per provincia. - % di riga

Provincia	personale assistenza diretta	oss	personale servizi generali	personale servizi ammin.	coordinatore responsabile servizi	assistente sociale	personale animatore	Totale
Bergamo	71,8%	0,0%	19,8%	4,4%	1,2%	0,0%	2,8%	100,0%
Brescia	68,6%	0,0%	20,2%	5,6%	1,9%	0,1%	3,7%	100,0%
Monza-Brianza	0,0%	0,0%	0,0%	23,1%	7,7%	38,5%	30,8%	100,0%
Como	43,8%	11,6%	24,6%	9,6%	4,4%	0,6%	5,3%	100,0%
Cremona	62,0%	2,9%	21,1%	8,4%	1,6%	0,4%	3,6%	100,0%
Lecco	72,9%	0,0%	14,4%	6,6%	2,4%	0,9%	2,8%	100,0%
Lodi	66,9%	5,7%	9,9%	9,2%	3,8%	0,3%	4,1%	100,0%
Mantova	32,7%	11,6%	33,3%	8,9%	3,4%	0,6%	9,5%	100,0%
Pavia	56,0%	0,0%	25,8%	7,5%	4,3%	0,6%	5,8%	100,0%
Sondrio	66,6%	5,9%	15,1%	6,4%	2,2%	0,0%	3,9%	100,0%
Valle Camonica	66,0%	0,0%	15,1%	8,5%	4,7%	0,0%	5,7%	100,0%
Varese	59,4%	0,0%	26,6%	6,5%	2,4%	0,4%	4,5%	100,0%
<b>Totale</b>	<b>60,3%</b>	<b>3,5%</b>	<b>21,3%</b>	<b>7,5%</b>	<b>2,6%</b>	<b>0,5%</b>	<b>4,4%</b>	<b>100,0%</b>

# Le criticità

- Le aree problematiche riguardano in primo luogo il personale in organico nelle Rsa/Case di riposo, pari complessivamente a 8.140 unità.
- La maggior parte degli addetti rientra in qualifiche professionali di tipo generale come nel caso dell'”assistenza diretta” (4.912) e degli “operatori sanitari della struttura” (1.651 unità); mentre le qualifiche professionali degli operatori socio-sanitari e degli assistenti sociali superano di poco le 310 unità e il 4% del totale; inoltre, gli addetti inquadrati come infermieri professionali risultano pari solamente a 278 unità, cioè a 1,5 addetti per struttura.

# Le criticità

- Un'altra area problematica riguarda la disponibilità di posti letto. Al momento della rilevazione circa il 40% dei responsabili di Rsa dichiara l'esistenza di liste di attesa. Si tratta di un dato interessante, che evidenzia come una parte importante della domanda sociale non venga soddisfatta immediatamente. Peraltro, solo l'11% degli intervistati fornisce indicazioni sui tempi di attesa.

# Le criticità

- La quasi totalità delle strutture sono dotate di Carta di servizi, e l'84% di esse dispone di un regolamento interno. Dall'analisi delle risposte emerge tuttavia come tali documenti disciplinino soprattutto gli aspetti generali del funzionamento delle strutture residenziali: le tariffe ufficiali, le regole di base della vita in comunità, ecc..
- “Come la struttura intende operare” si può leggere solamente nel 58% delle Carte dei servizi, mentre le informazioni sui servizi aggiuntivi e sul loro prezzo (aspetto che spesso può determinare un forte aumento dei prezzi a carico dell'utente) sono disponibili solo nel 34% delle strutture.
- Inoltre, la governance delle aziende è poco chiara: solo il 34,4% delle Rsa dà conto agli utenti degli organismi rappresentativi.

# Le criticità

- Se è vero che la quasi totalità delle strutture residenziali coinvolgono le famiglie degli utenti nell'organizzazione delle principali attività, tuttavia è altrettanto vero che i rientri in famiglia sono consentiti agli utenti solamente nel 40,7% delle strutture coinvolte nell'indagine.
- Solo nel 28,6% delle strutture l'organizzazione della vita comunitaria prevede in modo strutturato la presenza delle associazioni di volontariato.
- Gli organismi di rappresentanza costituiscono un oggetto poco conosciuto nella maggioranza delle residenze oggetto di indagine, visto che il sindacato riesce a svolgere il proprio ruolo solamente nel 22% delle strutture.

## Definizione casa della salute

*“Strutture polivalenti e funzionali in grado di erogare materialmente l’insieme delle cure primarie, di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione; sedi pubbliche dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie e sociali; luogo di prevenzione e promozione della salute e del benessere sociale”.*

# Finalità della casa della salute

Esse si collocano nell'ottica della riorganizzazione dell'offerta sanitaria orientata, soprattutto, alla **gestione delle patologie croniche**, anche in considerazione dell'incremento dell'incidenza e della prevalenza di queste ultime attraverso:

- lo sviluppo di strategie preventive e proattive (**chronic care model**);
- l'attivazione di modelli organizzativi reticolari in grado di connettere diversi setting assistenziali (medicina generale, medicina specialistica, servizi sanitari e socio-sanitari, assistenza intermedia, assistenza ospedaliera, residenzialità, domicilio) a garanzia della continuità delle cure, soprattutto per quei soggetti "complessi" perché portatori di polipatologie cronico-degenerative e/o non autosufficienti.



## Figure professionali nella casa della salute

La riconduzione in un unico luogo fisico di funzioni fondamentali con la partecipazione di diverse figure professionali, rappresenta di fatto il cuore di questo modello organizzativo.

La Casa della Salute è deputata alla integrazione delle attività già svolte a livello distrettuale avvalendosi dell'impegno del **MMG, del PLS, del Medico di Continuità assistenziale, degli specialisti, anche ospedalieri, e delle altre professioni sanitarie e sociali, in attività assistenziali** svolte in spazi predestinati comuni e con impegno orario a garanzia della fruibilità dei servizi stessi.

Il modello Case della Salute si inserisce nel contesto del Piano di rientro regionale e del Piano sanitario regionale 2010-2012.

Il **Direttore del Distretto** è responsabile della struttura e del suo complessivo funzionamento.

Il **Coordinatore Medico** di medicina generale è responsabile dello svolgimento delle attività di assistenza primaria con particolare riferimento alla creazione e gestione di percorsi assistenziali legati alla cronicità.

## Compiti della casa della salute

- Garantire una risposta ai bisogni sanitari afferenti all'assistenza primaria per almeno **12 ore** al giorno e in particolare migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di patologie croniche e degenerative;
- facilitare, tramite il distretto, la formulazione di percorsi assistenziali condivisi tra ospedale e territorio con la diretta partecipazione dei medici ospedalieri;
- fornire attività specialistiche in collaborazione con gli specialisti del territorio e ospedalieri;
- assicurare un Punto Unico di Accesso dei cittadini alla rete dei servizi e la presa in carico della domanda;
- ricomporre le separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie attraverso la costituzione di equipe multiprofessionali e multidisciplinari e realizzare concretamente l'attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri, terapisti e di integrare operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali;
- organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando

## Compiti della casa della salute



- il domicilio e il contesto sociale delle persone;
  - sviluppare programmi di prevenzione per tutto l'arco della vita, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini;
  - favorire il controllo collegiale delle attività, e la valutazione di risultati interni ed esterni ai servizi;
  - offrire occasioni di formazione permanente degli operatori, con particolare riguardo al lavoro di equipe, anche utilizzando i fondi contrattualmente destinati alle attività formative per le specifiche figure professionali.

Il modello organizzativo della casa della salute è di tipo modulare e prevede:

- Funzioni di base - attività indispensabili che connotano la struttura;
- Moduli funzionali aggiuntivi - ad eventuale completamento dell'offerta di servizi

## Funzioni di base casa della salute

- ❑ **Area dell'Assistenza primaria**
  - Assistenza primaria garantita dal MMG e PLS (8.00 alle 20.00 di tutti i giorni feriali)
  - Attività specialistiche
  - Ambulatorio infermieristico
  - Attività di diagnostica strumentale di primo livello
- ❑ **Area pubblica con ingresso principale**
  - Area dell'accoglienza
  - Sportello CUP
  - Punto di Accesso Unico
  - Area di sorveglianza temporanea
  - Area del volontariato e della mutualità
- ❑ **Emergenza-urgenza e Punto di Primo Intervento (PPI)**

### ❑ **Moduli funzionali aggiuntivi**

- **Area delle cure intermedie a gestione infermieristica** (Unità Degenza Infermieristica UDI) la cui permanenza non deve superare i 20 giorni.

Le Modalità di accesso sono su proposta del medico della Casa della Salute che definisce l'accettazione con il responsabile medico dell'ospedale di riferimento o del CAD, concordando con il referente infermieristico l'iter assistenziale in base alla tipologia dei pazienti.

L'assistenza nelle 24 ore è erogata da personale infermieristico specializzato che, insieme ai medici, predispone i piani assistenziali individuali.

## Funzioni di base casa della salute

- Per pazienti, caratterizzati da non autosufficienza, in cui non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa come nell'ospedale per acuti.
- Per pazienti dimissibili dall'ospedale per acuti ma non adeguatamente assistibili a domicilio per la complessità clinico-assistenziale richiesta o per ragioni di tipo sociale nei casi in cui la famiglia o una struttura sociale non riescono comunque a supportare il paziente nella malattia.



## Funzioni di base casa della salute

- Per pazienti che per la particolare situazione socio-sanitaria necessitano di un percorso diagnostico, terapeutico e di monitoraggio difficilmente gestibile a domicilio.
- Per pazienti con patologie tali da non potere essere seguiti adeguatamente in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) o nel caso in cui non possa essere organizzata.

- **Assistenza farmaceutica:** mediante la distribuzione diretta di farmaci e dispositivi medici per l'utilizzo interno e per il territorio, nonché mediante l'espletamento di altri compiti specificamente attribuiti.
- **Attività Fisica Adattata:** attivazione di programmi di attività motoria per la popolazione “fragile” da attuarsi in gruppo ed erogati in forma ciclica, rivolti a soggetti con ridotta capacità motoria
- Per tutte le funzioni non riportate bisogna consultare il P.S.R. 2010-2012, nella parte III.3d.

- **Area Gestionale e funzionale:** può comprendere, a seconda delle dimensioni della Casa della Salute, gli uffici amministrativi, la zona degli spogliatoi ed eventualmente sale riunioni dedicate ed altri spazi, tra cui sedi di associazioni di volontariato.
  - gli uffici amministrativi
  - la zona degli spogliatoi ed eventualmente sale riunioni dedicate ed altri spazi, tra cui sedi di associazioni di volontariato.

## Aspetti strutturali casa della salute

- La **sede è unica**, potranno essere utilizzate le strutture sanitarie fin da oggi disponibili per riconversione di strutture esistenti.

Nelle strutture lavorano in équipe:

- medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS);
- medici di continuità assistenziale;
- medici della medicina dei servizi;
- dirigenti medici - organizzazione dei servizi sanitari territoriali;
- specialisti di aziende sanitarie (convenzionati interni o dipendenti ospedalieri), in relazione a percorsi concordati, delle aree individuate;
- assistenti sociali (in relazione funzionale con gli enti gestori dei servizi socio-assistenziali);
- infermieri, tecnici sanitari, operatori socio sanitari;
- personale amministrativo;
- personale tecnico non sanitario (autisti, centralinisti, portieri...).

## I raccordi funzionali della casa della salute

In base agli obiettivi ed alle funzioni proprie della Casa della Salute è necessario prevedere percorsi integrati che mettano in rete la struttura con:

1. le Aziende e/o i Presidi Ospedalieri;
2. i medici di medicina generale non operanti nelle case della salute ma comunque associati;
3. i Servizi di Assistenza Domiciliare, ove non presenti;
4. i Servizi Aziendali (farmaceutico, assistenza protesica, medicina legale, SERT, consultori ecc.);
5. le Strutture Residenziali (RSA, Hospice);
6. l'Ente Locale.

- **Rapporti con gli ospedali di riferimento ed i servizi aziendali:** uno degli aspetti fondamentali è rappresentato dalla istituzione di gruppi intersettoriali multidisciplinari per la condivisione di percorsi clinico assistenziali tra l'ospedale ed il territorio con riferimento alle patologie croniche. I gruppi di lavoro sono istituiti con delibera del direttore generale e sono orientati in una prima fase alla definizione dei percorsi per la BPCO, diabete, scompenso cardiaco e ipertensione. Gli incontri (audit tra i medici di medicina generale e i medici ospedalieri) dovranno essere regolarmente tenuti e registrati (verbali). In questa fase potrà essere organizzato un supporto informatico per la condivisione dei dati e delle informazioni.

## I rapporti con la casa della salute

- ❑ **Rapporti con i nuclei dei medici di medicina generale** non aderenti alle iniziative delle case della salute ma comunque associati, anche attraverso la condivisione dei database clinici dei pazienti.
- ❑ **Rapporti con Case di cura private, laboratori analisi, Case di riposo, RSA, hospice:** sono previsti protocolli operativi per garantire l'effettuazione di prestazioni non garantite dalla struttura.
- ❑ **Rapporti con Dipartimento Salute Mentale e Dipartimento Previdenza**
- ❑ **Rapporti con i Comuni di afferenza al distretto per protocolli operativi per la gestione del PUA**
- ❑ **Rapporti con il volontariato e le associazioni dei cittadini**

## Conclusioni

---

- La Casa della Salute è un modello intermedio tra Ospedale e Poliambulatorio. E' un'articolazione del Distretto e si rivolge ai suoi cittadini con il il PUA (Punto Unico di Accoglienza), laboratori di analisi e radiologia. Verranno mappati i bisogni in base ai dati epidemiologici della Popolazione per documentare la necessità di varie articolazioni come RSA, Hospice e i loro rapporti con le attuali Strutture Accreditate, come pure la disponibilità di risorse umane necessarie (Medici personale sanitario ecc..)
- Attualmente tra i Percorsi clinico assistenziali scelti ci sono quello della BPCO e del Diabete. Quanti percorsi bisognerebbe prevedere?
- Non sono chiari i meccanismi con i quali i MMG, i SUMAI e gli Specialisti dovranno essere presenti a turno nella struttura.
- Sono previsti centri d'ascolto in contrasto alla violenza di genere.
- Si prevede un'Area ad elevato impegno assistenziale che abbia come obiettivo finale la riduzione degli accessi ai Pronto soccorso, di accorpamenti di prestazioni per profili di trattamento predefiniti (APA) con 2 camere operatorie e PAC, Pacchetti ambulatoriali complessi.



## Conclusioni

---

- Servirebbe un'attenta analisi dei costi tra l'assistenza in Ospedale e quella domiciliare; la sostenibilità nell'aprire le case della salute non è ancora stata provata.
- Inoltre è necessario prevedere di collegare in Rete le informazioni (FSE- Fascicolo Sanitario Elettronico a partire dai MMG e Pediatri).
- Tra il Sistema Informativo Ospedaliero SIO e il Sistema Informativo per l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (SIAS) bisogna prevedere un sistema informativo unico.
- Sarà necessario prevedere di valutare gli esiti in termini di salute e usare una Cartella Socio sanitaria.
- La Presa in carico di un paziente è di rispondere ai suoi bisogni; a chi si rivolge alla casa della salute deve soddisfare i bisogni complessi di un paziente.

# PRESIDI OSPEDALIERI TERRITORIALI



- IL punto di partenza per riorganizzare la rete degli ospedali e arrivare a un nuovo sistema in cui a poche strutture super specialistiche — una decina, una ogni milione di abitanti — si affiancheranno dei presidi più piccoli, dove saranno seguiti i tre milioni di malati cronici che ci sono in Lombardia. La Regione dà il via libera alla nascita dei Presidi ospedalieri territoriali (Pot): la giunta di Roberto Maroni ha approvato una maxi delibera di edilizia sanitaria, stanziando 220 milioni di euro. Il 15 per cento verrà destinato alla sostituzione delle apparecchiature ormai vecchie, mentre altri 22 saranno destinati a rendere più efficienti le strutture e, soprattutto, a finanziare la nascita dei Pot.

# POT



- Ovvero i mini ospedali, ispirati al modello delle case della salute della Toscana e destinati a curare quei pazienti che hanno bisogno di assistenza continua, ma non delle prestazioni super specialistiche di un maxi ospedale. In Lombardia i malati cronici sono il 30 per cento della popolazione: si tratta di diabetici, cardiopatici, anziani con problemi respiratori, persone in dialisi. Tutti pazienti che richiedono cure e assistenza continue, che assorbono i due terzi del bilancio sanitario. Soprattutto, pazienti che spesso si rivolgono al pronto soccorso senza però averne effettivamente bisogno: nel 2013 il 35 per cento delle persone arrivate nei reparti di emergenza è stato contrassegnato da un codice bianco o verde (i meno gravi).

# POT



- Di qui l'idea di realizzare strutture per la cura di questi malati, riconvertendo i presidi ormai periferici o troppo piccoli, in modo da decongestionare i pronto soccorsi e garantire assistenza continua ai pazienti. Mini ospedali, insomma, con la presenza dei medici di famiglia, della guardia medica e degli ambulatori specialistici. Verranno effettuate radiografie ed ecografie, ci saranno i servizi per la cura dei cronici (come la dialisi), i progetti di telemedicina e i posti letto per i malati subacuti. Ossia, quei 49bisogno di riabilitazione e di essere seguiti e monitorati quotidianamente. I tecnici dell'assessorato stanno predisponendo un bando a cui potranno partecipare gli ospedali che hanno dei presidi da riconvertire in Pot. Ogni azienda ospedaliera avrà due mesi per presentare un progetto — corredato da una relazione della Asl — per ottenere i finanziamenti (tre milioni di euro a struttura, massimo una per ogni Asl). I fondi potranno essere usati solo per sistemare o adattare presidi già esistenti (e accreditati), ma non per la costruzione di nuove strutture.

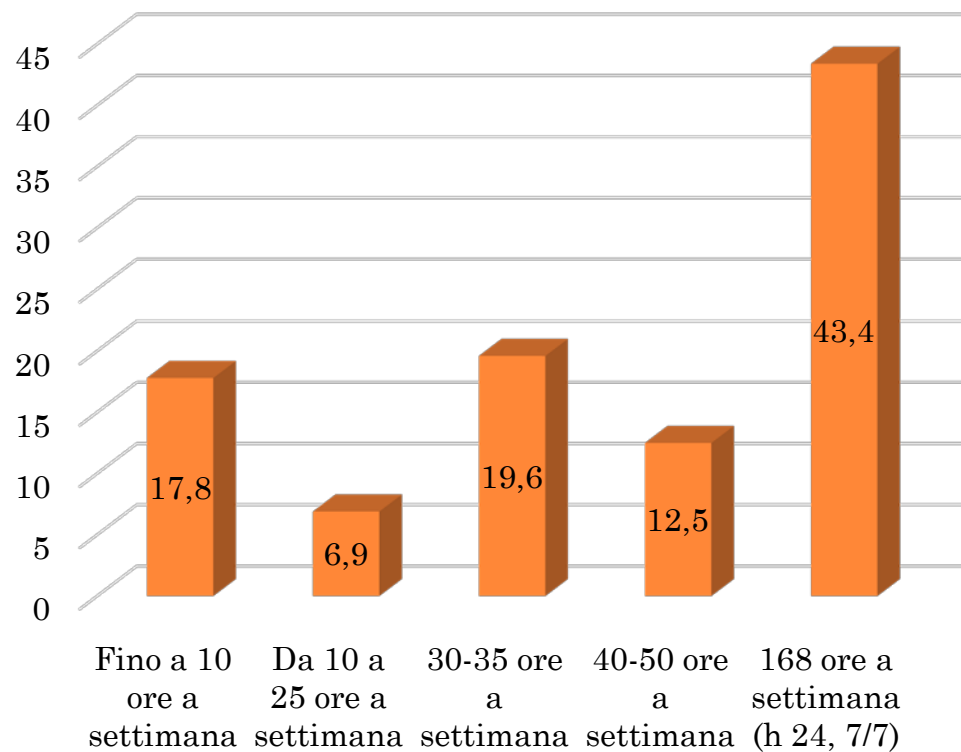
# LAVORO DI CURA

- L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
- FENOMENO BADANTI



# L'INTENSITÀ DELLA CURA PRESTATA

## ○ Stima del numero di ore di assistenza



## ALTA INTENSITA' ASSISTENZIALE

- oltre il 43% presta assistenza H24, anche la notte, festivi inclusi

-Un altro 33% assiste l'anziano tra le 30 e le 50 ore settimanali

-L'onere di cura per i 3/4 dei care-giver dura da più di 2 anni

# DUE PROFILI DI CAREGIVER

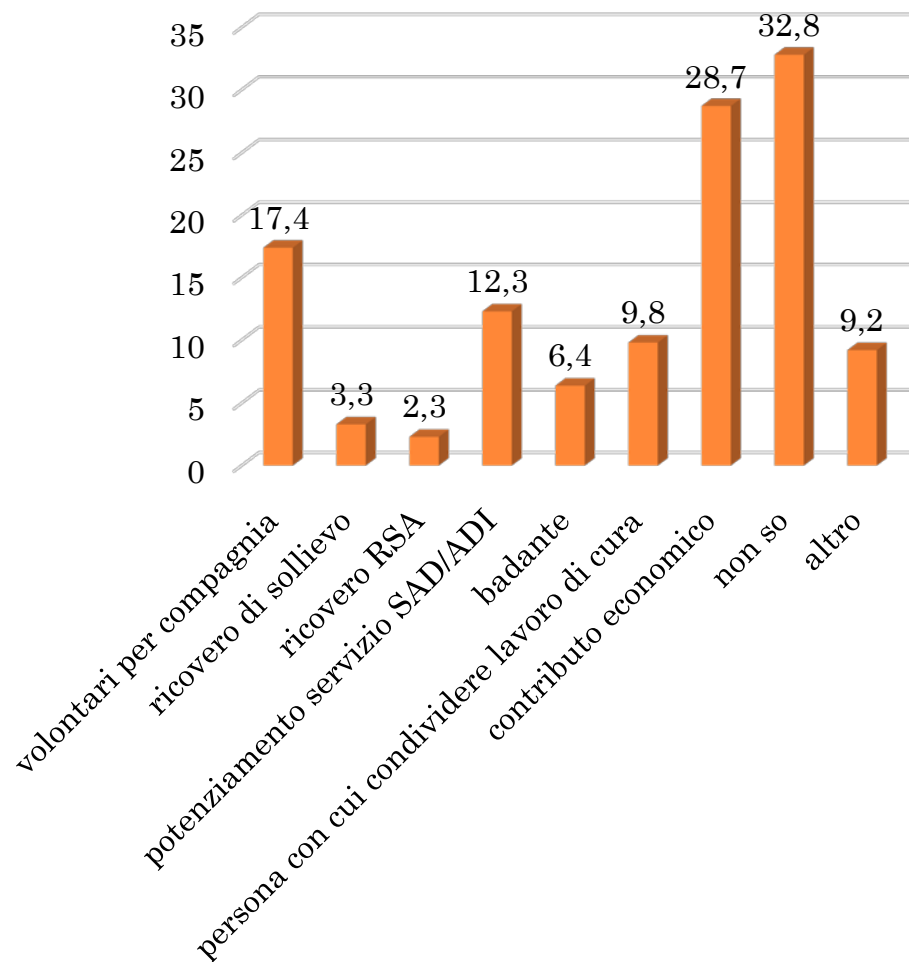
	<b>A TEMPO PIENO</b>	<b>PART TIME</b>
<b>Numero</b>	43,4%	56,6%
<b>Età media</b>	65	54
<b>Parentela</b>	Coniuge: 55,9%; figlio/a: 34,2%	Figlio/a: 80,7%; Nuora/genero: 8,3%
<b>Convivono</b>	80,2%	14,8%
<b>Lavorano?</b>	21,2%	61%
<b>Generazione Sandwich: con figli a carico</b>	14,4%	27,2
<b>Stato d'animo prevalente (mi sento solo, mi sento sostenuto, i servizi bastano...)</b>	Positivo: 6,2% - Medio: 63,8% Negativo: 30%	Positivo: 10,4% - Medio: 66,4% Negativo: 23,2%
<b>Opinione sui servizi</b>	Positivo: 12,4 % - Medio: 84 % Negativo: 3,6 %	Positivo: 14,3% - Medio: 81,1% Negativo: 4,5%
<b>Uso badante</b>	11,7	30,7
<b>Bisogni prevalenti</b>	Volontari: 13,1% contributo economico: 28,6% non sa: 37,8%	Volontari: 20,7% potenziamento SAD-ADI: 14,8% contributo economico: 29% non sa: 29%
<b>Uso servizi (SAD-ADI)</b>	SAD: usa o ha usato: 11% ADI: usa o ha usato 26,6	SAD: usa o ha usato 16% ADI:usa o ha usato: 33,1
<b>Da quanto tempo presta aiuto</b>	Da più di 2 anni 79,3	Da più di 2 anni 73,1

# IMPATTO DEL LAVORO DI CURA SULLA VITA DEL CARE-GIVER

- **L'impatto del lavoro di cura sulla vita lavorativa** (per chi lavora)
  - abbastanza ridotto: solo un quinto dice di aver ridotto gli orari
- **L'impatto del lavoro di cura rispetto alla vita familiare**
  - significativo: il 70% dei care-giver, specie se lavoratori, sostiene di avere sacrificato qualcosa (tempo libero, tempo per i familiari, ecc,)



# I BISOGNI DEL CAREGIVER (1) *«Nella sua attività di assistenza di che cosa sente più bisogno?»*



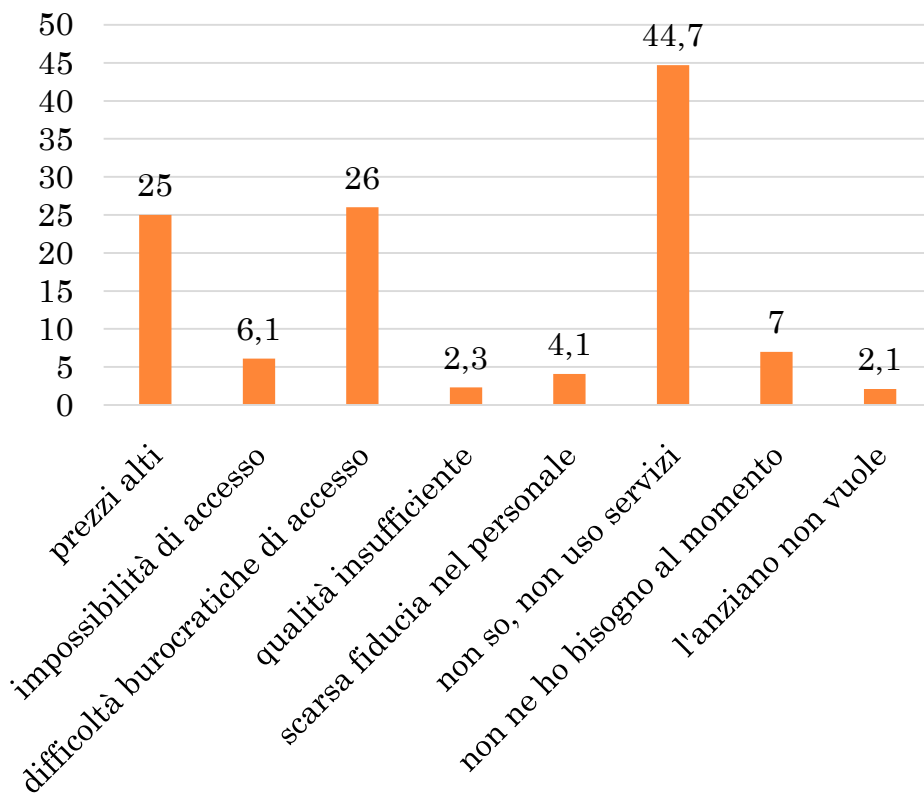
- il 30% non è consapevole dei propri bisogni («non so»)
- la più parte risponde che vorrebbe contributi economici
- un 27% volontari per tenere compagnia o una persona con cui condividere il lavoro di cura
- più marginale l'esigenza di un potenziamento dell'assistenza domiciliare
- decisamente scarsa l'esigenza del ricovero in struttura (solo il 2,3%) o di una badante (6,4%)

# USO/INTERESSE VERSO I SERVIZI

	Usa /ha usato	Mai usato ma è interessato	Mai usato NON interessa
Assistenza domiciliare del Comune (SAD)	14,1	22,9	60,5
Assistenza sociale del Comune/Segretariato	8	16,8	70,5
Pasti caldi a domicilio	4,3	6,4	82,0
Assistenza infermieristica a domicilio della Asl (ADI)	30,2	16,2	52,0
Attività riabilitative ambulatoriali presso l'Asl	15,8	17,2	65,0
Servizio trasporti e accompagnamento fuori casa	12	23,6	62,9
Ricovero in residenza (RSA/RSD)	3,6	12,1	81,4
Ricovero di sollievo	1	9	82,8
Telesoccorso/teleassistenza	3,7	12,3	72,1
Telemedicina	4,2	9,4	76,2
Vacanze/ gite	0	5,3	85,5
Centro diurno	4,8	12,7	78,5
Congedi ex l. 104	37,5		

# RAGIONI DEL NON USO

- «Quali sono i maggiori ostacoli all'utilizzo dei servizi pubblici o pubblico/privati nel suo caso?»

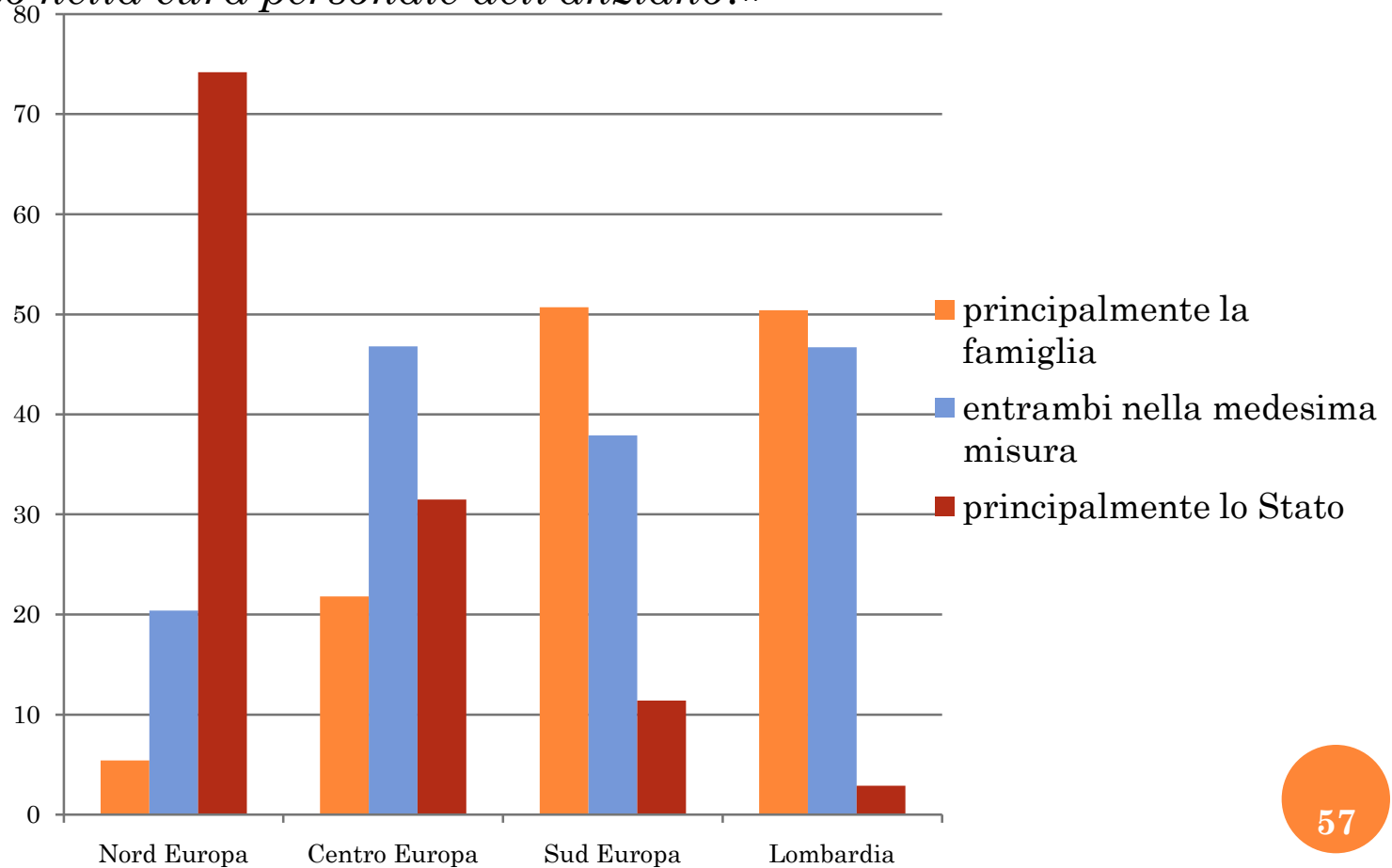


- il 44,7% non sa/non usa servizi, per il resto gli ostacoli maggiori sono i prezzi alti e le difficoltà burocratiche di accesso
- Non emerge invece un giudizio negativo sulla qualità dei servizi
- Il 7% dice di non averne bisogno

# 11. LA RESPONSABILITÀ DELLA CURA DEGLI ANZIANI

- «Secondo lei chi deve o dovrebbe assumersi la responsabilità dell'aiuto nella cura personale dell'anziano?»

