



MEMORIA UIL e UILP AUDIZIONE ATTO 121

Audizione presso la 10° Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale del Senato della Repubblica sullo schema di Decreto Legislativo recante “Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane”

La UIL e la UILP ringraziano la presente Commissione per l’invito a questa importante audizione sullo schema di decreto legislativo per l’attuazione della Legge delega 33/2023 in materia di politiche in favore delle persone anziane.

Si tratta di una norma che riguarda oltre 14 milioni di persone over 65 anni, che rappresentano il 23,2% del totale della popolazione, che con l’approvazione della Legge delega hanno ottenuto un primo riconoscimento.

Malgrado questi numeri eravamo, fino a qualche tempo fa, uno dei pochi Paesi d’Europa a non avere una Legge organica né sulla non autosufficienza né sull’invecchiamento attivo.

Adesso questo gap è stato colmato appunto con l’approvazione della Legge delega 33/2023 e del decreto legislativo oggetto dell’audizione odierna.

La UIL e la UILP considerano la non autosufficienza una delle disuguaglianze che contraddistinguono questo millennio, ragione per la quale, hanno sempre ritenuto fondamentale una Legge Nazionale organica quale intervento normativo indispensabile per uscire dalla frammentazione delle politiche di welfare territoriale e garantire un modello omogeneo nazionale nella logica di equità dell’accesso ai servizi,

alle prestazioni e alla cura e in generale al benessere che trasversalmente investisse più settori: sanitari, socioassistenziali, economici e abitativi.

La non autosufficienza è uno dei grandi temi della nostra società, nonostante i progressi in ambito medico e l'aumento della qualità di vita, l'invecchiamento della popolazione fa prevedere l'aumento della domanda di assistenza a lungo termine.

Abbiamo sostenuto, anche in audizione presso questa Commissione sulla Legge delega 33/2023, come fosse importante, attraverso l'emanazione decreti attuativi, evitare il rischio di una nuova frammentazione tra i diversi attori che erogano servizi della presa in carico, di cura e assistenza e riportare al centro la persona con i propri bisogni e le proprie specifiche necessità.

È volontà della UIL e della UILP, ribadire la necessità del carattere universalistico del principio e del diritto alle cure e all'assistenza, che deve mantenere un carattere pubblico, universale ed uniforme, finanziato interamente attraverso la fiscalità generale.

L'obiettivo che abbiamo davanti è quello di attuare una riforma organica del sistema dei servizi per le persone anziane, partendo dall'assistenza di lungo periodo alle persone non autosufficienti, che deve essere coordinata con i decreti attuativi della Legge sulle disabilità (L. 227/2021).

Il Decreto non stanziava risorse aggiuntive rispetto a quelle già previste ordinariamente. E questa è una grave carenza. Siamo di fronte ad un provvedimento legislativo ad invarianza di risorse, tanto sul versante della non autosufficienza, quanto su quello dell'invecchiamento attivo, oltre che su altri servizi quali ad esempio il turismo lento. Una scelta per la UIL e la UILP sbagliata, che rischia di vanificare l'importante sforzo realizzato.

Abbiamo sempre sostenuto che le riforme a "costo zero", non hanno mai migliorato il sistema dei servizi pubblici in questo Paese.

Per questo come UIL e UILP ravvediamo la necessità di incrementare le risorse sul sistema sociale e sanitario, prevedendo già dal prossimo Documento di Economia e finanze (DEF), finanziamenti adeguati con un piano pluriennale per assicurare e garantire, in ogni parte del Paese (Nord-Sud aree urbane e aree interne), prestazioni, sostegni e servizi adeguati e uniformi, riducendo le attuali disuguaglianze.

Nel merito ci troviamo di fronte ad un decreto “omnibus”, che affronta a 360 gradi il tema dei servizi agli anziani.

Un Decreto che dà una prima, ma non esaustiva, risposta alle nostre aspettative con misure non immediatamente applicative, bensì con il rinvio ad ulteriori decreti interministeriali per rendere operativi i servizi.

E qui ribadiamo l'importanza del coinvolgimento delle parti sociali nella definizione di tutti i decreti interministeriali, che dovrebbe essere prevista in forma di raccomandazione dal Governo.

