

Torino, 12 dicembre 2024

LE CURE DI LUNGA DURATA (LTC) PER I MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI con riguardo agli anziani, ai malati di Alzheimer o con altre forme di demenza

Proposte di riordino per

- *garantire il diritto all'accesso alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie rientranti nei LEA*
- *predisporre un sistema previdenziale pubblico contro il rischio di non autosufficienza*
- *potenziare le prestazioni Lea sanitarie domiciliari e riorganizzare le strutture semiresidenziali e residenziali (Rsa) all'interno del Servizio sanitario nazionale, rendendo esigibili i Leps*

Premessa

La scrivente organizzazione è intervenuta con contributi scritti e iniziative pubbliche durante il dibattito per l'approvazione della legge 33/2023, confronto che prosegue con le istituzioni e con le parti della società civile interessate.

Il presente documento è parte del percorso di riflessione già fatto e tuttora in corso, nonché il risultato di primi scambi interscambi, dopo l'approvazione del d.lgs. 29/2024, con personalità esperte nel settore delle cure di lunga durata, interessate a contribuire, con la propria esperienza, alla costruzione di tutele pubbliche negli ambiti della sanità, della previdenza e dell'assistenza in grado di rispondere all'aumento della popolazione non autosufficiente a causa di patologie croniche e disabilità invalidanti irreversibili, come anticipano tutte le ricerche in materia, ormai da tempo (*).

Nella stessa relazione dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio, contenuta nel rapporto sulle politiche riguardanti la Long terme care (Ltc) in Italia, (Documento n. 6 - 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. Ciononostante, l'Ufficio di bilancio constata come nulla sia stato previsto per garantire risorse e la programmazione degli interventi necessari. E il riferimento è anche alla legge 33/2023.

Le proposte che seguono sono avanzate con riferimento all'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. Si prende in considerazione altresì la Prestazione universale, introdotta ai sensi della legge 33/2023, all'articolo 33 del sopracitato d. lgs. 29/2024, al fine di superare le limitazioni della platea e dei benefici introdotti.

L'obiettivo è di contribuire alla messa a punto del "Piano di assistenza e cura" di cui è titolare il Ministero della salute, così come previsto nel citato d.lgs. 29/2024 e di avanzare proposte in merito ai criteri di accesso, al fine di armonizzare la valutazione di base (Inps) e la valutazione multidimensionale unificata, con la disciplina sulla valutazione delle persone con disabilità di attuazione della legge n. 227/2021 (art. 27, punto 7, d.lgs. 29/2024) e con la sussistenza della condizione di non autosufficienza, accertata con la valutazione base.

Le proposte nascono dall'esperienza concreta maturata seguendo i casi individuali e 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 (Lep), 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. Accesso che viene confermato e migliorato con l'introduzione della valutazione di base.

Non è più rinviabile una riforma complessiva delle politiche che riguardano le cure di lunga durata per chi è già oggi malato cronico e non autosufficiente e per chi lo sarà domani. Fermo restando il dovere di implementare le risorse delle politiche sociali per garantire le prestazioni sociali e assistenziali aggiuntive a chi è anche indigente e inabile al lavoro.

Le proposte di riordino si fondano sui seguenti principi e criteri:

- 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 Lep.

Le proposte di riordino prevedono di:

a) implementare le risorse del Servizio sanitario nazionale, la nostra assicurazione sanitaria pubblica

L'anziano non autosufficiente a causa delle conseguenze di una o più malattie croniche o di loro esiti irreversibili, che dipende dall'aiuto di altri per il soddisfacimento delle funzioni vitali quotidiane, rientra nella tutela della salute di cui all'articolo 32 della Costituzione, che recita al comma 1: *«La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti»*.

Nella **definizione di salute dell'OMS** (2011), la stessa è intesa come *«la capacità di adattamento e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive»*. La non autosufficienza, quindi, 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. Inoltre, *«nel Servizio sanitario nazionale – stabilisce la legge 833 del 1978, articolo 1 – è assicurato il collegamento e il coordinamento con le attività e gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività»*.