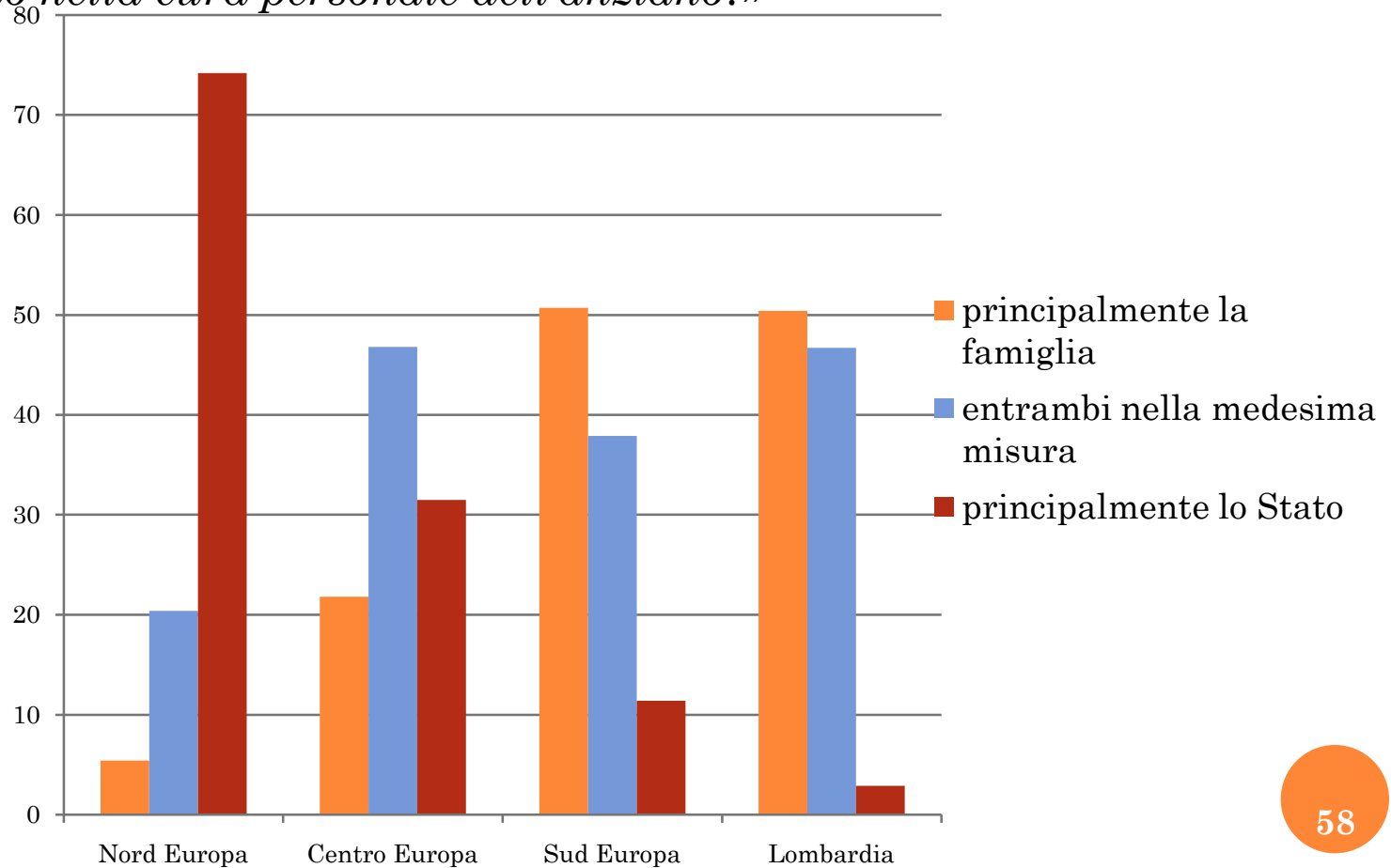
Nord Europa:  
Danimarca, Svezia, Olanda  
Centro:  
Austria, Francia, Germania  
Sud:  
Grecia, Italia, Spagna  
Indagine  
SHARE, 2007



# 11. LA RESPONSABILITÀ DELLA CURA DEGLI ANZIANI

- «Secondo lei chi deve o dovrebbe assumersi la responsabilità dell'aiuto nella cura personale dell'anziano?»

Nord Europa:  
Danimarca, Svezia, Olanda  
Centro:  
Austria, Francia, Germania  
Sud:  
Grecia, Italia, Spagna  
Indagine  
SHARE, 2007



# IL FENOMENO DELLE BADANTI



# Quante sono, quale spesa

In Lombardia	156.000
A Milano	28.000
Spesa delle famiglie lombarde	€ 1.889.000.000
Spesa delle famiglie milanesi	€ 320.000.000

Fonte: nostre stime su dati Inps, Qualificare.info, D. Mesini et al., *Il lavoro privato di cura in Lombardia*, paper Irs, 2006.

**La spesa sociale 2011 dei Comuni Lombardi stata è pari a  
€ 1.490.400.000 (Lombardiasociale.it)**

# Le assistenti familiari: come cambiano?

Età	In media 42 anni, nuove ondate migratorie più giovani
Provenienza e progetto	Italia (10%), Est Europa (60%) Sud America (30%). Cresce la “stanzialità” e i ricongiungimenti
Tipo di lavoro svolto	A ore (desiderato da famiglie e badanti) e co-residente
Propensione al lavoro di cura	In diminuzione, obiettivo colf, a ore, in residenza o ospedale
Livello di regolarità	Meno di un terzo con contratto



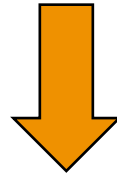
# Dinamiche in atto

1. Dilaga il lavoro sommerso (2/3 del totale)
2. Fin che si può si ricorre agli aiuti intra-familiari
3. Preferenza del lavoro a ore rispetto alla co-residenza
4. Il lavoro di cura come ambito occupazionale per le italiane

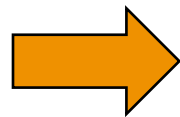
# Che fare?

- Stare a guardare, limitare i “danni”, dare sostegni economici ai più marginali
- Oppure cercare di sostenere, fare emergere, qualificare il lavoro di cura (chi ci sta), collegarlo con il sistema dei servizi

# Dall'Indennità di accompagnamento



- Insensibile a gradi diversi di non autosufficienza
- Scollegata dal sistema dei servizi
- Nessun controllo sull'uso del denaro ricevuto
- Frequentemente usata per pagare le badanti in nero



**Alla “Dote di cura”**

# Cosa apprezzano le famiglie, oggi:

- Semplicità, rapidità di risposta: “*one-stop-shop*”
- Intermediazione domanda e offerta, ma anche: info, assistenza contrattuale, appoggi, monitoraggi
- Economie, garanzie minime
- Collegamenti con servizi sociosanitari

# Creare la “filiera”:

1. Incontro tra domanda e offerta
2. *Counselling*, informazioni, sostegni nel tempo
3. Formazione per moduli
4. Accreditalamento delle competenze
5. Buoni e assegni di cura

# I limiti del passato e le nuove direzioni

	<i>I limiti del passato</i>	<i>Le nuove direzioni</i>
<b>Sportelli</b>	Solo abbinamento badanti/famiglie. Scarso accompagnamento successivo	Informazione e orientamento Analisi dei bisogni e Bilanci di competenze Abbinamenti domanda/offerta Accompagnamento continuativo nel corso del processo assistenziale
<b>Formazione</b>	Corsi lunghi, poco attrattivi, isolati rispetto al sistema dei servizi e al mercato del lavoro.	Percorsi brevi organizzati per moduli. Tutoraggio <i>on the job</i> attraverso operatori domiciliari. Collegamento con Registri/Albi
<b>Registri/Albi</b>	Elenchi poco accompagnati rispetto ai bisogni specifici e alle aspettative delle famiglie	Strumento di lavoro dei servizi. Collegamenti con i Centri per l'impiego
<b>Sostegni alle famiglie</b>	Prevalentemente contrattuale	Collegamenti con il sociosanitario e la sanità, azioni di prossimità, mutuo aiuto tra caregiver

# Risposte “emergenti”

- Un privato *for profit* sostenuto da una domanda pagante
- Badante di condominio
- Lavoro somministrato
- Lavoro “condiviso”
- Tutoring domiciliare

# Su questi interventi:

1. Distanza tra ciò che si sa e ciò che sarebbe utile sapere
2. Valutare gli effetti delle azioni promosse: effetti netti generato in termini di benessere per gli anziani e i loro familiari
3. Funzione che potrebbe assumere un “Osservatorio” regionale – in vista di dinamiche che proseguiranno per almeno 20 anni



# Badanti e assistenti familiari, la Lombardia avrà una legge regionale

- La Lombardia potrebbe avere presto una legge regionale sugli assistenti familiari. Quelle figure, impropriamente dette "badanti", che di solito sono di supporto a famiglie con anziani, disabili e/o malati. E' stato infatti istituito un tavolo tecnico all'interno della commissione sanità del consiglio regionale. La coordinatrice del gruppo di lavoro è Maria Teresa Baldini, della Lista Maroni.
- NOTIZIA DEL GENNAIO 2014



PROGETTO  
GIOVANI E ANZIANI  
un percorso comune  
**STUDIO LAVORO e  
SOLIDARIETA'**



# GIORNATA D'INCONTRO CON GLI STUDENTI COMUNICAZIONE DEL 19 MARZO 2015



## **ARGOMENTI TRATTATI**

- BPI e Obiettivo lavoro - presentazione
- Garanzia giovani
- Preparare un curriculum
- Coaching, Formazione, scambio e reti di relazioni interpersonali
- Conoscenza del mercato del lavoro , ricerca di offerte di lavoro anche con la rete
- Mappa delle competenze

Comunicazione di Davide Marino



In collaborazione con:



BPI group 

**Management and  
HR consulting**



**BPI Italia** è una società del Gruppo Obiettivo Lavoro.

La professionalità e la leadership di Obiettivo Lavoro in Qualità del Servizio e Responsabilità Sociale e l'esperienza internazionale di BPI

Group, leader europeo in consulenza delle risorse umane e gestione del cambiamento, permettono a BPI ITALIA di essere un operatore e partner qualificato nello sviluppo delle performance attraverso la mobilitazione del capitale umano e la conduzione positiva del cambiamento.

## **RICOLLOCAZIONE**

Tali modelli di intervento prevedono possibili “gradi” di collaborazione tra Servizio Pubblico per l’impiego ed Agenzie per il Lavoro: dalla fornitura di prestazioni specialistiche ai servizi pubblici fino alla integrazione tra servizi pubblici e privati al Lavoro. Le azioni prevedono una combinazione di attività individuali a di formazione professionale. L’intervento è finalizzato al più rapido reimpiego del lavoratore.



## **OUTPLACEMENT**

Servizio di consulenza, a supporto dell’impresa, nella gestione della risoluzione del rapporto di lavoro con il personale dipendente. L’outplacement può essere individuale, quando coinvolge una sola risorsa professionale; oppure collettivo, quando coinvolge un gruppo di risorse professionali.

## **FORMAZIONE ,TRAINING ON THE JOB, STAGE**

La formazione è lo strumento di manutenzione e implementazione delle competenze in un mondo del lavoro e delle imprese in continuo cambiamento. Il training on the job è l’apprendimento direttamente in azienda. Il tirocinio formativo e di orientamento è un’esperienza presso un’azienda o un ente pubblico ed ha lo scopo di agevolare le scelte professionali delle persone, mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro.

Siamo un **ente accreditato per i servizi al lavoro** in Regione Lombardia. L'accREDITAMENTO è necessario per poter accedere ai finanziamenti regionali destinati allo svolgimento di servizi di intermediazione, ricerca e selezione del personale e supporto alla ricollocazione professionale.

**Dote Unica Lavoro** è il nuovo modello di politiche del lavoro di Regione Lombardia, unitario e sempre attivo, che consente di accompagnare ogni persona lungo tutto l'arco della propria vita attiva.

**Garanzia Giovani** rappresenta la risposta europea alla crisi dell'occupazione giovanile. Si configura come un programma attraverso il quale gli under 29 possono usufruire delle opportunità per progettare il loro futuro e inserirsi nel mondo del lavoro

## Target destinatari di Garanzia Giovani

### Persone in ingresso nel mercato del lavoro

- Età compresa fra i 15 e i 29 anni
- Essere disoccupati o inoccupati ai sensi del d. lgs. N. 181/2000
- Non essere iscritti a percorsi di istruzione e formazione professionale
- Non avere in corso di svolgimento servizio civile o stage extracurricolare
- Essere in condizioni di regolarità sul territorio nazionale
- Non aver avuto già accesso a Garanzia Giovani nella sua prima attuazione attraverso Dote Unica Lavoro (d.d.u.o. 6758/2014 del 16.07.2014)

## Obiettivi del percorso

### Inserimento lavorativo

Proporre al beneficiario un contratto di lavoro di 180 giorni consecutivi con la medesima azienda

### Attivazione stage extracurricolare

Proporre al beneficiario uno di durata superiore ai 90 giorni

**Garanzia Giovani rappresenta un'innovazione nel sostegno alle politiche giovanili,**

promuove la prevenzione dall'esclusione e dalla marginalizzazione sociale attraverso un lavoro attivo di istruzione formazione ed inserimento nel mondo del lavoro.

L'aiuto riconosciuto alle persone è proporzionale ai requisiti e alle caratteristiche del destinatario ed è individuato dalle seguenti variabili che determinano una specifica fascia di aiuto a seconda del tipo di intervento:

- età
- genere
- titolo di studio
- condizione occupazionale un anno prima
- permanenza in Italia

## Quattro fasce di intensità di aiuto

FASCIA BASSA

FASCIA MEDIA

FASCIA ALTA

FASCIA MOLTO ALTA



La persona, a seconda della fascia di intensità d'aiuto cui accede, ha a disposizione una dote ossia uno specifico budget, entro i limiti del quale definisce un **Piano di Intervento Personalizzato (PIP)** e **concorda con l'Operatore i servizi funzionali alle proprie esigenze di inserimento lavorativo e attivazione stage.**

## INSERIMENTO NEL MERCATO DEL LAVORO

Inserimento lavorativo  
Stage extracurricolare

Formazione

Coaching  
Accompagnamento al tirocinio

Accoglienza  
Presenza in carico  
Orientamento

**Con Garanzia Giovani le Aziende che hanno fabbisogni di personale possono entrare in contatto con candidati portatori di incentivi e agevolazioni, per opportunità di inserimento lavorativo o di TIROCINI formativi della durata di minimo 91 GIORNI**

## **SERVIZI PER LE AZIENDE**

**Rilevazione dei fabbisogni professionali e definizione del contesto aziendale**

**Individuazione delle migliori candidature tra i giovani iscritti al Programma Garanzia Giovani anche attraverso la banca dati di OL Group**

**Assistenza e monitoraggio nella fase dell'inserimento lavorativo o in tirocinio**

**Consulenza in merito ai bonus occupazionali e/o agevolazioni assuntive**

**Con Garanzia Giovani è possibile attivare TIROCINI finalizzati all'inserimento lavorativo della durata di minimo 91 GIORNI**

**ENTE PROMOTORE**

**BPI**

- Redige convenzione e progetto formativo
- Attiva l'assicurazione Inail e l'assicurazione civile verso terzi
- Effettua le comunicazioni agli enti:  
Regione Lombardia, Direzione Provinciale del Lavoro, Sindacati, Inail
- Offre il servizio di tutoring e accompagnamento al tirocinio

**AZIENDA OSPITANTE**

- Eroga l'indennità di partecipazione (min 300 € lorde + ticket / 400 € lorde)
- Ottempera agli obblighi formativi in materia di salute e sicurezza
- Effettua la Comunicazione Obbligatoria al Centro per l'Impiego
- Compila il registro presenze del tirocinante

### Rimborso indennità di tirocinio da parte dell'INPS all'azienda ospitante al raggiungimento del 120esimo giorno di tirocinio

Regione Lombardia prenota l'indennità di tirocinio nel momento in cui l'ente promotore ne comunica l'attivazione. Al termine del tirocinio l'azienda trasmette a Regione Lombardia la domanda di rimborso secondo i seguenti massimali

Soglie di durata (con fruizione regolare)	Massimale
120 giorni	400 €
150 giorni	800 €
180 giorni	1200 €
> 180 giorni	200 € al mese *

**\* Per mese si intende un periodo di presenza superiore a 14 giorni**

## INCENTIVI PER LE IMPRESE CHE ASSUMONO

All'interno del Programma Garanzia Giovani le imprese che assumono possono accedere ad incentivi e a bonus occupazionali gestiti dall'INPS\*.

Il bonus è diversificato in funzione della tipologia dei contratti e del profiling del giovane.

Contratto	Fascia bassa	Fascia Media	Fascia Alta	Fascia molto alta
Indeterminato	1500 €	3000 €	4500 €	6000 €
Determinato > 12 mesi	–	–	3000 €	4000 €
Determinato > 6 mesi	–	–	1500 €	2000 €

**\*il bonus è riconosciuto nei limiti previsti per gli aiuti di importanza minore (c.d. de minimis) e non è cumulabile con altri incentivi, anche a livello regionale.**



PROGETTO  
GIOVANI E ANZIANI  
un percorso comune  
**STUDIO LAVORO e  
SOLIDARIETA'**



# GIORNATA D'INCONTRO CON GLI STUDENTI

COMUNICAZIONE DEL 09 APRILE  
2015

***Approfondimenti:***

- La trasformazione delle RSA da IPAB a Fondazioni
- Gli interventi legislativi e le trasformazioni sociali
- Il no-profit e il profit
- I processi di riordino
- Le Strutture RSA e RSD in Lombardia
- Focus sulla professione di OSS
- Le professioni del futuro



**Comunicazione di Giuseppe  
Gambarelli**

A cura del Dipartimento welfare  
Spi CGIL Lombardia

In collaborazione con:



La

trasformazione  
delle RSA da  
IPAB a  
Fondazioni

Giornata di studio con gli  
studenti dell'istituto Einaudi  
di Cremona

- Questa Nota offre un sintetico quadro descrittivo del processo di attuazione, concluso, della Legge regionale 13 febbraio 2003, n. 1 dal titolo "Riordino della disciplina delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza operanti in Lombardia" che è intervenuta a disciplinare "il riordino delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) (...) attraverso la trasformazione delle stesse in Aziende di servizi alla persona (ASP) ovvero in persone giuridiche di diritto privato..."



- Le informazioni contenute in questa Nota fanno riferimento al periodo di attuazione della legge (anni 2003 – 2005) e sono state fornite direttamente dalla Giunta regionale – Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale e Direzione Generale Istruzione, Formazione e Lavoro

- IN PRIMO PIANO • La legge ha dato impulso ed orientamento al processo già in corso di depubblicizzazione delle attività di assistenza e beneficenza. • Prima dell'entrata in vigore della legge esistevano, in Lombardia, 757 IPAB. Oggi esistono 481 nuovi soggetti pubblici e privati, con una riduzione di circa il 36% rispetto alle IPAB esistenti all'avvio della riforma. • A partire dal 2003, la riforma delle IPAB ha portato alla trasformazione della maggior parte delle IPAB in persone giuridiche di diritto privato. Le Istituzioni, che hanno deciso di conservare la personalità giuridica di diritto pubblico hanno dato vita a 14 ASP. • Il settore dell'assistenza e della beneficenza, in Lombardia è gestito prevalentemente da soggetti di natura giuridica privata.

## DALLE OPERE PIE ALLE IPAB: UN PO' DI STORIA

- Con la sigla IPAB (Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza) si identificano quelle opere benefiche presenti sul territorio che, interpretando un'esigenza comune a tutte le società, svolgevano un'attività solidale di sostegno alla parte più fragile della popolazione locale. Dal punto di vista istituzionale i modelli giuridici che le hanno identificate sono stati: - le associazioni costituite con la finalità di perseguire attività di specifico interesse degli associati (tradizione latino-romana); - le fondazioni, istituite con il compito di gestire un patrimonio per fini determinati dal fondatore (tradizione germanico-medioevale).

- A partire dalle istituzioni di assistenza e dagli ospizi sorti nel Medioevo all'interno o nei pressi dei conventi, fino alle Opere Pie, sviluppatesi nel periodo dal Rinascimento all'Illuminismo e per la maggior parte espressione del mondo cattolico, queste istituzioni non rientravano in alcun modo nella gestione dello Stato, che non le fondava, non le regolava, non ne rivendicava la proprietà e, soprattutto, non le identificava come rappresentative di proprie finalità istituzionali.

- Dopo la proclamazione del Regno d'Italia e nonostante un primo riordino<sup>1</sup> delle Opere Pie, la loro gestione autonoma continuava a far registrare frequenti abusi nelle modalità di utilizzo di patrimoni e rendite al punto che lo Stato, per evitarne la dispersione, è intervenuto emanando nel 1890 la Legge "Crispi"<sup>2</sup>. Questa ha determinato una vera e propria rivoluzione nell'ordinamento degli enti imponendo la trasformazione coatta e obbligatoria della loro natura giuridica da enti di diritto privato a Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB), con conseguente uniformità dei criteri di funzionamento, della disciplina amministrativa e del sistema dei controlli.

- Questa situazione è rimasta pressoché immutata fino agli anni '60 quando ha avuto inizio un progressivo processo di depubblicizzazione che sintetizziamo nelle sue tappe principali. In primo luogo, lo Stato ha sottratto alla disciplina pubblica le istituzioni sorte, per iniziativa di soggetti privati, al fine di prestare assistenza ospedaliera<sup>3</sup> determinando, così, la separazione tra le attività sanitarie e quelle assistenziali.

- Successivamente al trasferimento dallo Stato alle Regioni delle funzioni amministrative relative alle IPAB a carattere nazionale e interregionale<sup>4</sup>, una pronuncia della Corte Costituzionale<sup>5</sup> ha consentito di procedere all'accertamento della natura privata anche per le IPAB a carattere regionale e infraregionale.

- Un'ulteriore tappa è segnata quindi nel 1990 con l'emanazione di un regolamento statale che consentiva alle Regioni di riconoscere la personalità giuridica di diritto privato alle istituzioni per le quali veniva accertato il carattere associativo ovvero il carattere di associazione promossa ed amministrata da privati ovvero l'ispirazione religiosa<sup>6</sup>.



- In attuazione dei principi affermati dalla Corte Costituzionale e dal regolamento statale, la Regione Lombardia nel 1990 ha dettato i requisiti per accertare l'assenza della natura pubblica in quegli enti che hanno chiesto il riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato<sup>7</sup>. La depubblicizzazione delle IPAB continua quindi a rappresentare un'eccezione nell'ambito di un sistema prevalentemente impostato sull'erogazione dei servizi da parte di soggetti pubblici.

- Questo assetto viene ancora confermato dalla legislazione statale degli anni più recenti quando, a seguito del trasferimento alle Regioni delle funzioni relative ai soggetti che operano nel campo dei servizi sociali operato con le "Leggi Bassanini", viene previsto l'obbligo, per le istituzioni che svolgono direttamente attività di erogazione di servizi assistenziali, di trasformarsi in aziende pubbliche di servizi alla persona (APSP), salvo che abbiano le caratteristiche per essere depubblicizzate.

- I vincoli posti dallo Stato alla trasformazione in persone giuridiche di diritto privato sono stati superati grazie alla recente riforma costituzionale che ha attribuito alle Regioni potestà legislativa esclusiva in materia di assistenza e beneficenza. In questo nuovo contesto istituzionale la Regione Lombardia ha potuto attuare la riforma delle IPAB in modo del tutto autonomo e svincolato rispetto ai principi della legislazione statale con la Legge regionale 12 febbraio 2003 n. 1.

- LE RAGIONI DELL'INTERVENTO LEGISLATIVO  
L'intervento legislativo del 2003, che qui esaminiamo, si inserisce dunque in un processo di progressiva depubblicizzazione delle attività di assistenza e beneficenza già in corso.

- Verso la fine dell'800, una commissione d'indagine costituita con il fine di fare un censimento delle Opere Pie esistenti sul territorio nazionale, ne contò 21.819. Alla data di entrata in vigore della Legge Crispi nel Regno d'Italia, ne esistevano circa 20.000. Un censimento del 1970 le ha viste ridotte a 9.000.

- I principi ispiratori della riforma sono senza dubbio quello di sussidiarietà verticale, quale modalità di allocazione di funzioni amministrative a partire dall'ente più vicino al cittadino, e orizzontale, quale strumento di distribuzione a soggetti privati di funzioni pubbliche di rilevanza sociale, oltre a quelli di efficienza ed efficacia gestionale.

- La legge di riordino si è posta quindi l'obiettivo di incidere sul processo in atto, orientandolo decisamente nei tempi, attraverso la fissazione di termini certi per il completamento delle procedure di trasformazione, e nelle modalità, attraverso un sistema di vincoli diretti a realizzare forme gestionali meno onerose per la Pubblica Amministrazione.

- Infatti, l'esercizio della libera scelta da parte delle IPAB se trasformarsi in soggetti di diritto privato (Associazioni e Fondazioni) o mantenere la personalità giuridica di diritto pubblico (ASP) è condizionato:



- dal rispetto degli interessi espressi dalle tavole fondative e dagli statuti originari; - dalla capacità dell'Istituzione che si trasforma in ASP di sostenere una struttura organizzativa molto complessa che poco si adatterebbe a realtà di piccole dimensioni, e di operare comunque in un regime economico di azienda pubblica; - dall'opportunità fornita alle IPAB di piccole dimensioni di optare per modalità di gestione più flessibili.

- Dal punto di vista patrimoniale, se da un lato le ASP possono fruire degli sgravi fiscali propri dei soggetti giuridici di diritto pubblico, dall'altro Associazioni e Fondazioni possono godere di una maggiore snellezza nel concludere i contratti non essendo vincolate al rispetto di procedure di appalto.

# LE MODALITA' DELLA TRASFORMAZIONE

- La legge regionale ha previsto tre differenti modalità operative: la trasformazione, la fusione e successiva trasformazione e l'estinzione degli enti non più attivi. Le IPAB erano tenute a trasformarsi entro il 31 ottobre 2003 in ASP ovvero in persone giuridiche di diritto privato. Per le IPAB che, entro questa data, non avessero comunicato alla Giunta regionale gli atti necessari alla trasformazione, veniva nominato un commissario con il compito di procedere alla trasformazione entro il 31 gennaio 2004.

- Erano soggette alla fusione e successiva trasformazione le IPAB operative dotate di risorse patrimoniali limitate in relazione ai fini da perseguire e quelle gestite dallo stesso organo di amministrazione. Erano soggette alla estinzione le IPAB non più operative da almeno due anni, quelle per le quali erano state esaurite le finalità previste dagli statuti e quelle che non erano più in grado di perseguirle.

- Dalla trasformazione possono quindi derivare: ASP, Fondazioni e Associazioni.

### ○ **Le ASP**

- (Aziende di Servizi alla Persona) sono enti di diritto pubblico dotati di autonomia statutaria, contabile, tecnica e gestionale. Seppur operanti nell'ambito del diritto pubblico devono adottare una forma di gestione basata sulla contabilità e sul controllo di gestione tipici delle società di capitale.

# Le Associazioni

- sono enti no profit derivanti da un contratto, denominato "atto costitutivo", con cui più soggetti decidono di riunirsi per perseguire uno scopo di natura ideale.

- In particolare per quanto concerne le ASP, la legge di riforma ne definisce: - i principi di organizzazione, fondati sulla separazione tra potere di indirizzo e programmazione e potere di gestione; - le funzioni degli organi di amministrazione e di direzione, assegnando le funzioni di indirizzo e

- verifica dell'azione amministrativa e gestionale al Consiglio di amministrazione e le funzioni di direzione e gestione al Direttore nominato dal Consiglio di Amministrazione tra gli iscritti all'Albo regionale dei direttori delle ASP; - gli strumenti di controllo; - le procedure da applicare nel caso di trasformazione delle ASP in soggetti giuridici di diritto privato qualora si verificano risultati economici negativi per un biennio consecutivo.



# Le Fondazioni

- sono istituzioni di carattere privato senza finalità di lucro con un proprio reddito che deve necessariamente derivare da un patrimonio assegnato loro al momento della costituzione da parte di un fondatore (un privato, più persone congiuntamente o una persona giuridica) tramite un atto pubblico o una disposizione testamentaria.

- GLI ENTI DERIVANTI DAL PROCESSO DI RIORDINO Alla data di presentazione del progetto di legge relativo al riordino delle IPAB, era già in corso un processo di depubblicizzazione di queste istituzioni in virtù di norme statali e regionali che ne avevano dettato i principi. In questa fase, non è stato possibile procedere ad un censimento che potesse effettivamente stabilire il numero preciso di istituzioni esistenti sul territorio ad una data determinata.

- Negli anni dal 2002 al 2003, prima dell'entrata in vigore della legge regionale di riforma la Regione Lombardia, avvalendosi della collaborazione dei Comuni e delle ASL, ha proceduto ad una prima ricognizione del numero delle IPAB esistenti sul territorio individuandone 757.

- Tali istituzioni erano suddivise nelle due grandi aree costituite dalle 301 che operavano in campo educativo-formativo e dalle 456 che si occupavano di assistenza e beneficenza. Di queste ultime, 221 erano residenze sanitarie assistenziali, 176 svolgevano attività socio-assistenziali e 59 attività di beneficenza.

