

GUIDIAMO il CAMBIAMENTO



**Assemblea Nazionale
Organizzativa 2023**

nodi di relazione

Roma
16-17 2023
novembre

SOCIALE



Per essere sempre aggiornato su pensioni,
sanità, fisco e previdenza visita il sito
www.pensionati.cisl.it

Segui i canali social della FNP CISL

 **Twitter**
 **Instagram**
 **Facebook**

@FnpCisl
@fnp.cisl
FNP CISL Nazionale

Politiche sanitarie, socio-sanitarie, sociali, famiglia, economia sociale, migratorie



INDICE

DATI DEMOGRAFICI	5
SANITÀ	6
Spesa sanitaria	6
Posti letto	11
Personale sanitario	13
Long Term Care	15
I nostri obiettivi	17
Non autosufficienza	19
POLITICHE SOCIALI	21
Rete di servizi	23
Il sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti	24
Assistenza domiciliare	25
Strutture residenziali e semi-residenziali	27



Disabilità	30
Invecchiamento attivo	33
Innovazione tecnologica e tecnologie assistive	35
Spesa sociale	36
Famiglia	39
Scuola	41
Povertà	42
Cronicità	44
PAC	45
CRISI CLIMATICA	47
Le proposte dell'Unione Europea	48
Crisi ambientale e salute	49
POLITICHE MIGRATORIE	52
Gli ultimi provvedimenti	52
Sbarchi	55
Lavoratori domestici stranieri	57



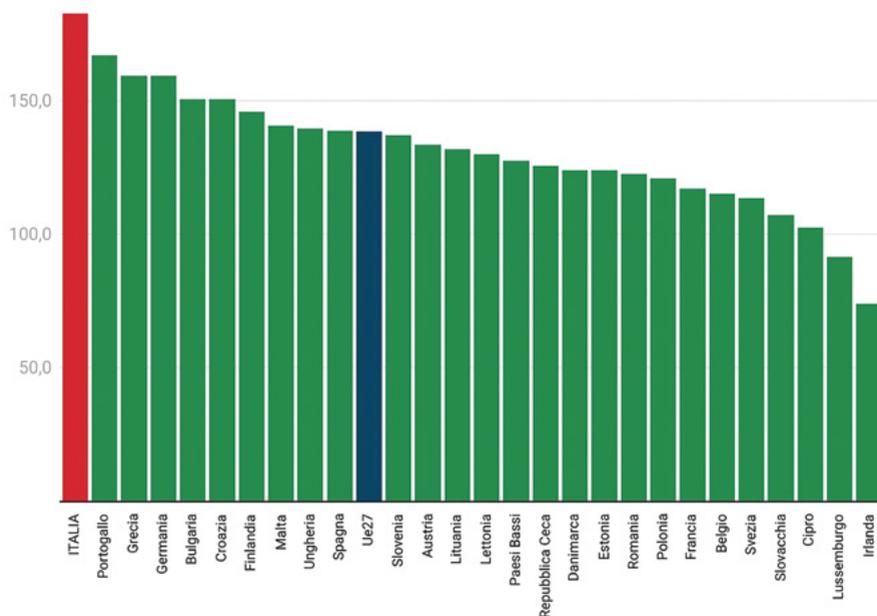
DATI DEMOGRAFICI

Fonte dati e tabella: Istat, 2022

In Italia ci sono **14 milioni di over 65** su 58,8 milioni di abitanti (circa il 23,5% della popolazione), ma il numero è in continuo aumento. Nel 2050 le persone di 65 anni e più potrebbero rappresentare il 34,5% del totale.

L'Italia è uno dei Paesi più "vecchi" dell'Ue. Continua ad aumentare, infatti, l'indice di vecchiaia, che ha raggiunto nel 2022 quota **187,6 anziani ogni 100 giovani** confermando un *trend* di crescita costante dell'indice, ormai in atto da un ventennio.

Aumenta anche la speranza di vita alla nascita, arrivata a 80,5 anni per gli uomini e 84,8 per le donne.



Indice di vecchiaia. Anno 2021 (Valori percentuali)

Fonte: Eurostat, Demographv

Cresce il numero delle famiglie ma con un numero medio di componenti sempre più piccolo. Meno coppie con figli e più coppie senza: **entro il 2042 solo 1 famiglia su 4 sarà composta da una coppia con figli**, più di una su cinque non ne avrà.

OGGI GLI OVER 65 SONO IL 23,5% DELLA POPOLAZIONE

NEL 2050 POTREBBERO RAPPRESENTARE IL 34,5% DEL TOTALE

SANITÀ

Spesa sanitaria

La **spesa sanitaria pubblica in Italia nel 2022 si attesta al 6,8% del PIL**, sotto di 0,3 punti percentuali sia rispetto alla media OCSE del 7,1% che alla **media europea del 7,1%**.

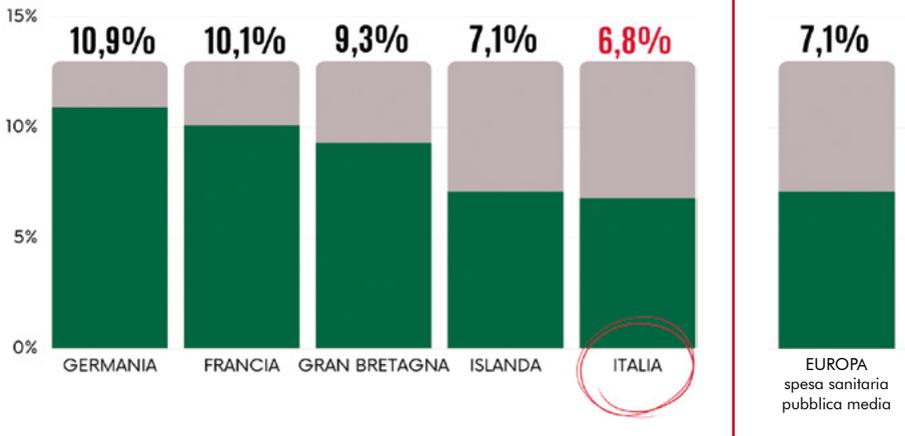
Sono 13 i Paesi dell'Europa che, in percentuale del PIL, investono più dell'Italia, con un gap che va dai +4,1 punti percentuali della Germania (10,9% del PIL) ai +0,3 dell'Islanda (7,1% del PIL).

SONO 13 I PAESI IN EUROPA CHE INVESTONO PIÙ DELL'ITALIA NELLA SPESA SANITARIA PUBBLICA

LA GERMANIA INVESTE IL 10,9% DEL PIL CONTRO IL 6,8% DELL'ITALIA

SPESA SANITARIA PUBBLICA IN PERCENTUALE DEL PIL

Fonte dati: OECOD 2022



Nel 2022 la spesa sanitaria pro-capite pubblica in Italia è stata di 3.255 dollari. Nello stesso anno è stata di:

- 6.929 dollari in Germania;
- 4.479 dollari nel Regno Unito;
- 5.510 dollari in Francia.

In totale, in Italia la spesa sanitaria pubblica e privata è di **168 mld (9,5% del PIL)**, di cui:

- 127 mld di spesa pubblica;
- 36,5 mld di spesa privata (pari al 21,8% del totale).

Documento Programmatico di Bilancio 2024

Nel documento programmatico di Bilancio 2024-2026, presentato il 16 ottobre 2023, per il settore della sanità sono stati previsti degli incrementi del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard di **3 miliardi per l'anno 2024, 4 miliardi per l'anno 2025 e 4,2 miliardi per il 2026** (confermando il livello della spesa sanitaria al 6,4% del PIL per gli anni 2024 e 2025) oltre a una quota di **300 milioni** di euro destinati al finanziamento della sanità della regione Sicilia.

Le risorse stanziare nel triennio saranno così destinate:

- **2,4 miliardi** per il rinnovo dei contratti del comparto sanitario pubblico.
- **280 milioni** (per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026) per gli incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive di medici e personale sanitario del comparto.
- **520 milioni** per il rifinanziamento dei Piani Operativi Regionali per l'abbattimento delle liste d'attesa.
- **50 milioni** per il 2024 e 200 milioni a partire dal 2025 per l'aggiornamento dei Lea.
- **250 milioni** per l'anno 2025 e 350 milioni a decorrere dal 2026 per il potenziamento dell'assistenza territoriale per nuove assunzioni di personale sanitario, anche in deroga al tetto di spesa sul personale.
- **240 milioni** per l'anno 2025 e 340 milioni a decorrere dal 2026. Perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale.
- Previsto inoltre un aggiornamento del tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati. La bozza non indica la cifra, ma indica un incremento della spesa consuntivata nel 2011 dell'1% per il 2024, del 3% per il 2025 e del 4% a decorrere dal 2026.
- Rideterminazione dei tetti della spesa farmaceutica: dal 2024 il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti viene aumentato dall'8,15% all'8,6% e quello della spesa farmaceutica convenzionata viene ridotto dal 7% al 6,7%.

Spesa sanitaria prevista nella manovra di bilancio 2024-2026

	2024	2025	2026
Spesa sanitaria (milioni di €)	134.100	135.390	135.500
Incremento annuo (milioni di €)	3.000	4.000	4.200
Spesa sanitaria (% PIL)	6,4%	6,4%	6,1%

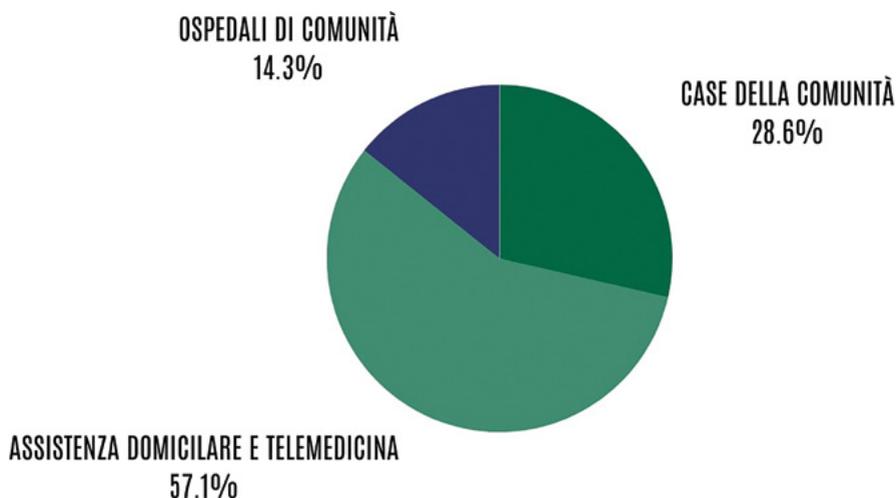
Risorse PNRR per la salute

Nel PNRR **20,23 miliardi** di euro sono dedicati agli interventi per la salute, di cui:

- **4,6 miliardi** delle risorse del React-Eu e del Fondo Nazionale Complementare
- **15,63 miliardi** di euro del PNRR, così ripartiti:
 - **5,7 miliardi** ammodernamento tecnologico
 - **7 miliardi** medicina territoriale
 - **1,64 miliardi** ospedali
 - **1,26 miliardi** ricerca e formazione in ambito medico

Medicina territoriale

- **1 miliardo** di euro "ospedali di comunità" (14,3%)
- **2 miliardi** di euro "case della comunità e presa in carico della persona"(28,6%)
- **4 miliardi** di euro "casa come primo luogo di cura e telemedicina"(57,1%), di cui:
 - › **2,72 miliardi** di euro finanziati con il PNRR per il potenziamento dell'assistenza domiciliare alla popolazione italiana con più di 65 anni, che fissa l'obiettivo di assisterne direttamente nelle proprie case il 10%
 - › **0,28 miliardi** di euro per l'istituzione delle centrali operative territoriali (COT)
 - › **1 miliardo di euro per la telemedicina** di cui ne sono stati approvati e ripartiti 750 milioni di euro per raggiungere almeno 200 mila persone



I ritardi nell'attuazione del PNRR

CASE DELLA COMUNITÀ (CDC)

Le **CDC attive**, a giugno 2023, erano **187 su 1.350 previste dal PNRR**. La riprogrammazione del target europeo, presentata dal Governo, le riduce a **1.038 (-312) da realizzarsi entro il 2026**.

CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)

Le **COT attive**, a giugno 2023, erano **77 su 600 previste dal PNRR**. La riprogrammazione del target europeo, presentata dal Governo, le riduce a **480 (-120) da realizzarsi entro il 2024**.

OSPEDALI DI COMUNITÀ (ODC)

Gli **ODC attivi**, a giugno 2023, erano **76** su 400 previsti dal PNRR. La riprogrammazione del target europeo presentata dal Governo li riduce a **307 (-93) da realizzarsi entro il 2026**. Ad oggi sono attivi solo in 10 regioni.

Posti letto

La carenza di posti letti, insufficienti a rispondere ai bisogni dei pazienti, è una criticità di molti sistemi sanitari, come ha messo drammaticamente in evidenza l'emergenza Covid-19. Il problema interessa tutta l'**Unione Europea** se consideriamo che **negli ultimi 20 anni si sono persi 486.000 posti letto**: dai 2,8 milioni di letti ospedalieri del 2000 (pari a 5,3 posti letto per 1.000 abitanti) si è arrivati ai 2,3 milioni del 2020 (dati Istat).

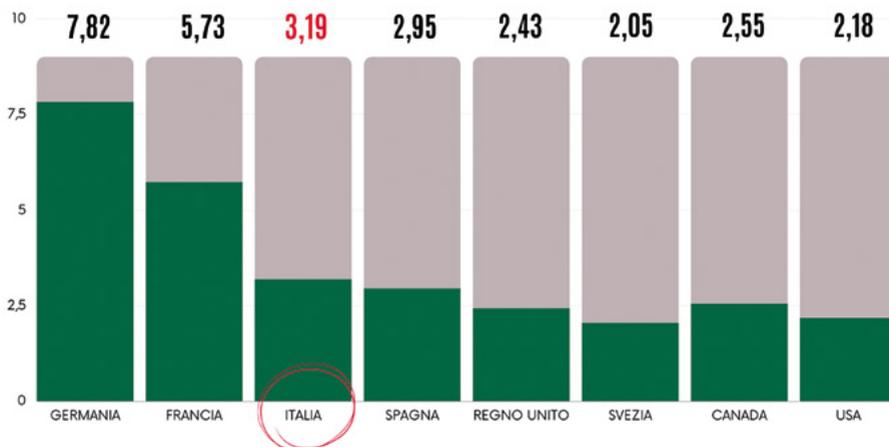
Nel nostro Paese i tagli alla sanità hanno portato alla chiusura di 125 ospedali, e **si sono persi** circa **80 mila posti letto** passando **da 268.000 a 184.724 fino al 2019**.

IN 20 ANNI IN ITALIA SI SONO PERSI CIRCA 80 MILA POSTI LETTO

Con il Covid i posti sono stati incrementati velocemente e nel 2020 hanno raggiunto quota 257.977, ma già nel 2021, finita la fase acuta della pandemia, sono ricominciati i tagli scendendo di **circa 20 mila unità** fino a 236.481 posti letto, di cui 189.159 pubblici e 47.322 privati accreditati. (*Annuario statistico Ministero della Salute 2021*)

NUMERO DI POSTI LETTO OSPEDALIERI PER 1.000 ABITANTI

Fonte dati: OECD 2022



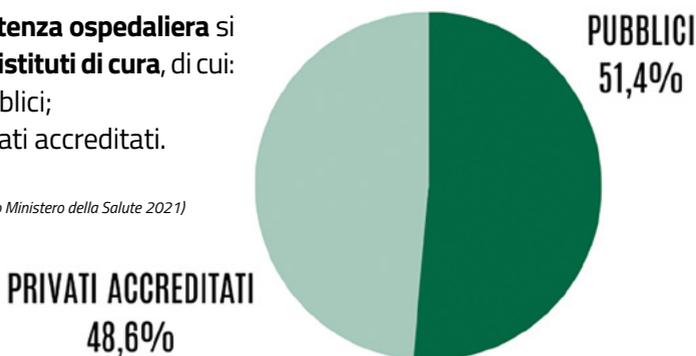
L'ITALIA È TERZA FRA I PAESI EUROPEI PER NUMERO DI POSTI LETTO OSPEDALIERI

CON 3,19 POSTI A DISPOSIZIONE OGNI 1.000 ABITANTI

Nel 2021 l'**assistenza ospedaliera** si è avvalsa di **995 istituti di cura**, di cui:

- il 51,4% pubblici;
- il 48,6% privati accreditati.

(Fonte dati: Annuario statistico Ministero della Salute 2021)



Personale sanitario

(Fonte dati: Annuario statistico ministero della Salute 2021)

Nel 2021 i **dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale in Italia** erano **617.246**, di cui:

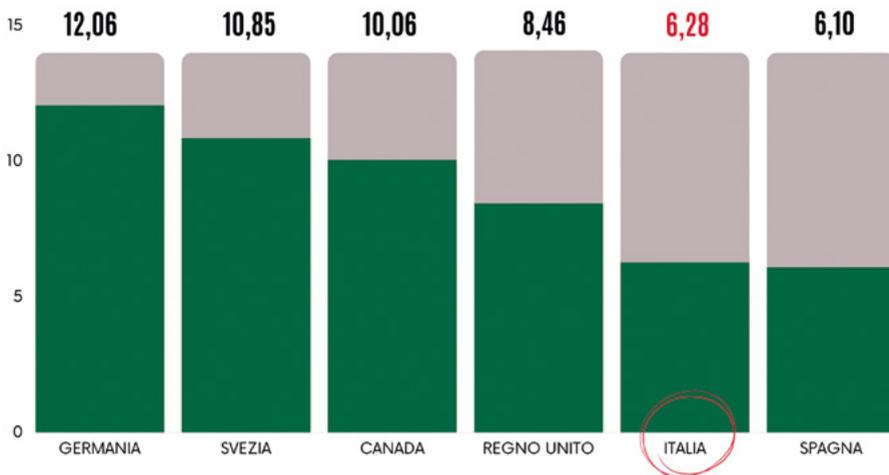
- 102.491 medici (nel 2019 erano 102.316);
- 264.768 infermieri (nel 2019 erano 256.429).

Il 69,1% del personale del SSN è composto da donne, contro il 30,9% degli uomini.

Il numero totale dei medici per abitante in Italia è nella media europea (4,0 per 1.000 abitanti). Il nostro Paese impiega, però, meno infermieri (6,28 per 1.000 abitanti) rispetto a quasi tutti i paesi dell'Europa occidentale, presentando un gap di 2,6 infermieri ogni 1.000 abitanti rispetto alla media europea (8,5 per 1.000 abitanti). Mancherebbero rispetto alla media europea 148.366 infermieri.

NUMERO DI INFERMIERI IN ATTIVITÀ PER 1.000 ABITANTI

Fonte dati: OECD 2022



Dai trend che emergono dal Rapporto sul Personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale nel triennio 2019-2021, pubblicato da Agenas, sembra che la situazione complessiva del Personale del SSN potrebbe trovare un punto di svolta positivo solo a partire dal 2027.

Si stima che **nel quinquennio 2022-2027 andranno in pensione circa 29.331 medici e 21.050 infermieri. Nel frattempo, le scuole di specializzazione in medicina**, che in questi anni hanno incrementato i posti a disposizione, **dovrebbero formare, fino al 2027, circa 39.244 nuovi medici specialisti**, quasi 10 mila medici in più rispetto a quelli che andranno in pensione (29.331).

Per quanto riguarda gli **infermieri, fino al 2027, ne dovrebbero uscire dai corsi di laurea circa 61.760**, facendo registrare un saldo positivo di circa 40 mila unità tra nuovi e pensionati (21.050).

È stato sottoscritto un **nuovo contratto dei medici 2020-2021 per 135.000 medici del SSN** (120.063 medici e 14.573 direttori sanitari non medici) per un totale di **618 milioni di euro**.

Secondo le stime più accreditate, per **la sopravvivenza del Servizio Sanitario Nazionale** servirebbero almeno **4 miliardi di euro aggiuntivi** di cui 2,7 miliardi solo per il rinnovo del contratto dei medici e veterinari per il triennio 2022-2024. Nel disegno di legge di Bilancio 2024 dovrebbero essere garantiti circa 3 miliardi di cui la maggior parte per i rinnovi contrattuali e l'abbattimento delle liste di attesa.

Long Term Care

(Fonte dati: Mef 2023, elaborazione Patto-Pesaresi)

La Long-Term Care (LTC) comprende ogni forma di assistenza fornita a persone non autosufficienti lungo un periodo di tempo esteso senza data di termine predefinita. La LTC indica la gamma di servizi – sociali, sociosanitari e sanitari – che assistono le persone con limitazioni funzionali o cognitive (malattia, invecchiamento, disabilità psichica e fisica) nella loro capacità di prendersi cura di sé stessi e di interagire con gli altri (OECD, 2021).

La componente sanitaria della spesa pubblica per LTC dell'anno 2022, pari a circa lo 0,7% del PIL, corrisponde al 10,2% della spesa sanitaria complessiva. Negli ultimi dieci anni, la spesa pubblica per LTC in rapporto al PIL è diminuita passando dall'1,84% del 2012 all'1,73% del 2022.

L'assistenza rivolta agli anziani rappresenta circa due terzi della spesa sanitaria complessiva per LTC. Tale percentuale, nel 2022, è suddivisa fra la componente erogata in forma residenziale, che copre il 53% circa della spesa, e quella non-residenziale che copre la parte restante.

LA SPESA PUBBLICA PER LONG TERM CARE PER COMPONENTI - ANNO 2022

Fonte dati: Mef 2023, elaborazione Patto-Pesaresi

Spesa pubblica LTC per componenti	TOTALE			OVER 65 ANNI		
	Spesa in mld €	Spesa/ PIL	% sul totale	Spesa in mld €	Spesa/ PIL	% sul totale
Componente sanitaria per LTC	13,4	0,70%	40,5%	9,0	0,47%	36,9%
Indennità di accompagnamento	14,2	0,74%	43,0%	10,7	0,56%	43,7%
Altre prestazioni LTC	5,4	0,28%	15,5%	4,7	0,25%	19,4%
TOTALE	33,0	1,73%	100,0%	24,4	1,28%	100,0%

La spesa media per LTC in Europa (2019) è pari all'1,7%, con variazioni sensibili:

- Paesi Bassi 3,7%;
- Svezia 3,3%;
- Francia 2,2%;
- Germania 1,6%.

