



DALLE
9:30
ALLE
17:00



20
FEBBRAIO
2024



VALORIZZARE IL **LAVORO** PER GARANTIRE LA **QUALITÀ** DEI SERVIZI

**LA PIATTAFORMA DELLO SNALV CONFASAL
per il settore socio-sanitario-assistenziale-educativo**

Segreteria nazionale Snalv Confasal

*Il presente documento è stato discusso,
integrato e approvato dai lavoratori
nell'evento nazionale del **20 febbraio 2024**.*

INDICE

PREMESSA

01. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

pag. 4

- 1.1 Servizi residenziali: uno sguardo d'insieme
- 1.2 Servizi semi-residenziali e domiciliari
- 1.3 Regolazione dei servizi: le discipline regionali restituiscono un quadro frammentato e disomogeneo
- 1.4 L'aumento del fabbisogno di servizi in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione anziana

02. LE PROBLEMATICHE DEL PERSONALE

pag. 10

- 2.1 La carenza organica
- 2.2 Burn-out e stress lavorativo
- 2.3 Mancata valorizzazione contrattuale e discriminazione rispetto ai colleghi del pubblico impiego
- 2.4 Il dumping salariale di alcune multinazionali

03. LA RIFORMA SULL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI

pag. 15

- 3.1 La distinzione tra servizi socio-sanitari e socio-assistenziali
- 3.2 Il mancato stanziamento dei fondi necessari

04. LE PROPOSTE SNALV CONFSAL

pag. 18

- 4.1 Parità retributiva tra pubblico e privato
- 4.2 Standard organizzativi adeguati
- 4.3 Programmazione preventiva del fabbisogno di personale

05. LE AZIONI PROPOSITIVE DELLO SNALV CONFSAL

pag. 22

BIBLIOGRAFIA

PREMESSA

Lo SnaIv ConfSal sta lottando da tempo per tutelare i lavoratori del settore socio sanitario assistenziale, che subiscono un'ingiustificabile disparità di trattamento rispetto ai colleghi del pubblico impiego e della sanità privata-accreditata.

La politica miope e frammentata degli ultimi anni sta contribuendo al collasso del sistema, che tuttavia ancora oggi è sostenuto dall'incredibile abnegazione di operatori socio sanitari, infermieri, educatori professionali, terapeuti e di tutte le professionalità operanti all'interno delle strutture accreditate.

Ci sono problemi di fondo che mai nessuno ha voluto affrontare e che impediscono, anche alla contrattazione collettiva, di valorizzare adeguatamente le professionalità del comparto.

Lo SnaIv ConfSal ha avviato una seria e concreta discussione con istituzioni e datori di lavoro per consentire il miglioramento delle condizioni lavorative dei dipendenti. Nello specifico, la nostra **mission** si compone di tre punti qualificanti:

1. STIPENDI UGUALI TRA PUBBLICO E PRIVATO

equiparazione degli stipendi e delle condizioni di lavoro dei dipendenti delle strutture accreditate a quelle dei colleghi del pubblico impiego

2. STANDARD ORGANIZZATIVI ADEGUATI

garanzia di un numero minimo di personale adeguato al numero degli utenti assistiti

3. PROGRAMMAZIONE PREVENTIVA DEL FABBISOGNO DI PERSONALE

istituzione di un sistema di monitoraggio che consenta la programmazione preventiva del fabbisogno di personale, in relazione alla crescita esponenziale della popolazione anziana in Italia

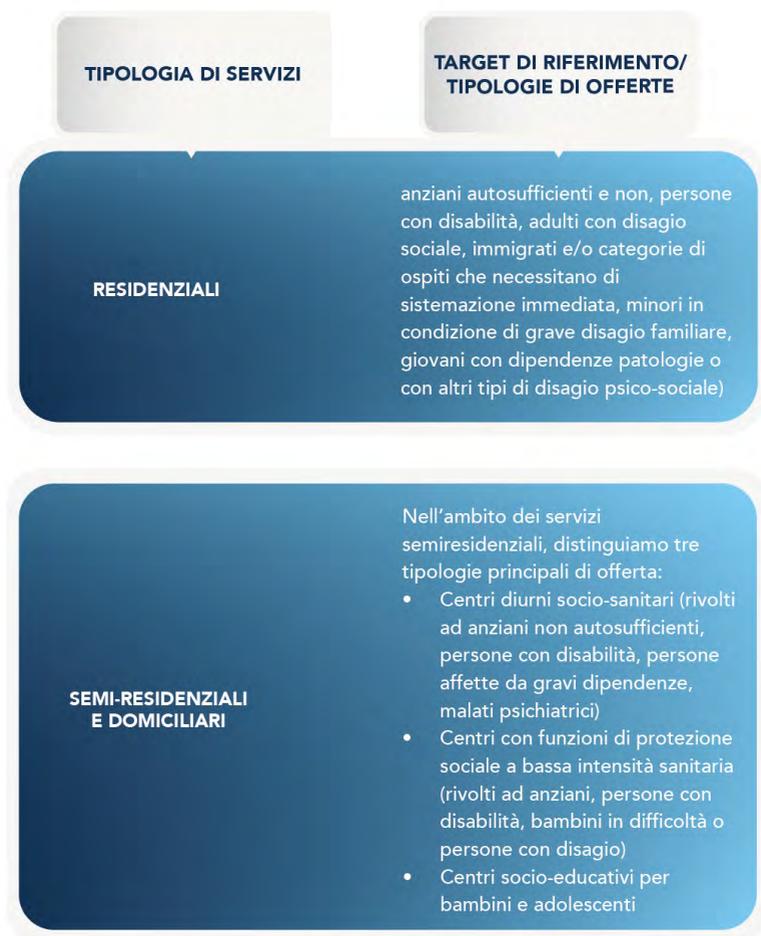
Lo SnaIv ConfSal ritiene che l'attuazione della riforma sull'assistenza agli anziani rappresenti il momento decisivo per creare le condizioni idonee alla valorizzazione del personale ed al superamento delle problematiche del comparto.

