

lavoroesalute

NON AUTOSUFFICIENZA

Proposte intergenerazionali per affrontare il rischio



INSERTO a cura di

Fondazione
Promozione sociale
ONLUS

Relazione al convegno SANITA', SALUTE, LAVORO, PENSIONI il 25 settembre a Firenze

di Maria Grazia Breda

Premessa

Nell'età in cui siamo ancora attivi ci preoccupiamo giustamente dello stipendio e della pensione. Quasi mai ci interessiamo di sapere come muoverci in caso di non autosufficienza improvvisa.

E' capitato alla moglie di un artigiano, due figli all'università, lei che lavora part time e lui 51 anni, diventato malato cronico non autosufficiente per un brutto ictus. E' tuttora ricoverato in riabilitazione dal mese di aprile. Con l'opposizione alle dimissioni, abbiamo ottenuto la proroga fino alla fine di ottobre, ma la Signora è precipitata in una situazione totalmente sconosciuta. Ha scoperto che la sanità non pagherà tutto per sempre e che sarà fortunata se riusciremo a far valere l'età e a farlo passare per persona con disabilità. In questo modo avrà almeno l'asl che versa il 70% della retta e non solo il 50, come accade nelle rsa per gli anziani malati non autosufficienti.

Ha ottenuto l'indennità di accompagnamento, sempre con il nostro aiuto, ma ha scoperto che non la può incassare se è ricoverato a carico del Servizio sanitario. Ha scoperto che non ci sono riduzioni per la per le tasse dei figli all'università, che deve fare i conti con l'Isee.

Nel precipizio ci finiscono soprattutto i figli di genitori grandi anziani che a causa dell'aggravarsi delle malattie croniche, all'ennesimo ricovero in ospedale perdono la non autosufficienza, sovente associata alla presenza di demenza.

Considerato che la medicina ci fa vivere a lungo, sia che siamo lavoratori attivi, sia che siamo anziani pensionati, la non autosufficienza deve rientrare nei nostri pensieri e azioni.

Cercherò di spiegarvi perché, per tutelarci, dobbiamo continuare a difendere la legge 833/1978, anche se minata da tanti provvedimenti successivi, come ad esempio l'introduzione dei Lea, Livelli essenziali di assistenza nel 2002 e aggiornati nel 2017.



Prima però sgomberiamo il campo da ogni aspettativa dalla legge 33 per la non autosufficienza, una legge truffaldina, tanto voluta dal Sindacato dei pensionati e da una cinquantina di sigle che hanno raggruppato tutti quei portatori di interessi che vedono l'anziano malato non autosufficiente come un peso della sanità, da scaricare il prima possibile (regioni, associazioni dei medici) e un business per chi lo deve curare e assistere (gestori privati di rsa piuttosto che cooperative che di sociale non hanno più nulla). Con il supporto delle associazioni che lavorano per avere lustro per i propri progetti e non per ottenere diritti esigibili per i loro iscritti.

Le associazioni riunite invece nel CDSA, Coordinamento per il diritto alle cure sanitarie degli anziani malati non autosufficienti, costituitosi durante la pandemia da Covid 19, grazie a Medicina democratica di Milano, hanno operato dal 2021 al 2024 per contrastare la deriva in atto che voleva scaricare con la legge 33/2023 gli anziani malati non autosufficienti al settore dell'assistenza per le cure di lunga durata, settore privo di diritti esigibili, condizionato alle risorse disponibili pochissime perché è il settore dell'assistenza – dove la lista d'attesa è la regola.

Abbiamo fermato la deriva della legge, ma adesso bisogna continuare a tenere alta la guardia sul decreto attuativo 29/2024, che comunque è migliore della legge perché almeno ha richiamato le norme fondamentali che "tutelano il diritto alla salute: legge 833/1978 e dpcm sui Lea.

Inoltre titolare è il Ministro della salute e lo Sna (Sistema nazionale per l'assistenza agli anziani) è stato relegato a una partecina non più rilevante nell'ambito del settore delle politiche sociali.

Ma non possiamo stare tranquilli, perché il problema è culturale e la politica segue il sentire prevalente, anche se il risultato ottenuto per ora, dimostra che allearsi tra forze sociali con interessi comuni (durante il Covid associazioni e lavoratori rsa); conoscere i propri diritti e le norme su cui fare leva, alla fine premia, tanto più se si riesce a tornare ad essere visibili sui territori anche con iniziative e con la difesa dei casi individuali, che

Proposte intergenerazionali per affrontare il rischio non autosufficienza

CONTINUA DA PAG. 2

indicano dove il sistema dei diritti non funziona e ha necessità di manutenzione.

Per scaricare gli anziani malati cronici dal Servizio sanitario è sufficiente non riconoscere la loro condizione di malati cronici e considerarli solo “persone non autosufficienti”. Eliminata la condizione “clinica per cui si ha diritto ad essere curati dal Servizio sanitario, si diventa “casi sociali”, che hanno solo bisogno di assistenza 24 ore su 24 tutti i giorni dell’anno. Peccato che non si aggiunga che, proprio perché sono totalmente dipendenti dall’aiuto di altri, se non ricevono le prestazioni indifferibili di cui necessitano è inevitabile la loro morte nel giro di pochi giorni.

E’ il caso capitato in un paese del canavese, provincia di Torino. La moglie accudiva da sola il marito allettato.

Era scesa nell’orto quando ha avuto un infarto ed è morta sul colpo. La casa, unifamiliare, era circondata da siepi molto alte e dalla strada non si vedeva dentro, perché il portone era di legno. Quando un parente si è recato sul posto, non trovandola al telefono, ha scoperto che nel frattempo era deceduto anche il marito.