Per mancanza di adeguata assistenza familiare il 75,5% degli anziani ricoverati rimane impropriamente in ospedale, mentre il 49% degli anziani non ha possibilità di entrare in RSA.

Il 64,3% protrae la sua permanenza in ospedale perché non ci sono strutture sanitarie intermedie e il 22,4% ha difficoltà ad attivare l'ADI, l'Assistenza Domiciliare Integrata. Considerando che il costo medio di una giornata di degenza è 712 euro, viene stimato che potrebbero essere risparmiati **1,5 miliardi di euro** per giornate di degenza inappropriate.

I nostri obiettivi

LA PERSONA AL CENTRO DELLE POLITICHE SANITARIE

Mettere la salute della persona al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie, ma anche ambientali, industriali, sociali, economiche e fiscali (health in all).

RAFFORZAMENTO DEL FINANZIAMENTO PUBBLICO

Rilanciare il finanziamento pubblico per la sanità in maniera costante e adeguata, al fine di allinearla alla media dei Paesi europei.

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Garantire i LEA su tutto il territorio nazionale in maniera uniforme e la loro esigibilità attraverso un monitoraggio costante e vincolante, al fine di ridurre le diseguaglianze e rendere rapidamente accessibili le innovazioni.

PROGRAMMAZIONE, ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI

Programmare l'offerta di servizi sanitari in relazione ai bisogni di salute della popolazione e renderla disponibile tramite reti integrate che condividono percorsi assistenziali, tecnologie e risorse umane, al fine di superare la dicotomia ospedale-territorio e quella tra assistenza sanitaria e sociale.

PERSONALE SANITARIO

Rilanciare la formazione del personale sanitario, in base al reale fabbisogno di medici, infermieri e specialisti delle professioni sanitarie, incrementando le risorse, rilanciando la contrattazione e adeguando i salari agli standard europei.

SPRECHI E INEFFICIENZE

Ridurre gli sprechi e le inefficienze che si annidano a livello politico, organizzativo e professionale, al fine di reinvestire le risorse recuperate in servizi essenziali, strutture e adeguamento delle apparecchiature strumentali, aumentando il valore della spesa sanitaria.

LISTE DI ATTESA

Monitorare le attività ambulatoriali, ospedaliere e i sistemi di prenotazione e di intramoenia al fine di ottimizzare l'erogazione delle prestazioni e abbattere le liste di attesa.

RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO

Regolamentare l'integrazione pubblico-privato secondo i reali bisogni di salute della popolazione e non lasciare al privato la scelta su quali prestazioni erogare in regime convenzionato e privato.

RILANCIARE LA PREVENZIONE

È un fattore strategico per ridurre il carico di malattie, migliorare la qualità di vita di milioni di persone e garantire la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. In tal senso diventa essenziale aumentare la platea e le tipologie di screening (prevenzione contro i tumori a polmone, stomaco, prostata e patologie relative alla medicina di genere) e l'utilizzo anche della telemedicina per il controllo e la gestione delle cronicità.

SANITÀ INTEGRATIVA

Avviare un riordino legislativo della sanità integrativa al fine di arginare fenomeni di privatizzazione, aumento delle diseguaglianze, prevedendo una percentuale di coperture assistenziali anche per quelle categorie che non sono coperte da una polizza.

TICKET E DETRAZIONI FISCALI

Rimodulare i ticket aumentando le attuali soglie di esenzioni, incrementare le detrazioni fiscali per le spese sanitarie e per il costo delle assistenti familiari, secondo principi di equità sociale.

DIGITALIZZAZIONE SANITARIA

Diffondere l'uso della digitalizzazione per monitorare le prestazioni sanitarie e ridurre la spesa e le inefficienze del sistema pubblico. Divulgare l'uso del fascicolo sanitario elettronico per favorire decisioni informate sulla salute dei cittadini.

RICERCA SANITARIA

Incrementare con le risorse del PNRR la spesa pubblica per la ricerca ferma allo 0,7% del PIL e incrementarla a partire dal 2026 per raggiungere un importo di almeno il 2% del fabbisogno sanitario nazionale standard.

Non autosufficienza

(Fonte: Sanità24, Sole 24 ore 2023)

La non autosufficienza in Italia coinvolge circa **13 milioni di persone**, di cui:

- 3,8 milioni circa di persone non autosufficienti;
- 7,2 milioni di caregiver familiari;
- 1 milione di badanti/colf;
- 350.000 operatori RSA;
- 40.000 volontari in RSA.

Gli anziani non autosufficienti sono 3,8 milioni. Nel corso del 2021 sono stati assistiti al proprio domicilio 1.170.130 pazienti, di questi il 62,6% (732.000) è rappresentato da over 65.

**MEDIAMENTE CIASCUN PAZIENTE NON AUTOSUFFICIENTE
RICEVE 16 ORE DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

DI CUI 10 ORE EROGATE DA PERSONALE INFERMIERISTICO

- **Il 6,3%** delle persone non autosufficienti è ospitato in una **struttura residenziale** (circa 280 mila anziani).
- **Il 21,5%** fruisce di **servizi di assistenza domiciliare** (l'intensità media è di sole 16 ore all'anno).
- **Il 26% è assistito da una badante**, nel 60% dei casi assunta in modo parzialmente o totalmente irregolare.
- Il restante **45% è privo di qualunque assistenza professionale**, affidato solamente alla cura di un familiare.
- Lo **0,6% degli anziani è ricoverato in strutture semi-residenziali**.

IL 45% DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI È PRIVO DI UNA QUALUNQUE FORMA DI ASSISTENZA PROFESSIONALE

Numeri e costi della non autosufficienza

RSA

- 420.000 posti in RSA
- 7,2 miliardi di spesa pubblica annua
- 21.000 euro annui di contributo pubblico per ricoverato in RSA (il 50% della retta è a carico della famiglia)

RICOVERATI A DOMICILIO (ADI)

- 3,5 milioni di over 65 ricoverati a domicilio
- Attualmente l'ADI è offerta solo al 5% degli over 65, in media per 16 ore, per circa 2-3 mesi l'anno
- 3 miliardi annui di finanziamenti per ADI e SAD
- 857 euro annui di finanziamento pubblico per ricoverato a domicilio

SPESA SANITARIA PRIVATA

- 36,5 miliardi per la spesa sanitaria privata
- 570 euro pro capite per la spesa out of pocket delle famiglie italiane (contro i 470 euro medi dei Paesi dell'Unione europea)

BADANTI

- Con il rinnovo contrattuale delle assistenti familiari (aumento +9,2) la retribuzione media mensile di una badante è salita a 1.224 euro ma, con le indennità per una badante super professionalizzata e convivente, può arrivare a 1.783,86 euro mensili.
- La spesa netta per le famiglie per sostenere la sola retribuzione della badante è pari, quindi, a 10 miliardi di euro l'anno.

POLITICHE SOCIALI

Durante la pandemia da COVID-19 abbiamo toccato con mano come gli ospedali, da soli, non hanno retto, e abbiamo sperimentato che non c'è cura farmacologica senza la cura dell'attenzione; non c'è ospedale senza territorio e senza i servizi sociali e sanitari domiciliari.

La legge n. 328 del 2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", si basa su un modello bio-psico-sociale, cioè su un programma non solo clinico-sanitario ma multidimensionale, in cui la persona deve partecipare al progetto di assistenza e di cui devono essere valorizzate le competenze.

Per "servizi sociali" si intende sia l'erogazione a carattere universale di servizi gratuiti ed a pagamento, sia prestazioni economiche destinate a superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale, da quello sanitario, nonché quelle considerate in sede di amministrazione della giustizia.

Si tratta di:

- misure di contrasto della povertà;
- interventi a favore di minori in difficoltà, a sostegno delle responsabilità familiari, delle donne in difficoltà;
- servizi per i disabili, gli anziani non autosufficienti, i tossicodipendenti;
- servizi di informazione e consulenza.

I cardini sono:

- Punti unici di accesso (PUA);
- Progetto personalizzato di assistenza (PAI);
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

La programmazione e organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle Regioni e allo Stato, secondo alcuni principi, primo tra tutti il principio di sussidiarietà.

La legge 328/2000 istituisce, insieme al Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS), un Fondo annuale per il finanziamento dei servizi sociali rivolti alle persone non autosufficienti e le cui risorse devono essere destinate e vincolate alla domiciliarità (articolo 15 della L. 328/2000).

La legge quadro introduce per la prima volta i **livelli essenziali delle prestazioni sociali (LIVEAS)** da erogare a livello locale, che definiscono i contenuti dei servizi e gli interventi sociali sulla base di prestazioni codificate, al pari di quelle sanitarie.

Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, riconosce finalmente un nucleo di Livelli Essenziali delle Prestazioni sociali (LEP) e le relative modalità di finanziamento sia con le risorse nazionali, sia con quelle europee del PNRR. Essi sono: **Punti unici di accesso (PUA), Supervisione del personale dei servizi sociali, Dimissioni protette** (in-

terventi integrativi sociali), **Programma di Intervento per Prevenire l'istituzionalizzazione dei minori.**

Per il triennio **2021–2023 le risorse complessivamente destinate al Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS) sono pari a € 390.925.678,00** per ognuna delle annualità 2021-2022-2023. Le Regioni devono programmare gli impieghi delle risorse loro destinate attraverso i Piani sociali regionali e successivamente distribuirle ai Comuni attraverso i Piani di zona.

Rete dei servizi

La RETE DEI SERVIZI si compone di:

- **servizi sociali**, che riguardano i diritti di cittadinanza (Liveas);
- **servizi socio sanitari**, che riguardano le prestazioni sanitarie in senso stretto (Lea).

A loro volta si dividono in:

- servizi domiciliari;
- servizi residenziali e semi-residenziali.

I servizi che compongono la "rete" sono: ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) o Cure Domiciliari, AD (Assistenza Domiciliare di tipo Sociale), OD (Ospedalizzazione a Domicilio), RSA-RA (Residenze socio-sanitarie) organizzate anche per accoglienze temporanee e flessibili, Day Hospital, Ospedale per acuti, Centro Diurno, Assegno di cura, Pasti a domicilio e Lavanderia, Telesoccorso, Gruppi di auto mutuo aiuto, Trasporti, Informazione accessibile, Amministratore di sostegno, Politica per la Casa.

È fondamentale che i “servizi della rete” siano contemporaneamente presenti sul territorio e che sia attiva l’Unità di Valutazione Multidimensionale composta da un’équipe multiprofessionale (di cui fanno parte un medico, un assistente sociale e un infermiere/assistente sanitario, con l’eventuale coinvolgimento di altre figure mediche specialistiche secondo le caratteristiche del paziente esaminato). Essa ha il compito di fare una valutazione multidimensionale (VMD) che indaghi lo stato fisico, mentale, funzionale e le aree economica e socio-relazionale del soggetto, al fine di predisporre il Piano individualizzato di assistenza (PAI), che prevede cosa fare, da parte di chi e con quale periodicità.

Il sistema degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti

Dal 31 marzo 2023, è in vigore la legge n. 33 recante *“Deleghe al governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”*.

Nel 2021 la FNP si è unita, insieme a SPI e UILP al **“Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza”** che raggruppa la gran parte delle organizzazioni della società civile coinvolte nell’assistenza e nella tutela degli anziani non autosufficienti nel nostro Paese. Il Patto ha istituito vari gruppi di lavoro a cui la nostra Organizzazione partecipa attivamente sin dalla fase di elaborazione della legge e attualmente per la stesura dei decreti delegati.