I lavoratori del settore iscritti allo SnaIv ConfSal hanno elaborato la presente Piattaforma propositiva, discussa e approvata nell'evento nazionale del 20 febbraio 2024.

01. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Il sistema variegato dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari coinvolge, ai fini della loro erogazione, una pluralità di soggetti pubblici e privati (sia *profit* che non, compresi gli istituti religiosi).

I servizi si distinguono in due macroaree: residenziali e semi-residenziali/domiciliari. I servizi si differenziano, inoltre, in ragione dello stato di bisogno dei diversi target di utenza: possono essere a carattere socio-sanitario e/o a carattere socio-assistenziale-educativo.



1.1 Servizi residenziali: uno sguardo d'insieme

In base all'ultima rilevazione ISTAT¹, al 1° gennaio 2022 i presidi residenziali attivi nel nostro Paese sono 12.576, con un'offerta complessiva pari a **414mila posti letto** (di cui soltanto l'11% al Sud).

Gli ospiti ammontano a 356.556, dei quali oltre tre su quattro sono anziani.

POSTI LETTO DEI PRESIDI RESIDENZIALI SOCIO - ASSISTENZIALI E SOCIO - SANITARI PER TIPOLOGIA DI UTENZA PREVALENTE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Al 31 dicembre 2021. Valori percentuali

TARGET UTENZA PREVALENTE

	Minori	Persone con disabilità	Persone con dipendenze patologiche	Anziani autosufficienti	Anziani non autosufficienti	Immigrati/Stranieri	Adulti con disagio sociale	Persone affette da patologie psichiatriche	Vittime di violenza di genere	Multiutenze
Nord-ovest	3,13	7,30	2,25	10,78	69,88	0,38	1,87	3,60	0,12	0,69
Nord-est	4,35	7,23	1,07	6,37	73,83	1,39	2,77	2,62	0,06	0,32
Centro	6,95	7,94	3,98	20,42	46,48	1,90	4,18	6,15	0,21	1,78
Sud	6,56	10,35	6,16	24,74	37,64	2,42	3,23	8,24	0,11	0,54
Isole	13,54	6,38	2,29	21,47	32,91	4,38	4,75	11,18	1,56	1,53
ITALIA	5,29	7,64	2,63	13,46	60,78	1,45	2,87	4,84	0,23	0,81

Fonte: ISTAT, Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie, 1° gennaio 2022, Pag. 2 - <https://www.istat.it/it/files//2023/11/Report-presidi-assistenziali-Anno-2021.pdf>

1 ISTAT, Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie, 13 novembre 2023

FOCUS.

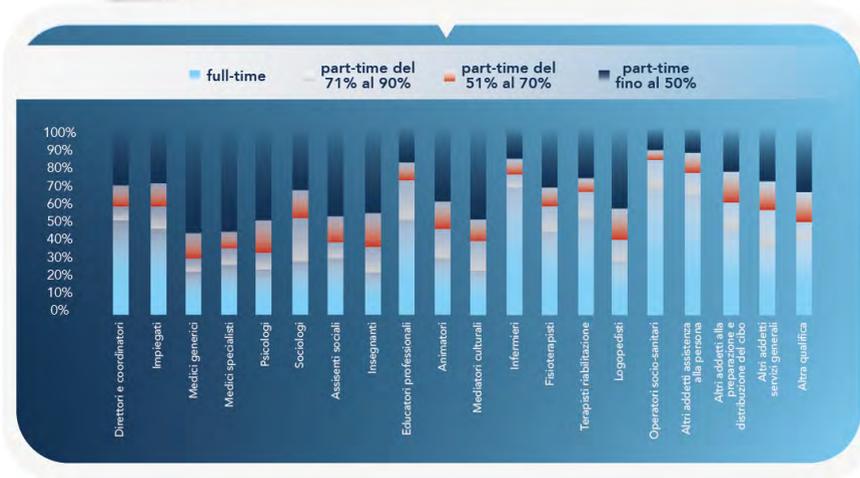
IL PERSONALE IMPIEGATO

Nelle attività svolte in queste strutture (socio-sanitarie e socio-assistenziali) i lavoratori impiegati sono più di 341mila, ai quali va sommata una componente di oltre 31.500 volontari e poco più di 4mila operatori del servizio civile.

Le principali figure professionali si concentrano in ambito sanitario: circa 195mila sono rappresentate da tre professioni, quali gli Operatori Socio Sanitari (34,6%), gli infermieri e gli addetti all'assistenza alla persona (entrambi all'11%). A questi si aggiungono gli educatori professionali (presenti in misura del 24% nelle strutture socio-assistenziali e del 5% in quelle sanitarie).

Per quanto riguarda il tempo di lavoro, emerge chiaramente che nella residenzialità si presenta un uso molto elevato dell'impiego part-time: è occupato con un regime orario ridotto il 41% dei dipendenti retribuiti, di cui ben il 17% con un impiego orario al di sotto del 50% rispetto al tempo pieno.