Un confronto, però, che sia sostanziale e non formale e non ci si limiti alla mera informazione o ascolto, seppur momenti importanti.

E quindi crediamo sia necessario ribadire nell'articolo 3 del decreto attuativo che tra i compiti del CIPA, organismo che riteniamo molto importante per il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane, vi sia anche quello di prevedere il coinvolgimento delle parti sociali.

Crediamo sia rilevante chiarire bene la definizione di “persona anziana” e “persona grande anziana”, per evitare che vi sia una differenziazione nell'erogazione dei servizi legata all'età.

Diversificare le prestazioni offerte non in base al bisogno e/o alla condizione, bensì in base all'età è inaccettabile.

Proprio per questo avevamo sostenuto la necessità di un binario unico tra le leggi sulle disabilità e quella per la non autosufficienza delle persone anziane proprio perché

riteniamo che occorra guardare all'offerta dei servizi non in base all'età ma alla condizione della persona.

Sull'invecchiamento attivo vogliamo sottolineare che si tratta di un tema che riguarda tutta la popolazione e non solo quella anziana.

Per noi parlare di invecchiamento attivo significa discutere dei temi in campo lavorativo e previdenziale, nel settore dei servizi sociosanitari ed in quello della salute e della prevenzione.

Occorre considerare gli anziani come una risorsa della società e non come un peso da liquidarsi come "persone improduttive".

Le persone anziane sono infatti una grande risorsa della nostra società, aiutano e sostengono le famiglie e in questi ultimi difficilissimi anni hanno svolto la funzione di vero e indispensabile ammortizzatore sociale.

Dobbiamo guardare alle persone anziane come protagoniste del welfare familiare, portatori di saperi.

Queste sfide rappresentano un'opportunità per il nostro Paese.

Tra l'altro nell'articolo 5 laddove si affronta il tema delle misure per la promozione della salute e dell'invecchiamento attivo delle persone anziane da attuare nei luoghi di lavoro, si fa riferimento soltanto ai datori di lavoro e non anche al sindacato.

Condividiamo l'attenzione posta dal decreto al tema dell'esclusione digitale della popolazione anziana.

Il tema della digitalizzazione è ormai un aspetto fondamentale per la vita quotidiana di tutti i cittadini.

La formazione è l'aspetto chiave nel processo di trasformazione digitale per tutte le figure professionali coinvolte: caregiver e assistenti familiari, per consentire opportunità digitali a tutte le persone, prescindendo da reddito, età e alfabetizzazione senza escludere nessuno.

Proponiamo inoltre, un grande progetto di alfabetizzazione digitale nazionale, che prenda spunto dal programma televisivo “Non è mai troppo tardi” condotto dal maestro Alberto Manzi, che negli anni Sessanta del secolo scorso ridusse in modo significativo l’analfabetismo tra la popolazione adulta.

Interessanti anche le misure che riguardano l’impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato e i progetti di servizio civile a favore delle persone anziane, ma noi continuiamo a chiedere un progetto specifico di impegno lavorativo diretto delle persone anziane attraverso “progetti di servizio civile per “anziani attivi” sul modello di quello per i giovani, appostando un fondo specifico presso la Presidenza del Consiglio.

Manca il riferimento al contrasto alla ludopatia dal momento che il gioco d’azzardo ha gravi conseguenze sociali soprattutto nella popolazione anziana.

Mentre andrebbero dettagliate le azioni per l’intergenerazionalità, soprattutto quelle nelle scuole e nelle università.

Così come crediamo che, quando si parla di cohousing, sarebbe necessario prevedere dei progetti di coabitazione tra studenti universitari e pensionati anche per contrastare il caro affitti.

Per questo chiediamo al Governo, al Parlamento, alle Regioni, ai Comuni e alle università di istituire un programma attraverso il quale si possa garantire uno scambio sicuro e conveniente sia per i giovani sia per gli anziani.

In tema di interventi di integrazione sociale e di sostegno alle persone anziane previsti nel PNRR, riteniamo opportuno in questa sede, ribadire che i progetti presentati dai Comuni siano costantemente monitorati prevedendo un tempo specifico sia per gli interventi finalizzati a tale scopo sia per l’avanzamento dei lavori e la realizzazione dei progetti.