Il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA) previsto dalla legge n. 33 del 2023, comprende tutte le misure pubbliche – di carattere sociale e sanitario – per l’assistenza agli anziani non autosufficienti capaci di costruire un unico sistema integrato di prestazioni.

La nuova domiciliarità che lo SNAA pone come obiettivo prioritario dovrebbe offrire un insieme di prestazioni medico- infermieristico-riabi-

litative e sociali, di aiuto alle persone anziane nelle attività fondamentali della vita quotidiana e di affiancamento a familiari e badanti, garantendo standard di assistenza qualitativi e quantitativi appropriati e non "risibili", come accade attualmente. Lo SNAA persegue come obiettivo prioritario anche un ammodernamento dei servizi residenziali e semi-residenziali per le persone fragili.

Assistenza domiciliare

Secondo la documentazione dei Servizi e degli Uffici del Senato della Repubblica e della Camera dei Deputati, nel corso del 2020 sono stati assistiti al proprio domicilio **1.081.387** pazienti, di questi **il 60,6% è rappresentato da persone di età maggiore o uguale a 65 anni** e il 10,5% è rappresentato da pazienti terminali (dossier del 13 marzo 2023 a supporto delle "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane").

Servizi Sociali erogati dai Comuni agli anziani negli anni 2013 e 2018

Servizi	Spese per anziani (euro)		Var. % 2013/2018
	2013	2018	
Contributi per servizio trasporto	3.777.252	1.529.959	-59,5%
Telesoccorso e teleassistenza	8.191.993	3.761.487	-54,1%
Centri estivi o invernali (con pernottamento)	3.698.012	1.736.100	-53,1%
Contributi erogati a titolo di prestito (prestiti d'onore)	47.306	23.592	-50,1%
Intermediazione abitativa/assegnazione alloggi	1.667.582	949.158	-43,1%
Trasporto sociale	28.517.678	18.285.039	-35,9%
Attività ricreative, sociali, culturali	31.754.355	20.911.483	-34,1%
Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	9.819.306	6.491.785	-33,9%
Centri di aggregazione/sociali	15.771.613	11.064.366	-29,8%
Buoni spesa o buoni pasto	885.504	666.166	-24,8%
Mensa	4.478.220	3.723.329	-16,9%
Centri diurni	68.498.541	57.031.388	-16,7%
Contributi a integrazione del reddito familiare	29.354.787	24.568.865	-16,3%
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	54.838.183	47.341.423	-13,7%
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	360.420.269	311.287.923	-13,6%
Contributi e integrazioni a retta per strutture residenziali	633.712.852	560.643.760	-11,5%
Contributi per cure o prestazioni sanitarie	7.134.028	6.389.248	-10,4%
Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	132.620.516	120.315.480	-9,3%
Servizi di prossimità (buon vicinato)	7.705.589	7.113.610	-7,7%
Altre attività di servizio sociale professionale	3.380.947	3.156.791	-6,6%
Contributi e integrazioni a retta per altre prestazioni semi-residenziali	2.520.088	2.499.020	-0,8%
Contributi e integrazioni a retta per centri diurni	14.500.874	14.478.713	-0,2%

(Fonte: elaborazioni IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Istat, anni vari)

Strutture residenziali e semi-residenziali

In Italia, i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, secondo l'ultima rilevazione Istat 2020 (su elaborazione di ARES), sono **12.857** con un'offerta di **420.329 posti letto**. Il sistema privato rappresenta circa il **75%** dei posti letto; il restante **25,3% è attribuita a soggetti pubblici**. Circa il **70% dell'offerta è coperta da risorse pubbliche, mentre nel settore privato il 65%** è di natura no profit, principalmente per le RSA, mentre nelle Residenze Protette sono più presenti le IPAB e nelle Case di Riposo gli Istituti religiosi.

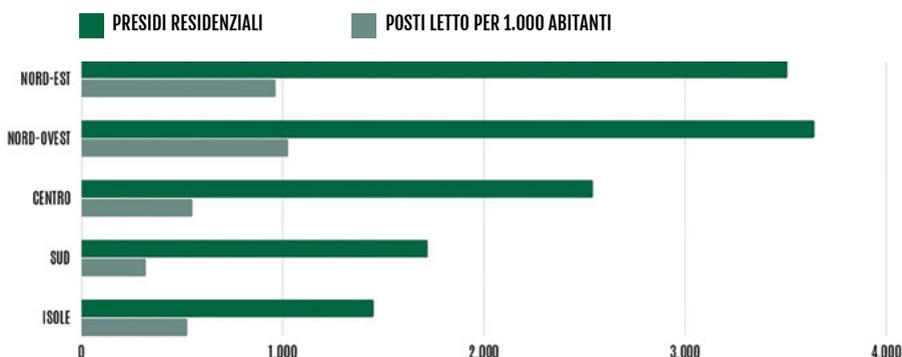
Per quanto riguarda l'utenza, **oltre il 74% dei posti letto è rivolto ad anziani**, ossia persone con oltre 65 anni; il resto è suddiviso tra disabili (quasi l'8%), minori (circa 5%). Il rimanente 13% di posti letto si distribuisce tra: persone con problemi di salute mentale (4%); adulti tra 18 e 64 anni con disagio sociale (3%); dipendenze (2,5%); immigrati (2%). Infine poco più di 1.000 posti letto va alle vittime di violenza di genere e circa 2.500 posti sono con funzione di multiutenza.

Oltre il **75% dei posti letto è destinato ad una funzione socio-sanitaria, l'11% dell'offerta è destinata all'accoglienza abitativa**, l'8% ad una funzione di protezione sociale di tipo socio-educativa e il 4% ad una funzione tutelare.

Per quanto attiene al livello di assistenza sanitaria, **oltre il 67% dei posti letto è rivolto ad una utenza che esprime un bisogno di assistenza sanitaria medio-alta, a cui si aggiunge un altro 20% dove il carico sanitario è qualificato come basso. Per il 12% dell'offerta è escluso l'intervento di tipo sanitario.**

Per quanto riguarda la distribuzione geografica, sappiamo ormai da anni che le strutture residenziali sono più numerose al Nord: **3.507 presidi residenziali nel Nord-Est**, pari a 964 posti letto ogni 100.000 residenti; **3.641 nel Nord Ovest**, pari a 1.026 posti letto per 100.000 abitanti nelle regioni. La presenza scende in modo significativo nelle altre tre macro

aree del Paese, ed in modo particolarmente marcato nel **Sud**, dove i **presidi sono 1.719** e garantiscono 319 posti letto per 100.000 abitanti. **Nel Centro Italia abbiamo 2.540 presidi**, per una copertura di 550 posti letto per 100.000 residenti; **nelle Isole sono 1.450** le strutture residenziali per 525 posti letto per 100.000 residenti.



Distribuzione presidi residenziali e posti letto in Italia

In Italia nei **12.857** presidi residenziali lavorano 343.497 persone, alle quali vanno aggiunti oltre 35mila volontari.

Il personale sanitario, organizzato in otto qualifiche professionali, rappresenta più del 63,8% della forza lavoro impiegata e si concentra in tre qualifiche professionali: assistenti socio sanitari (34,4%), addetti assistenza alla persona (11,3%) e professioni sanitarie infermieristiche (11,4%).

IL 75% DI PRESIDI RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI FANNO PARTE DEL SISTEMA PRIVATO

LE STRUTTURE RESIDENZIALI SONO CONCENTRATE SOPRATTUTTO AL NORD: 3.507 NEL NORD-EST E 3.641 NEL NORD-OVEST

Anziani nelle strutture: in prevalenza ultra-ottantenni e donne

In Italia sono oltre **287.000** gli anziani ultra-64enni che vivono nelle strutture residenziali; di questi circa 202.174 sono non autosufficienti. La componente femminile prevale nettamente su quella maschile: su quattro persone anziane, tre sono donne. Rispetto all'età anagrafica, il 76% dei residenti ha superato la soglia degli 80 anni.

Secondo l'ISTAT al 1° gennaio 2021 in Italia le persone anziane ultra 65enni erano **13,9 milioni, pari al 23,5% della popolazione totale**. Di queste, il 28,8% vivono in famiglie composte da una sola persona. Si stima che il totale di anziani "non autonomi" sia pari a **2.909.090, di cui 2.621.762 risiedono prevalentemente in famiglia e 287.328 risiedono permanentemente nei servizi residenziali**.

Sempre secondo l'ISTAT, nel 2018 le lavoratrici domestiche che risultano contribuenti regolari all'INPS sono state **859.233, per la maggioranza colf (53,2%), mentre le badanti ammontavano a 402.121 persone**. Sempre l'INPS stima che le **badanti irregolari** nel nostro Paese siano pari a circa **603.122 per un totale, tra regolari e irregolari, di 1.004.303**.

Questi dati ci mostrano come nella maggior parte dei casi le persone anziane non autosufficienti trovino una risposta all'interno della famiglia pur facendo ricorso a sostegni esterni come le badanti. La risposta residenziale si articola in due aree: quella delle **Residenze di natura socio-assistenziale** (Case di Riposo, mini alloggi, comunità e forme di Housing sociale, Centri Diurni) e quella delle **Residenze di natura sociosanitaria** come le RSA. Il sistema delle RSA fa parte del più complessivo tema della Long Term Care – LTC – (cure a lungo termine) che l'OMS definisce come l'insieme di *«attività fornite per far sì che le persone con, o a rischio di, una significativa ed evolutiva perdita della capacità intrinseca, possano mantenere un'abilità funzionale consistente con i loro diritti fondamentali alla dignità dovuta a ogni essere umano»*

Le RSA sono la tipologia di unità d'offerta più presente sul territorio nazionale e sono rivolte ad accogliere prioritariamente persone che presentano un elevato grado di non autosufficienza e che, per diversi motivi, non possono essere assistite presso il loro domicilio. Nel tempo molte RSA si sono dotate, al loro interno, di nuclei dedicati a persone con specifiche patologie (es. nuclei Alzheimer, nuclei per gravi cerebrolesioni acquisite o nuclei per le cure palliative). Negli ultimi 20 anni molte RSA si sono trasformate in Centri Multiservizi che hanno attivato prestazioni di assistenza domiciliare sul territorio e Centri Diurni.

Per quanto riguarda le RSA è possibile accettare l'ipotesi, presente in diverse pubblicazioni, che in Italia vi siano approssimativamente **4.200 RSA/Strutture Residenziali Sociosanitarie con un numero di posti letto intorno a 283 mila.**

Disabilità

In Italia nel 2019 le persone con disabilità erano 3 milioni e 150 mila, il 5,2% della popolazione. Gli anziani sono i più colpiti: quasi 1 milione e mezzo di over75 si trovano in condizione di disabilità, di cui 1 milione sono donne (Istat 2021).

Attualmente la titolarità della materia è in capo al Dipartimento per le politiche in favore delle persone con disabilità presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri.

2006 - Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (ratificata in Italia nel 2009) in base alla quale si considerano tali coloro che *«presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri».*

Europa: 2010-2020/2021-2030 Strategia europea per i diritti delle persone con disabilità.

Italia: Legge quadro per le disabilità n. 227/2021.