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 attivato al domicilio).

Nell'articolo di Franco Pesaresi del 4 settembre 2023, *“La spesa pubblica per Long-term care in Italia”*, in Welforum.it, viene riferito che secondo il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) per il calcolo della spesa pubblica per le cure di lunga durata (Long term-care, LTC), *«si considerano: la spesa sanitaria per LTC, le indennità di accompagnamento, gli interventi socio-assistenziali dei Comuni, che il MEF classifica come “Altre prestazioni LTC”*». In totale risulta che *«La componente sanitaria della spesa pubblica per LTC dell'anno 2022, corrisponde al 10,2% della spesa sanitaria complessiva»*. Di questa, il 53% circa della spesa copre il fabbisogno residenziale. Osserva Pesaresi che **il MEF “ad invarianza di legge rispetto al 2022, ipotizza addirittura un'incidenza della spesa complessiva sul PIL in diminuzione nel 2026 (...)»**.

Con una ragionevole presa d'atto che **sarà inevitabile l'aumento dei malati cronici non autosufficienti**, inguaribili ma sempre curabili, ci sembra ragionevole **prendere in esame il dato Inps**, riferito agli anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti con percentuale di invalidità al 100% e diritto all'indennità di accompagnamento, che è **la fascia di popolazione che è certificata dipendente in tutto dall'aiuto di altri** per il soddisfacimento delle funzioni vitali.

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 descritti hanno già aperto ad un sistema privatistico-assicurativo che, nell'ultimo quarto di secolo ha **già dimostrato l'aumento delle disuguaglianze sociali**, incentivando discriminazioni ed **esclusione dalle cure, che hanno pesato** e pesano in maniera drammatica **sulle tasche 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:

- il Servizio sanitario pubblico, ancor più di oggi, ridotto "all'osso" per assicurare solo le prestazioni di intervento di emergenza e quelle di alta specializzazione che comportano elevati rischi e costi (che potrebbero non essere assicurate, o limitate, per i malati non autosufficienti, in quanto ritenuti "non riabilitabili", "non recuperabili" e, in sostanza, "non degni di essere curati");

- il Sistema privatistico-assicurativo, costituito dal cartello dei grandi operatori privati profit, diventerà titolare dell'attività di garanzia delle 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.

- coloro che sono totalmente o parzialmente esclusi dal sistema privatistico-assicurativo, perché non se lo possono permettere, avranno 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/famigliari dei "beneficiari".

La tutela della salute rischia di essere definitivamente ridotta a merce. Gli utenti a clienti, più o meno solvibili, cioè forniti di una più o meno buona dote personale a copertura dell'eventuale bisogno sanitario, soprattutto di lunga durata in caso di non autosufficienza.

Se oggi fa ancora scandalo la negazione di visite o prestazione da parte dei servizi sanitari pubblici, – anche se in misura sempre meno rilevante, per esempio per i malati cronici non autosufficienti – nel sistema privatistico-assicurativo dispiegato, lo scandalo non avrebbe più senso di esistere. Verrebbe considerato normale che lo stesso lavoratore non acceda alle prestazioni di cura, se non quelle «minime» come sopra prefigurate, se non può permetterselo tramite la sua assicurazione o la sua disponibilità economica, oppure, a maggior ragione, se è fuori dal mercato del lavoro o in vecchiaia e non è dotato di sufficiente disponibilità previdenziale/assicurativa.

SCHEDE DI APPROFONDIMENTO DELLE PROPOSTE DI RIORDINO

Scheda n. 1

Garantire il diritto all'accesso alle prestazioni sanitarie e previdenziali nel rispetto dei criteri previsti dalle leggi statali di riferimento (legge 833/1978 e s.m.i. e legge 18/1980). Implementare e graduare i benefici in base all'intensità del sostegno necessario.