FIGURA 2. PERSONALE RETRIBUITO NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO - ASSISTENZIALI E SOCIO - SANITARIE PER PROFILO PROFESSIONALE E ORARIO DI LAVORO Al 31 dicembre 2021.
Valori percentuali



Fonte: ISTAT, Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie, 1° gennaio 2022, Pag. 4 - <https://www.istat.it/it/files//2023/11/Report-presidi-assistenziali-Anno-2021.pdf>

1.2 Servizi semi-residenziali e domiciliari

Sul fronte dei servizi semi-residenziali e domiciliari si registra, invece, una compartecipazione finanziaria e gestionale da parte di una pluralità di Enti territoriali, tale da rendere particolarmente difficile la predisposizione di un quadro chiaro su tipologia di utenza, classificazione delle strutture, impiego del personale, e così via.

In particolare, da come emerge dal 5° Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care, risultano del tutto carenti i dati sui servizi semiresidenziali socio-sanitari di alcune Regioni (Valle d'Aosta, Abruzzo, Molise e Calabria), mentre l'offerta di posti in servizi semi-residenziali ad afferenza sociale non è rilevata dai sistemi informativi nazionali.

Un dato, tuttavia, appare emblematico: circa il 45% della spesa dei Comuni per il target delle famiglie e minori è di tipo non residenziale.²

Un flusso finanziario così ingente richiederebbe, anzitutto, un sistema di monitoraggio molto più raffinato e analitico. La compresenza di una molteplicità di Enti Pubblici non può rappresentare un ostacolo alla ricostruzione dei dati che influenzano le policy presenti e futuri.

1.3 Regolazione dei servizi: le discipline regionali restituiscono un quadro frammentato e disomogeneo

I sistemi di tariffazione adottati dalle Regioni per l'erogazione dei servizi socio-sanitari-assistenziali-educativi variano da una regione all'altra, con ricadute significative non soltanto sull'organizzazione dei servizi e sulla qualità delle prestazioni erogate, ma anche sulle condizioni di lavoro del personale impiegato. La disomogeneità vigente ha comportato pesanti ripercussioni sulla qualità del lavoro svolto nelle R.S.A., residenze protette, case di cura, comunità terapeutiche e delle varie strutture socio-sanitarie-assistenziali.

Variano le denominazioni delle strutture e dei servizi, variano le modalità di funzionamento e di accreditamento, variano gli standard organizzativi e gestionali, oltre ai costi sanitari (e relative modalità di determinazione)

² INAPP, Anticipazione dei fabbisogni professionali nei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, Marzo 2023

da rimborsare: l'abbondanza di discipline differenti ha creato un vero caos gestionale, tale da rendere particolarmente difficile la comparazione tra servizi di regioni differenti.

La frammentazione del quadro regolatorio diviene una questione ancora più critica se consideriamo che la gestione dei presidi residenziali è affidata prevalentemente a organismi di natura privata (75% dei casi -dati ISTAT).

È chiaro che tale situazione si riflette profondamente sulle problematiche del personale e mina alla base l'esigenza di garantire omogeneità ed equità nell'erogazione dei servizi.

1.4 L'aumento del fabbisogno di servizi in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione anziana

L'invecchiamento è oggi la grande sfida del welfare in Italia: in base agli ultimi dati disponibili³, la stima degli anziani non autosufficienti è pari a 3.935.982 individui (anno 2020), con un aumento del 1,2% rispetto all'anno precedente. Di questi, soltanto il 6,3% è stato preso in carico dai servizi socio-sanitari residenziali, lo 0,6% da quelli semi-residenziali, il 21,5% dai servizi domiciliari (ADI).

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico servizi socio - sanitari	Tasso di copertura servizi socio - sanitari
3.935.982	Residenziale	246.376	6,3%
	Semiresidenziale	21.706	0,6%
	Domiciliare (ADI)	844.823	21,5%

Fonte: 5° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care, Pag. 25

La quota di anziani non autosufficienti è destinata inevitabilmente a salire: si stima, infatti, che il rapporto tra individui in età lavorativa (15-64 anni) e non (0-14 e 65 anni e più), oggi di 3 a 2, passerà a circa 1 a 1 nel 2050. A contribuire alla crescita assoluta e relativa della popolazione anziana concorrerà soprattutto il transito delle folte generazioni degli anni del baby boom (nati negli anni '60 e prima metà dei '70) tra le età adulte e senili, con concomitante riduzione della popolazione in età lavorativa. Nei prossimi trent'anni, infatti, la popolazione di 15-64 anni scenderebbe al 54,3% in base allo scenario mediano, con una forchetta potenziale compresa tra il 53,2% e il 55,4%⁴.

Ad un aumento di popolazione sempre più anziana dovrebbe, quindi, corrispondere un adeguato insieme di servizi di cura ed assistenza che al momento stenta ancora a decollare.



Fonte: ISTAT, Previsioni della popolazione residente e delle famiglie | base 1/1/2022, Pag. 1 - <https://www.istat.it/it/files/2023/09/Previsioni-popolazione-e-famiglie.pdf>

4 ISTAT, Il Paese domani: una popolazione più piccola, più eterogenea e con più differenze, 28 settembre 2023

02. LE PROBLEMATICHE DEL PERSONALE

Il sistema dei servizi descritto nel paragrafo precedente risente di una profonda crisi, sia in termini di risorse umane che finanziarie, tale da ripercuotersi pesantemente sulle condizioni lavorative del personale impiegato.