Il secondo problema culturale con cui fare i conti è il finto obbligo dei familiari a farsi carico dei loro congiunti diventati totalmente non autosufficienti. Non c’è alcuna legge e, per questo, attenzione all’enfasi in atto sulla necessità di una legge per i caregiver. Vi è il rischio concreto che si pongano obblighi di cura, che sono stati eliminati con l’abrogazione della legge 1580 del 1931, grazie alla legge 833/1978 che ha spostato l’obbligo delle cure sanitarie in capo al Servizio sanitario e previsto le prestazioni socio-sanitarie (domiciliari, semiresidenziali e residenziali) come LEA



(quindi diritti esigibili e soggettivi), benché a “pagamento per una percentuale del loro costo.

Per questo abbiamo lottato per non uscire dai Lea e cadere nell’assistenza, nel caso si diventi non autosufficienti a qualunque età, perché, come aveva spiegato bene il Prof. Giovanni Maria Flick, presidente emerito della Corte Costituzionale e giurista, anche se non sono perfetti, i Lea assicurano il diritto soggettivo ed esigibile alle cure del Servizio sanitario e, se ci viene negato – come accade – almeno possiamo ricorrere in giudizio.

Ricordo che ottenere la convenzione dell’Asl, ovvero la prestazione socio- sanitaria residenziale (Rsa), garantisce anche il diritto all’integrazione economica del Comune se il degente non ha mezzi propri sufficienti per pagare la retta alberghiera a suo carico.

La legge è chiara, ma non viene applicata dalle Regioni. La modifica del titolo V della Costituzione ha trasferito la competenza concorrente per la sanità alle Regioni, in media assorbe l’80% del bilancio delle Giunte.

La conseguenza è che tutte le Regioni, di ogni colore, hanno introdotto nei Lea il diritto alle cure a tempo e, per limitare la platea degli aventi diritto alla quota sanitaria (e trattenere maggiori risorse del Fondo sanitario regionale da mettere in prestazioni sanitarie più remunerative sotto il profilo elettorale), hanno anche condizionato l’accesso in base all’Isee. Così per ottenere l’accesso ai centri diurni per i malati di Alzheimer o per il ricovero convenzionato in Rsa è stata “inventata” la “commissione di valutazione” che in teoria dovrebbe stilare il progetto assistenziale individualizzato, in realtà attraverso punteggi discrezionali stabilisce graduatorie e liste d’attesa non trasparenti, in cui il malato non autosufficiente va su e giù senza avere modo di sapere quando avrà finalmente diritto alla convenzione. Mediamente le Regioni stanziavano, quando va bene, le risorse appena sufficienti a coprire la metà delle richieste. I restanti devono pagare la retta totalmente privata e non beneficiano del trattamento di maggior favore che si ha in caso di convenzione.

CONTINUA A PAG. 4

Proposte intergenerazionali per affrontare il rischio non autosufficienza

CONTINUA DA PAG. 3

Le liste d'attesa per i malati cronici autosufficienti sono il risultato del silenzio assordante in cui si sono lasciati i soprusi perpetrati dalle Regioni nei confronti dei malati non autosufficienti anziani, senza che né partiti né sindacato e neppure associazioni dei malati cronici alzassero la loro voce per almeno denunciare il sopruso.

Così negli ultimi anni si è spostata la lista d'attesa sulle prestazioni per i malati cronici; si allontana nel tempo e così la richiesta si sposta sul privato, a pagamento dell'interessato.

Così, si sono fatte avanti le polizze assicurative private. E' un problema di scelta culturale e politica urgente, come sottolinea l'Ufficio di Bilancio Parlamentare nella relazione del giugno 2024.

Nel documento del 15 settembre 2025 "Proposte intergenerazionali per le cure di lunga durata contro il rischio non autosufficienza" (disponibile sul sito "www.fondazionepromozionesociale.it")

Fermata la legge 33/2023, adesso bisogna a proposte per non far rientrare dalla finestra, quello che è uscito dalla porta.

I lavoratori e i pensionati attivi di adesso dovrebbero avere chiaro che tra 20 anni ci sarà una rilevante presenza di grandi anziani con malattie croniche invalidanti e non autosufficienti.

E' adesso che si deve agire per:

Garantire il diritto soggettivo ed esigibile all'indennità di accompagnamento contro il rischio non autosufficienza; non è ancora finita; l'assegno andrà graduato in base al fabbisogno: l'intuizione della prestazione universale è giusta, ma non è corretta la collocazione in "assistenza. Infatti è stata subito circoscritta la platea, limitata a chi ha + di 80 anni; è condizionata all'Isee massimo 6mila euro, perché le risorse sono quelle del Fondo per le non autosufficienze



e la legge 33 ha sempre ribadito che qualunque iniziativa introdotta avrebbe potuto contare solo sulle risorse a legislazione vigente; quindi niente di più. Al massimo, se va bene, si raggiungeranno 20mila anziani malati non autosufficienti e non è detto che si arrivi a un contributo di 850 euro.

Nel sopracitato documento si propone la creazione di un secondo fondamentale pilastro della sicurezza previdenziale, in applicazione al disposto "dell'articolo 38 della Costituzione, Il comma in base al quale *"I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria (...) ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato"*.

Il sistema previdenziale pubblico sarà un intervento complementare al Servizio sanitario attraverso l'indennità di accompagnamento erogata dall'Inps come diritto esigibile erogato al solo titolo della minorazione così come previsto dalla legge 18/1980.

L'innovazione consiste nel prevedere l'importo dell'indennità graduato in base al bisogno e al progressivo aggravamento delle condizioni di salute. Le risorse aggiuntive necessarie a questo potenziamento saranno recuperate istituendo una modesta contribuzione aggiuntiva a carico dei datori di lavoro e dei lavoratori.