- Per quanto attiene alla loro ripartizione territoriale, oltre il 50% delle IPAB lombarde aveva sede nelle Province di Brescia (24%), Varese (15%) e Bergamo (12%). Con riferimento alla ripartizione delle competenze in capo alle Direzioni Generali, 122 erano gestite dalla Direzione Generale Formazione Istruzione e Lavoro e 635 dalla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale

- Nel periodo transitorio previsto dalla legge per il riordino delle istituzioni si sono quindi sovrapposti due distinti processi di depubblicizzazione: uno ancora legato all'attuazione delle disposizioni previgenti, l'altro direttamente attuativo della legge di riordino.

- Il 97% degli enti ha optato per la trasformazione in persone giuridiche di diritto privato. La forma giuridica maggiormente scelta è stata quella delle Fondazioni che rappresenta il 90% del totale degli enti trasformati. Nell'ambito di questa fattispecie il 56% è costituito da Fondazioni, il 33% da Fondazioni Onlus e l'1% da Fondazioni di Partecipazione.

- Le Fondazioni di Partecipazione sono istituti giuridici di diritto privato, senza scopo di lucro, ai quali, oltre ai soggetti privati, possono partecipare anche istituzioni pubbliche, apportando denaro oppure beni materiali, immateriali, professionalità o servizi. Le varie categorie di partecipanti possono eleggere i propri rappresentanti negli organi direttivi.



- La qualificazione di Onlus "Organizzazioni non lucrative di utilità sociale" può essere acquisita dalle associazioni, fondazioni, comitati, società cooperative e dagli altri enti di carattere privato senza scopo di lucro, i cui statuti o atti costitutivi prevedano lo svolgimento di attività nei settori dell'assistenza sociale, della beneficenza, dell'istruzione e della formazione. Alle agevolazioni fiscali già previste per gli enti che operano in tali settori, se ne aggiungono ulteriori qualora essi siano riconosciuti come Onlus.

- Le Associazioni costituiscono complessivamente il 7% del totale degli enti trasformati. Tra queste il 6% è costituito da Associazioni e l'1% da Associazioni Onlus.

- Tenendo conto delle forma giuridica degli enti trasformati, si riscontra che: le ASP sono maggiormente concentrate nelle province di Cremona, Milano e Mantova; i soggetti di diritto privato nelle province di Brescia, Varese e Bergamo. In particolare nella provincia di Brescia si contano ben 63 Fondazioni e 60 Fondazioni Onlus.

- Nell'ambito del processo innescato dalla legge, i fenomeni di estinzione, fusione e commissariamento hanno riguardato complessivamente pochi istituti: • 63 si sono estinti; • 31 sono stati commissariati; • circa 10 sono stati oggetto di fusione. In particolare per quanto concerne gli istituti commissariati, le Direzioni Generali che hanno gestito i procedimenti non hanno segnalato questo fenomeno come un reale ostacolo al completamento della riforma. Per la maggior parte si è trattato di enti non più operanti sul territorio i cui organi direttivi hanno avuto difficoltà ad assumere decisioni entro i tempi stabiliti dalla legge. Allo stato attuale tutti i commissariamenti si sono conclusi con la trasformazione degli istituti interessati.

- UN NUOVO RUOLO PER LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE Le scelte di trasformazione operate dalle IPAB hanno determinato che il numero degli enti pubblici che operano in Lombardia nel campo dell'assistenza e beneficenza si è fortemente ridotto. Un aspetto particolarmente rilevante della riforma delle IPAB è rappresentato quindi dal nuovo ruolo che viene disegnato per la Pubblica Amministrazione nell'ambito delle politiche di assistenza e beneficenza: da soggetto gestore ed erogatore diretto di servizi a soggetto di programmazione, controllo e vigilanza.

- Alla programmazione delle attività sociali, sociosanitarie ed educativo-formative che si svolgono sul territorio della Regione partecipano gli enti pubblici e privati derivanti dalla trasformazione. In particolare, gli enti trasformati partecipano alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali: “la Regione assicura parità di trattamento tra persone giuridiche pubbliche e persone giuridiche private senza scopo di lucro nell’accesso ai contributi regionali erogati agli enti gestori” e gli enti pubblici e privati derivanti dalla trasformazione “partecipano alla programmazione delle attività sociali, socio sanitarie ed educativo formative che si svolgono sul territorio della Regione”.10

- Il sistema integrato di interventi e servizi sociali “si realizza mediante politiche e prestazioni, coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche, e la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte”. (art. 22 l. 328/2000)

- Il controllo sulle ASP è esercitato: • dalla Regione, tramite le ASL territorialmente competenti per gli aspetti socio-sanitari e socioassistenziali; • dagli Enti locali, tramite le Commissioni di controllo, composte da quattro sindaci o soggetti da loro delegati, nominati dal consiglio di rappresentanza dei sindaci, e da un componente nominato dal Presidente della Provincia, per la verifica dell'andamento dell'amministrazione, il perseguimento degli obiettivi e il corretto rapporto tra risorse impiegate e qualità dei servizi erogati.



- Regione e Comuni esercitano un ulteriore forma di controllo sulle ASP anche tramite la nomina di rappresentanti nei loro Consigli di Amministrazione. Il controllo e la vigilanza sui soggetti giuridici di diritto privato (Associazioni e Fondazioni) è esercitato dalle ASL, per quanto attiene agli enti che operano in ambito socio-sanitario e socioassistenziale, ed è stato conferito alle Province per tutti gli altri enti.

- ALCUNI SNODI CRUCIALI DELL'INTERVENTO L'attuazione della riforma è stata caratterizzata anche da alcune fasi di particolare delicatezza o di criticità: 9 la numerosità degli enti interessati al problema della depubblicizzazione (Regioni, Comuni, IPAB, parti sociali, terzo settore) e la rilevanza patrimoniale di queste istituzioni hanno indotto la Regione ad aprire un larghissimo confronto con tutti i soggetti interessati; 9 per governare il processo di trasformazione la Regione ha dovuto ricostruire la mappa territoriale delle centinaia di realtà assistenziali esistenti sul territorio lombardo; la ricognizione degli enti è stata affidata alle ASL e ai Comuni che si sono trovati nella non facile condizione di dover identificare tutti gli istituti dislocati sul territorio;

- un ulteriore problema che si presentava nel processo di attuazione era il passaggio dal comparto pubblico a quello privato dei numerosi dipendenti degli istituti trasformati in soggetti di diritto privato; si trattava di circa 38.000 unità di personale alle quali la legge stessa ha garantito l'applicazione dei contratti collettivi in essere fino alla determinazione di un autonomo comparto di contrattazione, processo che non si è ancora concluso;

- le IPAB depubblicizzate prima dell'entrata in vigore della legge di riordino dovevano essere iscritte d'ufficio nel registro regionale delle persone giuridiche di diritto privato; l'iscrizione avveniva sulla base dei provvedimenti di accoglimento delle istanze di depubblicizzazione, emanati dalla Giunta regionale e iscritti nei registri tenuti presso le Cancellerie dei Tribunali. Al momento della costituzione del registro regionale è stato necessario reperire i provvedimenti iscritti nei registri dei tribunali. Alcuni provvedimenti non erano ancora stati iscritti. L'operazione di reperimento delle informazioni, per questi ultimi, è stata di notevole complessità.

- Il registro regionale delle persone giuridiche di diritto privato. Le associazioni, le fondazioni e le altre istituzioni di carattere privato che operano nelle materie attribuite alla competenza della Regione e le cui finalità statutarie si esauriscono nell'ambito del territorio regionale, acquistano la personalità giuridica mediante l'iscrizione nel registro regionale istituito dal Regolamento regionale n. 2 del 2001. Precedentemente il riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato spettava al Prefetto, per gli enti operanti a livello nazionale, e alla Regione, per quelli operanti in ambito regionale. I provvedimenti di riconoscimento erano iscritti in un registro tenuto presso le Cancellerie dei Tribunali.

- EFFETTI SECONDARI DEL PROCESSO DI RIORDINO  
L'attuazione della legge ha prodotto alcune conseguenze che, seppure non direttamente collegate alla fase di riordino, sono state segnalate come positive dalle Direzioni Generali coinvolte. Particolarmente rilevante è stata la funzione svolta dai Comuni e dalle ASL nella fase di ricognizione degli enti presenti sul territorio. Le Associazioni di categoria hanno poi fornito assistenza agli enti minori nella fase di redazione delle domande di trasformazione, da presentare alla Regione, e in quella di adeguamento dei loro statuti.

- Il processo innescato dalla riforma ha consentito l'individuazione e la conseguente estinzione degli enti non più operativi per mancanza di patrimonio o per l'esaurimento delle finalità statutarie e quindi, indirettamente, ha permesso di eliminare dal sistema enti formalmente esistenti ma di fatto non più attivi.

- La legge ha previsto la revisione degli statuti degli enti assoggettati alla trasformazione. Tale revisione doveva avvenire nel rispetto delle tavole fondative e della volontà dei fondatori e al tempo stesso garantire che la gestione dei servizi forniti dai nuovi enti avvenisse secondo i principi di efficienza, efficacia e trasparenza. Questa duplice esigenza ha fornito l'occasione per adeguare statuti particolarmente datati al fine di renderli conformi alle disposizioni della legge ed al mutato contesto sociale ed economico.





## Schede struttura 2013

*Prime evidenze*

*Milano, luglio 2014*

*Riservato e confidenziale*

- **Analisi delle schede struttura RSA**

- Analisi delle schede struttura RSD



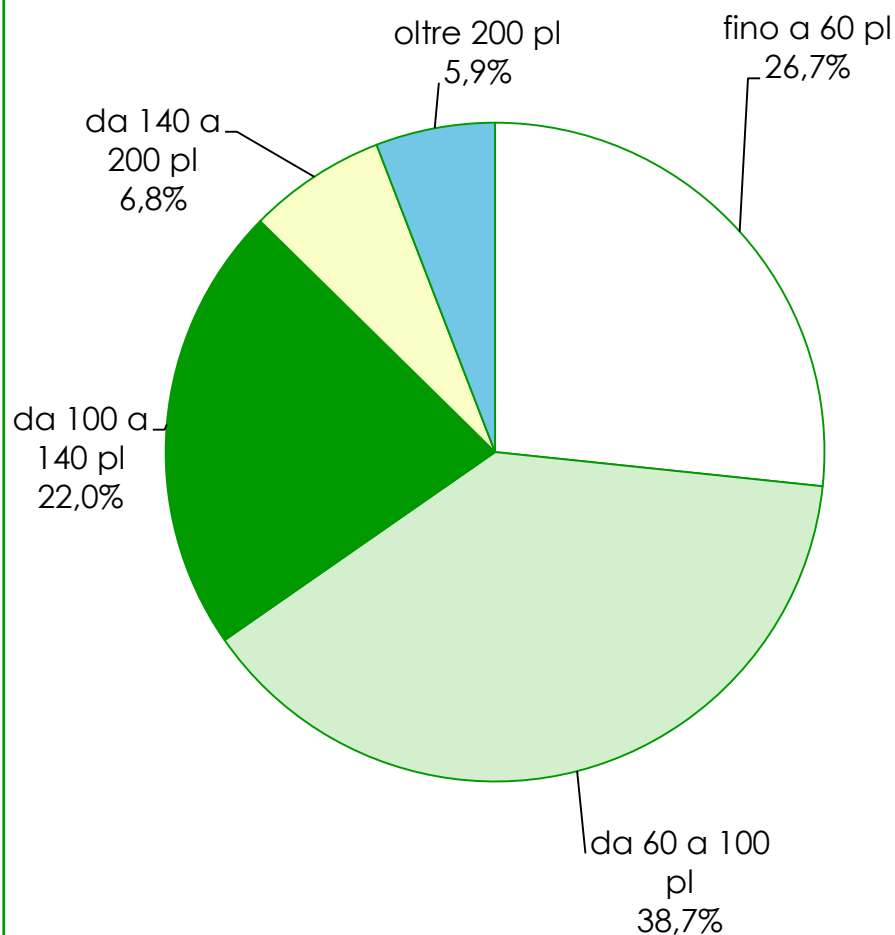
- Sono di seguito riportati i **dati emersi dalle schede struttura 2013 delle RSA** Lombarde, così come dichiarati dalle singole strutture.
- I risultati di seguito presentati costituiscono la **restituzione del debito informativo assolto**.
- Delle **672 RSA totali**, caratterizzate da **59.641 posti letto accreditati** di cui **57.483 a contratto**, dalle analisi sono state **escluse 23 schede struttura**:
  - Contenenti **macro errori di compilazione**
  - **Parzialmente compilate**
  - **Restituite in bianco**
- Al fine di effettuare l'**analisi per natura giuridica** sono state **individuate le seguenti classi**:
  - *Associazione*
  - *Ente morale*
  - *Ente pubblico (Comune, azienda speciale consortile, istituzione di ente locale)*
  - *ASP/ASL*
  - *Ente religioso*
  - *Coop (S.C.S.S, S.C.A.R.L, consorzio di coop. sociali)*
  - *Profit (S.p.A, S.a.S, S.r.L, imprese individuali)*
  - *Fondazione*



La maggior parte delle strutture sono caratterizzate da un numero di posti letto compreso tra i 60 e i 100 e sono fondazioni.

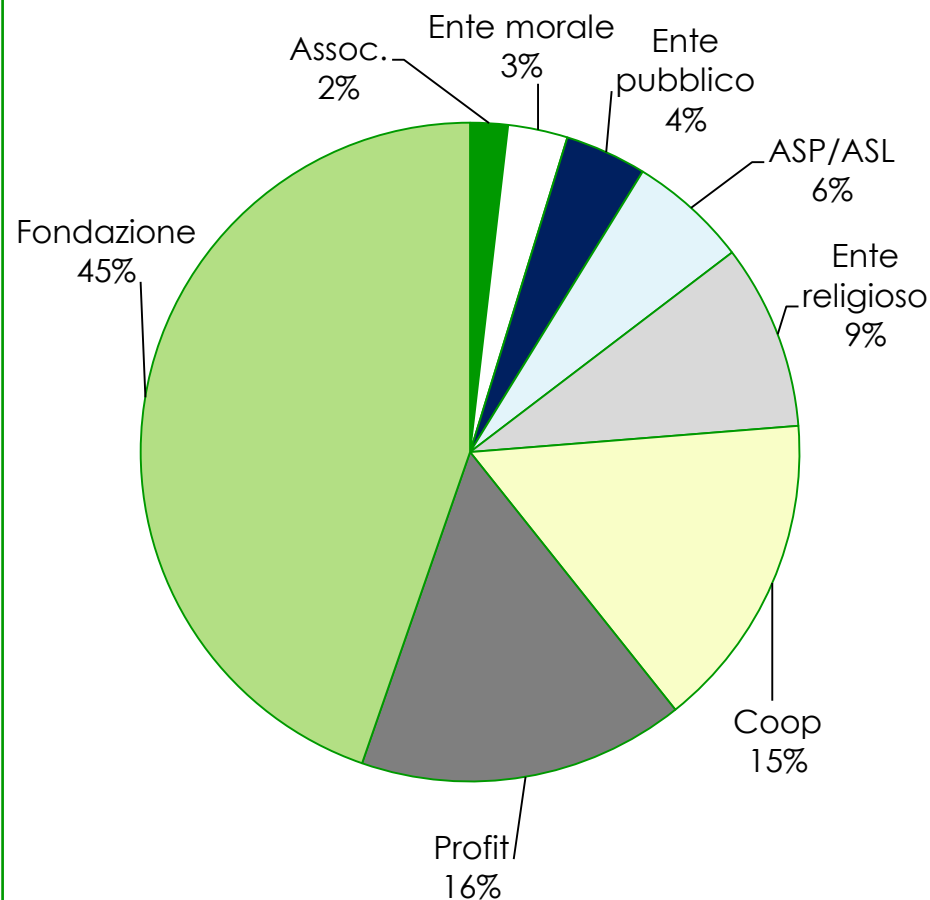
### Numero di strutture per dimensione

(Numero e % ;2013)



### Numero di strutture per forma giuridica

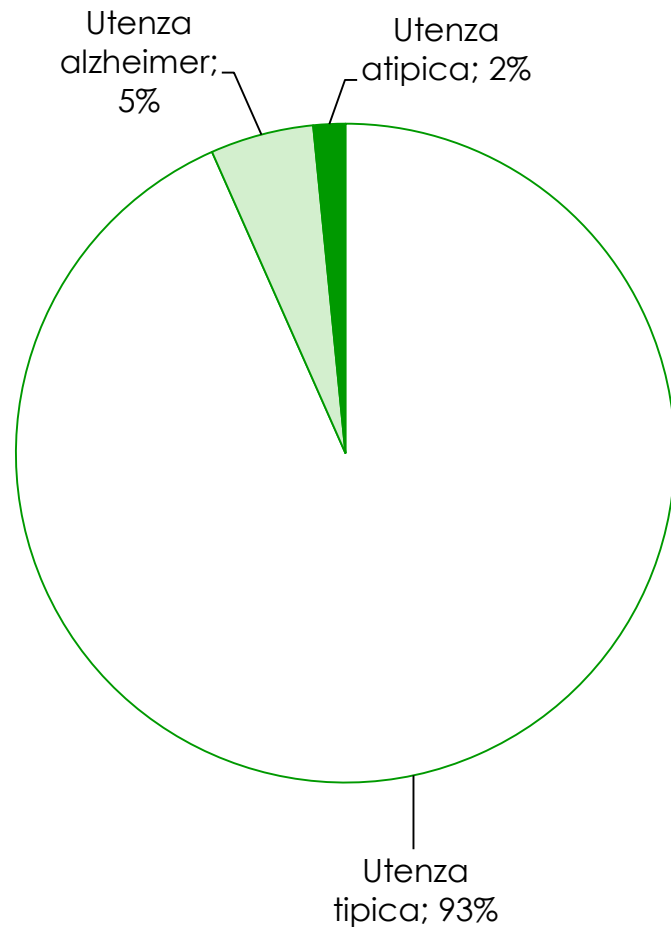
(Numero e % ;2013)



# Analisi dell'utenza ospitata presso le RSA Lombarde.

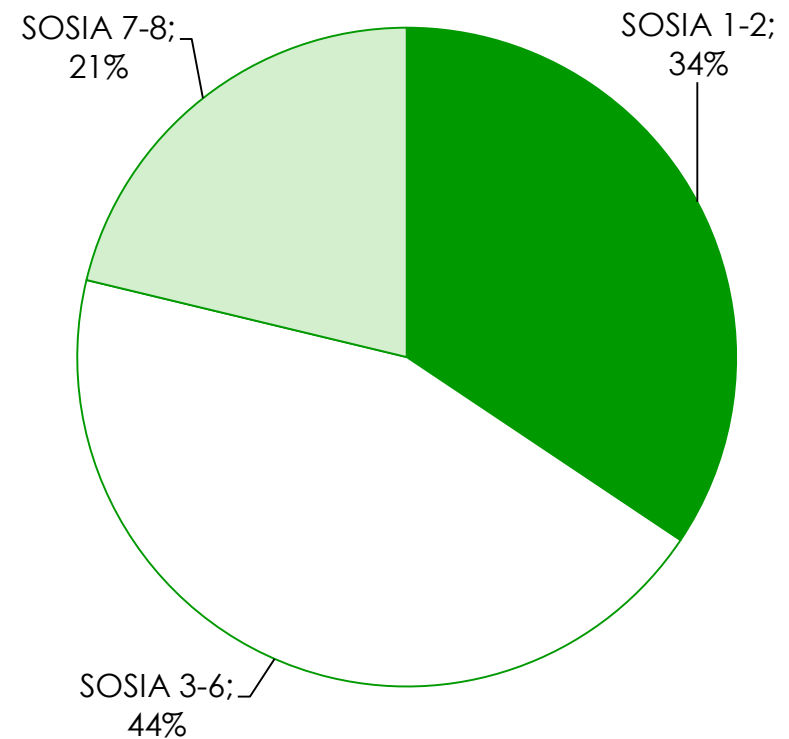
## Tipologia di utenza

(% ; 2013)



## Incidenza delle classi SOSIA dei tipici

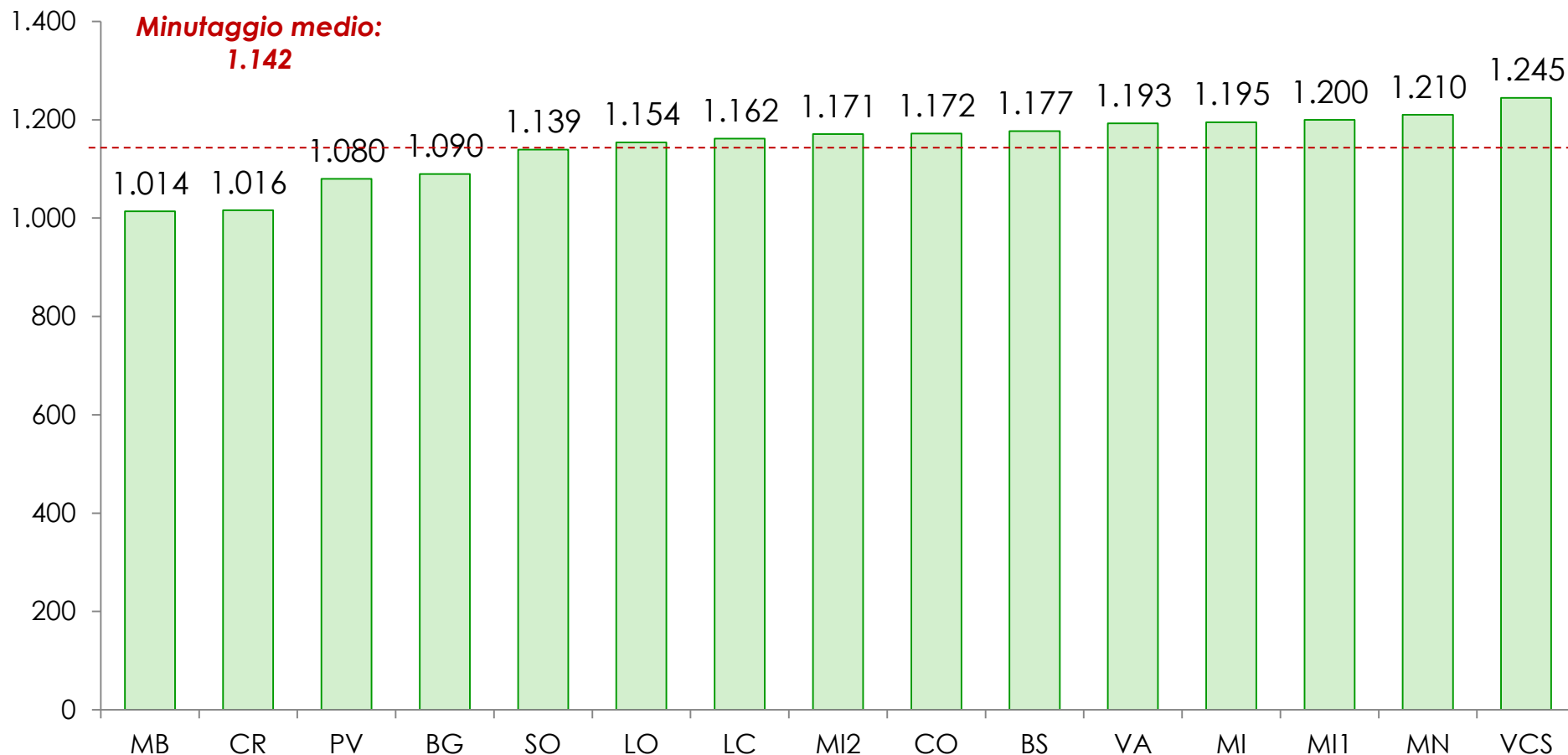
(% ; 2013)



Lo standard di minutaggio varia da un minimo di 1.014 minuti nella ASL di Monza Brianza ad un massimo di 1.245 minuti nella ASL Vallecamonica Sebino.

### Minutaggio settimanale per ASL

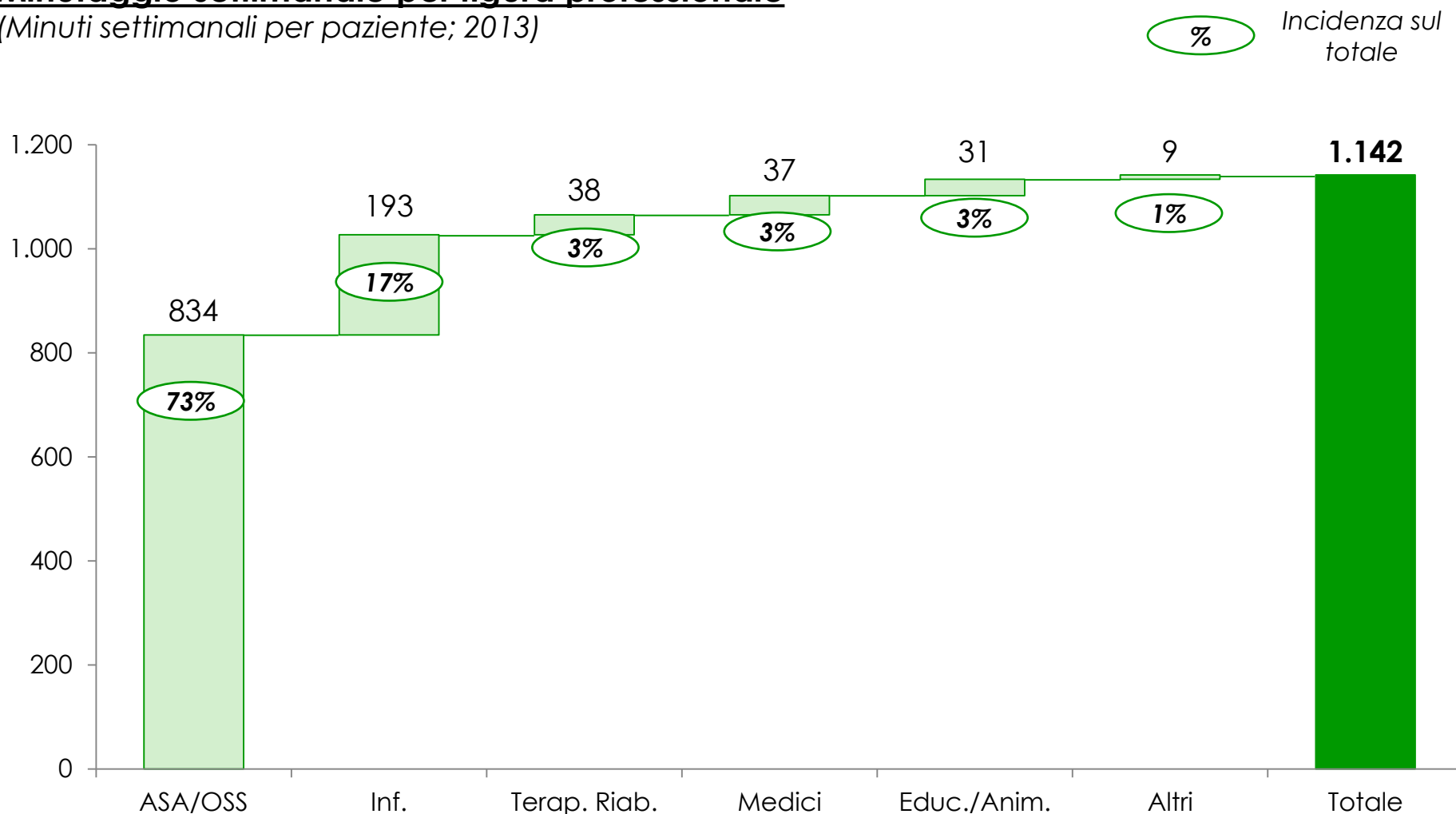
*(Minuti settimanali per paziente; 2013)*



**Nel 2013 si registra un minutaggio settimanale mediamente erogato pari a 1.142 minuti, di cui per il 73% erogati da personale ASA/OSS.**

### Minutaggio settimanale per figura professionale

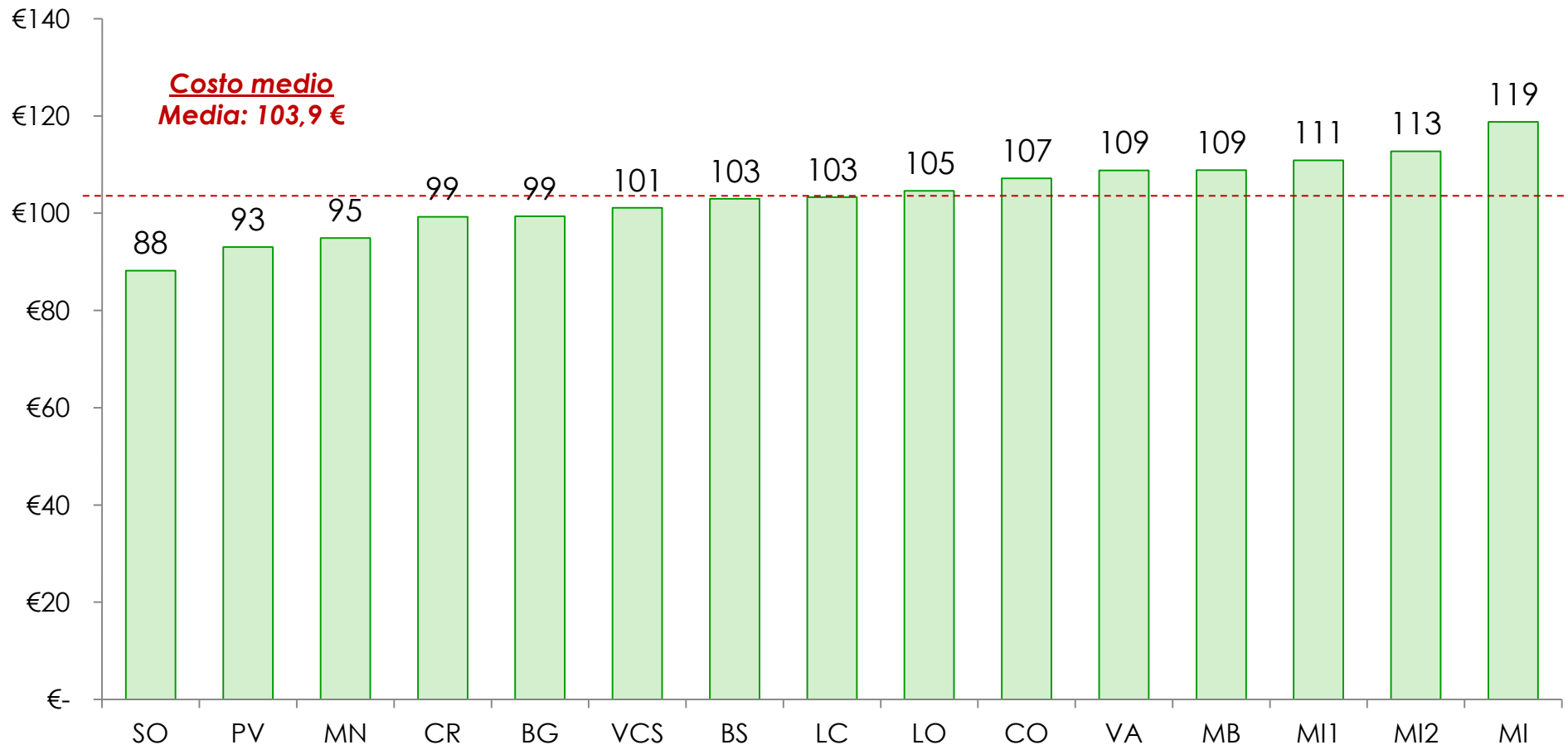
*(Minuti settimanali per paziente; 2013)*



Si registra un costo medio a giornata erogata pari a 103,9 euro con un minimo di 88 euro nella ASL di Sondrio e un massimo di 119 euro nella ASL di Milano.

