



## Osservazioni sui documenti della Commissione per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana

- 1) Il primo documento, approvato dalla Commissione a dicembre 2020, si presenta nella forma di “**Linee di indirizzo generali**” che, come si legge nel documento stesso: *“non esauriscono il lavoro della Commissione ma ne costituiscono la necessaria premessa ed il quadro concettuale al fine di poter proporre una successione di azioni, puntuali ed incisive”*.
- 2) Il secondo documento, non definitivo, propone “... **istituzione di un ADI continuativa e di servizi semiresidenziali e di prossimità per un milione di anziani fragili**” (d’ora in poi “documento ADI continuativa”).
- 3) Entrambi i documenti contengono orientamenti e **obiettivi generali** condivisibili che mirano a privilegiare la permanenza della persona anziana nel proprio contesto di vita, e la riqualificazione e il ridimensionamento delle strutture residenziali a favore di un’assistenza di prossimità. In particolare si propone di:
  - Colmare l’importante **gap conoscitivo sulla effettiva domanda sociale e sanitaria** della popolazione anziana (anagrafe sociosanitaria) ...
  - Ristabilire un effettivo **continuum assistenziale**, a fronte della scarsa, frammentata ed insufficiente offerta di servizi integrati fra sanità e sociale sul territorio.
  - Riconvertire parte degli interventi in RSA (e della spesa) verso **l’assistenza domiciliare integrata** (obiettivo: 20 ore/mese e sostegno sociale per 500mila anziani fragili) e **semiresidenziale e di rete** (obiettivo: 500mila over65), accompagnata da servizi di telemedicina e telepresenza. Il *continuum* comprende attività preventive, di inclusione e di lotta alla solitudine ed all’isolamento sociale su base territoriale, di quartiere o di centri e prevede interventi per l’adeguamento delle abitazioni, eliminazione delle barriere architettoniche, cohousing, ecc. La Tabella 1 del documento “Linee generali ...” riassume le caratteristiche del continuum assistenziale. Il documento sull’“ADI continuativa”, ben più articolato, rappresenta un progetto ambizioso, sostenuto da investimenti “start up” per 9 miliardi nel triennio, con la previsione di ricadute consistenti sul piano occupazionale (stimati 100mila nuovi posti di OSS e una riqualificazione del lavoro per le/i badanti).

4) **Riconoscendo che le proposte sono certamente apprezzabili, riteniamo utile proporre alcune osservazioni:**

- a) Ribadiamo la necessità di una **legge quadro sulla Non Autosufficienza** come “contenitore” di diversi atti, in una cornice che mira all’uniformità nell’accesso ai diritti in tutto il Paese voluta dalla Costituzione, per assicurare servizi e sostegni uniformi e adeguati in tutto il Paese e prevedere criteri omogenei di riconoscimento della condizione di non autosufficienza e del bisogno assistenziale.
- b) In questo senso, nei documenti **manca la richiesta di definire i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali**, tra l’altro premessa indispensabile per realizzare l’integrazione socio sanitaria prevista anche nel Dpcm del 2017 sui Lea Sanitari: art 21), integrazione che pure il documento della Commissione reclama.  
Solo con la definizione di livelli essenziali per la non autosufficienza si potranno stabilire standard e indicatori validi e uniformi su tutto il territorio nazionale che tengano conto del bisogno assistenziale, di un approccio multidimensionale integrato con la presa in carico individuale e percorsi diagnostico terapeutici assistenziali personalizzati. Infatti il potenziamento delle reti socio-sanitarie territoriali e dell’assistenza domiciliare in particolare, deve essere garantito sia dall’adeguamento delle risorse economiche e di personale nel sociale e nel sanitario, integrate e coordinate fra loro, sia anche da un assetto istituzionale e programmatico coerente (coincidenza tra distretti sanitari e ambiti sociali, accordi tra Comuni ed Asl per l’offerta integrata, ecc.) ma ancora insoddisfacente.
- c) E’ importante che si sia evidenziata la carenza informativa del fenomeno degli anziani non autosufficienti. Perciò è necessario armonizzare i molteplici criteri e gli strumenti attraverso i quali ogni Regione classifica la non autosufficienza, implementare e coordinare i sistemi informativi già avviati. Riteniamo che la sollecitazione ad organizzare un preciso monitoraggio sul sistema delle residenzialità e più in generale di assistenza alle persone anziane sia sicuramente costruttivo ma non è chiaro nelle modalità di attuazione, in specie considerando le piccole realtà.
- d) Occorre valutare se, e come, la proposta di **PNRR**, in specie per la Missione 6 Salute (Componente 1 Progetti ADI) e della Missione 5 (Componente 2 Progetti per Servizi socioassistenziali, disabilità e marginalità), sia integrabile con quelle della Commissione, anche per recuperare *ulteriori* risorse per realizzare le riforme auspiccate, almeno nella fase di avvio.
- e) Bisogna valutare se e come “armonizzare” le proposte con alcuni contenuti già presenti in diversi documenti ufficiali (Piano cronicità, Piano demenze, alcune parti del piano Non autosufficienza, Patto per la Salute ...), peraltro poco realizzati.
- f) Merita un attento esame la **stima del fabbisogno assistenziale** indicata nel documento “ADI continuativa” in “circa 1 milione di anziani immediatamente bisognosi di cure domiciliari, territoriali e semiresidenziali”. Anche considerando che una parte delle persone non autosufficienti sarebbe in carico all’assistenza residenziale (oggi oltre 200mila anziani), occorre evitare sottostime del target (qui peraltro inferiore al numero dei percettori over65 di indennità di accompagnamento). Inoltre bisogna considerare che esistono persone con diversi