Per gli inabili al lavoro che non abbiano o non possano avere sufficienti contributi versati per tali finalità, l'Inps interviene con le modalità in uso per le prestazioni economiche assistenziali già poste a carico dell'Istituto. La proposta nasce dall'esperienza home care dell'Inps perché sia estesa a tutti e assuma la caratteristica del diritto esigibile universalistico previsto dalla legge 18/1980. L'obiettivo è che lo Stato assuma un ruolo deterrente rispetto alle proposte delle assicurazioni private per la non autosufficienza.

E' confermato da ogni ricerca che le cure domiciliari sono più vantaggiose rispetto al ricorso all'ospedale, che avviene anche più volte in un anno in assenza di aiuti a domicilio (si vedano ad esempio le ricerche

CONTINUA A PAG. 5

Proposte intergenerazionali per affrontare il rischio non autosufficienza

CONTINUADA PAG. 4

passate di Cergas Bocconi, Italia Longeva).L'Uf di Bilancio Parlamentare, al capitolo 6, della relaz di giugno 2024 ha evidenziato come vi sia la nece di *“riforme volte a migliorare l'accesso, (alle prestazioni“domiciliari n.d.r.) attraverso l'aumento delle risorse, revisione dei“meccanismi di selettività e dei livelli delle prestazioni (...), il“riconoscimento e sostegno del lavoro informale di cura (...), il rafforzamento“dei diritti nell'ambito dell'assistenza sociale (...)* (cfr. pagina 388). Tuttavia l'Ufficio di Bilancio constata come nulla sia stato previsto finora e sollecita l'assunzione di iniziative urgenti per affrontare il rischio non autosufficienza a fronte del progressivo invecchiamento della popolazione.

I nostri obiettivi: assegno di cura in sanità e indennità graduata nella previdenza sociale.

Parlamento e Governo sono chiamati a interventi strutturali. Inviando alla proposta contenuta nel documento Le cure di lunga durata (Ltc) per i malati cronici non autosufficienti, con la quale si chiede di garantire nei Lea socio-sanitari (articolo 22, dpcm 12.1.2017) la copertura dell'Asl per il 50% dell'importo di un assegno di cura per l'assunzione di personale o di un contributo forfettario per i maggiori costi sostenuti, quando è il familiare ad accudire direttamente il malato non“autosufficiente. Il restante 50% sarà a carico dell'utente/ente locale in base all'Isee.

La prestazione universale (decr. Leg.vo 29/2024), erogata nell'ambito delle politiche sociali e attualmente praticata in via sperimentale, dovrà raggiungere nel



momento definitivo, tutte le persone malate non autosufficienti non abbienti, che al momento non sono

tutelate. E sarà aggiuntiva all'indennità di accompagnamento e all'assegno di cura.

Infine, le Rsa devono essere riorganizzate per far parte della filiera del Servizio

sanitario: come già era stato richiesto nei documenti del Cds. Ospedali di comunità, cure intermedie, riabilitazione di primo e secondo livello, cure palliative e di contrasto al dolore, devono trovare posto in nuclei sanitari dentro le Rsa, così come ambulatori per i medici di medicina di base, servizio Adi e centri diurni per le persone malate di Alzheimer. Si devono trasformare in strutture polifunzionali, capaci di adattarsi ai bisogni dei malati non autosufficienti a casa, dopo l'ospedale, per ricoveri definitivi.

Risorse

E' importante avere esperti del settore che ci aiutino a contrastare il fisco facile, ma dobbiamo decidere se preferiamo avere qualche punto di Irpef in meno adesso oppure utilizzare quei 4 miliardi necessari per avviare il processo per il finanziamento e potenziamento delle cure di lunga durata contro il rischio di ciascuno di diventare non autosufficiente.

Fondazione promozione sociale Ets

Via Artisti 36, 10124 Torino, tel. 011 812.44.69

info@fondazionepromozionesociale.it

www.fondazionepromozionesociale.it

Relazione al convegno SANITA', SALUTE, LAVORO, PENSIONI il 25 settembre a Firenze



PROPOSTE INTERGENERAZIONALI PER AFFRONTARE IL RISCHIO NON AUTOSUFFICIENZA

- prevedere un sistema previdenziale pubblico per garantire una indennità di accompagnamento graduata al bisogno
- inserire nei Lea domiciliari un contributo della Sanità per le prestazioni informali e rendere esigibile nei Leps l'assistenza domiciliare
- riorganizzare i centri diurni e le Rsa perché rientrino nella filiera delle strutture del Servizio sanitario nazionale
- considerare solo la valutazione di base per l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie e previdenziali quali l'indennità di accompagnamento

Premessa

La scrivente organizzazione è già intervenuta nel dibattito per l'approvazione della legge 33/2023, confronto che prosegue con le istituzioni e con le parti della società civile interessate.

L'obiettivo, adesso, è contribuire alla messa a punto del "Piano di assistenza e cura" di cui è titolare il Ministero della Salute, così come previsto nel d.lgs. 29/2024, adottato in attuazione della legge 33/2023.

Le proposte, di seguito avanzate, sono volte ad adeguare le prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali del Servizio sanitario e socio-sanitario (Lea), quelle del Sistema previdenziale (Inps) e quelle sociali e assistenziali (Leps), alle esigenze degli anziani malati cronici non autosufficienti, di oggi e di "domani(*)".

Il criterio che ci guida è il quadro costituzionale (articoli 32 e 38) e le norme nazionali vigenti in materia sanitaria e previdenziale, con la finalità del mantenimento del diritto soggettivo ed esigibile alle prestazioni statali, che già oggi assicurano il diritto all'accesso universalistico del Servizio sanitario "nazionale e della Previdenza sociale prima citate.

Non è più rinviabile una riforma complessiva delle politiche che riguardano le **cure di lunga durata** (Long Terme Care) per chi è già oggi malato cronico e non autosufficiente e per chi lo sarà domani.