## Costo medio per ASL

(€/giornata erogata;2013)

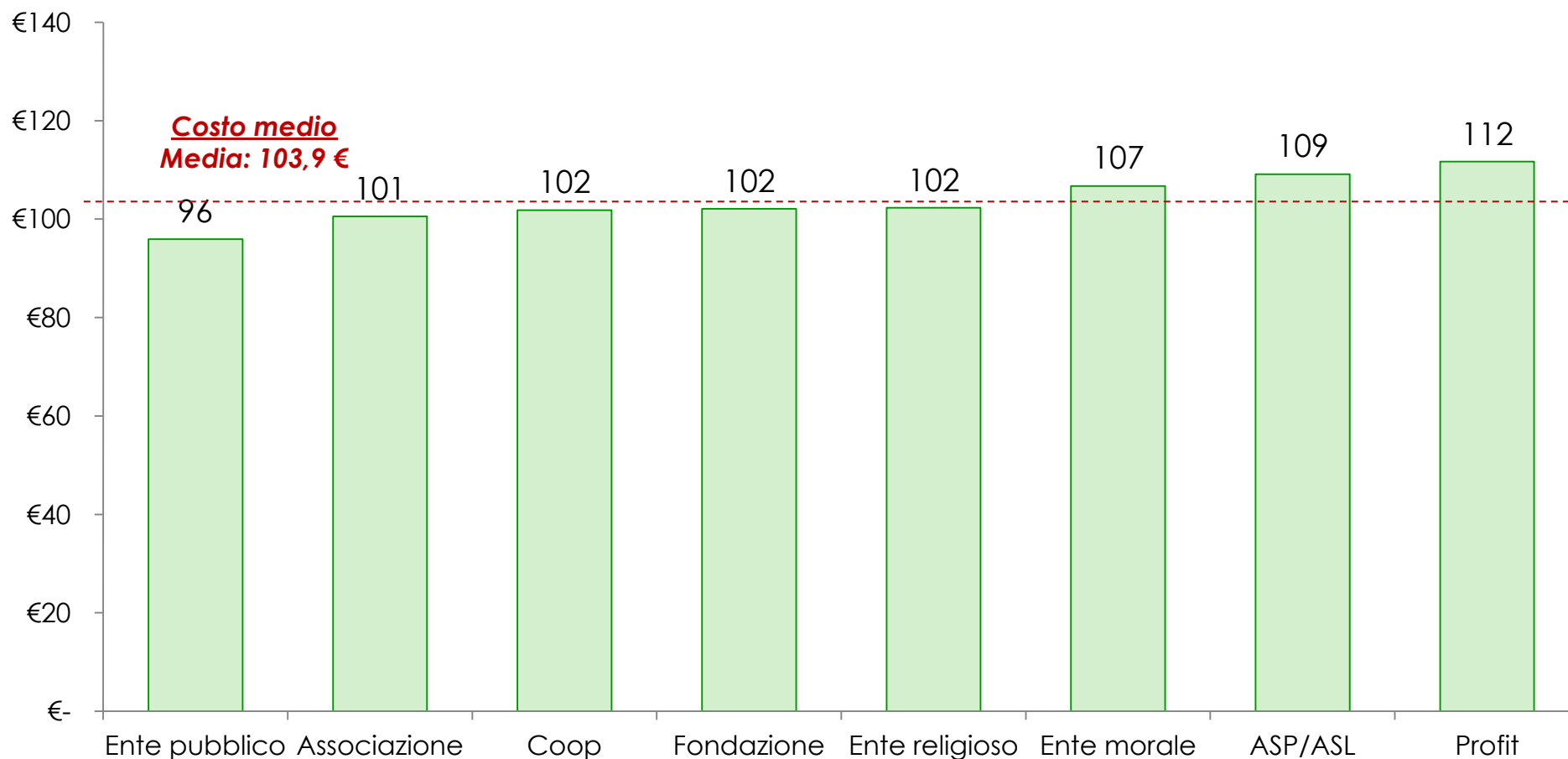




Le strutture gestite da enti pubblici (Comuni) sono caratterizzate dal costo medio inferiore, pari a 96 euro per giornata erogata mentre le strutture profit registrano il picco di 112 euro a giornata erogata.

### Costo medio per forma giuridica

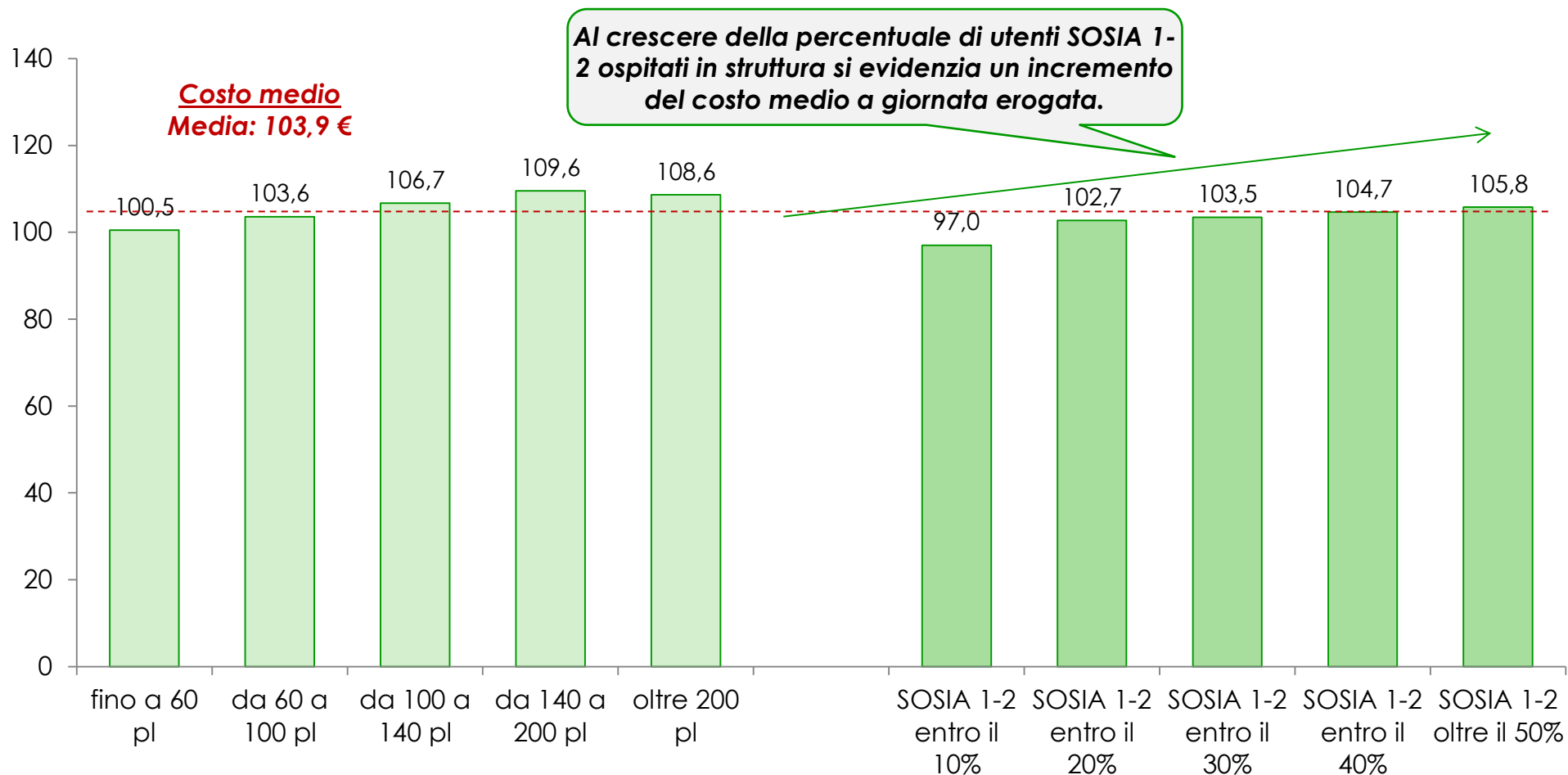
(€/giornata erogata;2013)



Le strutture di piccole dimensioni registrano un costo medio inferiore alle strutture di grandi dimensioni; si evidenzia il crescere del costo medio di struttura al crescere della percentuale di utenza SOSIA 1-2.

### Costo medio per classe dimensionale e Incidenza di SOSIA 1-2

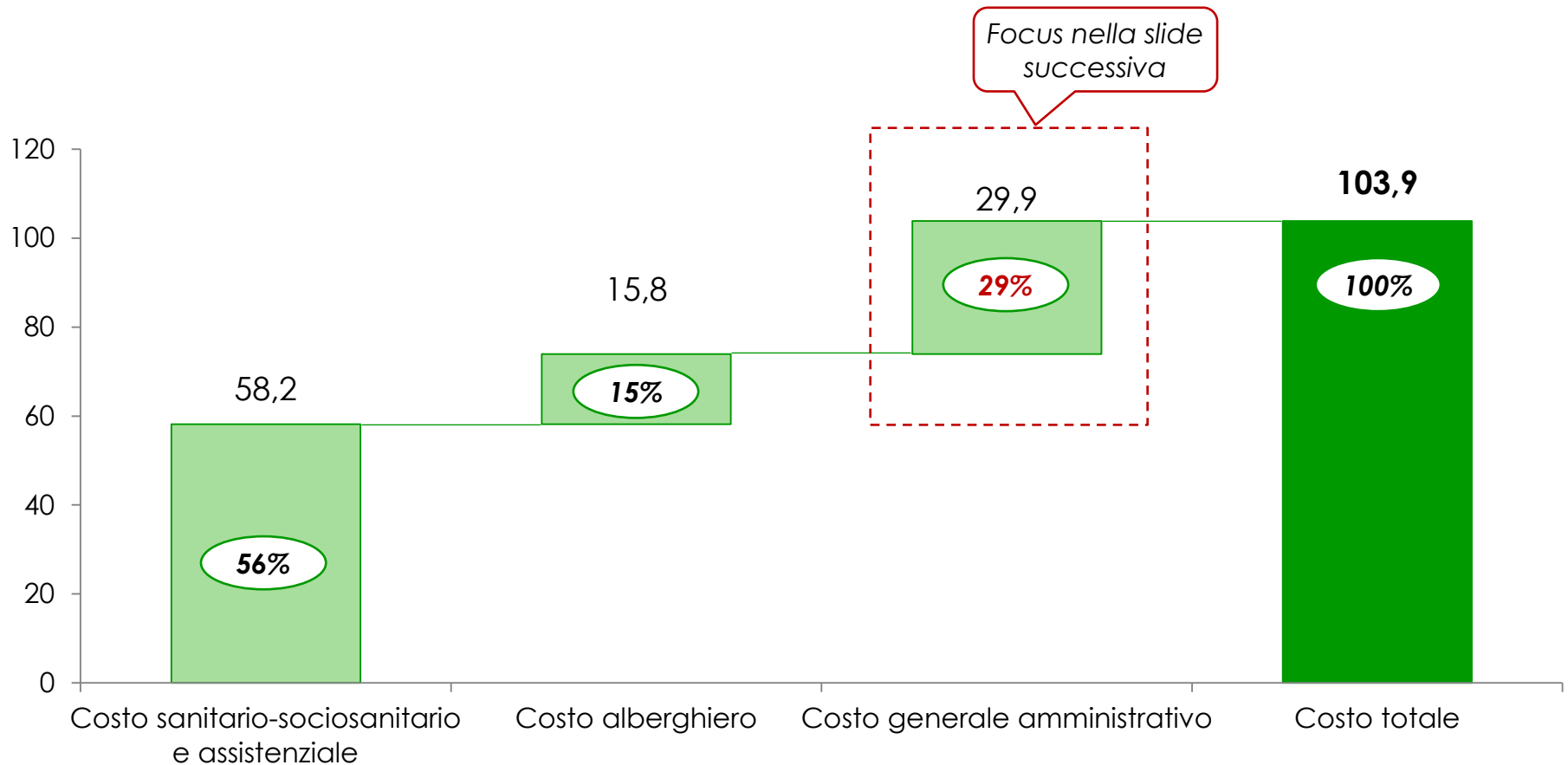
(€/giornata erogata;2013)



Oltre la metà del costo complessivo a giornata erogata è da imputare all'area sanitaria e sociosanitaria che pesa il 56% e registra un costo medio pari a 58,1 euro a giornata erogata.

### Costo medio per macro-area di costo

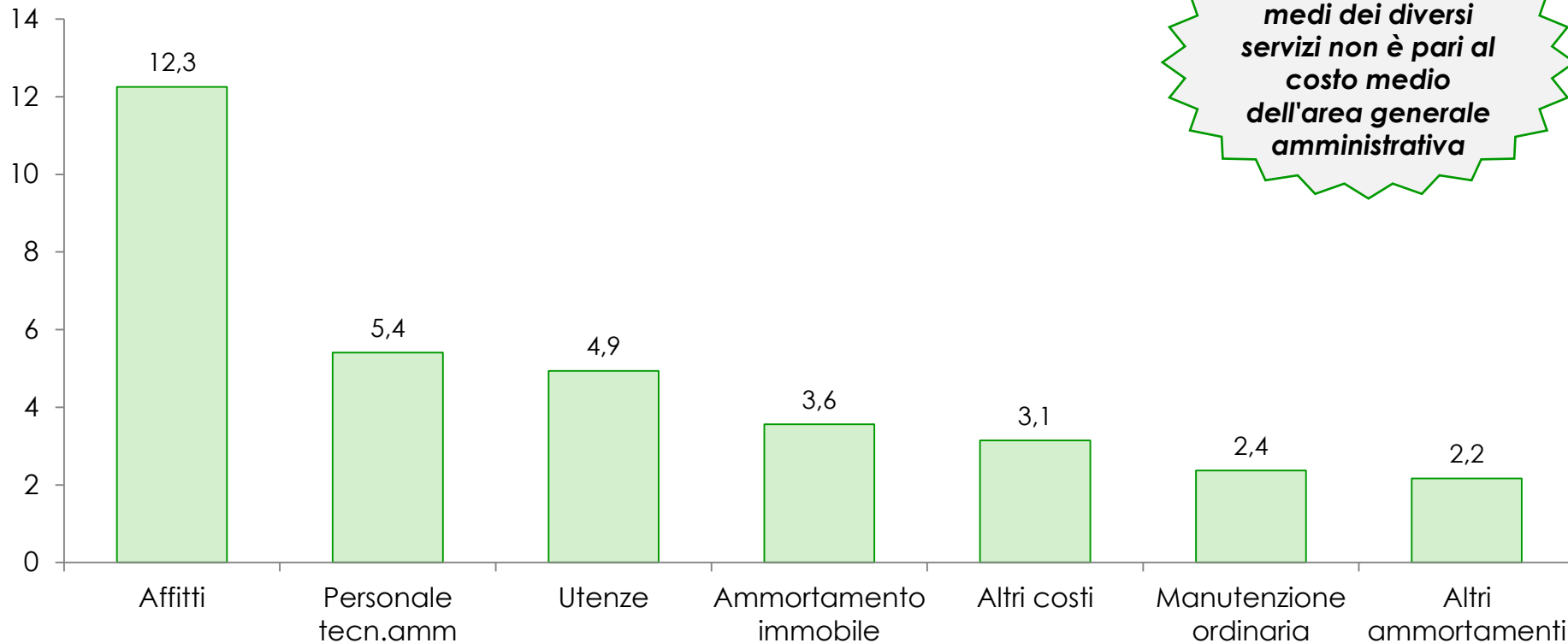
(€/giornata erogata;2013)



# Focus delle principali voci di costo dell'area generale amministrativa.

## Componenti di costo: valore medio relativo al numero di strutture coinvolte

(€/giornata erogata;2013)



**La somma dei costi medi dei diversi servizi non è pari al costo medio dell'area generale amministrativa**

**Numero strutture che hanno esplicitato il costo**

195

641

644

360

427

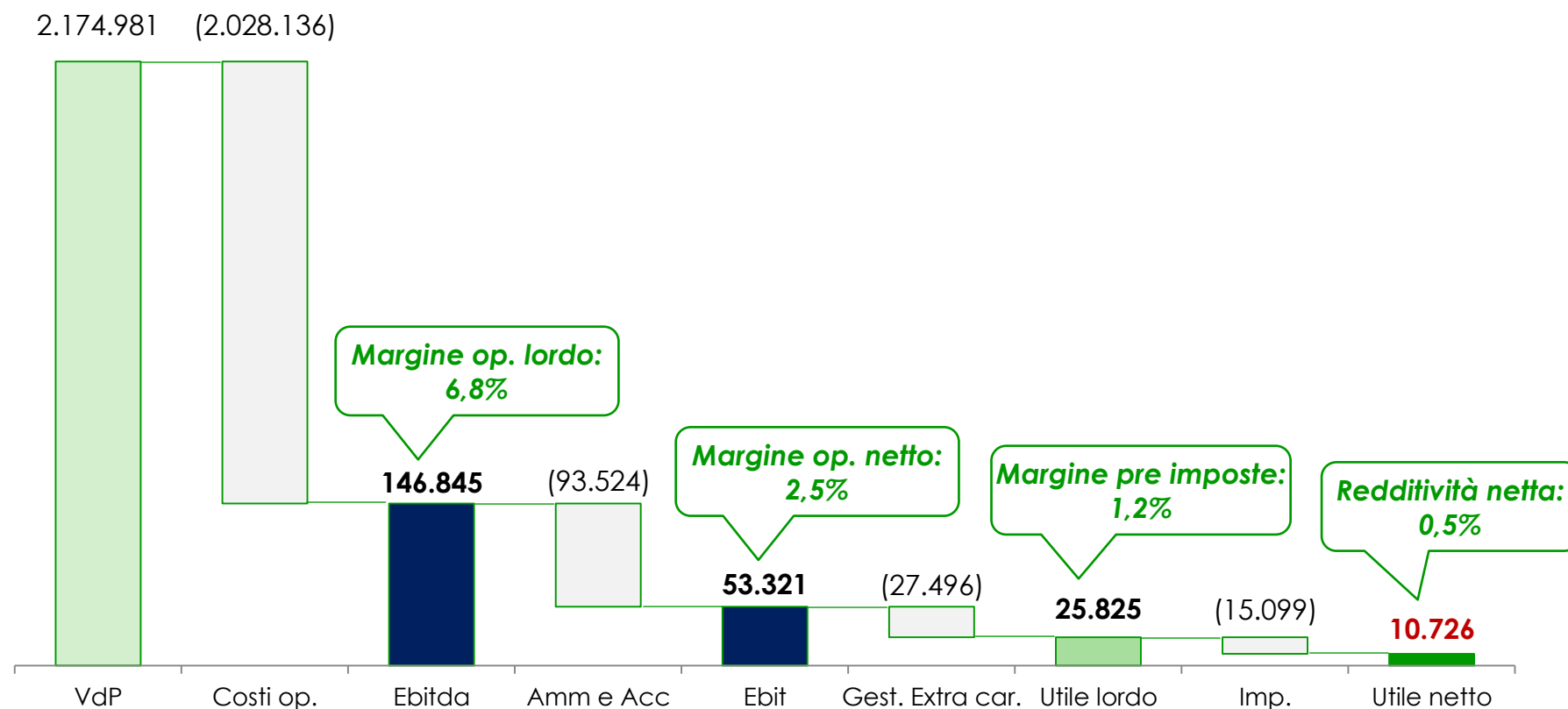
638

528

Nel 2013 il mercato RSA registra un utile di sistema: la redditività al netto delle imposte è pari a 10,7 milioni di euro.

## Conto economico semplificato del mercato RSA

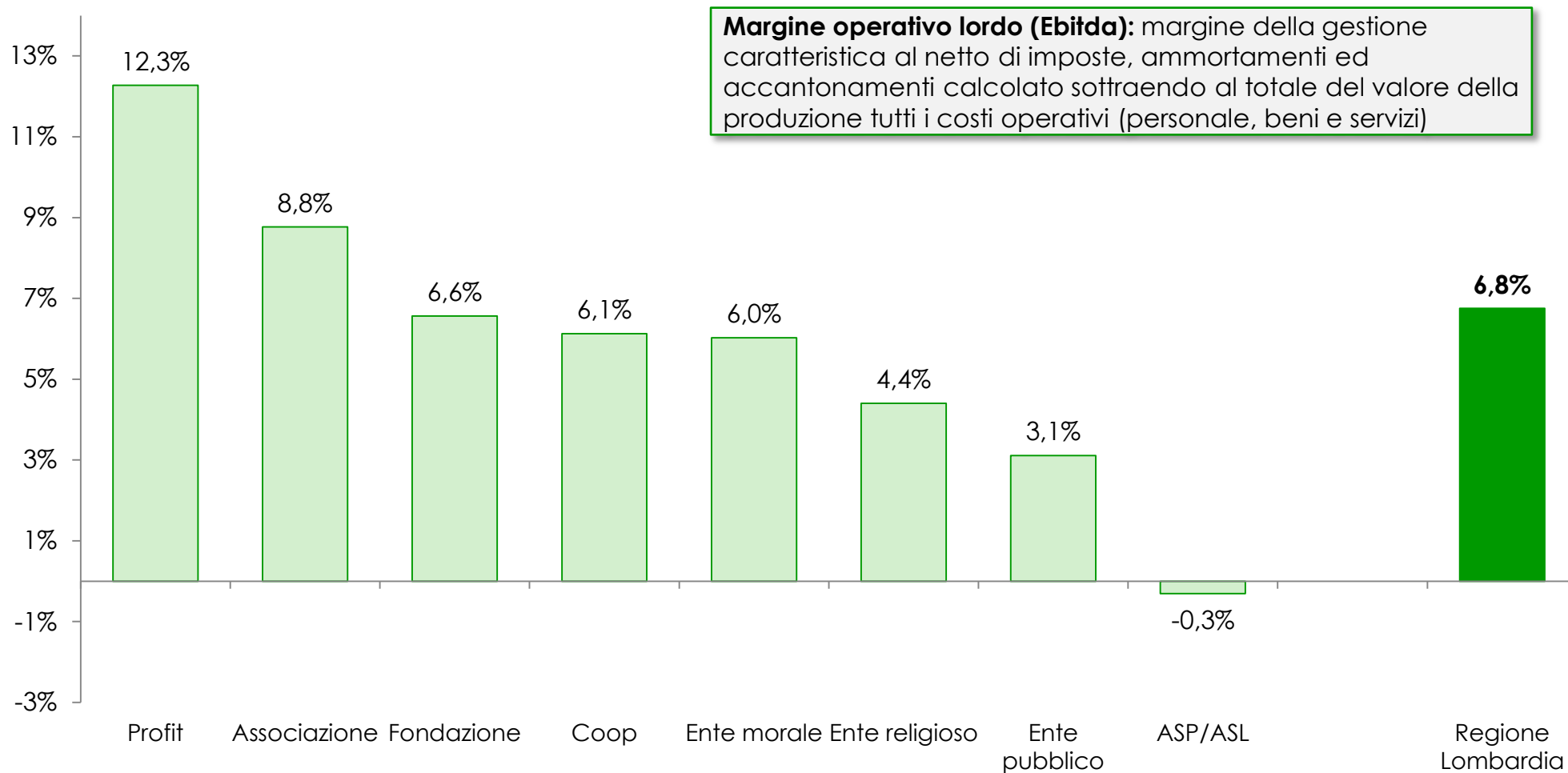
('000 €; 2013)



**Solo le strutture gestite dalle ASL/ASP registrano un risultato negativo già a livello di margine lordo; le società profit sono le più redditizie con un margine lordo del +12,3%.**

### Margine operativo lordo per forma giuridica

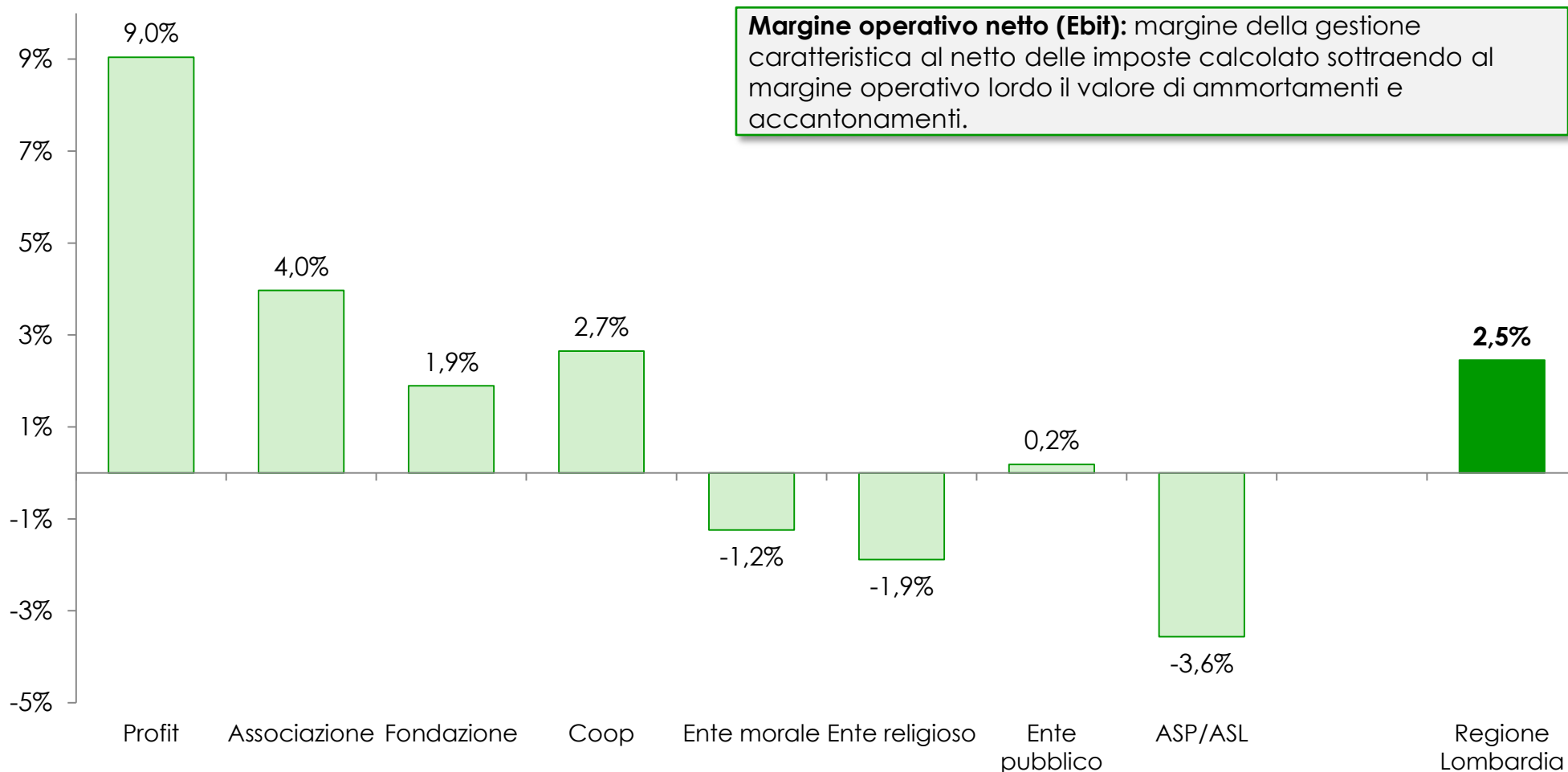
(% sui ricavi caratteristici.;2013)



**Gli ammortamenti penalizzano fortemente tutte le forme giuridiche in esame, registrando margini operativi netti più che dimezzati ad eccezione delle società profit mantengono una buona redditività.**

### Margine operativo netto per forma giuridica

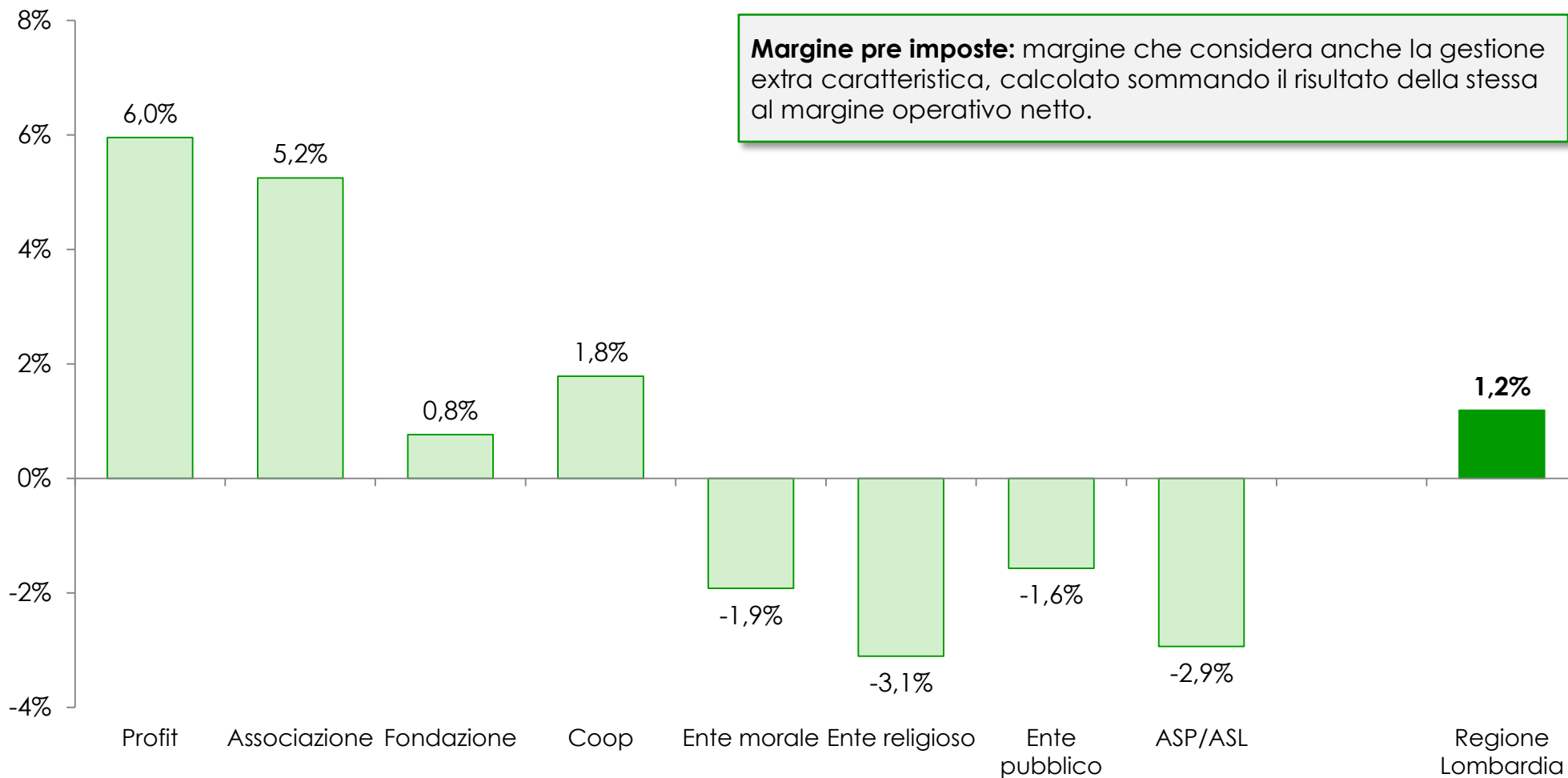
(% sui ricavi caratteristici.;2013)



La gestione extra caratteristica consente alle associazioni di migliorare la propria redditività e alle ASP/ASL di ridurre il margine negativo prima delle imposte.