Ad oggi il sistema Paese non è in grado di garantire un progressivo riallineamento tra l'evoluzione dei bisogni e gli standard disciplinati dalle normative regionali. Il moltiplicarsi dei bisogni socio-assistenziali e socio-sanitari ha messo a nudo un *deficit* di integrazione e coordinamento tra operatori e tra categorie di interventi, con le strutture residenziali per anziani, in particolare, che spesso si ritrovano a sostituirsi alla rete sanitaria ed ai relativi bisogni sanitari.

La crescente apertura del mercato, inoltre, sta favorendo l'ingresso in Italia di grandi operatori *profit* che, stante l'inadeguatezza tariffaria e l'esigenza di produrre utili, hanno acuitizzato la pressione sul personale impiegato.

Di seguito sono illustrate sinteticamente le evidenze più immediate che riguardano prettamente i lavoratori.

2.1 La carenza organica

La mancanza di professionisti socio-sanitari è il punto più critico su cui occorre intervenire. In base ai dati più recenti forniti dall'Osservatorio Long Term Care - SDA Bocconi⁵, nel 2022 si registra ancora una grave carenza di personale. Mancano, in particolare:

- il 21,7% degli infermieri necessari;
- il 13% di personale medico
- il 10,8% di operatori socio sanitari

La situazione peggiora se si restringe l'analisi agli Enti del terzo settore (Fondazioni e cooperative), dove la carenza di infermieri e O.S.S. sfiora la soglia, rispettivamente, del 24% e del 13% in relazione al fabbisogno.

Significativo appare il dato sull'emigrazione dei lavoratori verso il settore sanitario pubblico: nel 2022, infatti, tra gli infermieri che hanno lasciato il proprio lavoro in un Ente del terzo settore, ben 2 su 3 sono stati assunti dal Servizio Sanitario Nazionale o da un'azienda operante nella sanità privata. La competizione contrattuale tra comparto pubblico e quello socio-sanitario "privato-accreditato" è totalmente a sfavore di quest'ultimo, per i motivi che sono successivamente analizzati.

5 riferiti al personale operante nei servizi socio-sanitari per anziani

FOCUS. LA CARENZA È GIÀ TRA I DIPLOMATI.

Secondo la recente indagine del Sistema Informativo Excelsior (Unioncamere – ANPAL)⁶, nel 2023 il socio-sanitario è il quarto indirizzo scolastico più ricercato dalle aziende ma riesce a soddisfare solo metà delle richieste avanzate: il fabbisogno di studenti licenziati dall'indirizzo socio-sanitario è di 115.950 figure, ma all'appello lanciato dal mondo produttivo ne mancano ben 59.100.

La difficoltà di reperimento tocca la percentuale massima nel Nord Est (71%) e, in misura minore, nel Nord Ovest (58%). Si attestano invece nella media nazionale il Centro (50%) e, ben al di sotto, il Sud e le Isole (33%).

INDIRIZZO SOCIO SANITARIO

| OPPORTUNITÀ DI LAVORO DELLE IMPRESE

115.950

DIPLOMATI
richiesti dalle
imprese



RETRIBUZIONE LORDA
ANNUA INIZIALE

massima 23.700€

minima 20.800€

| DIPLOMATI DI QUESTO INDIRIZZO CHE LE IMPRESE HANNO DIFFICOLTÀ A TROVARE



59.100

difficoltà di riempimento
media pari al:

51%

Per quali motivi:

ridotto numero dei candidati	45.300	39%
preparazione inadeguata	11.440	10%
altri motivi	2.360	2%

⁶ Fonte: Sistema Informativo Excelsior, Diplomatici e lavoro, Gli sbocchi professionali dei diplomati nelle imprese, Indagine 2023 - Pag. 56

2.2 Burn-out e stress lavorativo

La carenza numerica del personale ha comportato un netto ed ulteriore aggravamento del **burn out** e dello stress vissuto dai dipendenti, con inevitabili conseguenze sull'offerta qualitativa destinata agli utenti più deboli.

Lo SNALV Confisal si ritrova spesso ad assistere e supportare i lavoratori non soltanto sul piano gestionale, ma anche da un punto di vista psicologico, a causa dello stress lavorativo che implica naturalmente una minor resa sul lavoro, unitamente ad affaticamento fisico e mentale, cattiva salute.

Al termine della pandemia la situazione è divenuta ancor più critica: un operatore su tre mostra segni di alto esaurimento emotivo e uno su quattro moderati livelli di depersonalizzazione⁷.

L'eccessivo carico di lavoro, inoltre, comporta un ulteriore rischio psicosociale dovuto alla pressione relativa ai tempi di esecuzione delle attività. Gli operatori, infatti, devono spesso fare i conti con la "pressione del tempo" e con la fretta, che rappresenta il secondo fattore di rischio nell'ambito della sicurezza sul lavoro⁸. A ciò si aggiunge la diffusa possibilità di essere esposti a violenze e molestie da parte di terzi (causate da pazienti con problemi psichiatrici, familiari dei pazienti e così via), oltre al gravoso sforzo emotivo richiesto ai lavoratori per contenere e regolare le proprie emozioni, specialmente in riferimento alla gestione del dolore, dell'ansia di pazienti e parenti, dei continui contatti con malattie gravi, emergenze ed eventi traumatici.