Per quanto concerne le misure per la promozione delle persone anziane così come per il turismo lento e la promozione di attività fisica e sportiva, ci sono solo delle previsioni generiche rinviando la loro definizione ad ulteriori decreti interministeriali, mentre giudichiamo positivamente le misure per incentivare la relazione con animali da affezione.

Resta da chiarire se le misure della telemedicina siano integrative a quelle già messe in campo con il PNRR e, in ogni caso, per la UIL e la UILP, è inaccettabile che tali servizi vengano garantiti soltanto alle persone over 80 anni con almeno una patologia cronica.

Sempre in tema di telemedicina, oltre a sottolineare l'aspetto integrativo che tale deve rimanere, ci sono ancora due aspetti fondamentali da risolvere: il ritardo della connessione in vaste aree del Paese e delle stesse strutture sanitarie che ancora non consentono il flusso dei dati; la formazione e l'aggiornamento delle competenze digitali di tutti i professionisti, compresi i caregiver della filiera sociosanitaria ancora in fase sperimentale.

Il Sistema nazionale per gli anziani non autosufficienti (SNAA), a cui la Legge delega aveva assegnato un ruolo di governance anche sanitaria, in questo decreto attuativo ne esce ridimensionato sul versante dell'integrazione tra sanitario e sociale.

Inoltre, il Decreto non affronta come avevamo auspicato il diritto della persona anziana non autosufficiente malata cronica ad essere assistita al domicilio, vedendo riconosciuta anche una quota sanitaria da parte delle ASL, per rispondere ai bisogni della vita quotidiana, così come oggi già avviene nel caso di ricovero in RSA.

E purtroppo con molta probabilità, l'assistenza a domicilio continuerà a restare penalizzata.

A nostro avviso è necessario superare una volta per tutte la separazione tra sociale e sanitario: tra interventi per l'assistenza domiciliare integrata forniti dalle ASL e i servizi di assistenza domiciliare (SAD) forniti dai Comuni.

Ma per fare questo occorre potenziare e rendere operativi i distretti sociali al pari dei distretti sanitari, perché è qui che si costruisce l'integrazione sociosanitaria.

E questo si può fare solo dotando il "sociale" di un suo distretto con risorse umane, strumentali e finanziarie adeguate, soprattutto facendo coincidere i distretti sociali e quelli sanitari con le Case di Comunità.

Dare gambe alla riforma significa stanziare risorse adeguate all'assunzione di personale in queste strutture.

Quanto al tema della riforma della residenzialità, i mesi drammatici che abbiamo vissuto tre anni fa non possiamo e non dobbiamo dimenticarli e vogliamo che non si ripetano più perché non vorremmo che le RSA divenissero "case di riposo eterno".

Come temevamo già in sede di approvazione della Legge delega e lo avevamo fatto presente sia al Governo nell'incontro con la Viceministra Bellucci sia al Parlamento, purtroppo gli interessi intorno a queste strutture sono troppi, come dimostrano gli aumenti delle rette in alcune Regioni, per pensare che essi possano essere anche solo leggermente scalfiti.

Occorre una riforma del sistema residenziale favorendo la permanenza delle persone anziane nelle proprie case o comunque nel proprio contesto sociale, assistendole in modo adeguato e, quindi, riducendo al massimo l'istituzionalizzazione.

Vi è la necessità di sperimentare forme di residenzialità alternative adeguando e innovando a nuovi standard le strutture di lungodegenza per le persone non autosufficienti (strutture più piccole e con meno ospiti, cohousing, appartamenti solidali ecc.), unitamente ai finanziamenti per progettare case intelligenti ed investimento sulla domotica, robotica e protesica.

Servono linee guida forti nazionali per superare gli attuali standard, che vedono o strutture troppo grandi o microstrutture che sfuggono ai controlli, spazi angusti, personale sottopagato e non formato adeguatamente.

E c'è il tema della partecipazione e dei controlli che devono vedere coinvolti sostanzialmente i vari attori sociali.

Su questo versante proponiamo di istituire, presso ciascuna distretto sociosanitario una Commissione di Vigilanza per la verifica delle attività delle RSA.