gradi di non autosufficienza e diversi livelli di bisogni assistenziali che non possono essere trascurate (come peraltro riconosce lo stesso documento).

- g) I documenti trattano la questione **Lavoro**, prevedendo reclutamento, formazione, riqualificazione e misure contrattuali per il personale, in specie Operatori Socio Sanitari (OSS) e Badanti. Si tratta di questioni delicate che richiamano i diritti, la qualità del lavoro, le condizioni di lavoro, e quindi il ruolo della contrattazione sindacale, da intrecciare con i diritti e la qualità dei servizi delle persone assistite; è quindi necessario, e utile, un confronto anche con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative, titolari dei vigenti CCNL che ad oggi non sono mai state ascoltate dalla Commissione. Ciò anche in funzione dell'obiettivo di migliorare, valorizzare e uniformare condizioni e diritti di lavoratrici e lavoratori oggi poco riconosciuti. Per la qualificazione delle "badanti" le proposte vanno rafforzate, infatti vi sono esperienze significative, ma quello che manca sono sistemi integrati di formazione, incontro domanda ed offerta mirati, di supporto all'inserimento nel contesto familiare, di consulenza per garantire la regolarità dei rapporti di lavoro, come anche di sostegno e verifica, nell'ambito del Piano di Assistenza Individuale, da parte del servizio pubblico. Inoltre va chiarita la previsione dell'impatto occupazionale: nel documento "ADI continuativa" a pagina 9 si prevede il reclutamento nel triennio di 30mila OSS, mentre a pagina 12 si stima che a regime il piano genererà 100mila posti di lavoro: in quale ambito (pubblico, privato sociale, ...) si generano questi nuovi posti di lavoro? Infine, serve investire sulla formazione di figure professionali capaci di gestire e muoversi nella rete. Vanno sviluppate capacità nuove, volte alla capacitazione e non solo alla gestione di prestazioni. Va riconosciuto e valorizzato, anche, il ruolo dei Caregiver familiari.
- h) Deve essere maggiormente esplicitata la **centralità del servizio pubblico** in tutto il processo assistenziale (dalla presa in carico, alla definizione e realizzazione del piano assistenziale individuale, alla valutazione dei risultati). Una centralità doverosa – pur accennata in alcuni passaggi dei documenti, per assicurare il diritto all'assistenza, che naturalmente si avvale dei tanti soggetti, in specie del volontariato e del non profit, senza i quali sarebbe impossibile assicurare l'offerta; soggetti che devono partecipare alla costruzione e alla realizzazione dei piani del welfare locale. Non sfugge infine il rischio di alimentare una privatizzazione dei servizi e della stesse forme di lavoro. Inoltre appare eccessivamente cogente la proposta per cui "tutti gli erogatori di servizi sia pubblici sia privati (convenzionati o meno) siano vincolati ad offrire l'intero continuum (assistenziale)". Pur comprendendo infatti la necessità che vi sia maggiore integrazione dei servizi e degli interventi (specie domiciliari) questa va perseguita attraverso meccanismi organizzativi territoriali che governino questa strategia di rete tra soggetti e di continuità dei *setting* assistenziali, piuttosto che affidarsi alla concentrazione degli erogatori.
- i) Preoccupa l'ipotesi formulata nel documento "Linee generali" (pagina 4 punto 6): *"sarà necessario provvedere ad un **sistema universale di accreditamento** ed alla attribuzione di un attestato della qualità delle singole entità appartenenti al pubblico, al privato convenzionato ed al privato, coinvolte nel campo della assistenza agli anziani"*. Fin qui ciò risulta condivisibile. Poi il documento continua *"Sarà così possibile ridurre, fino alla progressiva abolizione, il sistema delle gare in appalto, consentendo libertà di scelta ai cittadini"*. Il binomio accreditamento/partecipazione può offrire vantaggi soprattutto per gli utenti ma ad alcune condizioni, tra cui: una Amministrazione pubblica capace di governare questi processi specie a livello territoriale per definire e verificare costantemente la persistenza dei criteri di