D'altronde nella stessa relazione dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio, contenuta nel rapporto sulle politiche riguardanti la Long terme care (Ltc) in Italia (giugno 2024), si evidenzia, da un lato, l'aumento del rischio non autosufficienza e, nel contempo, il cambiamento della struttura familiare, non più in grado di fare fronte anche per anni, a condizioni sanitarie complesse di congiunti con dipendenza totale. Eppure, come evidenzia l'Ufficio di bilancio, **nulla è previsto**



(dalla legge 33/2023 n.d.r.) per garantire risorse aggiuntive e la programmazione degli interventi necessari.

Purtroppo, al continuo **aumento della popolazione over 65** (di cui molto meno viene detto sul sensibile aumento dei livelli di autonomia degli anziani), **non sono seguite finora risposte pubbliche adeguate al fabbisogno**, né nella medicina d'urgenza (basti pensare alla situazione nei Pronti Soccorso), né in quella riabilitativa, né in lungoassistenza (ricoveri definitivi in Rsa e quel pochissimo "garantito al domicilio).

Le proposte si fondano sui seguenti principi:

- a) assumono come riferimento i dati Inps relativi agli ultra 65enni beneficiari dell'indennità di accompagnamento, per individuare la platea di riferimento;
- b) rafforzano e potenziano le prestazioni sanitarie domiciliari, quale alternativa al ricovero quando praticabile, per limitare ricorsi al Pronto soccorso ma anche i ricoveri in Rsa;
- c) reinterpretano l'indennità di accompagnamento per ottenere una assicurazione pubblica nell'ambito della Previdenza sociale, finalizzata alla non autosufficienza e graduata in base al bisogno, che si affianca a eventuali ulteriori prodotti assicurativi privati e/o aziendali stipulati dai singoli cittadini;
- d) indicano i criteri per una riorganizzazione delle Rsa, da trasformare in strutture residenziali, con funzioni sanitarie e socio-sanitarie per l'erogazione di prestazioni Lea, da inserire pienamente nella filiera delle strutture sanitarie accreditate;
- e) precisano la platea degli aventi diritto alle prestazioni sociali e socio-assistenziali rientranti nei "Leps";
- f) si richiamano alle seguenti disposizioni normative: articolo 26 del d.lgs. 15 marzo 2024, n. 29, per quanto concerne l'attuazione dei Lea sanitari e socio-sanitari (di cui al Dpcm 12 gennaio 2017, in G.U. n. 65 del 18 marzo 2017), nonché ai Leps, in coerenza con i principi di cui alla legge 833/1978 (articoli 1 e 2), al d.lgs. 502/1992 e alla legge 328/2000.

PROPOSTE INTERGENERAZIONALI PER AFFRONTARE IL RISCHIO NON AUTOSUFFICIENZA

CONTINUA DA PAG. 6

Le proposte prevedono di:

a) implementare le risorse del Servizio sanitario nazionale, la nostra assicurazione sanitaria pubblica, per garantire le prestazioni rientranti nei Lea, il nostro nucleo irriducibile del diritto "alla salute"

La non autosufficienza è una perdita irreversibile di salute, motivo per cui va affrontata all'interno della rete dei servizi e delle prestazioni del Servizio sanitario e socio-sanitario rientranti nei Lea: dalla fase acuta a quella cronica, fino alle cure di lunga durata, che sovente hanno un decorso caratterizzato da frequenti complicanze e riacutizzazioni.

Da ciò e **dalla legge 833 del 1978** (e successive modifiche), deriva che la titolarità degli interventi pubblici di tutela della salute per le persone malate croniche, compresi gli anziani non autosufficienti, è in capo al Servizio sanitario nazionale, che deve agire nei loro confronti garantendo il diritto alla prestazione e alle cure rientranti nei Lea, senza limiti di durata e vincoli all'accesso.

In conclusione, per le «**cure socio-sanitarie di lunga durata**» si dovranno **adeguare gli stanziamenti** necessari a garantire interventi e prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a chi necessita di cure continuative 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, **prioritariamente domiciliari**, laddove vi sono congiunti volontariamente disponibili e non vi siano controindicazioni per il malato.

b) aggiungere un sistema previdenziale pubblico contro il rischio non autosufficienza

Il pensiero va alla necessità di contenere lo sviluppo del sistema privatistico-assicurativo, che si propone



sempre più con forza come alternativa all'universalismo del Servizio sanitario e mostra con chiarezza almeno due effetti negativi per l'effettiva garanzia delle cure:

1) il dilagare di assicurazioni private nella forma della "tutela" personale (il singolo che paga un premio a fronte di una "copertura danni") e, soprattutto, in quella della sanità cosiddetta integrativa, all'interno dei contratti di lavoro;

2) il mancato riconoscimento della condizione di bisogno sanitario dei malati cronici non autosufficienti e il conseguente errato inquadramento nell'ambito assistenziale di coloro che non ricadono nell'opzione copertura assicurativa di qualsiasi genere, che richiama da vicino le «liste dei "poveri"», che credevamo superate e che vedevano in carico agli Enti pubblici o caritatevoli non "occupati o ex lavoratori, esclusi allora dalle tutele delle casse mutue di allora.

I due effetti sopra citati hanno già aperto ad un **sistema privatistico-assicurativo** con conseguente **aumento delle disuguaglianze sociali ed esclusione dalle cure, che hanno intaccato pesantemente i risparmi delle famiglie.**

Il maggior danno lo subisce la classe media e medio bassa, costantemente impoverita; quella dei lavoratori dipendenti, pubblici e privati, **che paga la maggior quota delle tasse** che finanziano il sistema pubblico di tutela della salute e che regge lo zoccolo duro della sanità.