I rischi psicosociali legati al lavoro, dunque, rappresentano una grave minaccia per la salute ed il benessere del personale.

La problematica è ben avvertita anche a livello europeo: riguardo alle questioni relative alla salute e sicurezza sul lavoro, infatti, è opportuno segnalare l'intervento dell'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA) che ha già avviato il progetto di ricerca 2022-2026 "Il settore dell'assistenza socio-sanitaria e la sicurezza e la salute sul lavoro (SSL)". L'obiettivo del progetto è migliorare la conoscenza delle diverse sfide che il settore si trova ad affrontare, al fine di orientare il processo di elaborazione delle strategie di prevenzione.

⁷ Centro di Ricerca EngageMinds HUB dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, progetto "C.O.P.E." (Covid19-related Outcomes of health Professionals during the Epidemic), Maggio 2020

⁸ TNO Netherlands, Psychosocial risks in the health and social care sector, Settembre 2023

3.2 Mancata valorizzazione contrattuale e discriminazione rispetto ai colleghi del pubblico impiego

Le criticità sin qui esposte si associano ad una mancata valorizzazione del personale, sia sul piano organizzativo che in termini prettamente retributivi.

PROBLEMI ORGANIZZATIVI. Gli O.S.S., ad esempio, sono spesso trattati come una sorta di tutto fare. È facile riscontrare operatori che svolgono mansioni extra che esulano dalle proprie competenze (si pensi alle pulizie dei locali). Inoltre, l'incremento di utenti in condizioni gravi o gravissime ha fatto registrare un visibile aumento del carico di responsabilità condiviso dalle diverse professionalità operanti nelle strutture.

L'insufficienza numerica di personale comporta, ovviamente, enormi difficoltà sul piano organizzativo e gestionale. I lavoratori svolgono spesso turni superiori alle 8 ore o turni ravvicinati, ben oltre l'orario contrattualmente pattuito. Le ore in eccesso confluiscono nella c.d. Banca Ore per poi finire, in alcuni casi, nel dimenticatoio, soprattutto se i lavoratori non sono puntualmente affiancati da una valida assistenza sindacale.

DISCRIMINAZIONE CONTRATTUALE E RETRIBUTIVA. Al tempo stesso, i lavoratori del comparto subiscono una grave ed ingiustificabile discriminazione salariale rispetto ai colleghi che - a fronte della medesima professionalità e dello svolgimento di analoghe mansioni - sono impiegati nella sanità pubblica. Anche da tale assunto è possibile trarre un'agevole spiegazione alla fuga verso il Servizio Sanitario Nazionale a cui abbiamo assistito durante e dopo il Covid.

Nella tabella che segue è riprodotta una comparazione tra i livelli retributivi vigenti previsti dal CCNL Sanità Pubblica e da una media dei principali CCNL del settore socio-sanitario-assistenziale-educativo (CCNL Anaste, CCNL Cooperative Sociali, CCNL Uneba) con riferimento ad infermieri, O.S.S., educatori e Addetti all'assistenza.

Profilo professionale	Retribuzione al 1.01.2024 CCNL SANITÀ PUBBLICA	Retribuzione al 1.01.2024 CCNL PRIVATISTICI	DIFFERENZA complessiva tra i due comparti (su 13 mensilità)
Infermiere	Paga base: 1.941,58 per 13 mensilità Indennità complessive: 108,94 per 12 mensilità	Paga base: 1.612,90 per 13 mensilità Indennità complessive: 99,31 per 13 mensilità	329,93 € [annuo: 4.289,09]
Operatore Socio Sanitario	Paga base: 1.675,45 per 13 mensilità Indennità complessive: 45,80 per 12 mensilità	Paga base: 1.480,95 per 13 mensilità	236,78 € [annuo: 3.078,14]
Educatore	Paga base: 1.941,58 per 13 mensilità Indennità complessive: 41,10 per 12 mensilità	Paga base: 1.612,90 per 13 mensilità	366,62 € [annuo: 4.766,06]
Addetti all'assistenza	Paga base: 1586,59 per 13 mensilità Indennità complessive: 43,91 per 12 mensilità	Paga base: 1.439,18 per 13 mensilità	187,94 € [annuo: 2.443,25]

Fonte: elaborazione Segreteria nazionale SNALV Confsal

La disparità di trattamento retributivo è disarmante: considerando soltanto gli elementi fissi della retribuzione, un infermiere del socio-sanitario percepisce circa 330€ mensili in meno rispetto ad un infermiere impiegato in un ospedale pubblico. La differenza aumenta per gli educatori (oltre 360€ mensili in meno) e si attenua leggermente per altri profili professionali, come O.S.S. (oltre 230€ mensili in meno) e gli addetti all'assistenza (quasi 200€ mensili in meno).

4.2 Il dumping salariale di alcune multinazionali

Ad aggravare ulteriormente le condizioni dei lavoratori concorre il comportamento di alcune aziende che – rispetto ad una varietà di CCNL applicabili - hanno deciso di continuare ad applicare la precedente versione del CCNL Anaste risalente al 2009 (all'epoca sottoscritto dalle federazioni di categoria di Cgil, Cisl e Uil).

Grazie alle “benefiche” pressioni di alcuni Sindacati, infatti, alcuni grandi gruppi imprenditoriali (con migliaia di lavoratori alle proprie dipendenze) hanno continuato ad erogare retribuzioni ferme al 2009, senza mai corrispondere ai propri dipendenti gli incrementi retributivi sanciti a decorrere dal 1° gennaio 2017 e dal 1° gennaio 2023.