L'altra sfida che abbiamo di fronte è la definizione concreta dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie e per la non autosufficienza.

Nel decreto si ribadiscono concetti condivisibili ma si rinvia ad ulteriori decreti interministeriali, per i quali sarà fondamentale prevedere il confronto con le parti sociali.

Si tratta di renderli esigibili su tutto il territorio nazionale.

Non possiamo più permetterci disuguaglianze territoriali e sociali tra chi vive in alcune zone rispetto ad altre, creando cittadini appartenenti a categorie diverse a seconda della residenza geografica.

Situazione che rischia di essere aggravata con l'approvazione dell'autonomia differenziata che prevede il passaggio dalla spesa storica ai costi standard ed il finanziamento dei LEP a legislazione finanziaria invariata.

Ciò significa che in assenza di risorse aggiuntive si corre il rischio di non erogare servizi essenziali uniformi su tutto il territorio e di aggravare la disomogeneità delle prestazioni già pesantemente compromessa non solo tra Nord e Sud del Paese, ma anche tra aree urbane ed aree interne.

Da "maneggiare" con molto cura la questione relativa ai Punti Unici di Accesso (PUA) e il funzionamento della valutazione multidimensionale per la definizione dei Piani

Assistenziali Individuali (PAI) che viene anch'essa rinviata ad un decreto interministeriale.

Per la UIL e la UILP non è condivisibile la previsione di PUA organizzati avvalendosi anche di equipe operanti presso strutture private accreditate.

Quanto alla prestazione universale, essa viene erogata ad una platea molto limitata rispetto alle esigenze reali perché lo stanziamento previsto è insufficiente e, pertanto, riguarderà le persone con più di 80 anni di età con un ISEE di 6 mila euro (la stima parla di circa 25 mila persone).

Tra l'altro, si tratta di risorse già stanziare che riguardano per una parte il Fondo nazionale per le non autosufficienze ed una parte di risorse europee del Programma Europeo Inclusione 2021-2027.

È riduttivo garantire l'erogazione della prestazione universale alle sole "persone più anziane" e con redditi bassi, perché in questo modo non si coglie le necessità di richiesta di assistenza nei territori e non si dà continuità agli interventi previsti dal piano triennale per la non autosufficienza 2022/2024.

Ciò è intollerabile e lo ribadiamo: non si possono erogare servizi sociosanitari in base all'età anziché alle condizioni dei beneficiari.

Peraltro il previsto assegno di 850 euro mensili, verrebbe ridotto, in caso di domande che eccedono lo stanziamento delle risorse.

Inoltre, la prestazione economica dovrebbe essere ancorata a criteri chiari che leghino il "quantum economico" alla qualità e quantità dell'attività di assistenza prestata, a favore della persona anziana, erogata prioritariamente da strutture pubbliche.

La prestazione, per come è stata pensata, sembra più essere orientata ad avere un consenso alle prossime elezioni europee piuttosto che a sperimentare una prestazione fortemente voluta dalle parti sociali.

Di conseguenza va seguita e monitorata, con grande attenzione, l'introduzione della prestazione universale per le persone anziane che optino per essa in alternativa all'indennità di accompagnamento, e deve essere previsto il diritto di reversibilità nella scelta.

In ultimo il Dlgs non affronta, come dalla UIL e dalla UILP rivendicato, la compartecipazione a carico del servizio sanitario della gestione della persona anziana non autosufficiente malata cronica assistita al domicilio, lasciando che la stessa, come soluzione resti ancora penalizzata e gravosa per le famiglie.

A questo tema si lega il ruolo del caregiver.

Riteniamo che sul tema dei caregiver familiari, la materia debba essere rinviata alle risultanze del tavolo tecnico interministeriale, Ministero della Disabilità e Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Per questo, la UIL e la UILP, ritengono che la definizione contenuta nel presente decreto attuativo sia un primo passo.

Non va corso però il rischio che sia approvata una normativa sui caregiver in Parlamento, inclusa la definizione di LEP sociali per i caregiver, senza tener conto della trasversalità della materia stessa.

Analogamente a questo, riteniamo doveroso porre l'accento quindi anche sull'importanza del confronto e delle richieste avanzate dalla UIL e dalla UILP sul sistema pensionistico, che riguarda inevitabilmente anche il lavoro di cura e la figura dei caregiver.