Se non si interviene con i correttivi necessari per la vera tutela della salute dei malati, compresi quelli cronici non autosufficienti, le conseguenze saranno devastanti per le generazioni future:

- Servizio sanitario pubblico, ancor più di oggi, ridotto all'osso";

- cure sanitarie e socio-sanitarie, non più universalistiche, ma graduate singolarmente, in base al contratto di assicurazione di cui il singolo è titolare, alle somme versate e al "profilo di rischio" del "sottoscrittore";

- i malati inguaribili (ma sempre curabili) esclusi dal sistema privatistico-assicurativo, perché non se lo



CONTINUA A PAG. 8

PROPOSTE INTERGENERAZIONALI PER AFFRONTARE IL RISCHIO NON AUTOSUFFICIENZA

CONTINUA DA PAG. 7

possono permettere o perché non sufficientemente remunerativi per le compagnie assicurative, con una copertura “minima vitale”, simile alla beneficenza ottocentesca e dunque a carico del volontariato caritatevole e/o dei servizi socio-assistenziali, i quali daranno corso agli interventi dopo aver dato fondo a tutte le risorse economiche e patrimoniali individuali/familiari dei beneficiari”.

La tutela della salute rischia di essere definitivamente ridotta a merce. Gli utenti a clienti. Per “questo bisogna agire, subito.

SCHEDE DI APPROFONDIMENTO

Proposta n. 1 “La valutazione di base deve diventare la porta unica di accesso a tutte le prestazioni statali a carattere universalistico, previdenziali (Inps) e socio-sanitarie (Lea).

La Valutazione di Base avrà il compito di certificare la condizione di non autosufficienza e, una volta riconosciuta, farà scattare il diritto all'erogazione di tutti i diritti previsti dalla normativa vigente per chi è non autosufficiente. Vi rientra **l'indennità di accompagnamento, che deve restare a disposizione del beneficiario, senza vincoli.**

La valutazione di base - introdotta dalla legge 227/2021 e dal decreto legislativo 62/2024 - dovrà **garantire l'accesso anche alle prestazioni socio-sanitarie** erogate dal Servizio sanitario nazionale e rientranti nei Lea che, come l'indennità, sono diritti soggettivi, esigibili, universalistici. Dovrà essere sufficiente la valutazione di base per richiedere all'Asl le prestazioni domiciliari, oppure il centro diurno oppure la Rsa o la comunità socio-sanitaria, prestazioni socio-sanitarie Lea, che si aggiungeranno all'indennità di accompagnamento.

L'Uvm, Unità di valutazione multidimensionale non deve condizionare il diritto all'accesso alle prestazioni previdenziali e sanitarie, diritti soggettivi, esigibili e a carattere universalistico.



L'Uvm definirà il Pai e l'intensità di cura, ma il budget di cura sarà composto dall'importo dell'indennità di accompagnamento e dalla quota sanitaria della prestazione Lea. Se necessarie, saranno aggiunte le prestazioni sociali in base ai rispettivi criteri di accesso degli enti locali.

Proposta n. 2

Aumentare l'importo dell'indennità di accompagnamento per creare un sistema previdenziale pubblico contro il rischio non autosufficienza.

L'indennità di accompagnamento, prestazione previdenziale erogata dall'Inps deve continuare ad essere erogata secondo i criteri della legge 18/1980, ovvero sempre al solo titolo della minorazione.

La proposta innovativa è di graduare l'importo dell'indennità in base all'intensità del sostegno, individuato dalla commissione Inps, con aumento fino a 3 volte l'importo base dell'indennità di accompagnamento (dato di riferimento anno 2024).

Si propone pertanto un sistema previdenziale pubblico – a carattere statale – contro il rischio non autosufficienza, che dia effettiva applicazione al disposto dell'articolo 38 della Costituzione, Il “comma: «I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria (...) ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato».

Le risorse aggiuntive necessarie a questo potenziamento possono essere recuperate istituendo una contribuzione aggiuntiva sostenibile a carico dei datori di lavoro e dei lavoratori, i cui contributi sarebbero così indirizzati ad un sistema pubblico di garanzie e di tutele anziché, come accade oggi, dirottare risorse pubbliche e private al sistema di welfare aziendale privatistico-assicurativo, meno tutelante e che distoglie importanti contributi al Servizio sanitario pubblico.

Per le persone con disabilità che non abbiano o non possano avere sufficienti contributi versati “per

CONTINUA A PAG. 9

PROPOSTE INTERGENERAZIONALI PER AFFRONTARE IL RISCHIO NON AUTOSUFFICIENZA

CONTINUA DA PAG. 8

tali finalità, l'Inps interviene con le modalità in uso per le prestazioni economiche assistenziali poste a carico dell'Istituto (pensioni sociali, integrazione sociale al minimo...), cioè recuperando le risorse dalla fiscalità generale e da corrispondenti trasferimenti pubblici. Quest'ambito previdenziale avrebbe in tal modo le caratteristiche di mutualità solidaristica "in entrata" (cioè, come fonte di finanziamento) e di universalismo "in uscita" per le prestazioni erogate come diritto soggettivo al solo titolo della minorazione.

Alla previdenza (ovvero all'indennità graduata in base al bisogno) si aggiungeranno le prestazioni socio-sanitarie garantite dal Servizio sanitario per le esigenze di cure di lunga durata dei malati non autosufficienti, così come definite nei Lea (legge 833/1978 e s.m.i, dpcm 12.1.2017).

Proposta n. 3

Potenziare le prestazioni Lea sanitarie e socio-sanitarie domiciliari, compresi i centri diurni; riorganizzare quelle residenziali (Rsa) nell'ambito della filiera del Servizio sanitario nazionale

Priorità al domicilio

Per garantire la permanenza al domicilio di un malato cronico non autosufficiente l'Adi, Assistenza domiciliare integrata, pur implementata dalle risorse del Pnnr, **non è sufficiente per garantire**, al malato cronico anziano o alla persona con disabilità non autosufficiente, **le prestazioni indifferibili di cui necessita 24 ore su 24**, tutti i giorni dell'anno.