Tale comportamento ha prodotto un abnorme **dumping salariale**: le aziende in questione – pubblicamente denunciate dallo SNALV Confsal, anche in via giudiziale – hanno ottenuto un risparmio milionario negli anni, sia in termini retributivi che contributivi (oltre a tutta la parte inerente ai costi indiretti).

Il risparmio per le aziende si è tradotto in un danno economico per i propri dipendenti, che non hanno potuto beneficiare nemmeno delle misure di assistenza sanitaria integrativa previste dal CCNL Anaste vigente.

03. LA RIFORMA SULL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI: UN PRIMO GIUDIZIO DI MASSIMA

Negli ultimi venti anni l'assenza di una visione strategica a livello nazionale ha consentito la profilazione di una pluralità di centri regolatori autonomi (causando i vari problemi già descritti nei paragrafi precedenti), oltre ad impedire un efficace monitoraggio pubblico sulla qualità e sull'efficienza dei servizi resi agli utenti.

In tale ottica, la riforma sull'assistenza agli anziani si configura quale il tentativo "epocale" del sistema di welfare nazionale di adeguarsi non solo all'evoluzione dei bisogni di una popolazione anziana sempre più numerosa e longeva, ma anche al soddisfacimento del fabbisogno attuale.

L'attuazione della riforma, secondo lo SNALV Confsal, deve porsi quale priorità assoluta la valorizzazione del personale, da cui dipende il funzionamento dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali-educativi.

Ciò premesso, nel marzo 2023 il Parlamento ha approvato la Legge Delega per l'assistenza agli anziani non autosufficienti (L. 23 marzo 2023, n. 33), che delega il Governo ad adottare – entro il 31 gennaio 2024 – i relativi Decreti Legislativi di attuazione.

Appena il 25 gennaio 2024 il Consiglio dei Ministri ha approvato in via preliminare lo schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega ex artt. 3, 4 e 5 della L. n. 33/2023. Il provvedimento è attualmente all'esame delle Commissioni parlamentari.

Lo schema di decreto si concentra sull'introduzione di misure specifiche per prevenire la fragilità delle persone anziane, favorendo la loro salute e promuovendo un invecchiamento attivo.

3.1 La distinzione tra servizi socio-sanitari e socio-assistenziali

Di seguito si formulano alcuni giudizi di massima sul provvedimento in commento.

Per le tematiche inerenti al personale, esposte nel presente Documento, un primo tassello pare sia stato raggiunto:

i servizi residenziali e semi-residenziali a carattere **socio-sanitario** vengono distinti da quelli a carattere **socio-assistenziale**.

› La distinzione tra le due tipologie di servizi è importante anche e soprattutto al fine di stabilire a livello nazionale adeguati standard di personale (quantitativi e qualitativi) delle strutture accreditate, in relazione agli specifici bisogni della persona assistita ed alla sua qualità di vita.

› La distinzione tra le due tipologie, inoltre, consente un maggior intervento delle Amministrazioni centrali nell'elaborazione dei criteri generali a cui le strutture accreditate dovranno adeguarsi. Questo, infatti, rappresenta un presupposto essenziale per garantire una omogeneità sia dei trattamenti normativi e retributivi da applicare al personale interessato, sia delle prestazioni da rendere agli utenti fragili.

Nello specifico, la "governance regolatoria" delle due tipologie di servizi segue binari diversi:

- da un lato, i servizi socio-sanitari saranno interessati da un apposito Decreto del Ministro della Salute (da adottare entro 120 giorni dall'approvazione del decreto legislativo), che provvederà espressamente *"all'individuazione e all'aggiornamento, secondo principi di semplificazione dei procedimenti e di sussidiarietà delle relative competenze normative ed amministrative, di criteri condivisi ed omogenei al livello nazionale per l'individuazione dei requisiti minimi di sicurezza e dei requisiti ulteriori di qualità per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture e delle organizzazioni pubbliche e private, anche appartenenti ad enti del Terzo settore, che erogano prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari a carattere sanitario e sociosanitario"* [...];
- dall'altro, i criteri generali dei servizi socio-assistenziali saranno elaborati dal CIPE a livello nazionale mediante apposito Piano a cui Regioni ed Enti locali dovranno attenersi.

3.2 Rinvii ad ulteriori provvedimenti attuativi

Come definito da autorevoli commentatori, lo schema di Decreto licenziato dal Consiglio dei Ministri lo scorso 25 gennaio «*si pone dentro l'antica tradizione italiana di non riformare ma di aggiungere qualcosa all'esistente, lasciandolo così com'è, intatto, stratificando il nuovo sopra il vecchio*»⁹: quello che avrebbe dovuto rappresentare il provvedimento attuativo della Legge delega ha previsto, in realtà, ben 13 ulteriori decreti e 4 linee guida che dovranno essere emanati successivamente.

A ciò si associa il mancato stanziamento dei fondi necessari ad attuare la rivoluzione del sistema tanto decantata ed annunciata. Si stima, infatti, un incremento delle risorse pari ad appena il 2% per i soli 2025 e 2026, dedicate in gran parte alla prestazione universale.

Se, da un lato, lo schema attuativo ha deluso molte aspettative, dall'altro lato può rappresentare la possibilità di un'ulteriore finestra temporale durante la quale è essenziale rafforzare e rinvigorire il punto di vista del personale.