### Margine pre imposte per forma giuridica

(% sui ricavi caratteristici.;2013)

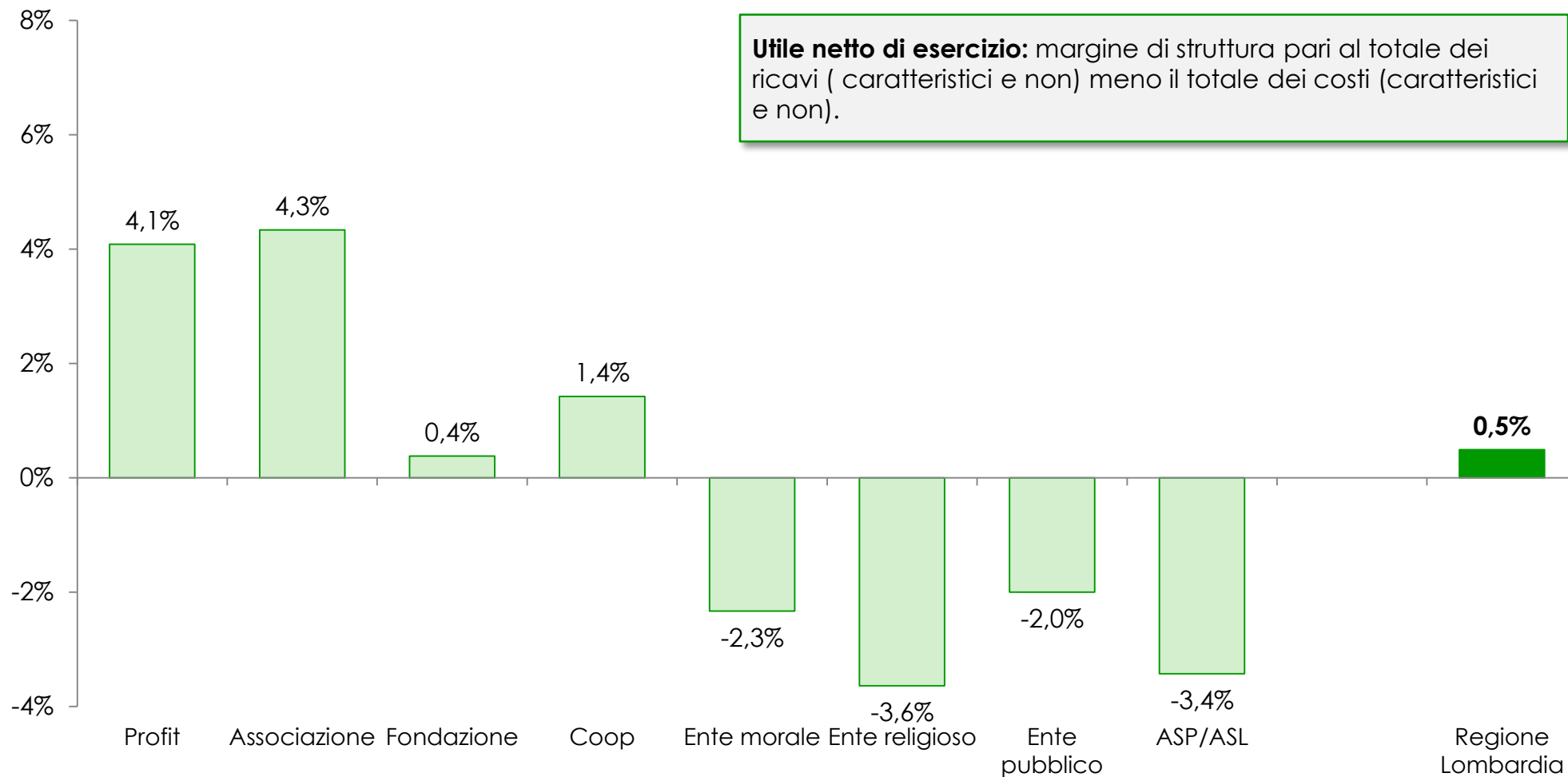




La redditività netta registra valori positivi per la metà delle forme giuridiche in esame: associazioni e società profit risultano le più performanti con un margine superiore al 4%.

## Redditività netta per forma giuridica

(% sui ricavi caratteristici.;2013)



- **Circa la metà delle RSA** presenti in Lombardia **sono fondazioni** e **oltre il 65%** delle strutture **ha meno di 100 posti letto**;
- **Oltre il 90% dell'utenza è tipica** e la maggiore incidenza, pari al **44%**, è **attribuibile a SOSIA 3-6** (media gravità);
- **Il minutaggio medio settimanale** registrato nel **2013 è pari a 1.142 minuti**, di cui per il **73% erogati da personale ASA/OSS**;
- **Il costo medio** per giornata erogata si attesta a **103,9 €**:
  - si registra un minimo di 88 euro nella ASL di Sondrio e un massimo di 119 euro nella ASL di Milano;
  - le strutture gestite da enti pubblici (Comuni) sono caratterizzate dal costo medio inferiore, pari a 96 euro per giornata erogata mentre le strutture profit registrano il picco di 112 euro a giornata erogata;
  - Il costo medio cresce proporzionalmente al crescere della struttura e al crescere della percentuale di incidenza dell'utenza SOSIA 1-2 (più grave).



- Oltre la metà del costo complessivo a giornata erogata è da imputare **all'area sanitaria e sociosanitaria (56%), per il 15% all'area alberghiera** e per il **residuo 29% all'area costi generali e amministrativi**; tra questi, i costi di locazioni, ammortamenti, utenze e personale tecnico sono i costi più rilevanti (laddove sostenuti);
- **Nel 2013 il mercato RSA registra un utile di sistema**: la redditività al netto delle imposte è pari a 10,7 milioni di euro, pari allo 0,5% sul fatturato; l'analisi per forma giuridica mostra come **il valore generato sia rilevante per le strutture profit e per le associazioni** mentre si evidenzia **una perdita per le strutture pubbliche e gli enti religiosi/morali** (nonostante l'incidenza positiva sul valore generato dalla gestione degli immobili – gestione extracaratteristica che in parte compensa i risultati gestionali negativi).



- Analisi delle schede struttura RSA

- **Analisi delle schede struttura RSD**



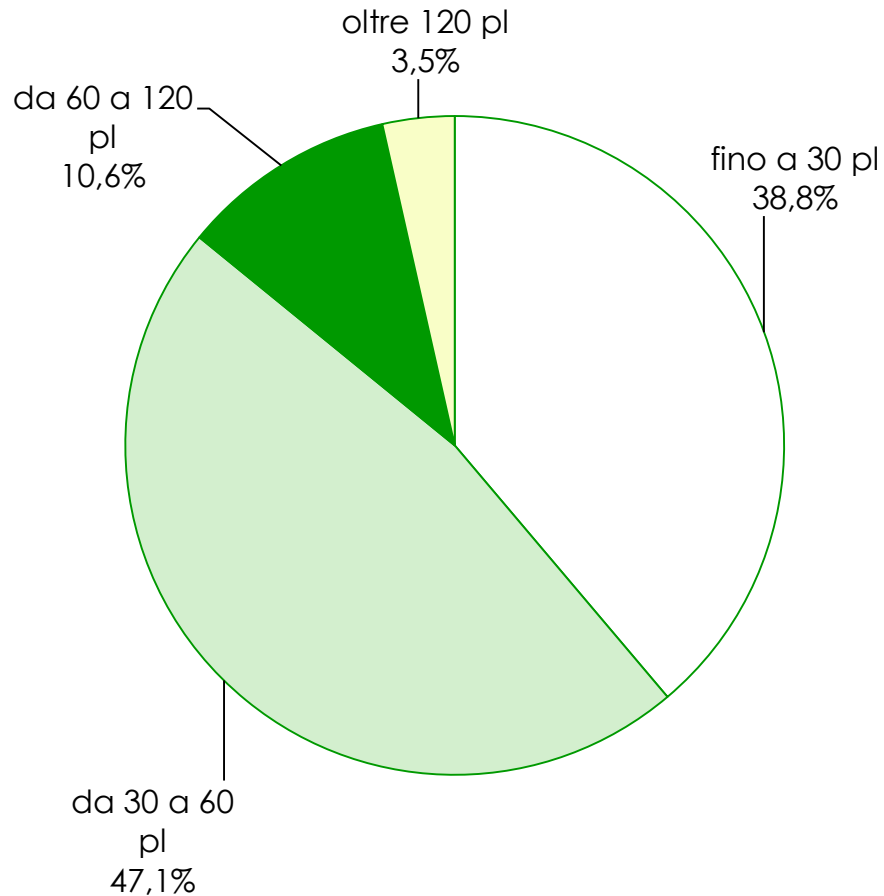
- Sono di seguito riportati i **dati emersi dalle schede struttura 2013 delle RSD** Lombarde, così come dichiarati dalle singole strutture.
- I risultati di seguito presentati costituiscono la **restituzione del debito informativo assolto**.
- Su un **totale di 87 strutture** caratterizzate, per l'anno 2013, da **3.945 posti letto accreditati** di cui **3.811 a contratto** (nell'anno 2014 i posti accreditati corrispondono con quelli a contratto), sono state escluse 2 strutture.
- **Le analisi sono quindi basate su 85 strutture RSD** caratterizzate da **3.885 posti letto accreditati** di cui **3.803 a contratto**.



Circa la metà delle RSD lombarde hanno una dimensione compresa tra i 30 e i 60 posti letto e sono fondazioni.

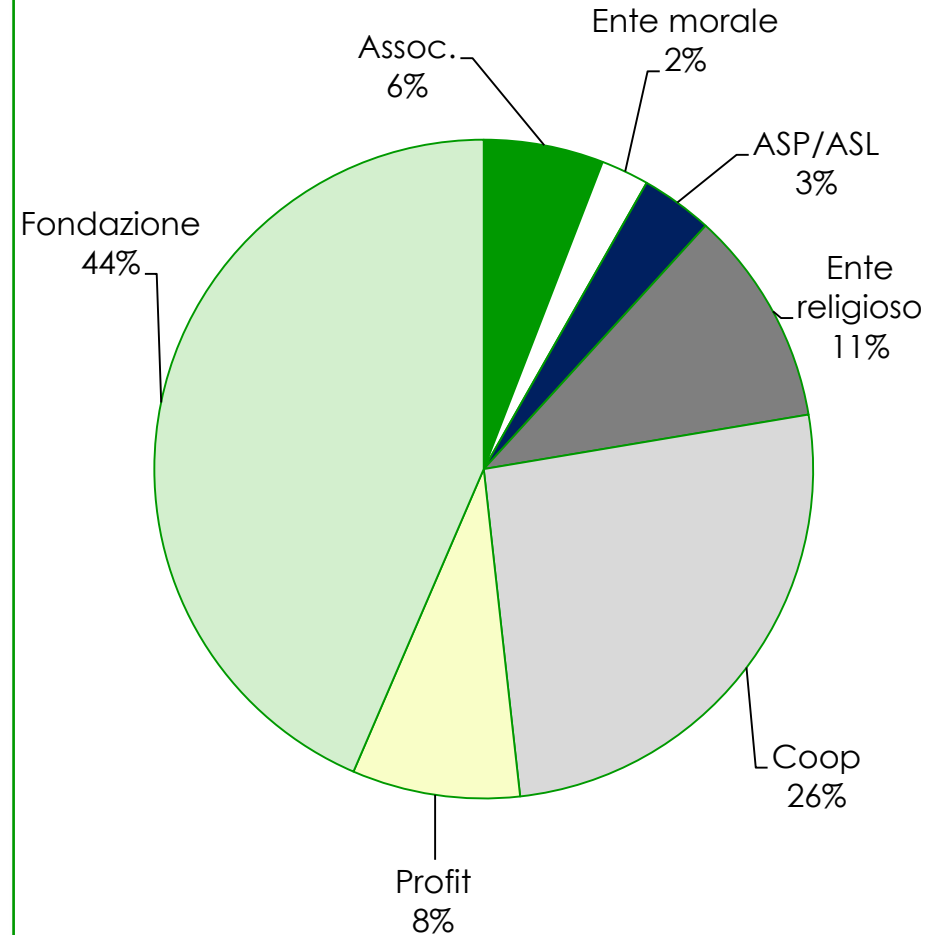
### Numero di strutture per dimensione

(Numero e % ;2013)



### Numero di strutture per forma giuridica

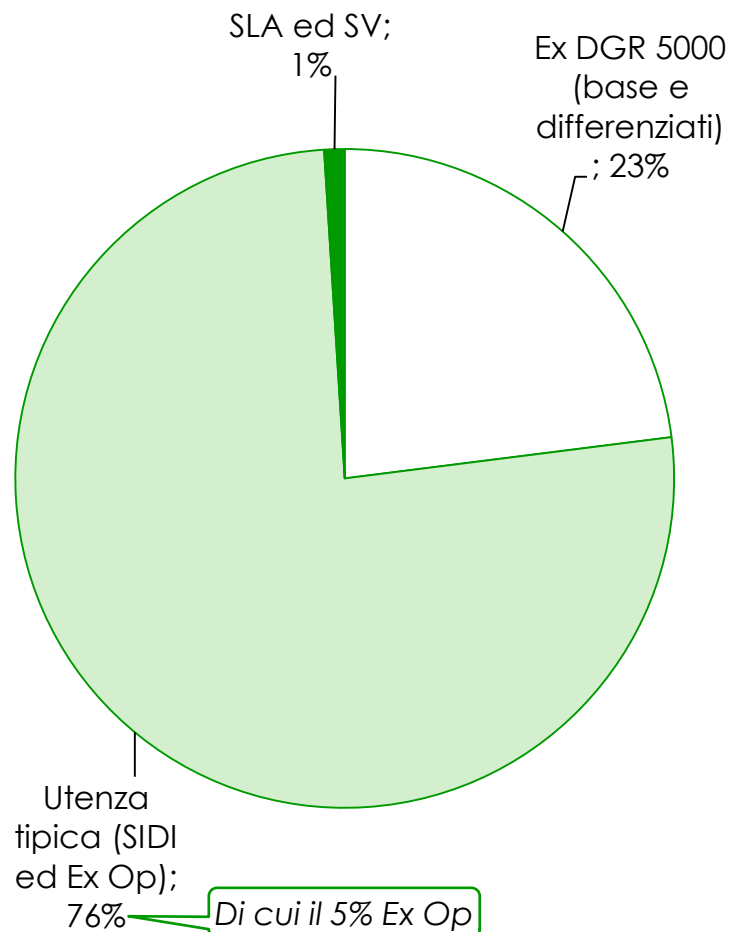
(Numero e % ;2013)



Circa due terzi degli ospiti delle RSD Lombarde sono utenti tipici, oltre la metà di questi sono classificati SIDI 1.

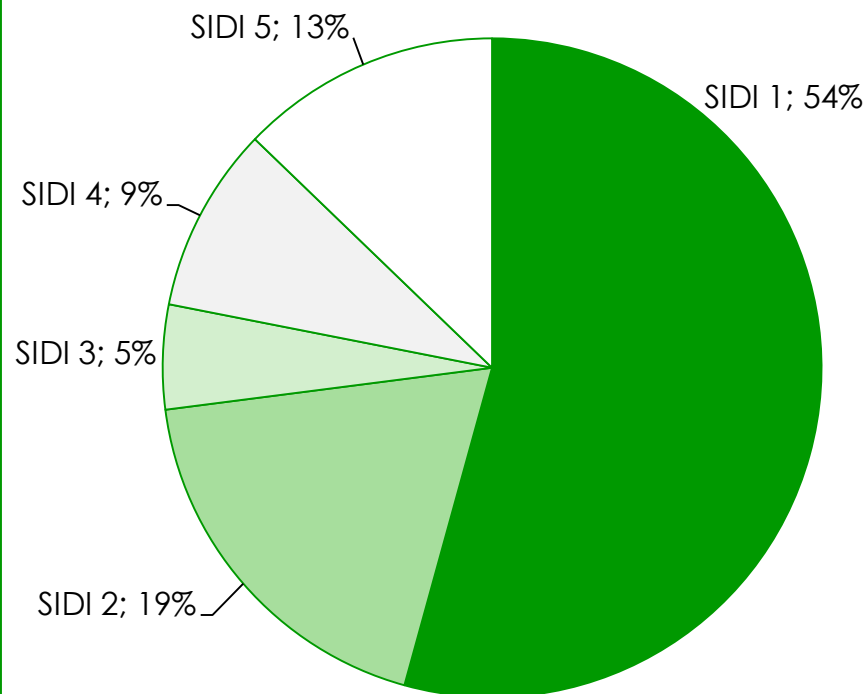
### Tipologia di utenza

(% ; 2013)



### Incidenza delle classi SIDI dell'utenza tipica\*

(% ; 2013)

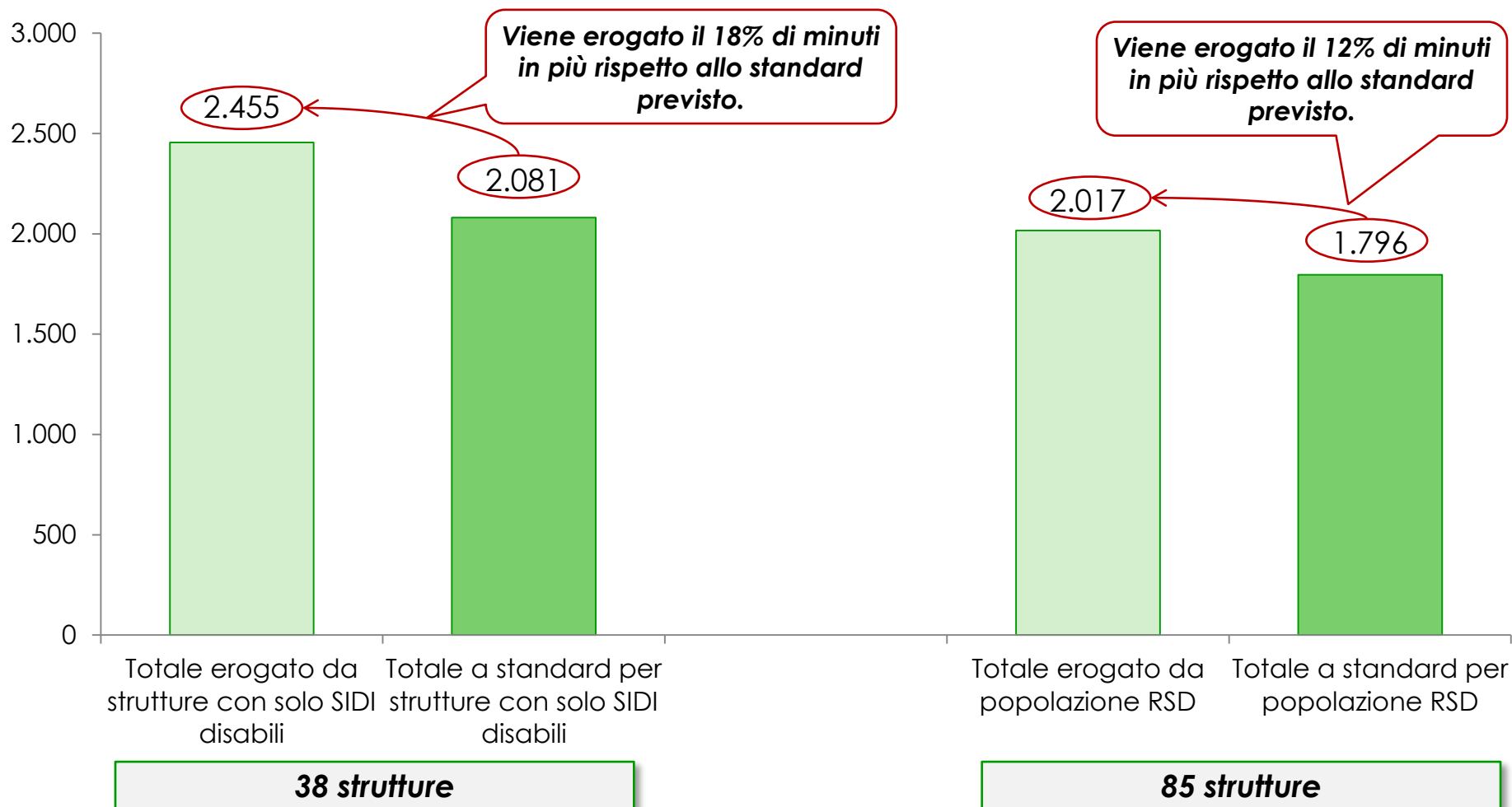


\*.compresi gli Ex OP, pari al 5% delle giornate erogate alla base della ripartizione

Le strutture che ospitano solo utenza tipica erogano il 18% di minuti in più rispetto allo standard regionale, analizzando tutte le strutture RSD lombarde tale incremento è pari al 12%.

### Minutaggio settimanale per tipologia di utenza ospitata

(Minuti settimanali per paziente; 2013)

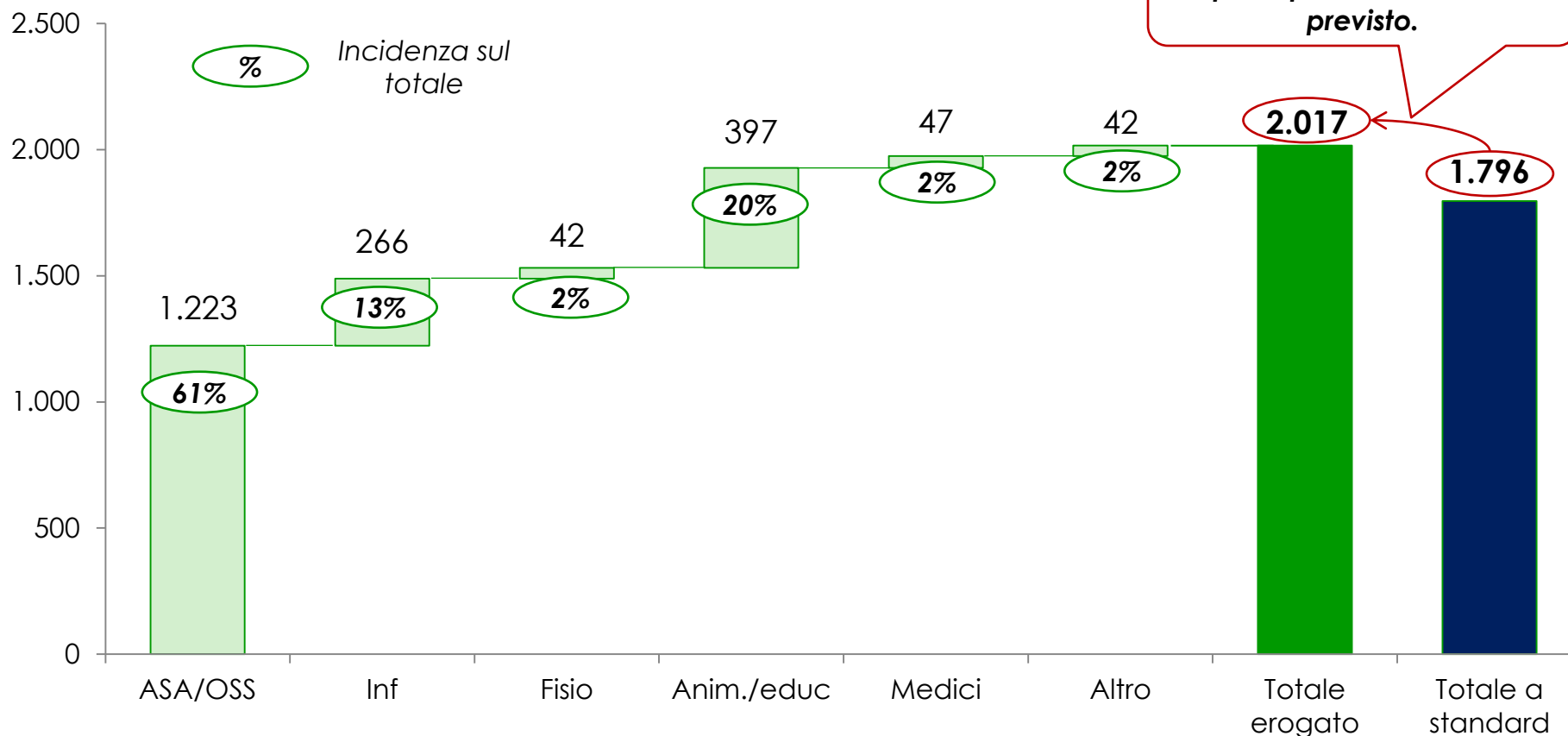




**Nel 2013 si registra un minutaggio settimanale mediamente erogato pari a 2.017 minuti, il 12% in più di quello previsto applicando gli standard regionali.**

### Minutaggio settimanale per figura professionale\*

(Minuti settimanali per paziente; 2013)



#### Incidenza richiesta per figura professionale per utenza tipica adulta ed anziana

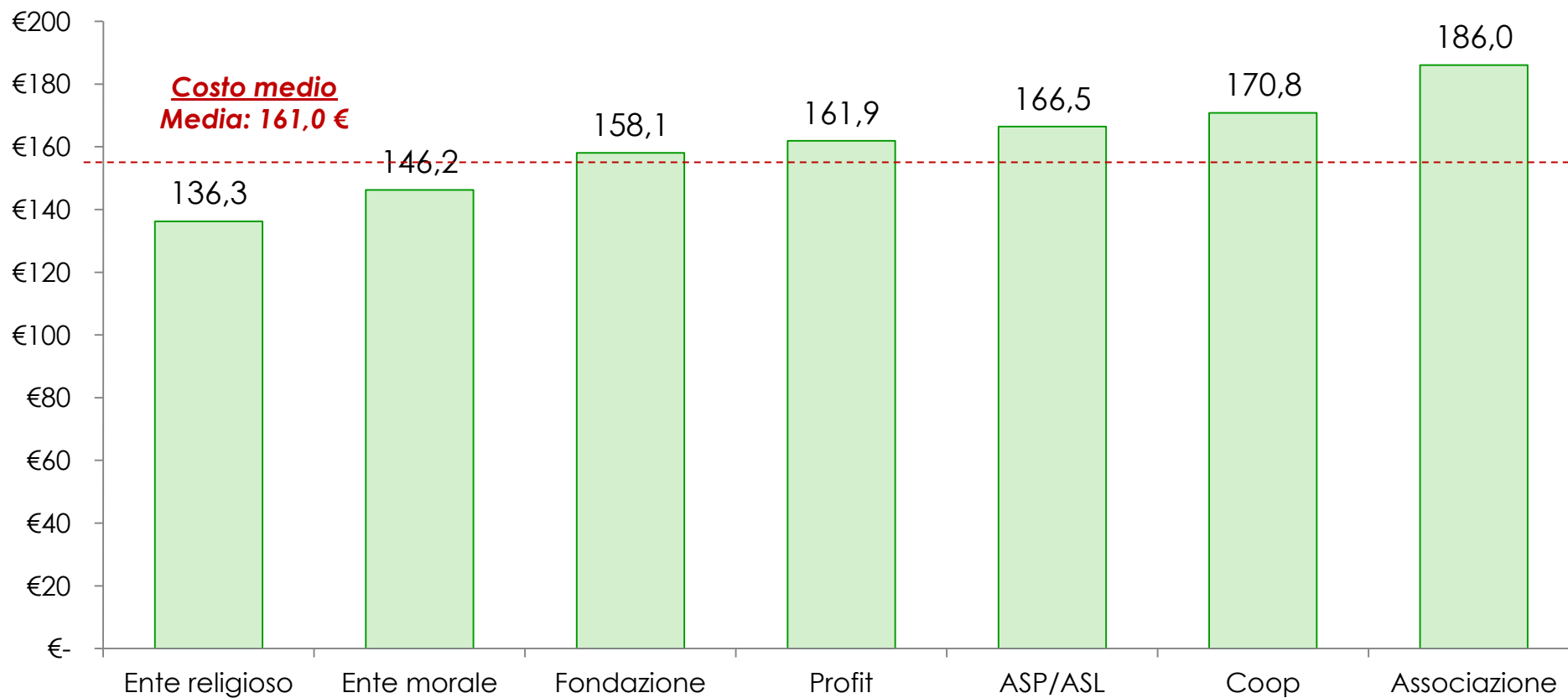
ASA	Personale educativo, infermieristico e riabilitativo	Professionalità coerenti con il progetto individuale
40%	40%	20%

\*.relativo a tutte le utenze (Tipici, ex dgr 5000, SLA, SV)

# Il costo medio a giornata erogata si attesta a 161 euro.

## Costo medio per forma giuridica

(€/giornata erogata;2013)



**Minutaggio erogato**

1.979

1.996

1.807

2.052

2.145

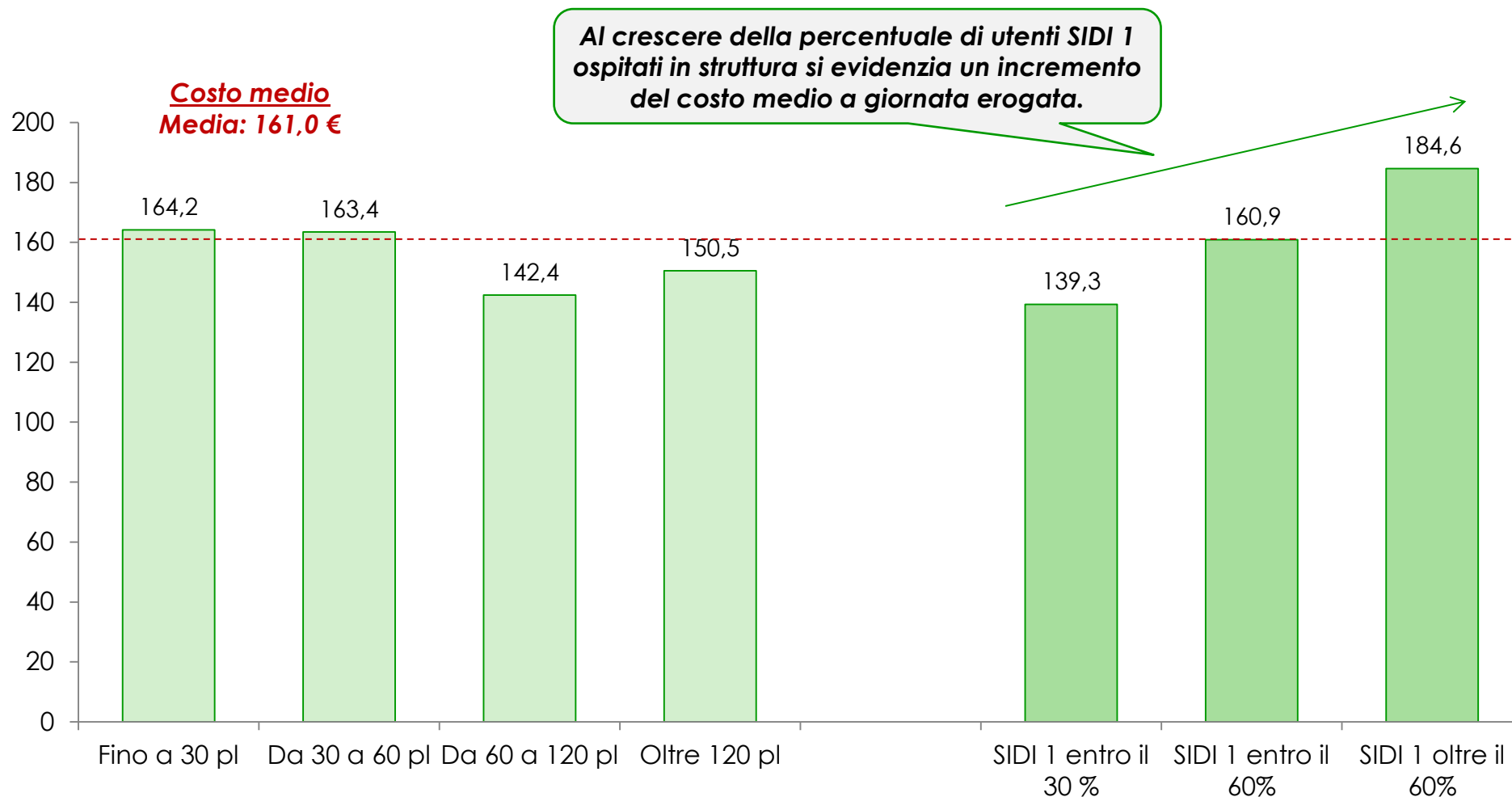
2.511

2.586

Le RSD con un numero di posti letto compresi tra 60 e 120 sono caratterizzate dal costo medio inferiore; al crescere della percentuale di ospiti SIDI 1 cresce anche il costo a giornata erogata.