Prestazioni che oggi sono **assicurate in massima parte dai congiunti (caregiver) direttamente o con l'aiuto di personale di assistenza**. Si stima una spesa di oltre 9 miliardi a carico totale dei malati non autosufficienti e delle loro famiglie, che è diventata una delle principali cause di impoverimento.



La proposta è di inserire un contributo economico (assegno di cura) nei Lea, equivalente alla quota sanitaria già oggi garantita per il ricovero in convenzione in Rsa, graduato in base all'intensità del "bisogno di cura".

È sufficiente una modifica dell'articolo 22, "Prestazioni e servizi sanitari domiciliari", di cui al dpcm 12 gennaio 2017, per porre l'intervento a carico del Servizio sanitario e quindi garantire **l'accesso a carattere universalistico**.

Si rammenta che il contributo di una quota sanitaria per le prestazioni informali, non erogate da personale professionale, era prevista **nel dpcm del 29 novembre 2001**, allegato 1C, "Assistenza" "domiciliare integrata", che aveva previsto il riconoscimento del 50% della prestazione di aiuto personale a carico del Servizio sanitario nazionale.

Per il riconoscimento del diritto esigibile al contributo economico per la domiciliarità dovrà essere sufficiente la valutazione di base.

Il Pai, Piano di assistenza individualizzato messo a punto dall'Uvm (Unità valutativa multidimensionale) si potrà articolare in più modalità, da concordare con l'interessato e/o il congiunto volontariamente disponibile; potranno essere previsti: contributo per assumere operatori di fiducia (comprensivi di supporto del Servizio sanitario per reperirli e per gestire il rapporto di lavoro, ove la famiglia non sia in grado); contributo al congiunto che si prende cura direttamente del malato anziano non autosufficiente; affidamento a volontari; buoni servizio per ricevere da fornitori accreditati altre prestazioni (pasti a domicilio, telesoccorso, ricoveri di sollievo, trasporti ed accompagnamenti).

Le motivazioni a sostegno del contributo economico sono le seguenti:

assicura la presa in carico dell'Asl e, quindi, ogni altro intervento al domicilio a sostegno del malato non autosufficiente e del familiare, che volontariamente assume il ruolo di caregiver. Il medico di medicina generale garantisce il monitoraggio e coordina le altre eventuali figure professionali sanitarie e il collegamento con le altre strutture sanitarie e sociali del territorio;

CONTINUA A PAG. 10

PROPOSTE INTERGENERAZIONALI PER AFFRONTARE IL RISCHIO NON AUTOSUFFICIENZA

CONTINUA DA PAG. 9

è una concreta alternativa al ricorso al Pronto soccorso degli anziani malati non autosufficienti e ad altre tipologie di ricovero in strutture sanitarie o socio-sanitarie, quando non sono necessarie sotto il profilo clinico.

Nel budget di cura rientra anche la prestazione economica previdenziale (Inps) a cui ha diritto il malato non autosufficiente. In questo modo si estenderebbe alle prestazioni di assistenza sanitaria domiciliare integrata (Adi) il dispositivo che da sempre è in opera nelle Rsa, dove il budget di cura a copertura delle "attività di assistenza tutelare" è calcolato nella retta e posta a carico della sanità, almeno per il 50% del costo totale.

Oggi vi è un trattamento discriminatorio da parte del Servizio sanitario nazionale **tra i malati non autosufficienti a casa e quelli, nelle medesime condizioni, ricoverati in Rsa.** Il malato cronico non autosufficiente, specie se anziano e solo, che può contare sulla disponibilità di congiunti, ha diritto a proseguire le cure domiciliari in condizioni economicamente sostenibili e con la garanzia di una presa "in carico" dell'Asl di residenza in continuità terapeutica.

Il contributo (ovvero una quota sanitaria dell'Asl così come prevista nei Lea per la convenzione in Rsa) è un investimento, un risparmio di risorse enorme per il Servizio sanitario, che non può continuare a delegare in toto ai familiari la responsabilità della cura e costi onerosi, che in base al dettato costituzionale e alla legge 833/1978 sono posti in capo al Servizio sanitario.

Sviluppare i centri diurni per le persone malate di Alzheimer o con altre forme di demenza o con altri disturbi cognitivi (1 ogni 30mila abitanti).

I centri diurni svolgono un ruolo importante nel favorire il mantenimento al domicilio di malati con demenza, a condizione che siano centri che assicurano



anche prestazioni terapeutiche e riabilitative/abilitative finalizzate al mantenimento il più a lungo possibile dei livelli di autonomia e assicurino la presa in carico del malato non autosufficiente dal punto di vista clinico in continuità e coordinamento con il medico di medicina generale.

Sono un valido deterrente al ricorso al Pronto soccorso e al ricovero in Rsa, a condizione che assicurino una copertura almeno di 5 giorni settimanali, con orario di frequenza organizzato in base alle esigenze "del nucleo familiare, comprensivi del pasto e del trasporto per accedere al centro.

La frequenza dovrebbe essere gratuita, per essere concorrenziale al ricovero in Rsa, o prevedere al **massimo un ticket sanitario**, con esenzioni per fasce di reddito come previsto per la frequenza universitaria.

Riorganizzare le strutture residenziali socio-sanitarie (Rsa) in strutture sanitarie polifunzionali

Le Rsa devono essere riorganizzate in modo da soddisfare le esigenze sanitarie e socio-sanitarie dei degenti (degenti, non ospiti) anziani con pluripatologie croniche irreversibili, in prevalenza con demenza o malati di Alzheimer, che non sono curabili al domicilio o che necessitano di cure di lunga durata, anche post ospedaliere.

La titolarità degli interventi rientra nel settore sanitario e i criteri di accesso devono essere quelli del Servizio sanitario nazionale previsti per l'Adi.