A parer dello Snalv Confsal, infatti, la mancata valorizzazione del personale – e la mancata considerazione della categoria nelle politiche di governance – è tra le principali cause delle inefficienze del sistema attuale.

In tale ottica, al fine di superare le criticità descritte nel presente Documento, nel successivo iter di attuazione della riforma serviranno certamente risorse aggiuntive di natura strutturale, ma – anche e soprattutto - una voce chiara e coesa dei lavoratori, capace di imporre alla politica i punti nodali (descritti nel prossimo paragrafo) per la concreta valorizzazione di tutte le professionalità operanti nel comparto.

⁹ Welforum.it, Non autosufficienza: una riforma (ancora) da costruire, 2 febbraio 2024

04. LE PROPOSTE SNALV CONFISAL

Per affrontare il problema alla radice è necessario liberarsi di pregiudizi ideologici e di parte, che tendono a mistificare (a seconda della convenienza partitica) le responsabilità degli attori coinvolti.

Anzitutto è bene chiarire un aspetto: la risoluzione dei problemi del comparto dipende dall'espressione di una "volontà politica" chiara e condivisa. Le questioni inerenti il personale sono strettamente connesse con quelle relative agli standard fissati dalle normative regionali, ed il sistema dell'accREDITAMENTO si è posto quale prima fonte di inefficienze non soltanto sul fronte "costo del lavoro", ma anche per la qualità dei servizi resi agli utenti.

Il settore socio-sanitario-assistenziale-educativo ha come **core business** l'erogazione di servizi alla persona: vale da sé che il personale rappresenta un fattore chiave non solo per la qualità delle prestazioni, ma anche per l'interesse economico delle medesime aziende.

Sulla base di tali presupposti, di seguito sono sinteticamente descritte le tre proposte Snalv Confisal che mirano a valorizzare il lavoro del personale al fine di garantire la qualità dei servizi erogati.

4.1 Parità retributiva tra pubblico e privato

Nei paragrafi precedenti abbiamo provato a descrivere la gravità della situazione attuale, mediante un approccio **evidence-based**, grazie anche ai dati elaborati e forniti da autorevoli Centri di ricerca.

In tal senso è possibile evidenziare, con chiarezza, che le differenze retributive esistenti con la sanità pubblica non possono essere risolte soltanto mediante la contrattazione collettiva, la quale risulta pesantemente condizionata da un mercato in cui le aziende vivono essenzialmente di finanza derivata.

I costi del personale, infatti, rappresentano la componente maggioritaria dei fattori su cui viene determinato il costo complessivo da rimborsare alle strutture accreditate per le prestazioni da queste svolte.

Lo Snalv Confisal ritiene essenziale fissare un principio cardine in merito, a cui tutte le Regioni debbano attenersi nell'elaborazione di budget e sistemi di tariffazione:

il calcolo del “costo del personale” deve avvenire sulla base dei livelli retributivi previsti dal CCNL Sanità Pubblica, con determinazione del salario minimo orario di ciascun profilo professionale;

di conseguenza, i CCNL del settore devono adeguare i propri livelli retributivi a quelli previsti dal CCNL Sanità Pubblica;

le organizzazioni pubbliche o private accreditate (ivi incluse le organizzazioni che operano in regime di appalto) hanno l’obbligo di applicare i CCNL che, oltre ad essere stipulati da Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative, prevedono livelli retributivi pari o superiori a quelli del CCNL Sanità Pubblica.

Questa è la battaglia delle battaglie che come SnaIv ConfSal lanciamo all’intero sistema produttivo, istituzionale e sindacale del comparto: eliminare la discriminazione in atto tra profili professionali dotati di medesime competenze e background formativo.

Lo SnaIv ConfSal reputa che tale principio cardine debba essere sin da subito inserito nei provvedimenti attuativi della riforma sull’assistenza agli anziani.

Riguardo, inoltre, alla pluralità di CCNL già esistenti, lo SnaIv ConfSal auspica che si possa arrivare a definire quanto prima un unico CCNL del settore, che contempli disposizioni generali applicabili a tutti i lavoratori (a partire dai livelli retributivi) e delle regolamentazioni specifiche per i diversi ambiti di riferimento (socio-sanitario, socio-assistenziale-educativo, servizi residenziali, semi-residenziali, domiciliari). Tuttavia, appare legittimo dubitare dell’effettivo grado di maturità e consapevolezza delle parti sociali interessate (sia sul fronte datoriale che sindacale), che si pone quale presupposto indispensabile per realizzare un obiettivo di tale portata.

4.2 Standard organizzativi adeguati

La legge delega sulla riforma all'assistenza agli anziani, inoltre, mira a prevedere, con riferimento ai servizi residenziali, "misure idonee a perseguire adeguati livelli di intensità assistenziale". La misurazione dell'intensità assistenziale consiste nel tempo che, ogni giorno, gli operatori dedicano al singolo individuo ed è rapportata alla dotazione di personale.

L'intensità assistenziale, dunque, viene determinata dalle Regioni mediante gli "standard organizzativi/gestionali" a cui le strutture accreditate devono obbligatoriamente attenersi.

Da qui emerge l'essenziale rilevanza degli standard organizzativi non solo rispetto alla qualità dei servizi offerti agli utenti assistiti, ma anche riguardo alle problematiche del personale sin qui esposte: standard inadeguati creano carenza di assistenza che si ripercuote inevitabilmente sul personale.