### Costo medio per classe dimensionale e Incidenza di SIDI 1

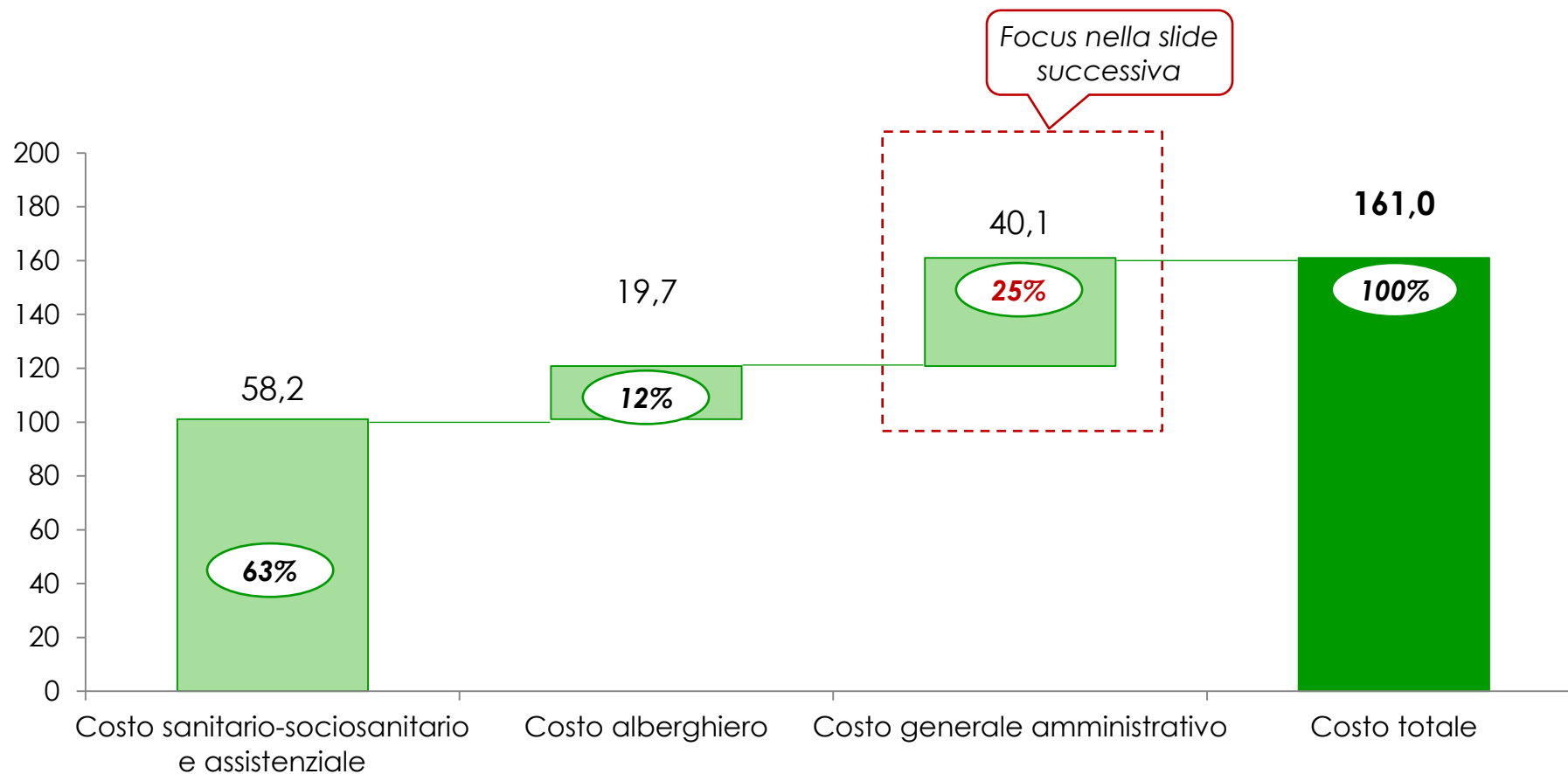
(€/giornata erogata;2013)



Oltre il 60% del costo medio a giornata erogata è relativo all'area sanitaria e  
socio-sanitaria.

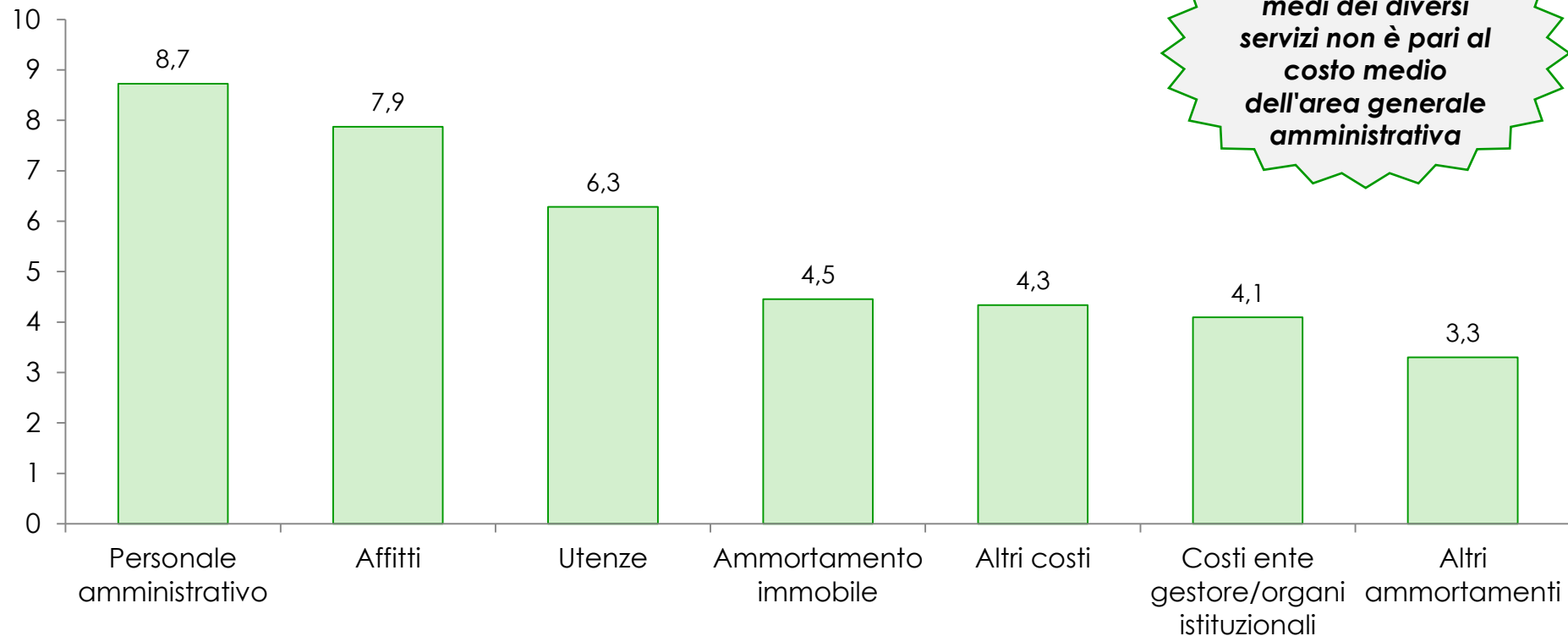
### Costo medio per macro-area di costo

(€/giornata erogata;2013)



# Focus delle principali voci di costo dell'area generale amministrativa.

## Componenti di costo: valore medio relativo al numero di strutture coinvolte (€/giornata erogata;2013)



**Numero strutture che hanno esplicitato il costo**

82

28

85

56

58

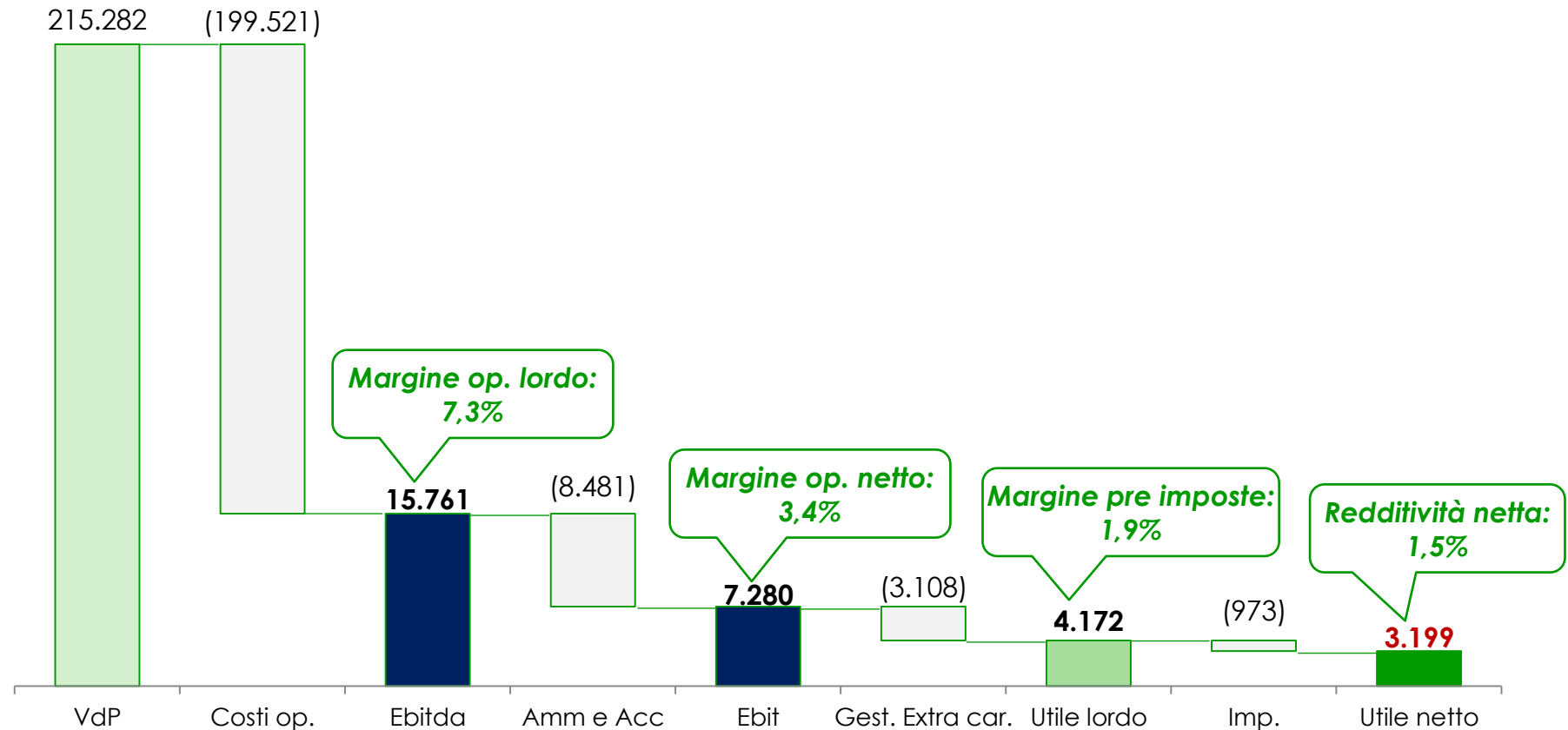
56

69

Nel 2013 il mercato RSD registra un utile di sistema: la redditività al netto delle imposte è pari a 3,2 milioni di euro.

## Conto economico semplificato del mercato RSD

('000 €; 2013)



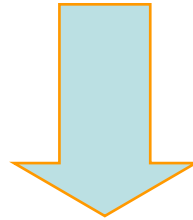
- **Circa la metà delle RSD** presenti in Lombardia **sono fondazioni** e **circa l'86%** delle strutture **ha meno di 60 posti letto**.
- **Circa due terzi dell'utenza è tipica** e la maggiore incidenza, pari al **54%**, è di **classe SID1**.
- Il **minutaggio medio settimanale** registrato nel **2013 è pari a 2.017 minuti**, il **12% superiore** rispetto al **minutaggio richiesto applicando gli standard** regionali, pari a **1.796 minuti**.
- Il **costo medio** per giornata erogata si attesta a **161,0 €**.
- Il costo medio risulta più basso per le strutture con un numero di posti letto compresi tra 60 e 120 e cresce proporzionalmente al crescere della percentuale di incidenza dell'utenza SID1.
- Oltre la metà del costo complessivo a giornata erogata è da imputare **all'area sanitaria e sociosanitaria (63%)**, per il **12% all'area alberghiera** e per il **residuo 25% all'area costi generali e amministrativi**; tra questi, i costi di locazioni, ammortamenti, utenze e personale amministrativo sono i costi più rilevanti (laddove sostenuti).
- **Nel 2013 il mercato RSD registra un utile di sistema**: la redditività al netto delle imposte è pari a 3,2 milioni di euro, pari al 1,5% sul fatturato.



**ORIGINE FIGURA OSS**



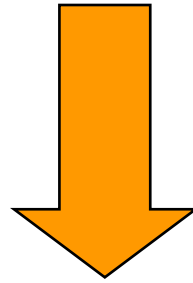
**OSS**



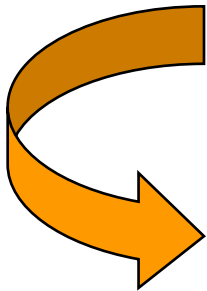
**ACCORDO CONFERENZA STATO REGIONI**

**22 FEBBRAIO 2001**

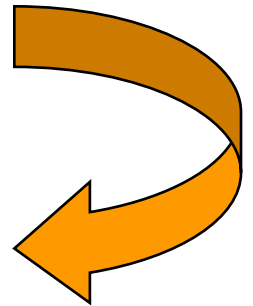
Conferenza stato-regioni



Persegue l'obiettivo di realizzare una leale collaborazione tra Stato e Regioni



Si riunisce in un'apposita sessione per affrontare le varie problematiche di interesse regionale



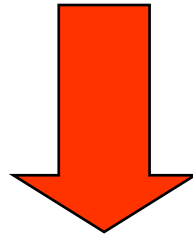
## Come si è arrivati alla figura di OSS

→ 1925: nasce l'ordinamento delle professioni infermieristiche

→ 1927: il legislatore delibera la figura dell'infermiere abilitato

↻ Negli anni nascono poi altre figure di supporto: portantino, ausiliario poi OTA, e altre professioni socio-sanitarie fino all'OSS ( 2001)

# OPERATORE SOCIO-SANITARIO

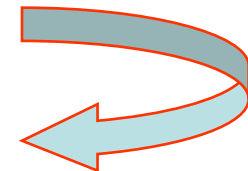
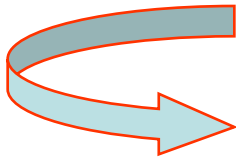


Nasce dalla sintesi dei precedenti profili professionali, rispondendo in modo adeguato all'evoluzione dei servizi alla persona intesa nella globalità dei suoi bisogni

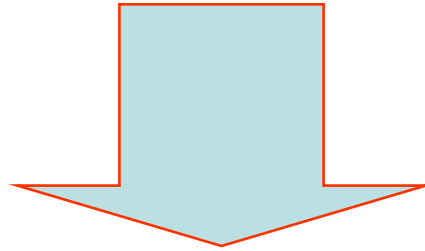
ADEST

OTA

OSS



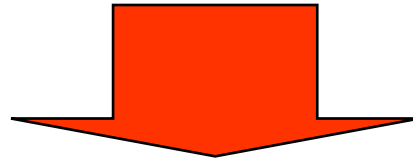
# ADEST



Acronimo: assistente domiciliare e dei servizi tutelari.

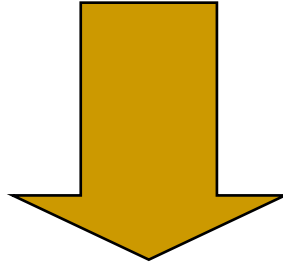
Svolge una funzione di aiuto per le persone in difficoltà (anziani, portatori di Handicap, malati cronici), nei loro bisogni quotidiani (aiuto domestico, assistenza alla persona, prestazioni igienico-sanitarie, etc..)

OTA



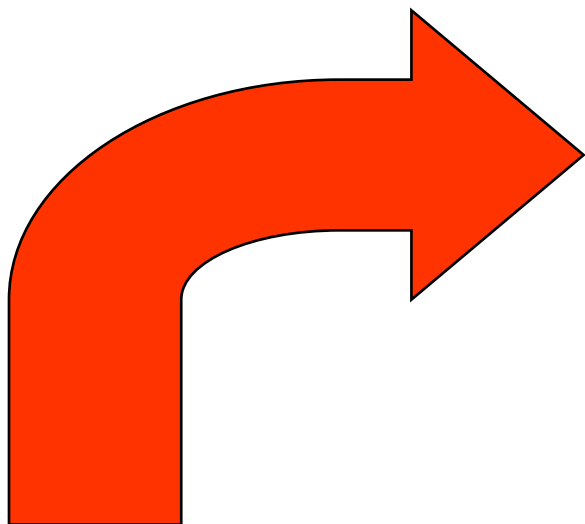
Svolge, sotto la diretta responsabilità dell'infermiere professionale, mansioni di pulizia e manutenzione di utensili, apparecchi medici usati dal paziente e dal personale medico per l'assistenza al malato

OSS



L'OSS dovrà quindi possedere competenze integrate **sociali e sanitarie**, sostituendo le precedenti figure di ADEST e OTA.

## Compiti dell'OSS




Soddisfa i bisogni primari della persona in un contesto sia sociale che sanitario, favorendo il benessere e incoraggiando l'autonomia dell'utente



Svolge la sua attività in collaborazione con gli altri operatori sanitari secondo il criterio del lavoro **multiprofessionale**, centrato sulla relazione d'aiuto



## Dove lavora l'OSS



Settore sociale che sanitario, in servizi di tipo socio-sanitario che socio-assistenziale



Strutture residenziali o semiresidenziali



Ambiente ospedaliero e a domicilio dell'utente

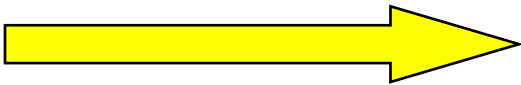
# Mansioni OSS



Assistenza diretta alla persona



Aiuto domestico e alberghiero



Interventi igienico-sanitari e di carattere sociale



Supporto gestionale e organizzativo

## Assistenza diretta e aiuto domestico alberghiero

→ Assiste la persona nelle attività quotidiane e di igiene personale

→ Realizza attività semplice di supporto diagnostico e terapeutico

→ Assiste il malato terminale e morente

→ Cura la pulizia e l'igiene ambientale

## **Intervento igienico sanitario e carattere sociale**

—————→ Collabora alla rilevazione dei bisogni utente

—————→ Valuta, per quanto di competenza, gli interventi più appropriati da proporre

—————→ Collabora all'attuazione degli interventi

—————→ Mette in atto relazioni comunicazioni di aiuto con l'utente e la famiglia

## Supporto gestionale e organizzativo

→ Collabora alla verifica della qualità del servizio

→ Registra e riferisce al caposala quanto rilevato durante il servizio

→ Collabora alla definizione dei propri bisogni di formazione e frequenta corsi di aggiornamenti

## Competenze tecniche

→ Collabora con l'utente e la sua famiglia:

→ Igiene dell'ambiente di vita e cambio della biancheria

→ Sa curare: lavaggio, asciugatura e preparazione del materiale da sterilizzare

→ Sa garantire la raccolta e lo stoccaggio corretto dei rifiuti e trasporto del materiale biologico- sanitario secondo protocolli stabiliti

## Competenze tecniche /2

→ Aiutare per la corretta assunzione di farmaci prescritti

→ Osservare, riconoscere e riferire i più comuni sintomi di allarme

→ Attuare interventi di primo soccorso

→ Effettuare piccoli medicazioni o cambio delle stesse

→ Collaborare e aiutare al movimento

→ Provvedere al trasporto in barella o carrozzella

## Competenze relazionali

→ Sa lavorare in equipe

→ Sa rapportarsi con la famiglia dell'utente

→ È in grado di interagire con il malato morente

→ Partecipa all'accoglimento dell'utente

→ È in grado di gestire la propria attività con la dovuta riservatezza ed eticità




## Ambito lavorativo dell'OSS

Attualmente il titolo di OSS costituisce TITOLO DI BASE per l'accesso a :



ENTI PUBBLICI



STRUTTURE SOCIO SANITARIE  
PRIVATE AUTORIZZATE E  
PRIVATE AI SENSI DELLE LEGGI  
VIGENTI (centri di servizio anziani)

## Quanto dura il corso

Il corso ha una durata complessiva di 1000 ore e la frequenza è obbligatoria

Le materie d'insegnamento sono di natura sia teorica che pratica

Possono accedere al corso, previo superamento di un corso di ammissione, cittadini italiani e stranieri

L'obiettivo è di formare una professionalità polivalente, che metta in grado l'operatore di destreggiarsi con sicurezza nelle **diverse situazioni che dovrà affrontare**

# Esami finali

**Al termine del corso gli allievi sono sottoposti ad una prova teorica e ad una pratica.**

La formazione è di competenza delle Regioni che provvedono all'organizzazione dei corsi, ma la **qualifica** è riconosciuta a **livello nazionale**.

I professionisti del futuro più  
pagati

Igienista dentale + 36%



# Promotore finanziario + 30%



# Marketing + 28%



# Ingegneri civili + 24%





# Sviluppatore applicativi per pc +24



# Infermieri + 22%



Dottore + 21%





PROGETTO  
**GIOVANI E ANZIANI**  
un percorso comune  
**STUDIO LAVORO e**  
**SOLIDARIETA'**



# USCITA DIDATTICA

VISITE DEL GIORNO  
13 APRILE 2015

Visite didattiche:

- **CASA DELLA SALUTE**      **S.Secondo Parmense PR**
- **R.S.A. S.Vincenzo**      **Vho di Piadena CR**

In collaborazione con:





**Le classi alla "Casa della Salute" di San Secondo Parmense**



**Foto di gruppo davanti all'ingresso del palazzo storico**



**Il prof. Bruno Bocchi direttore della "Casa della Salute e il dott. Paolo Rodelli responsabile medico, con gli studenti spiegano le caratteristiche di queste strutture tipicamente emiliane**



**Un altro momento partecipato del confronto con la direzione della struttura**



**L'infermiera Paola Cavalli coordinatrice del nucleo in un momento d'aula**



**Le classi durante la visita all'interno della struttura**



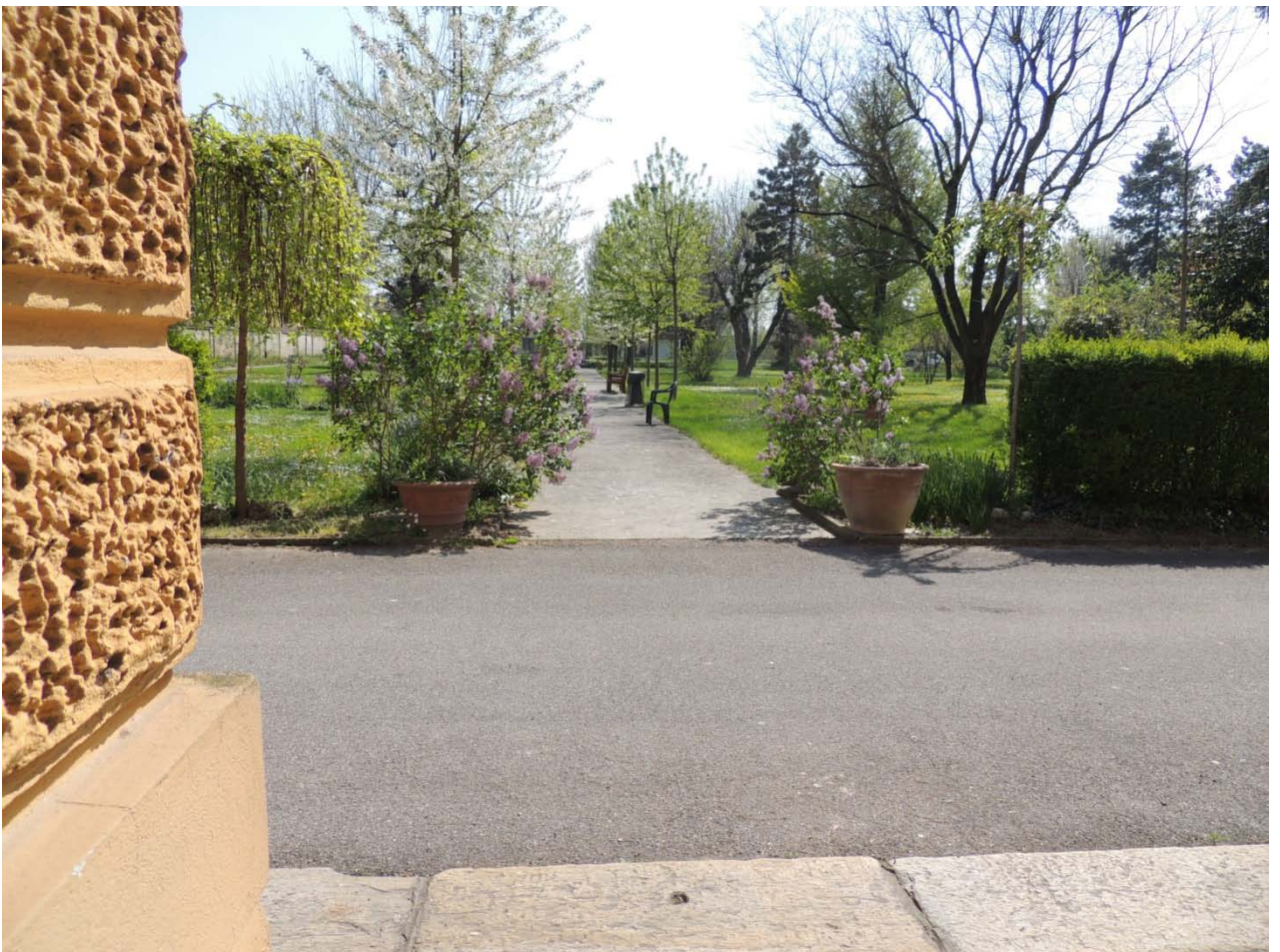
**Maurizio Benzoni responsabile area anziani della coop "il Gabbiano" accoglie le classi alla RSA S.Vincenzo al Vho di Piadena CR**







**Un'immagine dell'atrio all'interno della villa storica della RSA ed una del giardino a disposizione degli ospiti della struttura**





PROGETTO  
GIOVANI E ANZIANI  
un percorso comune  
**STUDIO LAVORO e  
SOLIDARIETA'**



# PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

## RASSEGNA STAMPA 2014 - 2015

Estratti:

- SPI INSIEME – Dicembre 2014
- La provincia – 30 Gennaio 2015
- WELFARENETWORK – 30 Gennaio 2015
- SPI INSIEME – Febbraio 2015
- SPI INSIEME – Giugno 2015

# Che fare per ridare serietà alla politica?

di Daniela Chioldelli - Segreteria Spi Cremona

Nelle ultime settimane dell'anno siamo stati tutti travolti dai fatti di Mafia Capitale. Gli intrecci, datati anni, tra maffiare, criminalità organizzata, corruzione di pubblici amministratori, occupazione di pezzi del territorio romano con quanto in esso contenuto, sono venuti alla luce suscitando ondate di indignazione. Ai fatti di Roma si aggiunge il reato di mafiosità ovvero la gravità di comportamenti omertosi e ricattatori che hanno coinvolto personalità politiche di rilievo, il sistema delle cooperative, lo sfruttamento commerciale di persone in stato di bisogno.

Gli indagati eccellenti si dichiarano, come sempre, estranei ai fatti! Chi non si sente estraneo siamo invece tutti noi (almeno credo) indignati, arrabbiati ma anche stanchi, se non rassegnati! Come vorremmo davvero che si riuscisse, come ha detto Napolitano, "a bonificare il sottosuolo marcio e corrosivo della nostra società" auspicando un ritorno ai valori morali, di cultura e di solidarietà della politica, una chiamata a fare tutti la nostra parte, a sentirci partecipi di

un progetto di rinascita.

Lo Stato si basa su leggi e regole che dovrebbero essere da tutti rispettate in pari dignità. Quanto accaduto in questi decenni ci dimostra invece che c'è chi pensa di farla franca di poter aggirare con furbizia, denaro, potere personale o di appartenenza, i sistemi che stanno alla base della società, agendo da posizioni di forza, senza vincoli morali o etici.

A mio parere però c'è anche altro: in questi tormentati anni di crisi non solo economica ma anche di valori, le difficoltà mettono in luce alcuni aspetti discutibili dei nostri comportamenti. Così abbiamo addossato la colpa sempre agli altri, alla politica e ai suoi rappresentanti in primis, al nemico della porta accanto specie se diverso, abbiamo dimostrato una forma di insofferenza verso tutto ciò



che richiama allo Stato, strizzando l'occhio ai tanti piccoli o grandi evasori che ci derubano tanto quanto i corrotti. Io penso che la politica sia una cosa molto seria anche quando non lo sembra. È in capo alla politica e al suo sistema di rappresentanze democratiche che stanno le scelte che hanno a che fare con tutti noi, nella nostra quotidianità, fatta non solo di problemi di lavoro o di pensioni, di sofferenze economiche e sociali, di aspettative di benessere e progresso,

ma anche di presenza e partecipazione dentro le istituzioni per dividerne le scelte e per agire un controllo sulle persone che le rappresentano.

Che fare, allora, per riprenderci quegli spazi dove l'azione politica non può prescindere da un progetto e anche da una tensione ideale che sentiamo scippata dalla mancanza di fiducia verso una classe dirigente inadeguata, che ha lasciato crescere quel sottosuolo marcio e corrosivo richiamato da Napolitano?

Ci siamo troppo allontanati dalla politica attiva, dalla partecipazione diretta, ci siamo sfilati dal confronto vero, rifugiandoci persino nell'assenteismo del non voto perché "tutti uguali...". È venuto meno quel controllo sociale, garantito dall'esistenza e dalla consistenza dei corpi intermedi, necessario ad evitare le tante derive che abbiamo conosciuto.