Riteniamo che la valutazione di non autosufficienza debba essere condizione sufficiente per poter accedere ai benefici previsti dalle normative statali di riferimento, che si fondano su finanziamenti basati su tassazione generale e accesso a carattere universalistico. **La valutazione di base dell'Inps dovrà essere il primo gradino per l'accesso a tutte le prestazioni a carattere universalistico previdenziali, sanitarie e socio sanitarie (Lea).** In coerenza con l'articolo 9 del decreto 62/2024 (disabilità), sarà sufficiente il certificato medico rilasciato dai medici del Servizio sanitario nazionale, anche quello di medicina generale, ai fini dei benefici previsti dalla

normativa vigente, per determinare la condizione di non autosufficienza. **La prestazione previdenziale per la non autosufficienza** erogata dall'Inps (l'indennità di accompagnamento) continuerà ad essere a carattere universalistico e sarà erogata una volta accertati i requisiti richiesti. La proposta è di **graduare l'importo dell'indennità di accompagnamento 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).

Il diritto esigibile all'accesso alle prestazioni socio-sanitarie rientranti nei Lea sarà determinato dalla presenza di una o più malattie croniche associate alla condizione di non autosufficienza accertata dall'Inps. L'Unità di valutazione (Uvm) di cui al punto 11 dell'articolo 27, del d.lgs 29/2024 interviene, su richiesta dell'avente diritto o di chi lo rappresenta, qualora siano richiesti interventi socio-sanitari (domiciliari, semiresidenziali e residenziali). **Compito dell'Uvm** è definire le fasce di intensità del bisogno sanitario e socio-sanitario e, con le parti interessate, la **messa a punto del Pai**, Progetto assistenziale individualizzato.

Il Pai sarà **finanziato con il budget di cura** composto dalle prestazioni previdenziali (Inps) e sanitarie (Lea) oltre che con le risorse dell'utente, che interviene in base alle sue risorse personali, in quanto il diritto è soggettivo ed esigibile in ambito Lea. Per gli utenti aventi diritto in base alle loro condizioni sociali ed economiche, **potranno essere aggiunti interventi dei servizi sociali e socio-assistenziali** in capo agli Ats.

L'accesso sarà a carattere universalistico in quanto le prestazioni rientrano nei Lea di cui è titolare il Servizio sanitario nazionale. Le Regioni provvedono a definire le risorse in base al fabbisogno individuato annualmente dalle Uvm e a comunicarlo al Governo per lo stanziamento delle risorse necessarie del Fondo sanitario nazionale **perché le prestazioni Lea sono diritti esigibili e non sono sottoposte alla limitazione delle risorse.**

Ricordiamo che **le sentenze della Corte costituzionale n. 62 e 157/2020 hanno precisato** che *«l'effettività del diritto alla salute è assicurata dal finanziamento e dalla corretta ed efficace erogazione della prestazione, di guisa che il finanziamento stesso costituisce condizione necessaria ma non sufficiente del corretto adempimento del precetto costituzionale. Nei sensi precisati deve essere letta l'affermazione secondo cui “una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [fondamentale] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali [...]». È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione»* (sentenza n. 275 del 2016)» con la precisazione che *«mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei LEA, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa (...)»*. *«È evidente che se un programma, corretto e aggiornato finanziamento costituisce condizione necessaria per il rispetto dei citati parametri costituzionali, la piena realizzazione dei doveri di solidarietà e di tutela della dignità umana deve essere assicurata attraverso la qualità e l'indeffettibilità del servizio, ogniquale volta un individuo dimorante sul territorio regionale si trovi in condizioni di bisogno rispetto alla salute. È in quanto riferito alla persona che questo diritto deve essere garantito, sia individualmente, sia nell'ambito della collettività di riferimento. Infatti, il servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale è, in alcuni casi, l'unico strumento utilizzabile per assicurare il fondamentale diritto alla salute»*

Scheda n. 2

Predisporre un sistema previdenziale pubblico contro il rischio non autosufficienza, complementare a quello del servizio sanitario