Ad oggi si registra un'opinione unanime rispetto all'inadeguatezza degli standard organizzativi, anche sulla base delle risultanze emerse da appositi studi¹⁰: è possibile affermare che l'intensità assistenziale prevista dalle Regioni non ha tenuto conto, negli ultimi anni, dell'aggravamento delle condizioni degli utenti delle strutture (che si caratterizzano sempre di più per problemi di movimento, demenza, fattori clinici o altro) e che hanno maggiore bisogno di cure.

Da qui sorge l'urgente necessità di prevedere a livello nazionale un incremento dell'intensità assistenziale assicurata dalle strutture accreditate, garantendo equità su tutto il territorio. Potrebbero poi le singole Regioni definire l'incremento dei minuti per le varie professionalità coinvolte, sulla base delle proprie specifiche peculiarità.

Entrando nel merito della quantificazione degli standard minimi da assicurare per le diverse tipologie di utenza, si segnalano le valide proposte formulate da autorevoli esperti afferenti al "Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza".

10

Si cita, a tal proposito, l'Osservatorio Settoriale sulle RSA della LIUC Business School.

4.3 Programmazione preventiva del fabbisogno di personale

Aumentare l'attrattività del settore - partendo dagli aspetti retributivi e organizzativi, così come appena descritti – è sicuramente uno dei presupposti per contrastare la carenza organica registrata sinora.

Tuttavia, tra le lacune più evidenti, si segnala la mancanza di un efficace ed efficiente piano strategico relativo all'insieme del personale operante nell'ambito socio-sanitario e socio-assistenziale, tale da rendere impossibile la previsione sul fabbisogno a medio e lungo termine.

Non esiste, infatti, ad oggi un sistema di monitoraggio pubblico che consenta di definire preventivamente la quantità necessaria di infermieri, operatori socio sanitari, medici e così via, in relazione al crescente aumento dei bisogni.

Si continua ad intervenire in maniera disorganica, con proposte ed interventi spot.

La nostra proposta consiste nell'istituzione di un sistema di monitoraggio pubblico del fabbisogno di personale che, mediante strumenti di analisi e valutazione, consenta di prevedere l'incremento di professionisti necessari in un raggio temporale a breve, medio e lungo termine. Tale compito potrebbe essere assegnato all'INAPP, che già si occupa egregiamente della rilevazione dei fabbisogni formativi futuri del personale del comparto.

Soltanto dopo aver strutturato il sistema di monitoraggio sarà possibile prefigurare misure ed azioni consequenziali, come il potenziamento della formazione universitaria in tutte le sue forme e della formazione professionale erogata dagli Enti territoriali.

05. LE AZIONI PROPOSITIVE DELLO SNALV CONFSAL DELL'ULTIMO ANNO

Lo SNALV Confsal ha già da tempo avviato un iter concertativo per la risoluzione delle problematiche dei lavoratori del settore oggetto del presente Documento. In particolare, il Sindacato ha posto all'attenzione delle Istituzioni competenti i punti critici che impediscono la piena valorizzazione del personale.

Soltanto nel corso dell'ultimo anno, lo SNALV Confsal ha avuto modo di dialogare:

- con il Ministero della Salute, nella persona del sottosegretario on. Marcello Gemmato, al quale è stato consegnato un documento tecnico nel Marzo 2023 a seguito di apposito incontro avvenuto in sede ministeriale ([leggi qui il comunicato stampa](#));
- con la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e con il Ministro per gli Affari regionali e le autonomie, on. Roberto Calderoli, a cui è stato richiesto l'avvio di un tavolo istituzionale per superare la vigente disparità di trattamento tra le professionalità operanti nel socio-sanitario-assistenziale e quelle impiegate nel pubblico impiego ([leggi qui il comunicato stampa](#));
- con le singole Regioni, mediante la partecipazione agli incontri preliminari sulla regolamentazione del comparto.

Il percorso avviato dalla Segreteria nazionale, supportato anche dalle Segreterie regionali che hanno promosso eventi ed iniziative analoghe, è culminato con la redazione della presente Piattaforma propositiva. La piattaforma è stata discussa, integrata ed approvata da una rappresentanza di oltre trecento lavoratori del comparto iscritti al Sindacato, durante l'evento nazionale del 20 febbraio 2024.

BIBLIOGRAFIA

1. Centro di Ricerca EngageMinds HUB dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, progetto "C.O.P.E." (Covid19-related Outcomes of health Professionals during the Epidemic), Maggio 2020
2. INAPP, Anticipazione dei fabbisogni professionali nei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, Marzo 2023
3. ISTAT, Il Paese domani: una popolazione più piccola, più eterogenea e con più differenze, 28 settembre 2023
4. ISTAT, Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie, 13 novembre 2023
5. ISTAT, Previsioni della popolazione residente e delle famiglie | base 1/1/2022, Pag. 1
6. LIUC Business School, Osservatorio Settoriale sulle RSA
7. SDA Bocconi-CERGAS, 5° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Gennaio 2023
8. Sistema Informativo Excelsior, Diplomati e lavoro, Gli sbocchi professionali dei diplomati nelle imprese, Indagine 2023
9. TNO Netherlands, Psychosocial risks in the health and social care sector, Settembre 2023
10. WELFORUM.IT, Non autosufficienza: una riforma (ancora) da costruire, 2 febbraio 2024



www.snalv.it