Scrivo queste cose su *Spi Insieme*, giornale sindacale dentro la Cgil che è uno di quei corpi intermedi che sono il luogo

elettivo della rappresentanza; sono note le nostre vicissitudini e le nostre rivendicazioni nei confronti della politica, le abbiamo sempre argomentate e sostenute, a volte con fatica ma abbiamo sempre cercato un confronto diretto con i nostri rappresentanti, chiesto conferma e partecipazione alle nostre scelte, perché il sindacato è indispensabile al funzionamento di tutti quei meccanismi di azione e controllo alla base di ogni forma di vera democrazia rappresentativa. ■

## Giovani e anziani

Tre progetti per l'incontro tra generazioni

Seguendo e condividendo le linee emerse dal nostro congresso, anche lo Spi di Cremona ha deciso di trovare rapporti e lavorare insieme alle nuove generazioni. Noi abbiamo stabilito di rivolgerci alle scuole per avventurarci in questa dimensione. Così sono nati tre diversi progetti, nei nostri tre principali centri:

**Casalmaggiore.** Col Polo scolastico Romani, coinvolgendo due classi quinte del Liceo Classico, si è definita una collaborazione a un progetto della scuola dal titolo *Il prezzo della libertà* (un percorso per celebrare il 70° della Liberazione). Si tratta di svolgere con gli studenti delle attività esterne: 1. visita al lager di Fossoli (campo di pri-

gionia diventato poi campo di concentramento per la deportazione in Germania di ebrei ed oppositori politici); 2. visita al museo del deportato di Carpi (un museo storico sulla deportazione e sui campi nazisti); 3. visita all'Istituto Cervi di Gattatico (casa rurale e moderno museo della storia della Resistenza e dei movimenti con-

tadini). Queste attività saranno accompagnate da un laboratorio sul sistema scolastico ed educativo nel periodo fascista; con gli alunni ci si interrogherà poi criticamente sul ruolo della scuola nella formazione della coscienza democratica. Si concluderà verso fine anno scolastico con una presentazione del percorso con un convegno aperto in quel di Casalmaggiore.

**Cremona.** Promosso dallo Spi Cremona, lo Spi Lombardia e l'Istituto Einaudi di Cremona (due classi quinte di indirizzo socio-sanitario) con la partecipazione attiva di Obiettivo lavoro e la Coop sociale *Il gabbiano*, è già avviato il progetto-percorso che vede lo Spi impegnato nelle aule a portare l'esperienza e le conoscenze rispetto alla non-autosufficienza, alla residenzialità, alla domiciliarità analizzando la situazione attuale e le tendenze in campo socio-sanitario in Lombardia e oltre. Il percorso sarà valorizzato da visite in Rsa e in casa della salute (modello

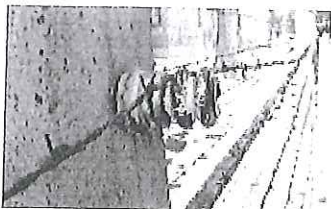
residenziale emiliano) che rappresenta, per noi, un esempio da perseguire. Ma il valore aggiunto del progetto è rappresentato dall'obiettivo di accompagnare nel mondo del lavoro i giovani che hanno percorso con noi l'esperienza mettendo in sinergia i soggetti partecipanti con la *dote giovani* della Regione Lombardia. Un grande convegno finale porterà l'esperienza a tutta la Cgil e all'intera comunità provinciale.

**Crema.** Si sta concretizzando un progetto con le scuole del territorio attraverso la collaborazione della Fondazione Galnazzi. Si produrranno documenti video di interviste degli studenti alle persone anziane, anche ospiti in Rsa, sul periodo della guerra e della liberazione prediligendo il punto di vista al femminile. Come cioè le donne, soprattutto a casa, in famiglia, hanno vissuto il periodo, hanno garantito la tenuta sociale e favorito l'opposizione al regime. I risultati ed i filmati verranno presentati in un convegno a Crema. ■

## In treno per la Memoria

Il prossimo 19 marzo dalla stazione centrale di Milano, binario 21, partirà anche quest'anno il viaggio organizzato da Cgil, Cisl, Uil che porterà studenti, insegnanti, lavoratori, pensionati a Cracovia e successivamente ad Auschwitz, per visitare il luogo dove più di un milione cinquecentomila persone innocenti sono state uccise dalla barbarie umana. Si tratta del momento più significativo del percorso del progetto *In treno per la Memoria*, un'opportunità importante e significativa perché i cittadini d'Europa, anche attraverso la semplice ritualità della commemorazione, non si sentano spettatori di una storia confezionata, ma attori di un destino comune che ha anche radici comuni nella tragica esperienza di Auschwitz.

Il viaggio, che inizierà come detto il 19, si concluderà il 23 marzo. Il costo di partecipazione è di 500 euro. I pensionati interessati possono rivolgersi per maggiori informazioni a Palmiro Crotti o a Eli Lazzari della segreteria Spi via Mantova 25 Cremona, tel. 0372.448633 / 0372.448634 / 0372.448604. ■



Pensionati Cgil. Grazie alla partnership con Istituto Einaudi, Obiettivo Lavoro e Coop Il Gabbiano

# Alleanza tra giovani e anziani

## Formazione teorico-pratica per gli studenti delle classi quinte a indirizzo socio sanitario

di Andrea Gandolfi

CREMONA.— È un incontro solidale tra generazioni all'insegna del rapporto con il territorio, di formazione e lavoro chiamati a confrontarsi con i nuovi equilibri demografici e sociali della provincia, il progetto "Giovani e anziani, un percorso comune (studio, lavoro, solidarietà)", nato grazie alla collaborazione tra Spi Cgil cremonese e regionale, Istituto Einaudi, Obiettivo Lavoro e Cooperativa Sociale Il Gabbiano. L'iniziativa è stata presentata ieri pomeriggio presso la Cgil di via Mantova, nell'incontro al quale hanno partecipato il preside *Carmine Filaretto* e le docenti *Elisabetta Bertolotti*, *Donata Ardigò* e *Giuseppina Bifulco* (Istituto Einaudi), *Palmito Crotti* (Spi Cremona), *Claudio Dossi* (Spi Lombardia) e *Giuliana Gorgoni*, in rappresentanza di BpIralia - Obiettivo Lavoro.

Il progetto coinvolge i 42 studenti delle classi quinte dell'indirizzo socio sanitario; prevede un percorso di formazione in aula, la iniziativa proprio ieri mattina (dopo la presentazione tenuta prima delle vacanze di Natale) la visita "sul campo" a due case di riposo — la *Rsa del Vno di Pradena* e la *Casa della Salute di San Secondo Parmense* —, e un convegno conclusivo che dovrebbe tenersi verso maggio, a ridosso della conclusione dell'anno scolastico — per presentare insieme a tutti i soggetti il bilancio di un'iniziativa pilonaria con forti elementi di innovazione.

In aula si parlerà di dinamiche demografiche e aspettative legislative, strutture di assistenza e lavoro di cura, residenzialità e domiciliarità, aspetti professionali 'operativi', ma anche del modo migliore e più efficace per appoggiare la ricerca di un lavoro dopo la conclusione del ciclo di studi superiori. Dunque, un ser-

viando. Obiettivo Lavoro e Cooperativa Sociale Il Gabbiano. L'iniziativa è stata presentata ieri pomeriggio presso la Cgil di via Mantova, nell'incontro al quale hanno partecipato il preside *Carmine Filaretto* e le docenti *Elisabetta Bertolotti*, *Donata Ardigò* e *Giuseppina Bifulco* (Istituto Einaudi), *Palmito Crotti* (Spi Cremona), *Claudio Dossi* (Spi Lombardia) e *Giuliana Gorgoni*, in rappresentanza di BpIralia - Obiettivo Lavoro.

Due anziani amici a colloquio con la mediazione della popolazione di BpIralia - Obiettivo Lavoro.



per la loro assistenza.

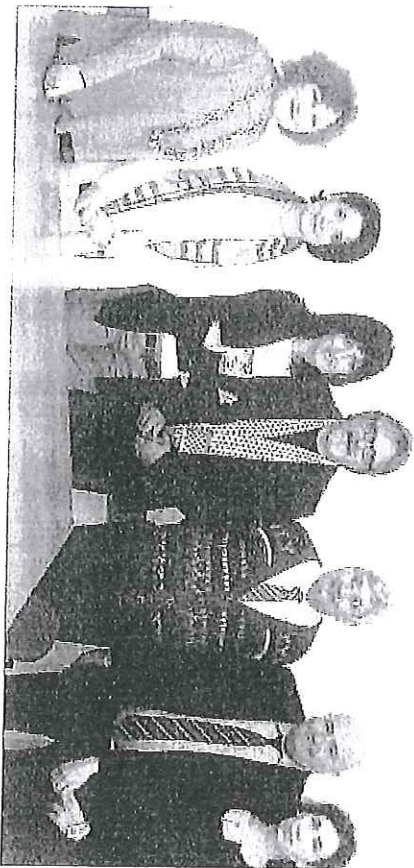
L'impegno del sindacato Pensionati Cgil è anche quello di favorire un incontro tra generazioni capaci di superare il luogo comune che le vede irrimediabilmente in conflitto per fruire di risorse economiche e lavoro; ribadendo che gli anziani non costituiscono solo un enorme patrimonio di memoria ed esperienza, ma possono anche costituire una risorsa preziosa da mettere in campo nell'attività quotidiana. Un'iniziativa promossa dallo Spi Cgil Cremona, guidato dal segretario generale Roberto Carrenzi, accolta e sostenuta con grande convinzione dal territorio. Per guardare con intelligenza ad un futuro prossimo nel quale l'invecchiamento medio della popolazione subirà un incremento esponenziale, chiedendo fin da ora la capacità di affrontare al meglio le opportunità e cogliere anche le opportunità.

© SIMBOLIZIONE/RENSERVA

## Rivolta d'Adda. Il convegno Allevamenti sani La base di tutto è la prevenzione Una scelta vincente

RIVOLTA. Un allevamento sano è fondamentale. Lo esige il mercato. E perché sia sano è fondamentale la prevenzione, che si sta adottando opportunamente nelle gestioni che hanno a che fare con le parti sempre inferiori ai benefici. È il messaggio del secondo convegno agricolo della fiera di Sant'Apollonia, tenuto mercoledì su iniziativa di Apa e Asl. Come ha spiegato il presidente Apa Renato Crotti, il tema della serata ("Alcuni indicatori di salute dell'allevamento bovino da latte"), è stato scelto perché gli allevatori, oggi devono essere sempre più in prima linea a difesa dei loro animali. Difesa che secondo Maurizio Giorgi, veterinario direttore del dipartimento Asl di Cremona, deve basarsi sulla biosicurezza; intesa come insieme di misure e gestionali finalizzate a prevenire l'introduzione di agenti infettivi nell'allevamento, la cui premessa è data da un'attività di identificazione certa del singolo animale. «A monte c'è un mercato che chiede determinate cose e certificazioni. E chi dà queste certificazioni di sanità è il servizio veterinario».

Per Massimo Boldini, direttore dell'istituto zooprofilattico di Lombardia ed Emilia, il livello della sanità del territorio è condizione principale, se non unica, per salvaguardare quella di ogni singolo allevamento. «Inutile — ha detto — avere un allevamento sano se poi il territorio circostante non lo è». Sanità che deve essere globale. Perché «la sanità di un allevamento non è privilegiata alla singola malattia, si deve parlare di sanità generale dell'allevamento. A che serve non avere casi di paratuberculosis se poi nello stesso allevamento vi sono animali positivi all'Ibr?». Ibr e paratuberculosis che — in primo allo streptococco agalactiae — sono le tre principali malattie infettive cui sono soggetti oggi i bovini da latte. Preventive, per Boldini, è un imperativo, perché quando arriva la diagnosi della malattia è già troppo tardi, e per farlo occorre un sistema di monitoraggio pianificato. «I benefici del controllo sono sempre positivi, rispetto ai costi».



vizio ai giovani che hanno scelto di 'servire' gli anziani, e potranno essere aiutati nella ricerca di uno sbocco occupazionale anche sfruttando le opportunità previste in proposito da Regione Lombardia, a partire dalla Garanzia

Giovani, alla scuola, che ha bisogno di stabilire un rapporto più stretto e capillare con il territorio; agli anziani che da questa iniziativa di formazione teorico-pratica avranno il vantaggio di persone ancora più preparate

Bifulco, Bertolotti, Ardigò, Crotti, Filaretto, Dossi e Gorgoni

MERCATI

MERCATI

Bancari, oggi lo sciopero generale

La Provincia 30 GENNAIO 2015

# Spi-Cgil ed Einaudi Cremona Giovani ed Anziani. Studio lavoro e solidarietà (Video)

*Si tratta di un percorso che occuperà l'intero anno scolastico con interventi in aula, visite esterne (RSA e Case della Salute) e con un importante convegno cittadino finale.*

Venerdì 30 Gennaio 2015 | Scritto da Redazione

[Invia a un amico stampa](#)



Il progetto, nato in collaborazione tra SPI Cremona, SPI Lombardia e l'Istituto "L.EINAUDI" di Cremona intende, attraverso la preziosa collaborazione di Obiettivo Lavoro e la Coop Sociale "Il Gabbiano", affrontare le tematiche legate al sociosanitario e più precisamente alla non autosufficienza con uno sguardo particolare al mondo degli anziani.

Si tratta di un percorso che occuperà l'intero anno scolastico con interventi in aula, visite esterne (RSA e Case della Salute) e con un importante convegno cittadino finale.

Ma il valore aggiunto del progetto è rappresentato dall'obiettivo di accompagnare al mondo del lavoro le giovani e i giovani che hanno percorso l'esperienza (due classi quinte

dell'indirizzo sociosanitario) mettendo in sinergia i soggetti partecipanti attraverso le doti di Regione Lombardia (garanzia giovani).

Il progetto ha carattere sperimentale con l'obiettivo di esportarlo poi negli altri territori lombardi e rappresenta una novità importante e strategica per la nostra città.

L'iniziativa è 'un incontro solidale tra generazioni all'insegna del rapporto con il territorio, di formazione e lavoro chiamati a confrontarsi con i nuovi equilibri demografici e sociali della provincia, il progetto 'Giovani e anziani, un percorso comune (studio, lavoro, solidarietà)', nato grazie alla collaborazione tra Spi-Cgil cremonese e regionale, Istituto Einaudi, Obiettivo Lavoro e Cooperativa Sociale Il Gabbiano.

L'incontro è stato presentato da Palmiro Crotti (Spi Cremona) ed hanno partecipato il preside Carmine Filareto e le docenti Elisabetta Bertoletti, Donata Ardigò e Giuseppina Bifulco (Istituto Einaudi), Claudio Dossi (Spi Lombardia) e Giulia Gorgoni, in rappresentanza di Bpi Italia - Obiettivo Lavoro.

Riprese Gian Carlo Storti, welfarecremonanetwork, Cremona 29 gennaio 2015

Nella foto da sinistra verso destra: Bifulco, Bertoletti, Ardigò, Crotti, Filareto, Dossi e Gorgoni

1° Video. Spi-Cgil ed Einaudi Cremona Giovani ed Anziani. Crotti, Filareto, Ardigò

2° Video. Spi-Cgil ed Einaudi Cremona Giovani ed Anziani: Bertoletti, Gorgoni,  
Dossi

I video si trovano al seguente indirizzo:

<http://www.welfarenetwork.it/spi-cgil-ed-einaudi-cremona-giovani-ed-anziani-studio-lavoro-e-solidarieta-video-20150130/>

# Oltre 33 milioni di euro per i disabili gravissimi

Il sindacato firma un accordo con la Regione

Cgil, Cisl e Uil insieme a Spi, Fnp e Uilp hanno sottoscritto un nuovo accordo con l'assessorato alla Famiglia che permetterà di dare aiuti concreti alle persone con disabilità gravissima in dipendenza vitale. Una volta recepito l'accordo con delibera, le risorse verranno erogate attraverso le Asl a cui dovrà essere fatta apposita domanda e solo dopo aver avuto la certificazione, rilasciata dall'apposita commissione Asl, che riconosce lo stato di salute. Le risorse ammontano complessivamente a 33.271.300 euro. I pazienti, a cui sia stata certificata la situazione di grave o gravissima disabilità in dipendenza vitale secondo i criteri stabiliti dal ministero della Salute, avranno diritto

a un assegno mensile di 1000 euro della durata di un anno. Sono interessati:

- persone affette da malattie del motoneurone in stato vegetativo a prescindere dall'età, per esempio i malati di Sla;
- persone con età inferiore a 65 anni se affette da altre patologie;
- persone con più di 65 anni se affette da altre patologie, ma con già attiva una misura di aiuto.

Su richiesta delle organizzazioni sindacali la Regione ha esteso il beneficio dell'assegno dei 1000 euro anche alle persone con più di 65 anni affette da altre patologie comunque in dipendenza vitale, ne ha però limitato l'applicazione in via prudenziale per non creare false aspettative a tutti coloro che non hanno ancora compiuto 70

anni, in questo caso la valutazione verrà sempre fatta dall'Asl territorialmente competente, ma l'erogazione sarà a carico dei comuni che riceveranno risorse adeguate. Ai pazienti in dipendenza vitale con disabilità grave e gravissima se minori spetta, inoltre, un assegno mensile di 500 euro e se in Adi con la misura prevista di un buono di 360 euro. I pazienti potranno fare domanda per ottenere aiuti anche dai Comuni una volta definiti i criteri di accesso delle deliberazioni 740 (ma per la misura B2) e per le misure previste nella delibera 856. Se avete bisogno di maggiori informazioni e chiarimenti potrete venire agli sportelli sociali per la non autosufficienza dello Spi. ■

# Studio, lavoro e solidarietà

Parte il progetto Spi



Giovani e pensionati: per lo Spi non è un rapporto che passa solo attraverso la trasmissione della memoria. Lo dimostra il progetto che Spi Lombardia e Cremona stanno mettendo a punto con Obiettivo Lavoro, agenzia privata di collocamento, cooperativa Il gabbiano e l'Istituto tecnico Luigi Einaudi di Cremona. Interessate saranno due quinte a indirizzo socio-sanitario.

"Sia Obiettivo lavoro che la cooperativa - commenta Claudio Dossi, segretario regionale Spi - sono entusiaste di questo progetto così come lo siamo noi perché, per la prima volta, cercheremo di far incontrare domanda e offerta di lavoro, i ragazzi infatti avranno la possibilità di confrontarsi con chi, al termine del loro percorso di studio, potrebbe essere il referente per l'entrata nel mondo del lavoro".

Il progetto si svolge nell'arco scolastico 2014-2015 e prevede visite presso le residenze sanitarie come presso le case della salute già operanti in Emilia Romagna, l'obiettivo è quello di analizzare gli aspetti legati alle professionalità che gravitano attorno al mondo della non autosufficienza e al socio-sanitario più in generale, non ci si limiterà alla residenzialità ma ci saranno anche momenti di approfondimento sull'assistenza domiciliare e il mondo delle badanti. "Cercheremo, inoltre, di collocare questo progetto - continua Dossi - nell'ambito degli orientamenti previsti dal recente accordo con la Regione Lombardia sul futuro del sistema socio-sanitario. Vorremmo, così far conoscere ai ragazzi il contesto entro cui opereranno, che sarà caratterizzato dal crescente invecchiamento della popolazione. Stiamo anche valutando con Cgil Lombardia l'opportunità di un intreccio con le risorse di Garanzia giovani, il progetto regionale di inserimento nel mondo del lavoro." ■



## Come procedere

Il familiare di un paziente grave o gravissimo in dipendenza vitale assistito a domicilio deve:

- presentare una domanda alla mia Asl di competenza indicando la misura B1 della delibera 740 del 2013
  - attendere la chiamata per la visita della commissione Asl, se il paziente non è trasportabile si farà a domicilio
- Se si riceve parere positivo ci sarà l'erogazione del buono di 1000 euro integrato con ulteriori 500 euro se la persona è un minore oppure di 360 euro se è maggiorenne e assistito in Adi.
- Se si ha un parente con le stesse condizioni di dipendenza vitale ma con patologie diverse dal motoneurone o stato vegetativo e con età superiore ai 65 anni, si deve sempre presentare una domanda all'Asl di riferimento, ma l'erogazione avverrà a carico del Comune di residenza.

## Le nostre Convenzioni per l'anno 2014



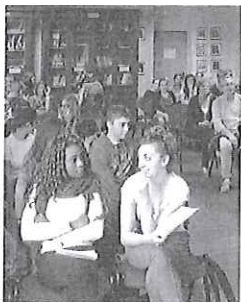
 Flessit	 Automobile Club d'Italia Assistenza stradale	 Brico	 CLINICA BAVIERA CENTRO DIAGNOSTICO EUROPEO	 coin Assicurazione	 DENTALARBE ATTIVITÀ ODONTOL. COOP. COOPER.	 DEXPER AVVIO PER IL MONDO DEL LAVORO
 FAI Fondo Ambiente Italiano Tempo libero	 minas Riparazioni auto	 salmoiraghi & viganò Apparecchi ortodontici	 Tecnosad AVVIO PER IL MONDO DEL LAVORO	 TeleSerenità Assistenza sanitaria e ospitalità	 TENA Prodotti per l'igiene	 Farmacia Uscire con la Garanzia Spi

Gli iscritti allo SPI CGIL Lombardia possono usufruire di sconti e agevolazioni presso queste aziende. Per maggiori informazioni: [www.spicgillombardia.it](http://www.spicgillombardia.it)

## Giovani e anziani un percorso comune

Si è rivelata un'idea vincente il progetto elaborato da Spi Cremona e Lombardia, Cgil Lombardia insieme all'Istituto Einaudi - dove sono state interessate due quinte a indirizzo sociosanitario - e coinvolti Obiettivo Lavoro, agenzia privata di collocamento, e la cooperativa Il Gabbiano.

Il progetto si è svolto nell'arco dell'anno scolastico 2014-2015 e si è articolato su più moduli. Da un lato con lo Spi gli studenti hanno affrontato la parte relativa alla non autosufficienza con lezioni in aula che hanno riguardato, in specifico, le dinamiche demografiche relative all'invecchiamento sia in Lombardia che a livello nazionale; cenni di carattere legislativo sia nazionali che relativi alla realtà lombarda soprattutto proiettandosi sul futuro che si prospetta per il settore sociosanitario; altro argomento affrontato con lo Spi è stato quello relativo alla residenzialità e alla domiciliarità come il ricorso alle badanti. Terza fase curata dallo Spi il focus sulle Rsa. La cooperativa Il Gabbiano ha, in aula, pun-



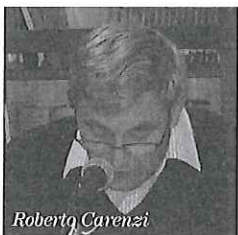
tato l'attenzione sulle professionalità del settore, sul rapporto con la scuola e su quali siano le necessità attuali e future. Ad Obiettivo Lavoro è stata affidata l'intervento più specifico sul rapporto mercato del lavoro e scuola, il che ha significato affrontare in aula il rapporto domanda/offerta, le dinamiche di inserimento, i tirocini, le opportunità delle doti e degli incentivi e la formazione continua.

Al lavoro in aula sono state accompagnate due visite a delle strutture residenziali a Piacenza e San Secondo Parmense (vedi a pagina 7). ■

"Bisogna avere delle idee e questo progetto si è basato su idee molto forti per cui voglio ringraziare il sindacato dei pensionati", ha esordito così il sindaco di Cremona, **Gianluca Galimberti**, che ha aperto la giornata di riflessione -



Gianluca Galimberti



Roberto Carenzi

tenutasi presso l'Aula Magna dell'Istituto Einaudi lo scorso 28 maggio - sul progetto *Studio, lavoro e solidarietà - Giovani e anziani, un percorso comune*.

"Siamo davanti a crescenti tagli delle risorse ai Comuni e questo segna una specie di rivoluzione anche per quanto riguarda i servizi che come Comune possiamo offrire: gli anziani sono importanti e la loro cura a domicilio crescerà d'importanza - ha continuato Galimberti - Le figure professionali che questi giovani hanno avuto modo di incontrare saranno fondamentali e a loro è anche il compito di essere creativi per rispondere a bisogni crescenti. Mi auguro che questo tipo di progettualità vada avanti estendendo si anche ad altri settori". E su questo il sindaco ha trovato sintonia nel sindacato, infatti **Roberto Carenzi**, segretario generale Spi Cremona, ha subito sottolineato come "l'esperienza con-



Maurizio Benzoni

## Studio, lavoro e solidarietà

Concluso il progetto Spi Cremona e Lombardia con l'Istituto Einaudi



dotta sia stata proficua, il contatto con gli studenti e i docenti è servito per un arricchimento sia di conoscenza che di cultura di cui tenere conto nel corso delle attività future". Non solo, Carenzi ha anche voluto ricordare ancora una volta come siano pretestuosi i tentativi di mettere giovani e anziani contro: "metterci a disposizione dei ragazzi, costruire con loro momenti di integrazione ci è sembrato il modo migliore di sconfinare i teorizzatori del conflitto generale e per costruire, di contro, una collaborazione tra generazioni, un ponte per un percorso comune che colga reciproci vantaggi". E l'impegno dello Spi non è finito: "Stiamo lavorando alla ricerca degli opportuni contatti con la Regione e con le aziende fuori dal territorio, per attivare *Garanzia giovani*, il nuovo strumento della Comunità europea per ridurre la disoccupazione giovanile. Tramite questo strumento si potrebbero attivare inserimenti lavorativi a tempo determinato in apprendistato o in tirocinio per creare opportunità lavorative nuove". Terreno quest'ultimo su cui anche **Roberto Fioroni**, per Obiettivo Lavoro Bpi, si è speso che ha ricordato come l'apporto dato in questi mesi sia stato volto a cercare di aiutare gli studenti a compren-



Roberto Fioroni

dere meglio se la strada intrapresa era quella per loro giusta e su cosa in specifico puntare per un'ulteriore specializzare o per cercare di entrare subito nel mercato del lavoro. "A Piacenza - ha detto poi **Maurizio Benzoni**, responsabile area anziani de Il Gabbiano - avete avuto modo di interfacciarsi con gli anziani toccando più da vicino quali sono i loro bisogni. Avete potuto vedere come il nostro non sia solo un percorso assistenziale, ma come sempre più sia fondamentale il lavoro svolto dall'equipe multidisciplinare e come crescano le richieste di assistenza familiare. Dunque, avete avuto modo di vedere quanti e quali figure siano sempre più ricercate. Dovete avere fiducia perché attraverso questo progetto avete avuto gli strumenti per valutare le opportunità e le occasioni che incontrerete". E la fiducia è forse quella più difficile da avere, lo hanno ben sottolineato le studentesse intervenute, che si sono fatte portavoce delle due classi che hanno partecipato al progetto e di cui potete leggere a pagina 7.

"Perché come Cgil ci siamo impegnati in questo progetto? - ha domandato ai ragazzi **Daniele Gazzoli** della segreteria Cgil Lombardia - perché pensiamo a chi sarà lavoratore domani, per aiutarvi a guardare con un po' meno di pessimismo al vostro futuro. In Lombardia gli strumenti per entrare nel mondo del lavoro ci sono, la media per trovare un impiego è di due anni. In *Garanzia giovani* ci sono due strumenti Stop e Flussì, quest'ultimo è dedicato a chi sta finendo il percorso di studio. Vi invito a rivolgervi alla Camera del Lavoro, a chi cura



Daniele Gazzoli



Claudio Dossi

le politiche attive per attivare un percorso finalizzato a trovare occupazione. Noi ci stiamo impegnando con Regione Lombardia perché all'interno di *Garanzia giovani* venga riconosciuto a voi che avete un percorso di studi di cinque anni un canale privilegiato rispetto a chi ha studiato solo per pochi mesi". "Voi avete la grande opportunità di poter combattere la sfiducia - ha rincarato **Claudio Dossi**, segretario Spi Lombardia - e credere di poter creare il vostro futuro. Abbiamo voluto creare un rapporto con voi, non solo illustrarvi le esigenze degli anziani, credo sia stato giusto fare così e forse dovremmo osare di più come sindacato. È necessario prestare attenzione al nuovo, un ulteriore passo è stato fatto con l'approvazione della legge sulle assistenti familiari, che ha sancito una nuova professione. Gli anziani non vi stanno rubando il lavoro, anzi hanno bisogno di voi. Ricordatelo". ■



# "Grazie per aver avuto fiducia in noi!"

*La parola gli studenti che hanno preso parte al progetto*

"La scuola si deve aprire all'esterno, i giovani devono avere gli strumenti per affrontare il dispari che è fuori, devono avere le competenze specifiche e trasversali da spendere in diverse realtà, per questo hanno visto diversi ambiti - Donata Ardigo, coordinatrice del progetto per l'Istituto Einaudi spiega così qual è stato il valore aggiunto dato da questo corso - Abbiamo voluto riempire di contenuto la parola competenze e combattere così anche la dispersione scolastica offrendo la possibilità concreta di costruire un progetto per la propria vita".

Ma cosa ne hanno tratto alla fine i giovani che hanno partecipato? La risposta l'hanno data Bianca, Janet e Roberta intervenute a nome di tutti gli studenti delle VA e VB. "Abbiamo potuto mettere a confronto la condizione dell'anziano che vive in Rsa con quella di coloro che risiedono al proprio domicilio - ha spiegato Bianca - Un anziano che risiede in una struttura residenziale può considerare questo momento come un distacco dalla propria routine, dalla sua autonomia, dalla famiglia e dalle relazioni interpersonali che aveva instaurato in precedenza. Ma allo stesso tempo, come abbiamo potuto verificare durante la visita alla Rsa di Pia-



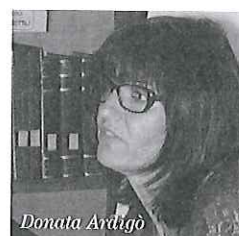
dena, l'anziano può godere di assistenza permanente con interventi adeguati ai suoi specifici bisogni, mentre la persona che vive a casa può preservare le sue abitudini e relazioni ma c'è il rischio che non venga messa in atto un'assistenza che risponda alle sue effettive esigenze. Questo percorso progettuale ci ha permesso di riflettere sul cambiamento e l'evoluzione di quella figura che oggi viene chiamata badante, una figura importante con competenze specifiche volte al miglioramento della qualità della vita". "Inoltre - è intervenuta Janet - ci è stata data la possibilità di visitare la Casa della salute a San Secondo Parmense. Qui si cerca di offrire, non solo all'anziano, ma al cittadino in generale, un ambiente il più possibile familiare. Le persone vengono

accompagnate in un percorso che cerca di rispondere alle loro necessità medico-assistenziali e sanitarie attraverso accessi facilitati per comodità ai servizi posti sul territorio. Questo tipo di organizzazione permette lo sviluppo di un benessere bio-psico-sociale perché considera la persona nella sua integrità. Abbiamo riflettuto sulle professioni incontrate, ciascuno di noi ha potuto pensare a un percorso personale di completamento degli studi o di avviamento al lavoro, ci ha aperto una finestra sulla realtà offrendoci una mappa di orientamento professionale e culturale". Ma su quanto li attende all'uscita dalla scuola si sentono perplessi se non proprio pessimisti, lo ha messo in luce Roberta della VB che ha raccolto le sensazioni del-

che la maggioranza dei giovani crede che manchino sistemi meritocratici e che per avere successo non bastino talento, determinazione e coraggio. Però tutto questo scetticismo si è scontrato con la bellezza dell'incontro avuto con l'esperto di Obiettivo lavoro che ci ha coinvolto attivamente cercando di trovare possibili inserimenti lavorativi a breve. Al senso di solitudine che proviamo ha risposto aiutandoci a capire come a



Carmine Illareto



Donata Ardigo

le sue compagne: "Le ho sintetizzate così: l'università crea le basi ma non garantisce una connessione con il mondo del lavoro; l'alta politica non si preoccupa dei giovani, che la sentono lontana; bisogna avere il coraggio di cambiare l'andamento delle cose; troppe carriere si fanno solo per l'anzianità; il nostro sistema non valorizza il merito; mi sento disorientata e demotivata. Si comprende il pessimismo che emerge, visto

partire dalle solide basi costruite con le nostre conoscenze e con le attività di tirocinio potremo costruire un adeguato curriculum e creare, poi, una rete di relazione e contatti fondamentali per farci conoscere e apprezzare. Lo Spi e la Cgil hanno creduto in noi giovani e hanno deciso di investire tempo, lavoro e denaro su di noi in questo progetto unico nel suo genere. Non possiamo che ringraziarli!" ■

## Un contatto diretto con la realtà



La Casa della Salute a San Secondo Parmense e la Rsa San Vincenzo a Vho di Piadena, sono stati questi i luoghi che i ragazzi hanno potuto visitare e a cui hanno fatto riferimento nelle loro riflessioni a conclusione del percorso.