È prevista l'attuazione della Riforma della "Legge quadro della disabilità", la cui titolarità è in capo al Ministro per le disabilità. Si prevede il rafforzamento e la qualificazione dell'offerta dei servizi sociali da parte degli ambiti territoriali.

I **punti fondamentali** della legge sono:

- la semplificazione dell'accesso ai servizi socio-sanitari;
- la revisione delle procedure per l'accertamento delle disabilità;
- la promozione dei progetti di vita indipendente;
- le unità di valutazione multidimensionale (UVM), in grado di definire progetti di assistenza personalizzati (PAI);
- l'informatizzazione dei processi valutativi e di archiviazione;
- l'istituzione di un Garante nazionale delle disabilità;
- il potenziamento dell'Ufficio Disabilità della Presidenza del Consiglio.

Viene finanziata con il nuovo Fondo disabilità e non autosufficienza creato con la legge di bilancio 2020 (800 milioni per il triennio 2021-2023).

Fondi per la disabilità

2019 - Istituzione con la Legge 160/2019 (Legge di Bilancio 2020) del "**Fondo per la disabilità e la non autosufficienza**", per l'attuazione di interventi a favore della disabilità, finalizzati al riordino e alla sistematizzazione delle politiche di sostegno in materia, che prevedeva lo stanziamento di 529 milioni di euro per il triennio 2020-22;

2022 - Nella Legge di Bilancio 2022 (art. 1 c. 178) il **Fondo è stato rinominato "Fondo per le politiche in favore delle persone con disabilità"** e incrementato di 50 milioni annui per ciascuno degli anni dal 2023 al 2026.

Altri fondi:

Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità (Art. 34, D.L. 22/03/2021, n. 41)

Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver (Art. 1, comma 255, legge 30/12/2017, n. 205) (Art. 1, comma 483, legge 30/12/2018, n. 145)

Fondo per l'inclusione delle persone sorde e con ipoacusia (Art. 1, commi 456-458, legge 30/12/2018, n. 145); (Art. 34-ter, D.L. 22 /03/2021, n. 415)

Fondo per l'assistenza all'autonomia e alla comunicazione degli alunni con disabilità

(Commi 179 e 180 modificati dall'art. 5-bis, comma 1, D.L. 30/12/2021, n. 228, convertito, con modificazioni, dalla L. 25/02/2022, n. 15)

Fondo di sostegno per le strutture semiresidenziali per persone con disabilità (Art. 104, comma 3, D.L. n. 34/2020)

PNRR: M5C2-INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE, COMUNITÀ E TERZO SETTORE

- **Primo traguardo** realizzato: **M5C2-1.2** In data 31 dicembre 2021 è entrata in vigore la legge 22 dicembre 2021, n. 227, recante "Delega al Governo in materia di disabilità", pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 309 del 30 dicembre 2021.
- **Secondo traguardo** da raggiungere: **M5C2-2.2**. Questo traguardo, da realizzare entro il 30 giugno 2024, prevede l'adozione da parte del Governo dei decreti legislativi che attuano le disposizioni previste dalla legge delega per rafforzare l'autonomia delle persone con disabilità.

Invecchiamento attivo

Nel **2002**, in occasione della **“Seconda Assemblea Mondiale sull’Invecchiamento”** delle Nazioni Unite a Madrid, l’**Organizzazione Mondiale della Sanità** presenta il documento dal titolo **“Invecchiamento attivo: un quadro politico”**, in cui definisce l’**active ageing** come **“il processo di ottimizzazione delle opportunità per la salute, la partecipazione e la sicurezza, al fine di accrescere e intensificare la qualità della vita nel corso dell’invecchiamento”**.

L’OMS identifica **6 fattori determinanti** nello sviluppo dell’invecchiamento attivo:

- il fattore economico;
- il fattore comportamentale e quello personale;
- il fattore sociale;
- il fattore relativo ai servizi sanitari;
- il fattore relativo ai servizi sociali;
- l’ambiente fisico.

Più nello specifico, **per quanto riguarda le politiche sanitarie e sociali**, il documento individua **4 componenti necessarie per un’azione congiunta**:

- prevenzione;
- accessibilità dei servizi sanitari e sociali;
- efficacia dei servizi sanitari e sociali;
- formazione adeguata e responsabilizzata dei *caregivers*.

A fronte degli inarrestabili processi di transizione demografica, la fotografia della realtà mostra uno scenario in cui **le reti delle relazioni comunitarie si stanno spezzando**, e in cui sta aumentando **l’isolamento degli individui**.

L’**“Agorà”** cui fa riferimento Z. Bauman ne *“La solitudine del cittadino globale”* - ossia lo spazio in cui tutte le età danno il loro insostituibile contributo, in un concetto di tempo cronologico “slegato” che ci vede tutti figli dello stesso tempo - si sta riducendo ad un deserto di rovine.

Riteniamo che gli anziani, prima che “inclusi”, “riconosciuti” o “valorizzati”, debbano vedersi **restituito il loro ruolo nell’“agorà”**, per una società che sia **“integrale”** prima ancora che “inclusiva”.

È necessario un impegno culturale – oltre che operativo - per sciogliere i nodi creati dal radicamento degli stereotipi (v. “ageismo”) che continuano ad avvelenare le relazioni e rendere vani gli sforzi compiuti.

Nel **2012** il Consiglio dell’Ue approva la Dichiarazione conclusiva **dell’Anno Europeo per l’Invecchiamento Attivo e la Solidarietà tra le Generazioni** e lancia **l’Indice di Invecchiamento Attivo** (*Active Ageing Index-AAI*) che misura il livello di Invecchiamento Attivo in un dato contesto geografico e in base a una serie di specifici indicatori.

Secondo il report pubblicato a luglio 2019, su dati del 2018 a Eu-28 (***Unece/European Commission, 2019***), che fornisce le ultime rilevazioni disponibili sui punteggi raggiunti nell’AAI complessivo dagli Stati europei:

- L’Italia, dopo un certo sviluppo virtuoso negli anni immediatamente precedenti, nel 2018 è scesa al 17° posto nel ranking europeo.
- Tra il 2008 e il 2018, Svezia, Danimarca e Paesi Bassi si confermano stabili ai primi tre posti della classifica.
- In ottima posizione sono anche Regno Unito, Finlandia, poi Germania e Irlanda.
- Tra i peggiori in classifica Croazia, Romania e Ungheria.
- Malta, Cipro e Paesi Bassi sono i Paesi con le differenze più elevate rispetto alla valutazione di un gap di genere; soltanto in tre Paesi, Estonia, Finlandia e Francia il divario è a favore delle donne¹.

**L’ITALIA È AL 17° POSTO NEL RANKING EUROPEO
CHE MISURA IL LIVELLO DI INVECCHIAMENTO ATTIVO**

¹ ISTAT: “Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani”, 2020.

Contesto italiano

Nel **marzo del 2023**, grazie anche all'impegno sindacale da parte delle Federazioni dei pensionati di CGIL, CISL e UIL e di un network di associazioni legate al mondo della terza età, è stata varata la **Legge 23 marzo 2023 n. 33** con **"Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane"**.

L'**art. 3** è rubricato *"Delega al Governo in materia di invecchiamento attivo, promozione dell'inclusione sociale e prevenzione della fragilità"*.

Nel **2019** è stato creato il **Coordinamento nazionale partecipato multivello delle politiche sull'invecchiamento attivo** istituito dal Dipartimento per le Politiche della Famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dall'IRCCS INRCA. La Fnp è una dei 90 stakeholder della rete.

Al momento non esiste una legge quadro nazionale sull'Invecchiamento Attivo ma parecchie regioni hanno adottato strumenti legislativi in merito. Si tratta di: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Piemonte, Puglia, Veneto, Provincia Autonoma di Bolzano. L'Umbria ha trasferito i contenuti della L.R. n. 14/2012 sull'invecchiamento attivo nella L.R. n. 11/2015 ("Testo unico in materia di Sanità e Servizi Sociali").

Innovazione tecnologica e tecnologie assistive

È importante sottolineare l'utilità dell'innovazione delle tecnologie a supporto dell'organizzazione sanitaria e per la gestione delle condizioni di malattia, ma anche quelle per la disabilità, per il rafforzamento delle funzioni psicologiche e dell'autonomia; le tecnologie che aiutano a mantenere stili di vita e comportamenti sani, quelle per la prevenzione e la promozione della salute, App per anziani che favoriscono la comunicazione, la gestione della cronicità. Infine, tutte le tecnologie assistive proget-

tate per consentire alle persone con gravi limitazioni a livello cognitivo, comunicativo e/o motorio, di migliorare le possibilità di interazione con il proprio ambiente di vita quotidiano e il mondo esterno.

L'innovazione tecnologica è decisiva nella sorveglianza e il controllo nelle Residenze sanitarie assistite e in generale nei servizi residenziali dove l'ammmodernamento, anche tecnologico e non solo dell'edilizia, aiuterebbe la trasparenza, la prossimità, inoltre a limitare i rischi di violenza e di abusi a danno delle persone anziane. Importanti anche le tecnologie in ambito sociale che vanno dalla domotica (casa intelligente), ai robot, alle tecnologie pensate per supportare la persona nel mantenere e accrescere le proprie relazioni sociali e i contatti con la propria famiglia.

Spesa sociale

Nei primi mesi del 2023, l'Osservatorio Nazionale sui Servizi Sociali Territoriali (ONSST) del CNEL, ha pubblicato il rapporto: **I Servizi Sociali Territoriali. Analisi delle variazioni 2015-2019 e confronti fra i singoli comuni.**

Le aree di utenza indagate sono: **Famiglia e minori, Disabili e Anziani.**

Gli interventi e i servizi analizzati: **il Servizio sociale professionale, l'Assistenza domiciliare per disabili, l'Assistenza domiciliare per anziani, i Trasferimenti in denaro, le Strutture sociali residenziali e semi-residenziali.**

Breve sintesi

1. Nel 2019, dopo un decremento negli anni del post-crisi economica e delle finanze pubbliche (2011-2013), la spesa sociale dei comuni italiani (singoli o associati), al netto delle compartecipazioni degli utenti e del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), è aumentata dell'8,6% fino a raggiungere la somma di **€ 7,5 mld**, pari allo **0,37% del PIL** e a **€ 126 pro-capite**.

Considerando anche la compartecipazione di utenti e del SSN, la spesa complessiva è di circa **€ 9,4 mld, ovvero lo 0,47% del PIL del 2019.**

2. Si tratta di una spesa che, pur crescente, resta analoga a quella reale di 10 anni prima, nonostante i fenomeni di incremento della domanda sociale e dell'invecchiamento della popolazione, con persistenti marcate divergenze regionali ed anche infra-regionali e addirittura territori che retrocedono. A livello di regioni la **Campania (+29,3%) e il Molise (+19,3%)** rappresentano quelle in cui la spesa sociale è stata maggiormente potenziata nei comuni; malgrado ciò, i divari fra i comuni del Nord e quelli del Sud persistono, con differenze fra il territorio che spende meno, **Vibo Valentia (€ 6), e quello che spende maggiormente, Bolzano (€ 583)!**

Se la comparazione avviene a livello provinciale, le differenze si moltiplicano e si estendono anche all'interno delle Regioni più performanti come Emilia-Romagna e Lombardia, dove in alcuni territori si spende mediamente anche il doppio rispetto ad altri della medesima Regione.