La prestazione universale, prevista dall'articolo 33 del d.lgs n. 29/2024, non è ancora la risposta attesa, in quanto viene erogata dall'Inps ma è **collocata nell'ambito delle politiche socio-assistenziali** (Ats) per quanto concerne i criteri di accesso. Di conseguenza è **una prestazione condizionata non solo all'età** (gli ultra80enni), **ma anche alla loro capacità economica** (Isee entro i 6mila euro) **e alle risorse disponibili** a legislazione vigente, già riconosciute insufficienti pur con i suddetti criteri così stringenti, in quanto la platea dei **beneficiari** rientra nel **1° comma dell'articolo 38 della Costituzione**.

È necessario prevedere un sistema previdenziale pubblico che dia effettiva **applicazione al disposto dell'articolo 38 della Costituzione, II 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»*.

Si propone che nel coordinamento dei servizi pubblici sanitario e previdenziale (è previsto dall'articolo 1, lettera g, della legge 833/1978) per coloro che presentano una condizione di non autosufficienza accertata, **sia ribadito il principio che il lavoratore malato e non autosufficiente sia tutelato da entrambi i sistemi**. In quanto cittadino dal Servizio sanitario universalistico (Lea sanitari e socio sanitari). Se anche invalido, anziano e non autosufficiente, sia esso lavoratore, ex lavoratore, o persona non in grado di lavorare, sia tutelato anche, cioè in aggiunta alle tutele del Servizio sanitario pienamente dispiagate, dal Sistema previdenziale pubblico complementare a quello sanitario (indennità di accompagnamento attuale ed erogata dall'Inps come diritto

soggettivo in base alla sola minorazione). Quest'ultimo ambito oggi va potenziato e rafforzato, **adeguando e aumentando l'importo dell'attuale indennità di accompagnamento**, eventualmente con un sistema graduato, sempre al solo titolo della minorazione (come già previsto dalla legge 18/1980).

Le risorse aggiuntive necessarie a questo potenziamento saranno recuperate istituendo una contribuzione aggiuntiva 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 al sistema di welfare aziendale privatistico-assicurativo meno tutelante e che distoglie importanti contributi al Servizio sanitario pubblico.

Per gli invalidi 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 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.

Il Servizio sanitario potenziato dalle cure di lunga durata pienamente riconosciute come Lea e, in aggiunta, il Sistema previdenziale implementato, collegato e coordinato con esso, concorrerebbero così alla costruzione del budget di cura per l'attuazione del Pai, rientrando in un Livello essenziale per quanto concerne il finanziamento e il diritto esigibile all'erogazione delle prestazioni indifferibili per la persona malata cronica o con disabilità non autosufficiente.

Scheda n. 3

Potenziare le prestazioni Lea sanitarie e socio-sanitarie domiciliari e riorganizzare le strutture semiresidenziali e quelle residenziali (Rsa) nell'ambito della filiera del Servizio sanitario nazionale e regionale

L'attuale impianto giuridico di tutela della salute delle persone con grave disabilità e dei malati cronici non autosufficienti **va mantenuto e, anzi, potenziato per quanto riguarda le tutele del Servizio sanitario pubblico, soprattutto per le cure di lunga durata rientranti nei Lea**. Questa difesa è prioritaria e deve porsi come tutela primaria pubblica per limitare l'affermazione, come è stato finora, dell'impianto privatistico-assicurativo e alla parallela concezione di "ancella" dell'assistenza/beneficenza, che nei fatti sostiene l'ingiustizia della negazione del diritto al contributo o alla convenzione della sanità ai malati non autosufficienti.

Per ottenere tale risultato, il Servizio sanitario pubblico deve garantire il soddisfacimento di tutti i bisogni di tutela della salute, così come previsto **dall'articolo 32 della Costituzione**.

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 e non potrà esserlo, perché non sarebbe sostenibile sotto il profilo economico, per garantire al malato non autosufficiente tutte le ulteriori prestazioni indifferibili di cui necessita 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno. Prestazioni che oggi sono assicurate in massima parte dai congiunti direttamente o con l'aiuto di personale di assistenza, ma nella maggioranza dei casi in assenza di una presa in carico dell'Asl di residenza e di aiuti pubblici, riconosciuti – ma non sempre – per chi è indigente. 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 tale possibilità era **già contemplata 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.