Vediamo brevemente le caratteristiche sia della Casa della Salute che della Rsa San Vincenzo.

### Casa della salute

Ad accompagnarci nella visita sono stati **Bruno Bocchi**, direttore della struttura, **Paolo Rodeli**, responsabile clinico medico, e **Paola Cavalli**, infermiera coordinatrice nucleo.

La Casa della Salute serve tre comuni per un totale di 17mila abitanti, di fatto vi affluiscono nove comuni per un totale di un bacino di utenza di 45mila abitanti. Vi lavorano più di cento professionisti di tutti i dipartimenti territoriali (Adi, medicina generale, dipartimento salute mentale, sanità pubblica) oltre che dei dipartimenti ospedalieri. Ha trenta posti letto territoriali.

Al pianterreno si trova sportello unico, organizzazione volontariato, tribunale per i diritti del malato che hanno tutti un proprio ufficio.

Gli edifici che compongono la struttura sono due, uno giallo e uno rosso. Quello rosso è dedicato alla Medicina di gruppo e ospita medici di medicina generale che lavorano in gruppo dalle 8 alle 20 dal lunedì al venerdì, obiettivo è il 24ore; fanno attività di segreteria che supplisce cup quando è chiuso nel pomeriggio. C'è una forte integrazione professionale tra infermieri della struttura e professionisti. Mentre nell'edificio giallo vi sono i settori dedicati alla degenza, attività specialistiche dipartimenti ospedalieri, area salute donna, punto prelievi; viene fatta la distribuzione diretta farmaci + distribuzione diretta presidi diabete + attrezzature specifici per incontinenza.

### Rsa San Vincenzo a Vho di Piadena

È una Rsa del gruppo Il Gabbiano di Piadena.

Nella parte antica della villa ci sono ufficio amministrativi e lavanderia oltre altri servizi accessori (villa del '700 appartenente ai Conti Magio Trecchi, all'inizio ospitava orfani, bisognosi, ecc). Nella parte nuova (2009) sono ospitate in tutto 108 persone, di cui alcune sono qui da diversi anni. Manca nucleo Alzheimer.

Nella parte vuota si vorrebbe realizzare Comunità per anziani, nella parte vecchia un Centro diurno ■





PROGETTO  
GIOVANI E ANZIANI  
un percorso comune  
**STUDIO LAVORO e  
SOLIDARIETA'**



# PRESENTAZIONE PUBBLICA DEL PROGETTO

CONVEGNO DEL 28 MAGGIO 2015  
AULA MAGNA ISTITUTO "EINAUDI"



Atti:

- introduzione
- intervento di Carenzi Roberto S.G. SPI Cremona
- intervento di Ardigò Donata Insegnante Einaudi
- intervento di Maurizio Benzoni "il Gabbiano"
- intervento delle Alunne V A e VB
- Intervento di Gazzoli Daniele (sintesi)
- intervento di Dossi Claudio (sintesi)

In collaborazione con:



## INTRODUZIONE al convegno del 28 maggio 2015

Si è concluso giovedì 28 maggio presso l'Istituto Einaudi il progetto "GIOVANI E ANZIANI, UN PERCORSO COMUNE" realizzato con la collaborazione dello SPI/CGIL, della Cooperativa IL GABBIANO e dell'Agenzia per il lavoro OBIETTIVO LAVORO.

I saluti ai presenti del Dirigente Prof. Carmine Filareto hanno aperto l'incontro cui hanno partecipato docenti e studenti delle classi quinte dell'indirizzo socio sanitario destinatarie del percorso formativo. Il sindaco Gianluca Galimberti ha portato il saluto della città all'Istituto che quest'anno si è particolarmente distinto anche in ambito grafico artistico con prestigiosi riconoscimenti nazionali.



Il Sindaco Galimberti e il Preside Filareto

I giovani al centro, intorno educatori, il mondo delle professioni e dell'orientamento e le esperienze di attenzione al sociale rappresentate dal sindacato.

E' questo in sintesi il progetto di cui trovate di seguito i documenti. Il welfare che cambia, che necessita di sguardi nuovi e professionalità formate e desiderose di approcciarsi al lavoro con competenze nuove e conoscenze del territorio, luogo che raccoglie in sé i cambiamenti, gli umori, le difficoltà dei più fragili ma anche le giuste speranze dei giovani verso il futuro.

Il nostro è un paese che invecchia rapidamente con sempre meno risorse da destinare ai tradizionali sistemi di protezione sociale; "... serve un approccio diverso - ha detto il sindaco Galimberti rivolto agli studenti - un'attenzione solidale ai bisogni delle persone in

difficoltà ma anche *un guardarsi dentro* per capire attitudini ed aspirazioni, imparando a diventare imprenditori di sé stessi coniugando il proprio sapere teorico con le esperienze pratiche del lavoro ...”

La preziosa collaborazione della Cooperativa IL GABBIANO che opera nelle RSA e nei servizi sociali, l'orientamento, la formazione e selezione dell'agenzia OBIETTIVO LAVORO si sono intrecciate con l'esperienza sindacale dello SPI in merito ai diritti: quelli del lavoro, le norme contrattuali, i diritti individuali e di cittadinanza fornendo ai ragazzi una visione più ampia del “dopo” quando, dalle protettive aule scolastiche, passeranno



all'impegnat  
ivo mondo  
del lavoro.

Un aiuto  
pratico,  
concreto,  
che il  
mondo degli  
adulti, nel  
nostro caso  
dei  
pensionati,  
ha voluto  
offrire ai  
giovani  
studenti ,  
per aiutarli a  
non  
perdersi nei

rivoli di una società complessa, a volte disillusa e rancorosa, ma che al suo interno ha energie e potenzialità che nessuno può permettersi di disperdere.

SPI/CGIL CREMONA - LOMBARDIA

## INTERVENTO INTRODUTTIVO Segretario Generale SPI CGIL Cremona ROBERTO CARENZI al convegno del 28 maggio 2015

Nel ringraziare a nome dello Spi Cgil tutti i convenuti a questo evento avente lo scopo di tracciare, di concerto con i soggetti che vi hanno partecipato e l'hanno condiviso, un minimo di bilancio del progetto pilota costruito insieme con l'istituto Einaudi, con "obbiettivo lavoro" e con la coop" Il gabbiano" .

Il lavoro fatto insieme contiene al proprio interno forti elementi innovativi che, qualora giudicati positivamente, potrebbero tracciare piste di attività future, in grado di migliorare le singole esigenze dei soggetti partners.



Per quanto ci compete ritengo che l'esperienza condotta sia stata proficua, il contatto con gli studenti ed i loro docenti è sicuramente servito per un arricchimento di conoscenza e cultura, di cui tenere conto nel corso delle attività ed elaborazioni future di un sindacato come il nostro che rappresenta pensionati e anziani.

Spero che anche il mondo della scuola possa dire altrettanto, che possa avere ricavato dalle sinergie contenute nel progetto e dall'interazione con soggetti non usuali, dei valori aggiunti tali da arricchire la didattica e facilitare l'apprendimento dei ragazzi, ampliando il bagaglio di conoscenze che gli necessitano per diventare domani operatori del settore meglio preparati e più pronti alle esigenze di una popolazione anziana in espansione esponenziale.

Ultimamente da più parti ai pensionati si rivolge

l'accusa di rubare il futuro ai giovani in termini di risorse, di lavoro e di prospettiva.

Noi riteniamo queste accuse ingiuste e le rispediamo ai mittenti: i pensionati non hanno rubato nulla, hanno lavorato per 35/40 anni pagando i contributi che hanno determinato la loro pensione.

Noi non ci sentiamo responsabili di scelte governative e politiche, alcune discutibili, costruite quando il benessere del Paese era decisamente più elevato di oggi e le casse dell'INPS permettevano scelte di distribuzione delle risorse oggi non più proponibili.

Il vecchio sistema retributivo non ha ancora cessato i propri effetti e per porvi rimedio il ministro Fornero del passato governo Monti ha tentato una cura che si sta dimostrando troppo amara e sbagliata per il Paese.

L'allungamento della permanenza al lavoro, spostando l'età in cui scatta il diritto alla pensione, ha di fatto impedito l'accesso al lavoro di migliaia di giovani allungando ed incrementando livelli di disoccupazione insostenibili.

E' del tutto evidente che in un Paese in piena crisi economica e produttiva dove mancano gli



investimenti e centinaia di aziende quotidianamente chiudono i battenti, allungare la permanenza al lavoro spostando l'età pensionistica produce una sorta di tappo che impedisce ai giovani l'ingresso nel mondo del lavoro.

Quei giovani che sono i nostri figli, i nostri nipoti, per il cui futuro molti di noi hanno combattuto per la libertà, la giustizia, la legalità e la democrazia.

Tentare di alimentare un conflitto generazionale utilizzando queste ragioni mi sembra fuorviante rispetto alle vere problematiche che ha oggi il nostro paese.

Il sindacato ha ben presente la difficile condizione dei giovani in questo Paese ma le proposte, contenute nelle piattaforme unitarie che il sindacato ha inoltrato al governo sono rimaste ad oggi inevase; fra queste al primo posto si colloca la necessità di fare investimenti sulla ricerca e la formazione, veri capisaldi della creazione di posti di lavoro qualificato, di sviluppo e di ricchezza anche culturale per il nostro paese, utilizzando risorse che non vengano prelevate dalle pensioni o dalle tasse applicate al lavoro dipendente che già sono fra le più elevate in Europa, ma dalle ricchezze di coloro che detengono i grossi patrimoni e dalla lotta a coloro che le tasse non le pagano.

Queste risorse secondo statistiche prudenziali ammontano a 170 miliardi.

Se ne deduce che il presunto conflitto generazionale non sia che l'alibi di qualche centro di potere che scarica le proprie responsabilità e ricerca colpe in casa altrui e copre la propria malafede con le grida scomposte nei talk show ingannando i cittadini meno accorti.

Il mettersi a disposizione dei ragazzi, il costruire con loro momenti di integrazione ci è sembrato il modo migliore di sconfessare i teorizzatori del conflitto generazionale e al contrario costruire una collaborazione fra generazioni, un ponte per un percorso comune che cogliesse reciproci vantaggi.

Nella realizzazione del progetto importanti sono state le sensibilità di chi ha condiviso e ha creduto alle potenzialità del percorso ideato: la scuola con il suo preside e il corpo docente, i partners Obiettivo Lavoro e la Cooperativa Il Gabbiano, il Sindacato Regionale dei pensionati e la Cgil confederale che tramite l'esperienza e le conoscenze, hanno arricchito e perfezionato il progetto locale facendolo diventare unico sicuramente in Lombardia e ritengo anche a livello nazionale.

Il percorso ha verificato l'esigenza della scuola di aprirsi all'esterno, di stabilire un rapporto più stretto

con il territorio, di integrare la formazione con l'aiuto di chi già opera nel socio-sanitario, di chi è in campo (come si suol dire) e può fare valere una



esperienza pratica che ovviamente la scuola, come oggi è istituzionalmente strutturata ha difficoltà a fornire.

Come sindacato degli anziani abbiamo ritenuto opportuno e doveroso muoverci in questo campo per relazionarci ai giovani che hanno intrapreso un cammino di formazione, con lo scopo di prendersi cura delle persone fragili e non autosufficienti.

Abbiamo ritenuto che i bisogni formativi si coniugassero con la nostra esigenza di avere in futuro operatori del socio-sanitario ancora più preparati ed anche più motivati nel seguire le necessità di una popolazione di grandi anziani in fortissima espansione e

bisognosa di interventi sempre più mirati, sempre più rispondenti ad una esigenza che è sociale e umana insieme, e che è anche la misura della civiltà di un popolo.

L'esigenza di non abbandonare gli anziani in balia di una crisi che taglia le risorse e contemporaneamente deve rapportarsi ad una domanda in forte crescita di residenzialità e/o di domiciliarietà delle cure è la sfida cui rispondere oggi e soprattutto negli anni a venire.

Il nostro percorso si è completato con ciò che attende i ragazzi dopo il diploma: come prepararsi alle selezioni, come costruire i curricula, come presentarsi e inserirsi al meglio nel mondo del lavoro.

Per finire, stiamo lavorando alla ricerca degli opportuni contatti con la Regione e con



le aziende sul territorio, per attivare la garanzia giovani, un nuovo strumento della comunità Europea per ridurre la disoccupazione giovanile.

Tramite questo strumento si potrebbero attivare inserimenti lavorativi a tempo determinato in apprendistato o in tirocinio per coniugare la scuola con le aziende e creare opportunità lavorative nuove. Potrebbe essere l'opportuno coronamento, la ciliegina sulla torta del nostro progetto.

Penso in conclusione di aver sufficientemente spiegato cosa ha spinto lo Spi CGIL nel tentare di costruire questa alleanza con i giovani. Gli interventi che seguiranno avranno il compito di confermare o no se quanto pensato può essere condiviso, così da poter eventualmente essere riproposto negli anni a venire.



## INTERVENTO Prof.ssa DONATA ARDIGO' al convegno del 28 maggio 2015

La nostra esperienza all'interno del Progetto "Giovani e Anziani" è partita dalla considerazione che il rapporto tra scuola e impresa, tra scuola e il mondo del lavoro, tra scuola e territorio non è un tema accademico ma "UNA PRIORITA' SOCIALE". Lo ha sottolineato anche la Comunicazione della Commissione Europea del 20 novembre 2012. L'istruzione e la formazione vanno migliorate in funzione delle competenze che i ragazzi devono raggiungere e sviluppare competenze trasversali è indispensabile per affrontare i cambiamenti previsti nel nostro orizzonte temporale.



La scuola che apre al territorio è una scuola che combatte la dispersione e lavora affinché gli alunni siano orientati verso un futuro che appartiene a ciascuno di loro, che ognuno può e deve progettare per sé.

La formazione professionale può allora diventare un sistema d'eccellenza perché favorisce l'apprendimento del lavoro e supera le conoscenze teoriche.

In Italia si è maggiormente attratti dagli indirizzi di istruzione generale (licei per capirci) rispetto agli indirizzi professionali, con il nostro progetto abbiamo invece voluto valorizzare l'indirizzo professionale

facendolo incontrare con le professioni per renderlo professionalizzante.

La scuola si è aperta al sindacato, alle cooperative e alle agenzie di lavoro offrendo ai ragazzi spunti di riflessione su piani diversi:

le conoscenze - ciascuno ha portato il suo contributo raccontando la propria esperienza lavorativa e culturale, le competenze - ogni professione si è presentata con le sue peculiarità e specializzazioni e infine le modalità di accesso al mondo del lavoro - con un focus particolare sull'attivazione del percorso "garanzia giovani".

Il rapporto scuola/mondo del lavoro non riguarda solo gli studiosi del settore, ma tutta la nostra comunità e il suo futuro. Dobbiamo superare l'impianto di Gentiliana memoria dove rimane



indiscussa la supremazia del sapere teorico sul sapere applicato.

L'importante sforzo normativo prodotto in fasi diverse a partire dagli anni '90 nell'ambito dell'istruzione e della formazione ha cercato di lavorare per migliorare questa concezione e i primi risultati stanno già arrivando (il riferimento è all'alternanza scuola-lavoro).



Dobbiamo ancora lavorare per certificare la spendibilità e la trasparenza degli apprendimenti perché solo così possiamo

auspicare ad un'autentica mobilità delle persone.

Il progetto ha puntato a far conoscere il valore educativo e formativo del lavoro passando anche dall'incontro diretto dei ragazzi con le strutture, solo così abbiamo potuto dimostrare che l'anziano è risorsa del nostro territorio e lo è con tutte le sue problematiche che richiedono competenze e formazioni diverse.

Ringraziamo i partners di questo progetto perché hanno creato un valore aggiunto al nostro fare scuola ogni giorno.

INTERVENTO di MAURIZIO BENZONI responsabile area anziani  
cooperativa sociale "il Gabbiano" al convegno del 28 maggio 2015

BUONGIORNO A TUTTI, VOGLIO RINGRAZIARE A NOME DELLA COOPERATIVA IL GABBIANO CLAUDIO DOSSI E PALMIRO CROTTI PER AVERCI COINVOLTO IN QUESTO PROGETTO INNOVATIVO!!!

RINGRAZIO ANCHE L'ISTITUTO EINAUDI E SOPRATUTTO GLI STUDENTI E GLI INSEGNANTI CHE CI HANNO PREMESSO DI CONFRONTARCI SU TEMATICHE FONDAMENTALI COME IL LAVORO E LA SOLIDARIETA'.

PURTROPPO GLI EFFETTI DELLA CRISI CHE NON CI ABBONDA SI SONO AMPLIFICATI COLPENDO IL MONDO DEL LAVORO E RIDUCENDO LA FIDUCIA IN UNA POSSIBILITÀ DI RIPRESA.

LA DIRETTA CONSEGUENZA DI QUESTA SITUAZIONE È SENTIRE RIDOTTA LA SICUREZZA DELLE NOSTRE FAMIGLIE E VEDERE VENIR MENO LE ASPETTATIVE DI NOI GIOVANI.

L'IMPEGNO DELLA NOSTRA COOPERATIVA VERSO LA REALIZZAZIONE DI MAGGIORE STABILITÀ, DI NUOVE OPPORTUNITÀ DI LAVORO, DI GARANZIA DEL DIRITTO ALLA RETRIBUZIONE, DI RINNOVATE OCCASIONI DI CRESCITA HA PERMESSO DI

CONTINUARE IL NOSTRO PERCORSO DI SVILUPPO E CONSOLIDAMENTO.

IL CENTRO DELLA NOSTRA MISSIONE CONTINUANO AD ESSERE LE PERSONE, IL

SODDISFACIMENTO DEI LORO BISOGNI E LA PREMURA NELLA CURA DEI NOSTRI UTENTI, SONO ELEMENTI CHE COSTITUISCONO LA NATURA STESSA DELL'IMPRESA DI CUI FACCIAMO PARTE.



QUESTO PROGETTO E' STATA UN'ESPERIENZA INNOVATIVA ANCHE PER NOI OPERATORI DI UNA COOPERATIVA CHE OGGI OPERA SU 6 PROVINCE E GARANTISCE UN POSTO DI LAVORO A CIRCA 1200 DIPENDENTI E COLLABORATORI.

UN PROGETTO INNOVATIVO E STRATEGICO CHE DEVE TROVARE CONTINUITA' GRAZIE AL SUPPORTO DELLE ISTITUZIONI PERCHE' HA PERMESSO AGLI STUDENTI DI AVVICINARSI E ACCOMPAGNARLI VERSO IL MONDO DEL LAVORO.

PER CHI COME NOI OPERA NEL TERZO SETTORE E' STATA L'OCCASIONE PER FAR CONOSCERE I NOSTRI SERVIZI (RSA, CDI, SERVIZI TERRITORIALI) E VALUTARE CON GLI STUDENTI EVENTUALI PROPOSTE RISPETTO AL LORO PERCORSO FORMATIVO O LAVORATIVO.

QUANDO SIAMO STATI IN AULA NON E' STATA UNA LEZIONE MA UN MOMENTO DI INCONTRO E CONFRONTO PER INQUADRARE E VALUTARE IL TEMA DELL'OCCUPAZIONE NEL SETTORE SOCIO SANITARIO ASSISTENZIALE CHE OGGI HA ENORMI POTENZIALITA' PERCHE' I DATI CI DICONO CHE LA POPOLAZIONE ANZIANA E' IN FORTE AUMENTO E DI CONSEGUENZA I SERVIZI, SOPRATTUTTO ASSISTENZIALI, DEVONO E DOVRANNO ESSERE GARANTITI. NEI NOSTRI SERVIZI E' FONDAMENTALE IL LAVORO SVOLTO DALL'EQUIPE



MULTIDISCIPLINARE, CONSIDERANDO CHE STANNO AUMENTANDO I FENOMENI DI ANZIANI AFFETTI DA DEMENZA, INOLTRE STANNO AUMENTANDO LE RICHIESTE DI SERVIZI DOMICILIARI, DI BADANTATO E DI RESIDENZIALITA' LEGGERA. CONCLUDENDO, CI TENGO A RIAFFERMARE QUELLO CHE ABBIAMO DETTO IL 26 FEBBRAIO SCORSO, DOVETE AVERE FIDUCIA PERCHE' ATTRAVERSO QUESTO PROGETTO E ATTRAVERSO L'ISTITUTO EINAUDI E I VOSTRI INSEGNANTI RIUSCIRETE A VALUTARE AL MEGLIO IL VOSTRO PERCORSO LAVORATIVO O FORMATIVO PERCHE' QUESTO PROGETTO VI HA FORNITO GLI STRUMENTI PER VALUTARE LE OPPORTUNITA' E LE OCCASIONI CHE INCONTRERETE.

## INTERVENTO alunne VB al convegno del 28 maggio 2015

**Questo progetto ci ha fornito un punto di riflessione riguardo alla condizione e considerazione degli anziani nella nostra società, delle strutture e figure che vi collaborano. Abbiamo messo a confronto la condizione dell'anziano che vive in RSA con quella di coloro che risiedono presso il proprio domicilio. Un anziano che risiede in una struttura residenziale può considerare questo momento come un distacco dalla propria routine, dalla sua autonomia, dalla famiglia e delle relazioni interpersonali che aveva istaurato in precedenza. Ma allo stesso tempo, come abbiamo potuto verificare attraverso la visita nel RSA di Piadena, l'anziano può godere di un'assistenza permanente con interventi adeguati ai suoi specifici bisogni. La persona che vive a casa può preservare le sue abitudini e relazioni ma c'è il rischio che non venga messa in atto un'assistenza che risponda alle sue effettive esigenze. Questo percorso progettuale ci ha permesso di riflettere sul cambiamento e l'evoluzione da quella che oggi viene chiamata badante, ad una figura importante con competenze specifiche volte al miglioramento della qualità della vita. Denominata: assistente familiare. Inoltre ci è stata data la possibilità di visitare la casa della salute di San Secondo parmense. Qui si ricerca per l'anziano ma in generale per il cittadino un ambiente il più possibile familiare. Le persone vengono accompagnate per tutte le necessità medico-assistenziali e sanitarie attraverso accessi facilitati per comodità ai servizi proposti sul territorio. Questo tipo di organizzazione permette lo sviluppo di un benessere bio-psico-sociale, in quanto considera la persona nella sua integrità; con la finalità di curare sia l'aspetto medico, togliere determinate preoccupazioni riguardo all'organizzazione di appuntamenti con gli specialisti e creare un setting sereno e ricco di relazioni positive. Abbiamo riflettuto sulle professioni che nell'ambito del progetto abbiamo incontrato ciascuno di noi a potuto pensare a un percorso personale di completamento di studi o di avviamento al lavoro. Ci ha aperto una finestra sulla realtà offrendoci una mappa di orientamento professionale e culturale. Le due strutture che abbiamo visitato pur essendo diverse per modalità e finalità ci hanno permesso di concludere che le professioni sanitarie mirano al raggiungimento del benessere della persona anche di quella non più autosufficiente. Poiché in ogni momento specialmente nella malattia va salvaguardata la sua dignità. Ringraziamo lo SPI e la CGL, la cooperativa il gabbiano, la società BPI di Obiettivo Lavoro**



**INTERVENTO Segretario CGIL Lombardia DANIELE GAZZOLI al convegno  
del 28 maggio 2015**

“... parlare oggi di lavoro per i giovani può apparire un controsenso, sarebbe più corretto parlare di disoccupazione. I dati ci consegnano una fotografia allarmante: la disoccupazione giovanile al 43% quasi 3,5ML di senza lavoro, 2 ML di giovani “neet” ovvero né studiano, né lavorano, né lo cercano.

Anche se i dati economici registrano una timida ripresa, l’inflazione risale, gli occupati aumentano, per i giovani ragazzi che terminano gli studi e si affacciano al mondo del lavoro con il loro diploma in tasca, il percorso appare molto in salita. Allora che fare? Direbbe qualcuno....

E’ necessario passare dalla teoria, quella dei percorsi scolastici e formativi, alla pratica ovvero come si entra nel mondo del lavoro, quali sono le strade da percorrere? Innanzitutto le informazioni quelle che il Sindacato mette a disposizione, nei suoi uffici e nelle sedi periferiche dove tutti: iscritti e no, pensionati e non solo, possono trovare delle



risposte, e poi negli uffici del Centro per l’Impiego titolati all’iscrizione nei registri e a fornire formazione, nelle Agenzie per il lavoro abilitate a formulare gli skill e a orientare verso le professioni,

nonché l’informagiovani delle amministrazioni Comunali.

Oggi sono a nostra disposizione anche altri strumenti importanti quali la Garanzia Giovani che, tramite la Regione Lombardia e gli uffici decentrati, offre diversi percorsi di inserimento lavorativo, previa selezione e formazione. Ci sono poi i contenuti del Jobs Act dell’attuale governo che, grazie agli sgravi contributivi ai datori di lavoro, consente assunzioni agevolate per i giovani fino a 29 anni.

Basta tutto questo? No, lo sappiamo benissimo, per uscire dalla crisi pesantissima che data ormai anni, serve molto di più, servono investimenti, tanti, una strategia industriale ancora troppo lontana ai nostri orizzonti, un “progetto paese” ma serve anche fiducia, voglia di farcela, voglia di prendere in mani le redini del proprio futuro.

Il sindaco Galimberti nel suo saluto iniziale vi invitava a diventare “imprenditori di voi stessi”, a riprova di quanto sia cambiato l’approccio al mondo del lavoro; oggi ai

neolaureati servono mediamente due anni per trovare un lavoro che risponda ai loro requisiti formativi, serve più specializzazione e soprattutto un orientamento efficace che metta insieme le singole attitudini con la domanda di lavoro offerta dal mercato.

Molti ragazzi vanno all'estero, non tutti per svolgere lavori altamente qualificati, si accontentano di quello che trovano e perfezionano le lingue. Anche questo è un modo per arricchire il proprio bagaglio personale, e noi vorremmo che la formazione e i talenti che ci sono, e tanti, a diversi livelli trovassero il modo di essere spesi nel nostro Paese che, ora più che mai, ha bisogno delle forze e delle energie di voi giovani.

Non nascondiamo le gravi responsabilità della politica, che per decenni è sembrata occuparsi di altro, e se è vero il detto contadino che recita: "si raccoglie quello che si semina" il rischio del gramo raccolto è quello del paventarsi di un blocco sociale, ovvero chi può ce la fa, chi resta fuori avrà poche possibilità di riscatto.

Come sindacato cerchiamo di fare bene il nostro lavoro, mettiamo a disposizione le nostre competenze, il nostro tempo ed è bella questa collaborazione fra giovani e pensionati a riprova che non esiste una contrapposizione fra generazioni se non nelle intenzioni di chi ha tutto l'interesse a ricercare continuamente colpe e a non addossarsi mai le responsabilità. Noi ne siamo consapevoli e sosterrremo le ragioni dei pensionati, laddove le riterremo giuste, insieme a quelle dei giovani a cui presteremo attenzione e daremo il nostro aiuto ovunque ci verrà richiesto.



Termino questo saluto ricordando il nostro impegno a sostenere nelle sedi opportune, istituzionali e politiche, il riconoscimento del vostro titolo di studio; oggi il settore socio-sanitario è e sarà sempre di più in evoluzione ed è assurdo che dopo 5 anni di studi, anche se l'Istituto da professionale è diventato tecnico, il vostro titolo non possa prevedere un inserimento lavorativo o un riconoscimento preferenziale nell'accesso a stage o a tirocini di inserimento lavorativo.

**INTERVENTO Segretario SPI CGIL Lombardia CLAUDIO DOSSI al  
convegno del 28 maggio 2015**

“...il nostro è un saluto di arrivederci, alle prossime esperienze quando altre scuole, disponibili come la vostra, ci apriranno le porte.

Ci siamo entrati dall'ingresso principale grazie a docenti e dirigenti che hanno compreso subito la nostra proposta. Non è scontata la collaborazione con il sindacato, specie di questi tempi, quando prevale un sentimento di negatività verso le organizzazioni in generale, la politica, e tutto quanto ha sapore di “pubblico”.

Conosciamo bene cosa gira intorno a noi, ma abbiamo voluto osare consapevoli che le nostre esperienze ci avrebbero aiutato anche nel trovare un linguaggio comune con i giovani.

Siamo un sindacato di pensionati ma siamo attenti a tutto quanto si muove nel sociale e siamo ben consapevoli delle difficoltà che agitano il mondo dei giovani in questi anni di durissima crisi economica: la mancanza del lavoro principalmente e una disoccupazione giovanile così alta mai registrata, che non può trovarci indifferenti.

Abbiamo rovistato nei nostri archivi recenti, messo insieme i dati, le nostre conoscenze dei servizi assistenziali, sociosanitari e li abbiamo intrecciati con le norme sul lavoro confezionando questo progetto facilmente esportabile in altre realtà scolastiche simili alla vostra.

Lo abbiamo fatto anche perché vogliamo sostituire alla negatività di cui parlavo prima, l'idea della speranza intesa non come anelito spirituale ma come aiuto concreto perché oggi anche un solo posto di lavoro in più è prezioso, non vogliamo perderlo e per aggiungerne altri è necessario avere competenze, conoscenze, forzare il talento che è in ognuno di voi e capire in quale direzione si vuole tracciare il proprio futuro.

Noi, che più tanto giovani non siamo, siamo stati certamente più fortunati, non solo perché abbiamo raggiunto la pensione ma perché alla vostra età, dopo un percorso di studi anche breve, si poteva trovare lavoro in fretta, ci si poteva migliorare cammin





facendo, l'industria ed i servizi erano in espansione, il Paese risentiva ancora del boom economico e potevamo affrancarci in fretta dal sostegno familiare.

Ora non è più così e non voglio fare l'elenco delle difficoltà, voglio invece dire che è giusto restituire a voi un po' del nostro tempo e delle nostre esperienze.

La nostra è una società che invecchia rapidamente ma che destina al sociale sempre meno risorse, cambiano i bisogni e sempre più persone mostrano fragilità che bisogna



saper accogliere con professionalità.

Si aprono nuove possibilità di lavoro, nella cura, nell'assistenza domiciliare, nelle strutture residenziali e quindi bisogna sapere a

chi rivolgersi e quali sono i percorsi da intraprendere per chi, di voi, intende orientarsi in questo settore.

Voglio aggiungere che in questo grande universo, detto della terza età, alle persone in difficoltà si affianca però un esercito di "volontari" nonni in pensione che con vitalità e generosità aiutano figli e nipoti nella quotidianità, per cui ci prude il naso quando sentiamo parlare di pensionati che rubano il futuro ai nipoti! noi vogliamo confrontarci con i giovani, sapere cosa pensano di noi e se arriveranno parole e richieste nuove, ci attrezzeremo per dare risposte nuove.