L'aggiornamento del Dpr 14 gennaio 1997 è un obbligo che dobbiamo alle centinaia di morti nelle Rsa durante la pandemia da Covid 19, che ha messo a nudo l'inadeguatezza degli standard del personale a fronte dell'aumento della gravità delle condizioni sanitarie degli anziani malati cronici non "autosufficienti" ricoverati.

La Rsa deve essere inserita nella filiera dei servizi sanitari territoriali e riorganizzata in struttura sanitaria polifunzionale per essere in grado di garantire prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in base "alle esigenze di malati complessi.

La nuova Rsa dovrà prevedere nuclei di cure sanitarie differenziati in base alle esigenze dei degenti



CONTINUA A PAG. 11

PROPOSTE INTERGENERAZIONALI PER AFFRONTARE IL RISCHIO NON AUTOSUFFICIENZA

CONTINUA DA PAG. 10

con riferimento all'art. 30 del dpcm del 12 gennaio 2017:"

- **nuclei totalmente a carattere sanitario** (per hospice, ospedali di comunità, nuclei Alzheimer e gravi demenze similari, stati vegetativi, cure palliative e di contrasto al dolore, riabilitazione di 2° e 1° livello, lungodegenze);
- **nuclei Rsa, per degenze a tempo indeterminato.** Si propone la previsione di un ticket sanitario in sostituzione della attuale percentuale di compartecipazione a carico utente/Comune;
- **attività domiciliari e centri diurni**, a condizione che la titolarità del diritto per l'utente resti in capo al servizio sanitario.

La riorganizzazione del nuovo modello dovrà prevedere:

- una adeguata revisione degli standard di tutto il personale sanitario e socio-sanitario superando il "parametro del minutaggio, fermi al Dpr del 1997;
- la presenza in tutte le Rsa di un Direttore sanitario incaricato di coordinare il lavoro in equipe di medici, infermieri e personale socio-sanitario, assicurando lavoro di gruppo e presenza medica e infermieristica nelle 24 ore; è riconosciuto l'aggravamento delle condizioni cliniche degli attuali degenti;
- aumento della quota sanitaria da elevare dal 50 al 70%, analogamente alle strutture residenziali per la disabilità, sia per sostenere i maggiori costi dei degenti, sia per assicurare risorse adeguate al miglioramento quantitativo e qualitativo delle Rsa; resta salva la copertura al 100% per i pazienti che presentano esigenze sanitarie e assistenziali inscindibili;"
- diritto all'accesso alla prestazione in convenzione con la sola valutazione di base della condizione di non autosufficienza, nel rispetto dei principi e criteri di cui agli articoli 1 e 2 della legge 833/1978, senza distinzioni sociali e personali e senza limiti di durata nei nuclei a tempo indeterminato.



Scheda n. 4

Rendere esigibili i Leps per un servizio socio-assistenziale che abbia l'obbligo di occuparsi di "mantenimento e assistenza di chi è inabile e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere"

Nel caso l'anziano malato cronico non autosufficiente necessiti di **prestazioni sociali e assistenziali aggiuntive** alle prestazioni socio-sanitarie Lea, la commissione Uvm sarà integrata da personale degli Ats e all'utente sarà richiesta la presentazione della situazione economica personale (Isee socio-sanitario).

Con la previsione dei due sistemi, quello previdenziale e sanitario, come sopra descritti, il **servizio socio-assistenziale comunale potrà assolvere alla sua funzione propria**, esclusivamente per chi non è abiente.

Il primo obiettivo sarà rendere un Leps la prestazione universale introdotta dal decr. Leg.vo 29/2024 (attuativo della legge 33/2023) in modo da garantire risorse adeguate al reale fabbisogno degli aventi diritto.

Il riferimento è al 1° comma dell'articolo 38 della Costituzione, in base al quale i Comuni devono provvedere limitatamente al «mantenimento e all'assistenza sociale» per «ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere».

(*) Il presente documento è stato curato dal Consiglio direttivo della Fondazione promozione sociale onlus/ets ed esteso dalla sua presidente, Maria Grazia Breda, dal suo vicepresidente, Mauro Perino e dal direttore della rivista Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali", Andrea Ciattaglia.

La stesura ha coinvolto anche a diverso titolo i dipendenti della Fondazione e i volontari delle associazioni del Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base.

Il documento è stato, inoltre, reso possibile dal prezioso apporto di contenuti e dalla disponibilità al confronto sulle nostre proposte di operatori, esperti di diverse estrazioni e professionalità.

A loro, qui di seguito citati, va il nostro ringraziamento, unito alla proposta di "tenere vivo" il dibattito sul

CONTINUA A PAG. 12

PROPOSTE INTERGENERAZIONALI PER AFFRONTARE IL RISCHIO NON AUTOSUFFICIENZA

CONTINUADA PAG.

fondamentale tema delle cure di lunga durata (Ltc) per i malati cronici non autosufficienti; nessun eventuale elemento critico o controverso del documento può, invece, essere imputato a loro, ma solo agli estensori dello stesso.