3. Sebbene il **70%** dei circa cento territori provinciali presenti un aumento della spesa, in **6 territori** essa è in **"leggera contrazione"**, mentre in 22, in larga misura al Centro-Sud, sono **"in forte contrazione"**, cioè peggiorano la loro situazione già deficitaria rispetto alla media.

4. Il Veneto presenta un modello organizzativo socio-assistenziale-sanitario diverso dalle altre Regioni, poiché oltre la metà della spesa lorda per servizi sociali (ossia quella che include le compartecipazioni di soggetti esterni: utenti e SSN), è costituita dai trasferimenti ricevuti dal SSN, generalmente aumentati in tutte le province nel corso del tempo. Considerando, quindi, la spesa al lordo delle compartecipazioni, **i territori provinciali del Veneto osservano una spesa in linea con le zone a più alta spesa pro-capite, ossia la restante parte del Triveneto, la Valle d'Aosta, il Trentino-Alto Adige, l'Emilia-Romagna e la Sardegna.**

5. Le persone anziane costituiscono l'unico target di utenza che ha osservato una diminuzione di spesa in termini sia reali che nominali in ben 13 Regioni, sia nel lungo (**2003-2019: -15,2%**), che nel medio termine (**2015-2019: -0,9%**); all'opposto, aumentano le allocazioni di spesa nei confronti dei disabili, per i quali sono aumentate le risorse di più del doppio dal 2003 al 2019 (**2015-19: +18,3%**), e per le **Famiglie e i minori** (**2003-2019: +41,7%; 2015-2019: +6,9%**).

6. Pur con le dovute differenze territoriali, la categoria di intervento sociale che aumenta più velocemente è quella per il servizio sociale professionale, in gran parte rappresentata dagli assistenti sociali (**+14,8%**), che ha raggiunto € 480 mln.

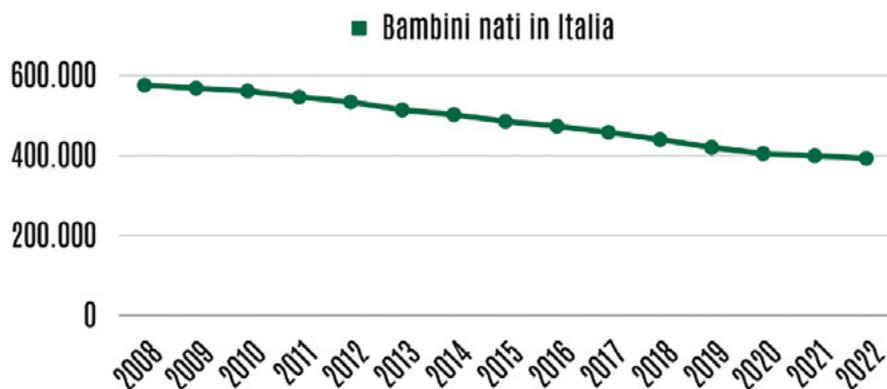
Invece, si è contratta l'**assistenza domiciliare anziani (-5,8% a livello nazionale)**, in particolare in 14 regioni su 20.

7. I territori a **media urbanizzazione** sono quelli che hanno osservato il maggiore incremento della spesa (**+10,3%**), davanti a quelli ad **alta urbanizzazione (+7%)** e bassa urbanizzazione (**+7,4%**).

Famiglia

(Fonte dati: ISTAT 2023 e Dipartimento per le politiche della famiglia 2022)

Considerando la dinamica naturale, il **2022** si contraddistingue per un **nuovo record del minimo di nascite, 393 mila (per la prima volta dall'Unità d'Italia sotto le 400 mila)** e per l'elevato numero di decessi, 713 mila.



Dal 2008, anno di picco relativo della natalità, **le nascite si sono ridotte di un terzo**. Da allora il saldo naturale è diminuito in modo progressivo, toccando il minimo nel biennio 2020-2021, quando si è registrata una riduzione di oltre 300 mila individui in media annua.

A questo si aggiunge, nel 2022, un ulteriore decremento di 321 mila unità, che porta quindi, in soli tre anni, alla perdita di quasi un milione di persone 957 mila unità.

NEL 2022 È STATO RAGGIUNTO UN NUOVO RECORD DEL MINIMO DI NASCITE, 393 MILA

PER LA PRIMA VOLTA DALL'UNITÀ D'ITALIA SOTTO LE 400 MILA

Gli effetti della crisi economica e sociale dovuti anche alla pandemia hanno contribuito ad accentuare negli ultimi anni la tendenza a rimandare l'esperienza riproduttiva che, sempre più spesso, porta alla rinuncia ad avere figli, o altri figli dopo il primo.

Per sostenere la famiglia, **dal 1° gennaio 2022 è entrato in vigore l'Assegno unico e universale per i figli a carico**. L'assegno, previsto dalla Legge Delega 1° aprile 2021, n. 46, è stato istituito con Decreto Legislativo 21 dicembre 2021, n. 230.

DAL 1° GENNAIO 2022 È ENTRATO IN VIGORE L'ASSEGNO UNICO E UNIVERSALE PER I FIGLI A CARICO

Il decreto prevede la riorganizzazione e semplificazione dei benefici economici per le famiglie con figli a carico attualmente vigenti, ridefinendo le politiche di sostegno alla famiglia e alla natalità. L'assegno è riconosciuto a tutti i nuclei familiari, indipendentemente dalla situazione economica, per i nuovi nati dal settimo mese di gravidanza e per ogni figlio a carico fino al compimento dei 21 anni di età.

Scuola

(Fonte dati: ISTAT 2023 e INVALSI 2023)

Il nostro Paese deve focalizzarsi sulle **nuove generazioni** perché ciò che migliora la capacità di essere e fare dei giovani, aumenta in prospettiva il benessere di tutti. L'investimento nei primi anni di vita, in particolare, è riconosciuto come il più efficace nel ridurre i divari ereditati dal contesto socioeconomico di origine.

I **giovani** rappresentano la **risorsa chiave per progettare il futuro e per la crescita del Paese**. Per questo è **particolarmente preoccupante** la quota prossima al **20% di giovani tra i 15 e i 29 anni che in Italia, nel 2022 non studiano, non lavorano e non sono inseriti in percorsi di formazione** (Neet, dall'acronimo inglese di Not in employment, education or training).

NEL 2022 IN ITALIA, SONO IL 20% I GIOVANI TRA I 15 E I 29 ANNI CHE NON STUDIANO, NON LAVORANO E NON SONO INSERITI IN PERCORSI DI FORMAZIONE

I dati ci restituiscono l'immagine di un **Paese diviso rispetto ai livelli medi di risultato**. A fronte di una parte dell'Italia, prevalentemente le regioni centro-settentrionali, che consegue risultati via via migliori e in linea con quelli di altri paesi, **si assiste a un progressivo distanziamento negativo del Mezzogiorno**. Tali divari non riguardano soltanto gli apprendimenti in senso stretto, ma anche le opportunità di apprendere. Esse si fanno sempre più disomogenee nel Mezzogiorno, con evidente danno per le fasce più deboli della popolazione.

Tuttavia, non mancano anche gli **aspetti positivi** che devono essere valutati e valorizzati a favore di tutta la comunità nazionale. È importante partire da questi fenomeni positivi per supportare la scuola a migliorarsi e a contrastare tutte le forme di fragilità che a scuola si realizzano o emergono. **Gli ottimi risultati delle prove d'Inglese, alcune inversioni di tendenza nel tempo degli esiti del Mezzogiorno, la riduzione di un punto percentuale della dispersione scolastica** implicita, sono aspetti dei quali bisogna parlare, da cui ripartire e che si debbono rafforzare.

Povertà

(Fonte dati: ISTAT 2023)

Nel 2022, il 20,1% delle persone residenti in Italia risulta a rischio di povertà, circa 11 milioni e 800 mila individui, avendo avuto, nell'anno precedente l'indagine, un reddito netto equivalente inferiore al 60% di quello mediano (ossia 11.155 euro). A livello nazionale la quota di popolazione a rischio di povertà rimane uguale all'anno precedente (20,1%).

Il 4,5% della popolazione, circa 2 milioni e 613 mila individui, **si trova in condizioni di grave deprivazione materiale e sociale**, ossia presenta almeno sette segnali di deprivazione dei tredici individuati dal nuovo indicatore (Europa 2030). Rispetto al 2021 (la quota era del 5,9%) vi è una decisa riduzione delle condizioni di grave disagio, grazie alla ripresa dell'economia dopo la crisi pandemica e l'incremento dell'occupazione e dei redditi familiari.

**NEL 2022, IL 20,1% DELLE PERSONE RESIDENTI IN ITALIA
RISULTA A RISCHIO DI POVERTÀ**

**IL 4,5% DELLA POPOLAZIONE SI TROVA IN CONDIZIONI
DI GRAVE DEPRIVAZIONE MATERIALE E SOCIALE**

La riduzione della percentuale di popolazione in condizione di grave deprivazione materiale e sociale è marcata al Nord-ovest e al Centro. Inoltre, il 9,8% degli individui vive in famiglie a bassa intensità di lavoro (indicatore Europa 2030), ossia con componenti tra i 18 e i 64 anni che nel 2021 hanno lavorato meno di un quinto del tempo, percentuale in riduzione rispetto al 10,8% del 2021, come conseguenza delle migliori condizioni del mercato del lavoro.

La popolazione a rischio di povertà o esclusione sociale (indicatore composito Europa 2030), ovvero la quota di individui che si trova in almeno una delle suddette tre condizioni (riferite a reddito, deprivazione e intensità di lavoro), **è pari al 24,4%, circa 14 milioni 304 mila persone**, pressoché stabile rispetto al 2021 (25,2%).

Questo andamento sintetizza la sensibile riduzione della popolazione in condizione di grave deprivazione materiale e sociale, grazie alla ripresa economica, con una quota di popolazione a rischio di povertà uguale all'anno precedente.

Le misure straordinarie, insieme con il Reddito di Cittadinanza, sono state pari al 2% del reddito disponibile familiare del 2021, sostenendo così in modo importante il recupero dei redditi familiari dopo la contrazione del 2020. **Senza queste misure i redditi familiari avrebbero subito un'ulteriore riduzione**, che sarebbe stata particolarmente intensa per alcuni gruppi: -5,7% per le famiglie residenti nel Mezzogiorno, -2,3% per le famiglie con un solo percettore di reddito e in generale -6% per le famiglie del primo quinto di reddito.

Cronicità

(Fonti Ministero della Salute e Osservatorio Salutequità 2023)

Le cronicità sono una vera emergenza, **24 milioni di persone in Italia ne sono affette e oltre la metà ne ha più di una**; quasi 9 milioni presentano forme gravi; costano alla sanità oltre 65 miliardi e sono in aumento, tanto che tra cinque anni ce ne saranno almeno un milione più di oggi.

**24 MILIONI DI PERSONE IN ITALIA SONO AFFETTE DA
PATOLOGIE CRONICHE E OLTRE LA METÀ NE HA PIÙ DI UNA**

**TRA CINQUE ANNI I MALATI CRONICI SARANNO ALMENO UN
MILIONE PIÙ DI OGGI**

E non risparmiano le età, ma sono presenti in tutte le fasi della vita: 8 milioni sono i cronici under-18. Ad esempio, i disturbi più comuni tra coloro che soffrono di malattie infiammatorie croniche intestinali sono già difficili da sopportare e gestire tra le mura della propria casa, ma possono diventare un vero e proprio incubo a scuola o a lavoro.