In particolare, la richiesta del sindacato è che siano pienamente riconosciuti ai fini previdenziali i periodi nei quali si è svolto il lavoro di cura, sia per il conseguimento della "pensione di garanzia" per i giovani, sia più in generale, per chi ha carriere discontinue e interruzioni nella contribuzione.

Per la UIL e la UILP, si deve evitare il rischio di scaricare la responsabilità della cura sul caregiver, confondendo la solidarietà familiare e i legami affettivi con gli obblighi di assistenza.

Va anche evidenziato che in molti casi la scelta di svolgere in modo continuativo l'attività di caregiver non è una scelta volontaria (anche se ha un grande valore sociale) ma è obbligata per la carenza di servizi adeguati, efficaci, accessibili economicamente sostenibili e di qualità.

Consideriamo positiva la previsione del coinvolgimento degli enti bilaterali per la formazione e riqualificazione del personale addetto ai lavori di cura.

Infine, rispetto delle agevolazioni contributive e fiscali riteniamo che la sola ricognizione sia insufficiente.

Occorre potenziare le agevolazioni fiscali e contributive a partire da quelle che riguardano le collaboratrici e i collaboratori familiari.

Va rafforzata, per la UIL e la UILP, la previsione di misure a sostegno delle famiglie che assumono lavoratrici e lavoratori dipendenti per lo svolgimento di lavori di cura e assistenza alle persone anziane non autosufficienti. Tali misure vanno accompagnate dall'obbligo di applicazione del CCNL di settore sottoscritto dalle Organizzazioni Sindacali e dalle associazioni datoriali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale, coadiuvato anche dall'individuazione dei percorsi di formazione e certificazione delle competenze del settore.

Tuttavia, non possiamo non tenere conto anche in questa sede, della necessità di mettere insieme i diversi interventi che, concretamente sosterranno la presa in carico e l'assistenza delle persone anziane in raccordo e nelle interazioni con il sistema sanitario, dell'importanza che assume il SSN con la riorganizzazione dei servizi sociosanitari di prossimità e comunità, per scongiurare il rischio di una nuova frammentazione tra i diversi attori che erogano servizi della presa in carico, di cura e

assistenza e riportare al centro la persona con i propri bisogni e le proprie specifiche necessità.

Come abbiamo più volte sottolineato, per dare attuazione ad una riforma che impatta su milioni di persone non autosufficienti e sulle loro famiglie e portare a compimento quella che tutti chiamiamo “una legge di civiltà”, abbiamo bisogno: di risorse adeguate a sostenere i servizi sociali e sanitari per garantire i livelli delle prestazioni di cura e assistenza; di figure professionali sociali e sanitarie a sufficienza per garantire la presa in carico, la valutazione dei bisogni e fabbisogni.

Ravvediamo come sono state eluse tutte le nostre richieste sia in materia di risorse aggiuntive, sia per la definizione del fabbisogno del personale. Nel testo dello schema di D.lgs., permane sui diversi capitoli di spesa, la dicitura *“Le amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti previsti dal presente articolo con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente”*, e questo fa presupporre che si persegue ancora la politica di spostare risorse da un Fondo all’altro e il personale professionalizzato da un servizio all’altro.

È opportuno, in questa sede, rammentare che le risorse allocate al Fondo per le non autosufficienze, ammontano per il 2024 a 913,6 milioni di euro e, quelle del Fondo Unico per la Disabilità, a 552 milioni di euro.

Risorse insufficienti a coprire i fabbisogni della platea degli assistiti e a rendere esigibili i livelli essenziali delle prestazioni, anche a fronte di un definanziamento del Servizio Sanitario Nazionale che non riesce a garantire i LEA.

Per la nostra Organizzazione il tema della mancanza di risorse e di personale sono questioni dirimenti, la cui carenza rischia di limitarne fortemente il campo di applicazione e di svilire l’impianto stesso della legge delega 33/2023. Una riforma che per 20 anni abbiamo rivendicato e costruito in modo condiviso con la società civile,

per restituire dignità di cura e assistenza ai 14 milioni e 177 mila anziani censiti nel nostro Paese e garantire stesse cure di qualità per gli anziani di domani.