Dott. **Vittorio Agnoletto**, Medico, Osservatorio Salute/Medicina Democratica Milano; - Dott.ssa **Eleonora Artesio**, già Assessore alla Sanità della Regione Piemonte; - Dott. **Angelo Barbato**, Psichiatra, Centro studi di politica e programmazione socio-sanitaria, Istituto Mario Negri Milano; - Dott. **Michele Assandri**, Presidente Associazione ANASTE Piemonte; - Dott. **Maurizio Bardi**, Medico di Medicina Generale Milano; - **Bruno Bartoletti**, Presidente Associazione ADINA Firenze; - Avv. **Anna Maria Bigon**, Vice-presidente della V Commissione Politiche sociosanitarie del Consiglio regionale del Veneto; - Prof. **Mario Bo**, Professore Associato, Direttore della SCU Geriatria, presso la Città della Salute e delle Scienze, Molinette (To); - **Carlo Borghetti**, Consigliere Regionale Lombardia; - **Elena Brugnone**, Presidente Associazione Umana Perugia; - Dott. **Sebastiano Capurso**, Presidente nazionale Associazione ANASTE; - Mons. **Oswaldo Checchini**, Vicario generale del Vescovo di Verona Mons. Domenico Pompili; - **Lidia Ciriello**, Associazione Gad - Gruppo Accoglienza Disabili, Cinisello Balsamo (Mi); - Dott.ssa **Elisabeth Cosandey**, Medicina Democratica, Milano; - Dott. **Luca Degani**, Presidente UNEBA Lombardia; - Prof.ssa **Paola Di Giulio**, Professoressa associata Dipartimento Scienze della Sanità Pubblica, Università di Torino; - Prof. **Giovanni Maria Flick**, giurista, Presidente emerito della Corte costituzionale; - **Enrica Gabelli**, Operatrice Socio Sanitaria e sindacalista Cub Sanità Milano, componente Conpal (Coordinamento nazionale parenti associazioni lavoratori); - **Aldo Gazzetti**, esperto di economia sanitaria, componente del Forum Diritto alla Salute; - Dott. **Matteo Grezzana**, Direttore Dipartimento internistico, Direttore U.O.C. di Geriatria Ulss 9 Scaligera – Ospedale di Villafranca (VR), Presidente nazionale AMGe; - Prof. **Giancarlo Isaia**, Presidente Accademia di Medicina di Torino; - Dott. **Pietro Landra**, Direttore sanitario Rsa Il Trifoglio di Torino; - Avv. **Luigi Lia**, Ufficio Pubblica Tutela dell'Asst Nord, Milano; - Prof. **Maurizio Motta**, Professore a contratto, Università di Torino, già Dirigente Servizi sociali del Comune di Torino; - **Donatella Oliosì**, Presidente Associazione DI.A.N.A., Diritti anziani non autosufficienti, Verona; - Prof. **Claudio Pacati**, Professore ordinario Dipartimento di Economia politica e Statistica, Università di Siena; - Dott. **Filippo Palumbo**, già Direttore generale e Capo Dipartimento

della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute; - Prof. **Francesco Pallante**, Professore ordinario di Diritto costituzionale, Università di Torino; - Prof.ssa **Alessandra Pioggia**, Professoressa ordinaria di diritto amministrativo, Università di Perugia; - Dott. **Carlo Pontillo**, Responsabile cure domiciliari, Asl Città di Torino; - Prof. **Costanzo Ranci**, Professore ordinario di Sociologia economica, Politecnico di Milano, coordinatore del Laboratorio di Politica Sociale; - **Paola Sabatini**, Associazione ADINA, Firenze; - Dott. **Tiziano Scarponi**, Medico di medicina generale e Vicepresidente Omceo Perugia; - Dott. **Piero Secreto**, Presidente Sigot, Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio, Piemonte e Valle D'Aosta; - Avv. **Maria Luisa Tezza**, Verona; - Prof. **Pasquale Tridico**, economista, già Presidente INPS, europarlamentare presidente della Sottocommissione per le questioni fiscali della Commissione per i problemi economici e monetari del Parlamento europeo; - Dott. **Edoardo Turi**, Medicina Democratica, Roma; - Dott.ssa **Laura Valsecchi**, Medicina Democratica, Milano; - **Raffele Virgilio**, Familiare di persona malata cronica non autosufficiente; - Avv. **Gian Paolo Zanetta**, Direttore generale Ospedale Cottolengo di Torino

Per approfondimenti si vedano sul sito www.fondazionepromozionesociale.it gli articoli pubblicati in Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali: • Le cure di lunga durata per i malati cronici non autosufficienti, n. 228/2024; • Mauro Perino, L'indesiderabile futuro del Patto per la non autosufficienza e Il Welfare che fa male ai diritti: l'inganno della previdenza integrativa e dei benefit, n. 228/2024; • Convegno Cdsa di Milano, analisi e proposte per le nuove Rsa e Adi potenziata, proposta del Cdsa: «Solo così, vere cure domiciliari per i malati non autosufficienti», n. 224/2023; • Avv. Antonio Caputo, Covid e Rsa, strage annunciata, n. 223/2023; • Mauro Perino, Come siamo passati dalla sicurezza alla coesione sociale, n. 222/2023; • Giovanni Maria Flick, La tutela costituzionale del malato non autosufficiente: le garanzie sanitarie dei Lea, il pericolo dei Lep, n. 222/2023; • Alessandra Pioggia, I «pregiudizi» e i rischi per l'assistenza sanitaria alle persone anziane non «autosufficienti» della legge 33 e Sad e Adi: quali le differenze, n. 222/2023; • Francesco Pallante, Il quadro costituzionale del diritto alla salute dei malati non autosufficienti, n. 221/2023; • Andrea Ciattaglia, Cosa serve davvero nelle cure domiciliari e Se questa è libertà: chiedo di morire «perché non mi curano», n. 220/2022; • Che fine ha fatto la commissione Brizioli? e Nelle Rsa lager dei «becchini» di Orpea, n. 218/2022; • Accuditori familiari a una dimensione, n. 218/2022; • La non autosufficienza dell'anziano è un problema di salute, documento delle Associazioni di Geriatria del Piemonte, n. 217/2022; • Cdsa, Per non dimenticare. Per non ripetere la strage nelle Rsa, n. 216/2021; • Torino, l'Accademia di Medicina sulle cure ai malati cronici, n. 216/2021; • Alessandra Pioggia, L'intollerabile macchia delle famiglie abbandonate e Malati non autosufficienti, raccolta firme per le cure a casa, n. 216/2021.

Torino, 15 settembre 2025