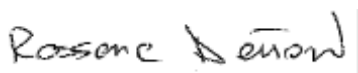
accreditamento e la trasparenza dell'offerta, individuare tariffe applicabili capaci di garantire la qualità e meccanismi equi di compartecipazione alla spesa qualora presenti, sistemi di partecipazione sociale che diano reale voce "aggregata" agli utenti, sistemi "terzi" di accompagnamento alla scelta delle famiglie perché questa libertà si traduca in capacità di scelta. In sostanza è determinante a nostro avviso assicurare una coerenza tra la programmazione e la qualità dell'offerta con la domanda effettiva di cure e con il diritto ad un Piano di assistenza personalizzato, che permette al cittadino di scegliere la soluzione, ma sostenuto dal servizio pubblico (PAI, monitoraggio e valutazione, case manager) che ha preso in carico la persona.

- j) La riflessione complessiva che i documenti della commissione propone sulle strutture residenziali sociosanitarie per anziani e disabili va nella direzione giusta di una radicale riforma per una loro riorganizzazione a partire dalla realizzazione di strutture snelle parti attive della comunità locale. C'è bisogno di strutture residenziali con standard migliori rispetto agli attuali e forme di residenzialità più leggere, oltre che di più centri diurni e più domiciliarità. Il punto è, quindi, articolare maggiormente l'offerta tra diverse possibilità e migliorare la qualità delle residenze.
- k) Per quanto attiene la proposta sul personale, in particolare sugli OSS, che nel documento sull'ADI rileviamo essere declinata come proposta di assunzioni di OSSS preme evidenziare che il percorso di ulteriore formazione complementare che porta all' OSSS, declinato nell'accordo conferenza Stato-Regioni del 2003, appare oggi non in grado di rispondere ai bisogni della popolazione anziana (e non solo) e all'evoluzione della figura dell'Operatore Socio Sanitario rivendicata anche dagli stessi professionisti.  
E' fondamentale un aggiornamento della figura dell'OSS, a partire dal percorso formativo, così da consentire l'acquisizione di quelle conoscenze e competenze in grado di garantire le risposte necessarie senza che questo determini invasioni nelle competenze proprie della professione infermieristica. Altro aspetto che non può più essere rinviato, e sul quale occorre creare la massima sinergia, è la ridefinizione del ruolo dell'OSS, oggi ancora considerata figura tecnica ai sensi della L. 761/79, e quindi declinato in modo erroneo come "figura di interesse sanitario", attraverso il completamento della L. 3/2018 e l'istituzione del ruolo socio sanitario nel quale far confluire l'OSS, completando così il percorso avviato di revisione della figura.
- l) Valutiamo che debba essere sviluppata la parte relativa alle politiche per un invecchiamento attivo e in salute, alle politiche di prevenzione e di diagnosi precoce, decisive nelle politiche per la salute della popolazione
- m) Considerato che la Commissione intende, così scrive nei documenti, proporre e implementare azioni con il **metodo partecipativo**, coinvolgendo forze sociali e sindacali, del terzo settore, fino alla diretta partecipazione dei cittadini anziani, noi dichiariamo piena disponibilità al confronto (coinvolgendo anche le nostre federazioni di categoria che rappresentano il personale impiegato in questo delicato settore di lavoro).

n) Infine, esauriti i lavori della commissione, **spetta alle Istituzioni preposte** (Ministeri della Salute e del Lavoro e delle Politiche Sociali, Conferenza delle Regioni e PA, ANCI) **agire**. Anche con loro riteniamo indispensabile un confronto adeguato e permanente.

I Segretari Confederali CGIL CISL UIL,

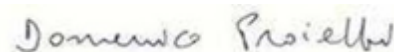
Rossana Dettori  
Segretaria Confederale CGIL



Andrea Cuccello  
Segretario Confederale CISL

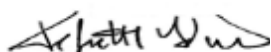


Domenico Proietti  
Segretario Confederale UIL



I Segretari Generali SPI, FNP e UILP,

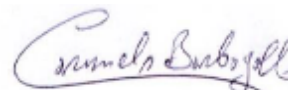
Ivan Pedretti  
Segretario generale SPI CGIL



Piero Ragazzini  
Segretario generale FNP CISL



Carmelo Barbagallo  
Segretario generale UIL Pensionati



Roma, 14 aprile 2021

#### ALLEGATO

1. Documento CGIL, CISL, UIL "Finanziamenti ordinari e straordinari per la ripresa e il rilancio del Welfare Sanitario e Socio Sanitario" (ottobre 2020)
2. Documento "PNRR: priorità assistenza sociale e sanitaria territoriale"