Non stupisce che **per quasi il 72% dei pazienti la malattia influisca sulle capacità di lavorare e che oltre 1 su 2 è costretto a chiedere un congedo**. Non va meglio neanche per chi frequenta la scuola o l'università: il 72% dei pazienti ammette di aver avuto difficoltà a frequentare regolarmente le lezioni per colpa della malattia e quasi l'80% è stato costretto ad assentarsi.

A seguito del generale invecchiamento della popolazione, quello delle malattie croniche è un tema destinato a cambiare sempre di più la morfologia della sanità e la maniera di prendersi cura di chi purtroppo, ne soffre.

Il Piano Nazionale della Cronicità (PNC) è fermo, nonostante le malattie croniche siano anche un obiettivo della Missione 6 del PNRR. Il Piano nazionale cronicità, approvato nel 2016, che è rimasto per lo più sulla carta, deve essere aggiornato e il PNRR è strettamente legato al Piano cronicità.

PAC

(Fonte dati: Ministero dell'Interno 2023)

Il Programma Nazionale Servizi di cura all'Infanzia e agli Anziani non autosufficienti, riservato ai 201 Ambiti/Distretti delle quattro Regioni dell'Obiettivo Convergenza (Calabria, Campania, Puglia e Sicilia) **finanzia la gestione di servizi alla persona** (nidi pubblici e privati, assistenza domiciliare agli anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti) **al fine di ridurre le disparità esistenti con le altre Regioni.**

Il Programma, articolato in due diversi Atti di Riparto finanziario, è stato **avviato nel 2013 con una dotazione finanziaria di 730 milioni di euro** derivanti dal cofinanziamento nazionale ai fondi strutturali del ciclo di finanziamento 2007-2013, **successivamente ridotta e rideterminata in 627 milioni di euro per effetto delle previsioni della legge di stabilità 2015.**

IL PROGRAMMA NAZIONALE SERVIZI DI CURA ALL'INFANZIA E AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI FINANZIA LA GESTIONE DI SERVIZI ALLA PERSONA PER 4 REGIONI DEL SUD ITALIA (CALABRIA, CAMPANIA, PUGLIA E SICILIA) AL FINE DI RIDURRE LE DISPARITÀ ESISTENTI CON IL RESTO DEL PAESE

ATTUALMENTE IL PROGRAMMA HA UNA DOTAZIONE FINANZIARIA DI 627 MILIONI DI EURO

La realizzazione degli interventi finanziati con le risorse del Programma, nonostante le oggettive difficoltà incontrate nelle fasi di attuazione, sta producendo rilevanti risultati in termini di servizi resi ai territori: **si è registrato un progressivo miglioramento delle performance complessive con ricadute positive sull'implementazione del sistema del welfare locale** sia sotto il profilo del potenziamento dell'offerta di servizi, sia attraverso la creazione di posti di lavoro e l'emersione del lavoro irregolare migliorando la "sicurezza sociale" dei territori.

Lo stato di avanzamento dei servizi erogati e in fase di erogazione ha di fatto ridotto le disparità esistenti con le altre Regioni contribuendo ad assicurare uniformi livelli di presa in carico degli utenti mediante l'aumento di posti negli asili nido e quello delle ore di assistenza domiciliare agli anziani.

CRISI CLIMATICA

*“L’era del riscaldamento globale è finita,
è arrivata l’era dell’ebollizione globale.
I leader mondiali devono agire.”*

Antonio Guterres, Segretario generale delle Nazioni Unite - luglio 2023

Ogni anno nell’UE si producono più di 2,2 miliardi di tonnellate di rifiuti e vengono **sprecate quasi 59 milioni di tonnellate di prodotti alimentari** (131 kg/abitante), ossia circa 132 miliardi di euro. Oltre **la metà degli sprechi alimentari (53%) è prodotta dai nuclei familiari**, seguiti dal settore della trasformazione e della produzione alimentare (20%). **Lo spreco alimentare in Italia è di circa 67 chili all’anno pro capite.**

Circa il 78% dei rifiuti tessili non è oggetto di raccolta differenziata da parte dei consumatori e finisce in rifiuti domestici indifferenziati destinati ad essere inceneriti o collocati in discarica.

Ogni europeo genera quasi 180 kg di rifiuti di imballaggio l’anno.

**OGNI ANNO NELL’UE VENGONO SPRECAE QUASI
59 MILIONI DI TONNELLATE DI PRODOTTI ALIMENTARI
(131 KG/ABITANTE)**

**LO SPRECO ALIMENTARE IN ITALIA È DI CIRCA 67 CHILI
ALL’ANNO PRO CAPITE**

L'UE da tempo promuove la transizione dall'attuale modello economico lineare all'economia circolare, modello di produzione e consumo che implica condivisione, prestito, riutilizzo, riparazione, ricondizionamento e riciclo dei materiali e prodotti esistenti il più a lungo possibile, contribuendo a ridurre i rifiuti al minimo.

L'economia circolare aiuta a ridurre la dipendenza dalle materie prime e l'UE importa circa la metà delle materie prime che consuma. **Passare a un'economia circolare può avere una ricaduta evidente sul mercato del lavoro: secondo le previsioni si creeranno 700.000 posti di lavoro solo nell'UE entro il 2030.**

Le proposte dell'Unione Europea



2019: Green Deal europeo o Patto Verde europeo, sigla l'impegno dell'UE per un ambiente sostenibile e pone l'obiettivo di raggiungere la neutralità climatica in Europa entro il 2050.

2020: la Commissione europea presenta il piano d'azione per una nuova **economia circolare** che punta a prodotti più sostenibili, alla riduzione dei rifiuti e al conferimento di più potere ai cittadini, ad esempio attraverso il "diritto alla riparazione".

2022: nuove proposte della Commissione europea sugli **imballaggi** che incentivano il riutilizzo e il riciclo e includono anche una transizione verso plastiche a base biologica, biodegradabili e compostabili.

Crisi ambientale e salute

“Gli oceani si surriscaldano e i loro fondali portano a galla la bruttezza con cui abbiamo inquinato la casa comune. Stiamo trasformando le grandi riserve di vita in discariche di plastica. L’oceano ci ricorda che la vita dell’uomo è chiamata ad armonizzarsi con un ambiente più grande di noi, che va custodito, va custodito con premura, pensando alle giovani generazioni. Come possiamo dire di credere nei giovani, se non diamo loro uno spazio sano per costruire il futuro?”

Papa Francesco - 37 Giornata Mondiale della Gioventù
Lisbona, 2 agosto 2023

Abbiamo il dovere di lasciare un pianeta con sistemi socio-economici sostenibili dal punto di vista ambientale. Questa è la responsabilità intergenerazionale della quale vogliamo essere promotori. Il 74% dei giovani desiderano impegnarsi per cambiare la realtà e l’83% pensa sia giusto e indispensabile che si affermi un’economia green (Ipsos 2023).

Una generazione intera, quella dei nostri nipoti, è seriamente preoccupata per il proprio futuro. Si inizia a studiare una nuova patologia: **eco ansia o ansia climatica**.

In Italia dal 2015 al 2019, più di 28 mila persone sono state evacuate a seguito di frane e inondazioni. Molte hanno visto distrutte le loro abitazioni, **89 hanno perso la vita**. E se si allarga l’analisi agli ultimi 50 anni, dal 1970 al 2019, i morti per frana e inondazione sono stati 1.670 e più di 320 mila gli evacuati (Istituto di Ricerca per la Protezione Idrogeologica del Cnr).

Oltre il 90% dei Comuni italiani sono a rischio frane o alluvioni, **dal 2015 al 2019 il danno economico da esse provocato è stato stimato pari a circa 20 miliardi di euro**, per una media di **quasi 3 miliardi all’anno**.

Per la prevenzione sono stati spesi, invece, solo 2 miliardi di euro, un decimo dei danni stimati. I cambiamenti climatici hanno un effetto devastante sulla salute: disidratazione, spossatezza, peggioramento delle malattie cardiache, respiratorie e renali, colpi di calore, cancro della pelle, solo per citarne alcuni.

DAL 2015 AL 2019, IN ITALIA PIÙ DI 28 MILA PERSONE SONO STATE EVACUATE A SEGUITO DI FRANE E INONDAZIONI

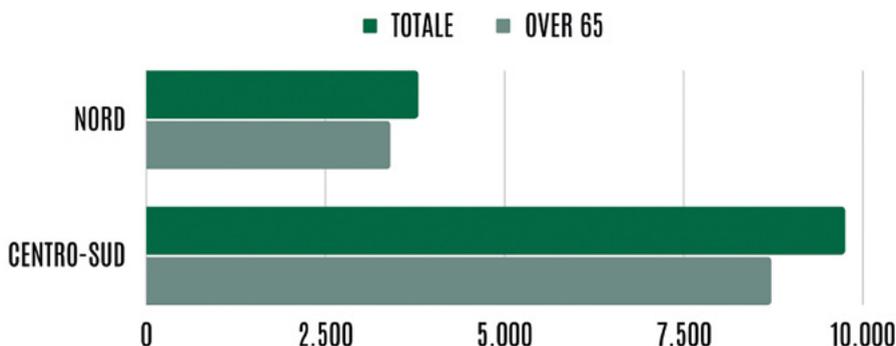
IL DANNO ECONOMICO DA ESSE PROVOCATO È STATO STIMATO PARI A CIRCA 20 MILIARDI DI EURO

Secondo l'Agencia Europea dell'Ambiente **in 40 anni (1980-2020) i disastri ambientali hanno causato 21 mila morti in Italia** (in Francia 23 mila, in Spagna 15 mila).

In base ai dati dell'OMS, nella regione europea (53 Paesi) circa 1,4 milioni di persone muoiono ogni anno a causa di fattori di rischio ambientale; quasi la metà di queste morti può essere attribuita al solo inquinamento atmosferico.

La frequenza, l'intensità e la durata delle ondate di caldo aumenteranno ulteriormente, con evidenti ripercussioni sui sistemi sanitari pubblici. Il mese di settembre di quest'anno è stato il settembre più caldo mai registrato a livello globale (Osservatorio europeo Copernico).

Secondo l'OMS negli ultimi 20 anni **la mortalità legata al caldo è aumentata di oltre il 30%. Dal 1° luglio al 28 luglio 2023 in Italia**, in base a dati forniti dal ministero della Salute, sono morte 13.524 persone, 3.786 al Nord e 9.738 al Centro-Sud, in larga maggioranza over 65 (3.396 al Nord e 8.710 al Centro-Sud).



Decessi in Italia legati al caldo dal 1° al 28 luglio 2023

(Fonte dati: ministero della Salute)

IN ITALIA DAL 1° AL 28 LUGLIO 2023 A CAUSA DEL CALDO ECCESSIVO SONO MORTE 13.524 PERSONE, DI CUI 12.106 OVER 65

La **crisi ambientale** incide sulla **diffusione delle malattie**. È sempre più ampia la presenza, anche in altitudini e latitudini diverse, di zecche, che trasmettono l'encefalite e la malattia di Lyme; di zanzare tigre, responsabili della trasmissione di malattie come dengue, chikungunya e Zika; pappataci, che trasmettono la leishmaniosi. Senza dimenticare che il Covid-19 è stato provocato dal salto di specie.

Oltre agli impatti fisici, **i rischi climatici influenzano la salute mentale e possono ridurre la capacità di lavorare**.