Il Pai, Piano di assistenza individualizzato si potrà articolare in più modalità, da concordare con 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;

- 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;

Per il riconoscimento del diritto esigibile al contributo economico per la domiciliarità dovrà essere sufficiente la valutazione di base. In seguito, attraverso la valutazione dell'Uvm, verrà messo a punto il budget di cura, graduato per crescere all'aumentare del grado di non autosufficienza, composto per il 50% da risorse del Servizio sanitario nazionale, indipendentemente dalla condizione economica del malato non autosufficiente, e per il restante 50% da risorse dell'utente o degli Enti gestori dei servizi sociali o altre componenti, quando l'interessato non ha capacità economiche sufficienti. 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 domiciliare integrata 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 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 responsabilità di 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 questi malati, 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, assicurando la presa in carico del malato non autosufficiente dal punto di vista clinico in continuità e coordinamento con il medico di medicina generale.

Rappresentano una alternativa 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 di mezzogiorno 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 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 l'accesso è garantito con i criteri del Servizio sanitario nazionale. Si chiede l'aggiornamento del Dpr 14 gennaio 1997 e di inserire le Rsa nei servizi sanitari territoriali di cui al DM 77 per **trasformarle in struttura sanitaria polifunzionale**, inserita nella filiera delle strutture del Servizio sanitario nazionale, in grado di garantire prestazioni sanitarie e socio-sanitarie rientranti nei Lea, in regime di accreditamento con il Servizio sanitario nazionale.

Al Ministero della salute, d'intesa con le rappresentanti sociali, comprese le associazioni di tutela degli anziani malati non autosufficienti, **chiediamo di promuovere un gruppo di lavoro** finalizzato a individuare la nuova organizzazione delle Rsa, che elaborerà una proposta da sottoporre alle competenti commissioni parlamentari, tenuto conto dell'ampia documentazione già a disposizione. Ad esempio **sono punti condivisi che la nuova Rsa debba prevedere nuclei di cure sanitarie differenziati** in base alle esigenze dei degenti, con livelli di intensità che variano in massimo 3 fasce, **nuclei totalmente a carattere sanitario** (per hospice, ospedali di comunità, nuclei Alzheimer e gravi demenze similari, 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, in base ai Lea, con la quota sanitaria al 100% per le prestazioni sanitarie ed aumentata al 70% per i nuclei Rsa. L'aumento della quota a carico del Servizio sanitario è indispensabile alla **necessaria revisione degli standard del personale** in modo da soddisfare le esigenze sempre più complesse sul piano clinico degli anziani malati cronici non autosufficienti degenti in Rsa. In tal modo in caso di aggravamento e conseguente perdita della non autosufficienza l'anziano potrà essere accolto in un nucleo della stessa struttura Rsa, in un ambiente a lui già noto.

La riorganizzazione del nuovo modello dovrà prevedere:

- 1) prestazioni sanitarie e socio-sanitarie adeguate alle esigenze dei malati ricoverati;
- 2) una adeguata revisione degli standard del personale superando il parametro del minutaggio;
- 3) la presenza in tutte le Rsa di un Direttore sanitario che coordina il lavoro in equipe di medici, infermieri e personale socio-sanitario, assicurando lavoro di gruppo e presenza medica nelle 24 ore.

Il Servizio sanitario dovrà assicurare il diritto all'accesso alla prestazione in convenzione, 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.

La Rsa può, sempre in regime di accreditamento con il Servizio sanitario, gestire centri diurni per malati cronici non autosufficienti o per malati di Alzheimer; gestire attività sanitarie domiciliari (Adi). La condizione è che la titolarità resti in capo all'Asl di residenza e il coordinamento e monitoraggio sia affidato al medico di medicina generale del malato non autosufficiente.