Crediamo che il Governo intenda, anche con il decreto attuativo delle leggi delega 33/2023 e la 227/2021, dare un'ulteriore spinta verso il regionalismo differenziato e, quindi, si sostanzi la sperequazione finanziaria dei sistemi regionali. È nostra convinzione, infatti, che il Governo stia continuando a fare orecchie da mercante sui due aspetti fondamentali che vengono riproposti da queste norme e trovano sostanza anche nella riforma sul regionalismo differenziato: la definizione dei LEP e il relativo finanziamento.

Riteniamo che il progetto di legge Calderoli sull'autonomia differenziata sia una spada di Damocle che, pesantemente, grava sulle capacità territoriali poiché determina una gravità nell'erogazione di servizi in termini di quantità e qualità che, di fatto, azzerà il sistema universale di equità nella salute.

Sempre sul piano sanitario, nel testo del D.lgs. viene richiamato il nuovo assetto dell'offerta territoriale prevista dal DM 77/2022, siamo a conoscenza però, del fatto che le Regioni si muovono a velocità diverse e ciò, rischia di creare una ulteriore disomogeneità dell'offerta di cure e dell'intero sistema di assistenza.

Così come è concreto il rischio di far finire le opere che concretizzano la "medicina territoriale" del nuovo PNRR su un binario morto che condiziona e penalizza ulteriormente le regioni del Sud.

Perché ciò sia concretamente fattibile, per la UIL, la "conditio sine qua non" risiede in un importante investimento economico e di personale strutturato, volto a risollevere e restituire l'universalità al Servizio Sanitario Nazionale e dare attuazione ad una riforma che impattando su milioni di persone e sulle loro famiglie porti a compimento ciò che abbiamo definito una legge di civiltà, garantendo equità nei servizi sociali e

sanitari, nei livelli delle prestazioni di cura e assistenza che, in stretto raccordo e interazione con l' ADI, operano sul territorio.

Ricostruire e reinvestire sul SSN e sulla medicina di prossimità sono i primi tasselli per strutturare un sistema di presa in carico pubblica e universale delle persone in condizione di maggior fragilità. Per questo è necessaria la concreta realizzazione del DM 77/2022, che va considerato interamente "coattivo", per assicurarne una applicazione uniforme da parte delle regioni e non appena appena approcciato come sta accadendo.

Proprio sulle Case di Comunità, ed in genere sulla riforma della medicina generale si gioca la partita dell'integrazione sociosanitaria per un nuovo approccio nella presa in carico e nell'assistenza del paziente anziano, a cui potrà essere riservato un piano di cura personalizzato e una continuità tra ospedale e territorio.

Per garantire un sistema di presa in carico pubblica e universale delle persone, anche in condizione di maggior fragilità, riteniamo che debbano essere assunte le misure finanziarie necessarie a ricostruire e rilanciare il SSN, rimuovendo il tetto di spesa del personale che blocca le assunzioni dal 2010 al livello di spesa del 2004, procedere ad un Piano straordinario di Assunzioni e intervenire, attraverso la contrattazione collettiva di 1 e 2 livello, per tornare a rendere attrattivo il SSN.

È proprio questo aspetto che desta più preoccupazione, primo fra tutti la carenza degli infermieri sul nostro territorio; gli ultimi bandi formativi hanno registrato un netto calo del 10% di adesione da parte degli studenti, questo fa presupporre, che la professione non sia così tanto attrattiva; una volta laureati i nostri giovani infermieri migrano all'estero per salari migliori. In seconda battuta, le competenze avanzate richieste all'Infermiere di Comunità, con responsabilità oltre che clinico assistenziali e di presa in carico di cronicità complesse anche di responsabilità e di risultato, porta con sé

anche una retribuzione salariale coerente con l'alta professionalità che al momento non è contemplata né sui bilanci regionali né nei CCNL.

In conclusione, la UIL, a seguito di una legge di bilancio che ha ulteriormente aggravato le condizioni complessive del SSN, inasprando le difficoltà per la realizzazione dei Lea, esprime preoccupazione per come, a finanziamento invariato per il sociale, potranno essere sostenuti economicamente i LEPS che si prefigurano con la legge delega.