Il cambiamento climatico può anche provocare un calo dei raccolti e un aumento della malnutrizione. I raccolti potrebbero diminuire del 25-30% in Asia centrale e nelle parti meridionali dell'Europa entro la metà del 21° secolo (FAO).

Nel nostro Paese il settore che contribuisce maggiormente ad una pesante impronta ecologica è il settore alimentare (31% del totale) e i trasporti (25% del totale).

Il 93% degli europei ritiene che i cambiamenti climatici rappresentino un grave problema su scala mondiale; il 58% crede che la transizione verso un'economia verde andrebbe accelerata; l'88% concorda sulla necessità di ridurre al minimo le emissioni di gas a effetto serra; il 70% crede che ridurre le importazioni di combustibili fossili possa aumentare la sicurezza energetica e avvantaggiare economicamente l'UE (Eurobarometro, 20 luglio 2023).

Il sindacato ha a disposizione uno strumento prezioso per essere protagonista anche nei temi ambientali: la concertazione sociale di prossimità.

POLITICHE MIGRATORIE

Gli ultimi provvedimenti



D.L. 20/2023 del 10 marzo 2023, "Disposizioni urgenti in materia di flussi di ingresso legale dei lavoratori stranieri e di prevenzione e contrasto all'immigrazione irregolare" (decreto Cutro) per contrastare i flussi migratori illegali e l'azione delle reti criminali che operano la tratta di esseri umani.

Si introduce il **nuovo reato di “morte o lesioni come conseguenza di delitti in materia di immigrazione clandestina”**, che prevede:

- da 10 a 20 anni di reclusione per lesioni gravi o gravissime a una o più persone;
- da 15 a 24 anni di reclusione per morte di una persona;
- da 20 a 30 anni di reclusione per la morte di più persone.

Il decreto stabilisce anche una restrizione della **protezione speciale**, introdotta nel 2018 e nel 2020 per superare i limiti dettati dal decreto Salvini e concessa al migrante nei casi in cui non venisse riconosciuto né lo status di rifugiato né la protezione sussidiaria, ma che comunque correva pericoli nel proprio Paese.

Il giro di vite sulle protezioni speciali, più che disincentivare l'arrivo di nuovi immigrati, potrebbe aumentare il numero di irregolari già presenti.

27 marzo 2023: entrata in vigore del **decreto flussi** approvato il 29 dicembre 2022, che fissa per l'anno in corso il numero di 82.705 lavoratori stranieri.

Le quote massime di stranieri extra Ue che possono entrare regolarmente in Italia per lavorare, vengono stabilite annualmente attraverso il decreto flussi, come previsto nel Testo unico dell'immigrazione del 1998, poi modificato dalla legge Bossi-Fini del 2002. Per poter entrare regolarmente in Italia, i lavoratori stranieri devono già essere titolari di un contratto di lavoro. La novità dell'ultimo decreto è che le quote saranno definite per un triennio (2023-2025) e non più annualmente.

Si tratta di numeri non adeguati a rispondere alle esigenze del mercato italiano. Il rapporto annuale della Fondazione Moressa ci dice che nel 2022 **il nostro Paese aveva bisogno di 534 mila lavoratori subordinati non stagionali**, di cui almeno 80 mila stranieri per coprire quei lavori che gli italiani non svolgono più.

La presenza di lavoratori stranieri è un fattore determinante, ormai, anche per la tenuta del nostro sistema previdenziale.

19 settembre 2023: norme relative al contrasto dell'immigrazione il-legale. Estendono a 18 mesi il limite massimo di permanenza nei Centri per il rimpatrio (C.p.r.) degli stranieri irregolari che hanno ricevuto un provvedimento di espulsione e sono in attesa del rimpatrio. Il limite attuale è di 3 mesi, con una possibile proroga di 45 giorni. Si prevede, inoltre, un piano per la costruzione di ulteriori C.p.r., da realizzare in zone scarsamente popolate e facilmente sorvegliabili, preferibilmente utilizzando caserme e aree militari dismesse.

I dieci C.p.r. attualmente presenti in Italia si trovano a Bari, Brindisi, Caltanissetta, Trapani, Potenza, Roma, Milano, Gradisca d'Isonzo e Torino (al momento chiuso). Hanno una capienza che va dai 50 ai 200 posti.

Per effettuare il rimpatrio sono necessari accordi con i Paesi d'origine, in assenza di ciò i migranti non possono essere rimandati al proprio Paese. Il rimpatrio forzato è una procedura complessa e costosa, si aggira intorno agli 8.000 euro a persona. Ed è costoso anche trattenere i migranti per un anno e mezzo, come previsto dalle nuove misure.

4 ottobre 2023: Patto Ue su migrazione e asilo. In base a questo nuovo accordo, uno Stato membro che sta affrontando una situazione di crisi può chiedere contributi di solidarietà ad altri Paesi dell'UE attraverso:

- ricollocazione di richiedenti asilo o beneficiari di protezione internazionale dallo Stato membro in situazione di crisi agli Stati membri contributori;
- compensazioni di responsabilità, vale a dire che lo Stato membro sostenitore si assumerebbe la responsabilità di esaminare le richieste di asilo al fine di aiutare lo Stato membro che si trova in una situazione di crisi;
- contributi finanziari o misure di solidarietà alternative.

D.L. n. 133 del 5 ottobre 2023, “Disposizioni urgenti in materia di immigrazione e protezione internazionale, nonché per il supporto alle politiche di sicurezza e la funzionalità del Ministero dell’interno”. Introduce modifiche sulla disciplina dell’allontanamento ingiustificato, sanzionato con la sospensione dell’esame della domanda e la possibilità di richiederne la riapertura, per una sola volta, entro 12 mesi. Nel caso in cui lo straniero non si presenti per la verifica dell’identità, il procedimento si considera estinto. Novità per i **minori stranieri** non accompagnati, i quali, dopo una prima accoglienza in strutture governative, saranno accolti nella rete dei centri del Sistema di Accoglienza e Integrazione (SAI). Se vi è una momentanea indisponibilità di strutture, il prefetto potrà disporre il provvisorio inserimento del minore che ad una prima analisi appaia di età superiore ai sedici anni, per un periodo non superiore a 90 giorni, in una specifica sezione dedicata nei centri e strutture diversi da quelli riservati ai minori. Via libera anche alla procedura per l’accertamento dell’età: l’autorità di pubblica sicurezza potrà disporre rilievi antropometrici o di altri accertamenti, anche radiografici. Si stabilisce l’accesso nelle strutture del Sistema di Accoglienza e Integrazione (SAI) a tutte le donne, non solo a quelle in stato di gravidanza. Diverse associazioni e ong si sono espresse contro queste nuove misure, in particolare riguardo al pericolo di mancata tutela dei minori, come invece sancito nel nostro ordinamento.

Sbarchi

Dal 2014 si assiste nel nostro Paese a un aumento di sbarchi nelle coste italiane, la cifra più alta si è registrata nel 2016 con oltre 181 mila arrivi via mare. Secondo dati del Ministero dell’Interno **dal 1° gennaio 2023 al 6 ottobre 2023 gli sbarchi sono stati 135.941**, con un picco nel mese di agosto con 25.671 sbarchi.

**NAZIONALITÀ DICHIARATE AL MOMENTO DELLO SBARCO ANNO 2023
(DATI AGGIORNATI AL 6 OTTOBRE 2023)**

GUINEA	16.823
COSTA D'AVORIO	15.292
TUNISIA	14.528
EGITTO	8.698
BANGLADESH	7.967
BURKINA FASO	7.784
PAKISTAN	6.350
SIRIA	5.689
MALI	5.156
CAMERUN	4.751
ALTRE	42.903
TOTALE	135.941

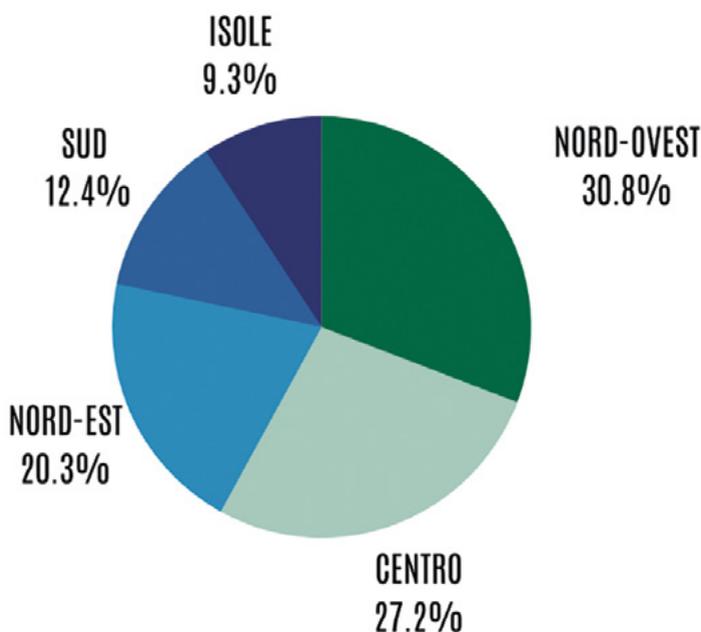
**IN ITALIA DAL 1° GENNAIO 2023 AL 6 OTTOBRE 2023
GLI SBARCHI SONO STATI 135.941, CON UN PICCO NEL MESE
DI AGOSTO CON 25.671 SBARCHI**

Lavoratori domestici stranieri

In base ai dati dell'ultimo Osservatorio sui Lavoratori domestici Inps, **i lavoratori domestici con contributi all'Inps nel 2022 sono stati 894.299**, in prevalenza **donne (88,6%) e stranieri (69,5%)**.

Il Nord-Ovest è l'area geografica con il maggior numero di lavoratori domestici (30,8%), seguita dal Centro (27,2%), dal Nord-Est (20,3%), dal Sud (12,4%) e dalle Isole (9,3%).

La Lombardia è la Regione con il maggior numero di lavoratori domestici, 174.613 (19,5%), seguita dal Lazio (13,8%), dall'Emilia Romagna (8,8%) e dalla Toscana (8,7%).



La maggior parte dei lavoratori domestici, 316.817 (35,4%) proviene dall'Europa dell'Est; seguono i 272.583 lavoratori di cittadinanza italiana (30,5%), quelli provenienti dal Sud America (7,8%) e quelli dall'Asia Orientale (6,8%).

I LAVORATORI DOMESTICI CON CONTRIBUTI ALL'INPS, NEL 2022 IN ITALIA, SONO STATI 894.299, IN PREVALENZA DONNE (88,6%) E STRANIERI (69,5%)

La tipologia di lavoro prevalente è quello di "Colf" con il 52% del totale dei lavoratori, contro il 48% della tipologia "Badante", proveniente principalmente da Europa dell'Est, Asia Medio Orientale e America Centrale.

La classe d'età "50-54 anni" è quella con la maggior frequenza tra i lavoratori domestici.

Per quanto riguarda le **retribuzioni**, il gruppo più numeroso è rappresentato dalla classe retributiva **13.000 euro** e oltre: 130.478 lavoratori, ossia il 14,6% del totale.

Le donne in media hanno una retribuzione più alta rispetto agli uomini. Il 46,5% degli uomini si colloca sotto i 5 mila euro l'anno, contro il 39,7% delle donne.



www.pensionati.cisl.it



CISL
PENSIONATI