È ammesso un nucleo per ogni Rsa di 6-8 monolocali con angolo letto, area soggiorno e cucina, ingresso e bagno accessibile per grandi anziani (> 85 anni) malati cronici, ma con 1-2 patologie controllate con ridotta assunzione di medicinali, ancora autonomi nelle funzioni vitali. Il nucleo ha ingresso separato dalla Rsa, ma con servizi fruibili (infermeria, fisioterapia, animazione, etc.).

Per gli anziani autosufficienti o con limitata autonomia vi sono altre tipologie di servizi semi-residenziali e residenziali previsti dal d.lgs. 29/2024 quali ad esempio: cohousing, comunità familiari o gruppi appartamento. Interventi che rientrano nelle politiche sociali degli Ats e riguardano persone anziane, prevalentemente sole, anche malati cronici, ma ancora curabili solo con l'intervento del medico di medicina generale e occasionali prestazioni Adi temporanee, se in grado di svolgere da soli tutte le funzioni vitali: igiene, vestizione, assunzione pasti, ridotto uso di farmaci, utilizzo del telefono, capacità di chiedere aiuto e di avere interessi propri.

In caso di aggravamento delle condizioni di salute le strutture socio-assistenziali non sono idonee. In questo caso, gli anziani che a causa dell'aggravamento delle patologie croniche o loro esiti diventano non autosufficienti in modo irreversibile, hanno diritto ad essere trasferiti in continuità terapeutica in una Rsa accreditata con il Servizio sanitario nazionale.

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 (e risorse) necessari per vivere

Nel caso l'anziano malato cronico non autosufficiente necessiti **anche** 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), in base alla normativa nazionale vigente e che dovrà considerare gli eventuali obblighi di cui al codice civile per quanto concerne gli alimenti e il mantenimento di congiunti.

A questo riguardo si **evidenzia come il Servizio socio-assistenziale comunale sia stato caricato** nel tempo, mediante provvedimenti regionali di rango inferiore alla norma nazionale, **di funzioni non pertinenti** dal punto di vista giuridico all'ambito assistenziale, ma a quello sanitario. Nel caso di malati anziani non autosufficienti, l'obiettivo, come per la prestazione universale di cui alla legge 33/2023, è condizionare l'accesso alla valutazione socio-economica, prevista in ambito assistenziale, attraverso il declassamento del malato cronico anziano non autosufficiente a "caso sociale". Una situazione che nega il diritto alle cure di lunga durata ai malati cronici non autosufficienti o, comunque, ne ritarda l'accesso alle prestazioni indifferibili di cui necessitano; inoltre si tratta di **numeri di utenti di proporzioni insostenibili sotto il profilo delle risorse**, per le dimensioni del servizio socio-assistenziale stesso.

Predisponendo i due sistemi, quello previdenziale e sanitario, come prima descritto, rimarrebbe invece correttamente assegnata **al servizio socio-assistenziale comunale esclusivamente la sua funzione propria**, oggi largamente senza risposta da parte dei servizi stessi e cioè:

- la tutela del diritto, sancito dal 1° comma dell'articolo 38 della Costituzione, al *«mantenimento e all'assistenza sociale»* per *«ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere»*, e quindi, in concreto, prestazioni ad integrazione di quelle, comunque, spettanti a ogni cittadino da parte del Servizio sanitario e del Sistema previdenziale. Queste ultime vanno loro erogate senza che i Servizi socio-assistenziali possano limitarne in alcun modo l'intervento, attraverso meccanismi di selezione;
- la promozione e gestione di pratiche in materia di politiche per l'invecchiamento attivo, prestazioni economiche e professionali integrative per i soggetti autosufficienti, la promozione dell'autonomia, la prevenzione della fragilità (articolo 3 della legge 33/2023) anche attraverso le prestazioni assistenziali domiciliari e gli interventi residenziali quali quelli previsti dalla Missione 5 del Pnrr.

(*) 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 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. Osvaldo 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 Oliosi, 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