



Coordinamento per il diritto alla sanità  
per le persone anziane malate e non autosufficienti

---

MALATI NON AUTOSUFFICIENTI, GARANTIRE LE CURE DEL SSN  
DI LUNGA DURATA.

25 MARZO CONVEGNO NAZIONALE A VERONA

---

*Introduzione Donatella Oliosi presidente Associazione Diritti Non Autosufficienti Di.a.n.a Onlus*

E' lo **status di malato** dell'anziano non autosufficiente che **decide** del diritto alla presa in carico nell'ambito del SSN e alle **prestazioni socio-sanitarie domiciliari, semi-residenziali e residenziali dei LEA** (v. art.22)

Il **diritto alla salute** è un diritto **costituzionale** di cui è garante lo Stato ed unico diritto **«fondamentale»** in quanto la salute è necessaria al godimento di tutti gli altri diritti costituzionali.

La legge n. **833/1978** **all'art. 1** specifica il carattere **universale ed egualitario del SSN** precisando poi **all'art. 2**, che il SSN deve farsi carico della **«diagnosi e cura** degli eventi morbosi indipendentemente **dalle cause e dalla loro durata**.

Credo che non si insista mai abbastanza sulla la ragione per la quale è fondamentale chiedere di mantenere la garanzia del diritto alla cure di LTC nell'ambito del SS.

Lo chiarisce in modo inequivocabile la **sentenza 62/2020** della Corte Costituzionale in cui si precisa che **nessuna esigenza di carattere finanziario può giustificare la mancata attuazione dei Lea, a differenza delle prestazioni sociali la cui garanzia deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, e dove il livello della prestazione è dimensionato in base alla sostenibilità economica**.

Applicato ai malati cronici n. a. e alle persone con demenza, o Alzheimer, **persone con bisogni sanitari per le quali le prestazioni sociali devono essere aggiuntive e non sostitutive di quelle sanitarie**, possiamo affermare senza pericolo di smentita che **il SSN ha il dovere costituzionale e legale di curare il malato senza limiti di tempo** e Che **trasgrediscono** all'art. 32 della Costituzione italiana gli atti normativi e amministrativi **che implicano**:

i) il differimento temporale della presa in carico delle persone malate croniche non autosufficienti;  
ii) che implicano il **condizionamento della presa in carico a criteri non clinici non prevista per gli altri malati e, quindi, discriminante;**

iii) che implicano la **predeterminazione della durata** della condizione di non autosufficienza e dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, ospedaliere o residenziali;

iv) e per finire, ma non meno importante, **che implicano l'attribuzione di prestazioni di natura sanitaria nell'ambito, legislativamente meno tutelato, delle politiche assistenziali e/o sociali erogate dagli enti locali nei limiti delle risorse disponibili;**

Sin dall'inizio dei lavori avviati dal Governo Draghi con le Commissioni Paglia e Turco il CDSA ha seguito l'iter della legge 33/2023 producendo numerosi interventi **destinati a garantire le LTC ai malati cronici non autosufficienti e a richiamare l'attenzione delle Istituzioni sullo status di malato inguaribile ma curabile** dell'anziano non autosufficiente **sulle norme vigenti che ne garantiscono la presa in carico** (articolo 32 della Costituzione; legge 833/1978; Dpcm 14 febbraio 2001 e dpcm 12 gennaio 2017 LEA; legge 18/1980 l'indennità di accompagnamento, unico contributo economico non vincolato all'Isee) e **sul ruolo delle Amministrazioni Comunali per gli interventi sociali aggiuntivi** i cui riferimenti normativi sono l'articolo 38 della Costituzione e la legge quadro 328/2000 per il sistema integrato di interventi e servizi sociali

Attualmente le associazioni del CDSA **intervengono** a sostegno delle famiglie nei casi in cui, superata la fase acuta, avvengono le dimissioni ospedaliere di malati cronici non autosufficienti **senza garantire la continuità terapeutica**: prestazioni di riabilitazione, ricoveri di lungodegenza, ingressi in RSA, assistenza a domicilio.

Proprio le cure domiciliari sono il **punto nevralgico** dell'assistenza LTC ai malati cronici N.A. non solo perché l'ADI (Assistenza domiciliare integrata) è carente, ma soprattutto perché non riconosce **un contributo economico** della Sanità (assegno di cura) a copertura parziale dei costi **per le prestazioni di aiuto personale** di cui necessita la persona malata non autosufficiente, 24h/24 per 365 gg/anno.

Prestazioni **parimenti indifferibili e fondamentali** di quelle sanitarie per la sopravvivenza del malato cronico non autosufficiente ed **il cui costo** per i malati degenti in ospedale, nelle case di cura, nelle RSA è sostenuto dal SSN.

Un contributo economico destinato a garantire una **assistenza domiciliare potenziata** che nulla ha a che vedere con le proposte di Co-housing e condomini solidali che NON SONO la soluzione

per i malati cronici non autosufficienti: proviamo ad immaginare come può rispondere ai reali bisogni di cura di un malato affetto da demenza o Alzheimer la presenza infermieristica una volta ogni 3 gg.

L'ADI può diventare una concreta alternativa al ricovero in RSA qualora venga riconosciuto il contributo economico per le prestazioni di aiuto non sanitarie: una semplice modifica di aggiornamento dei Lea (Una Compartecipazione del Servizio sanitario che era presente nel dpcm del 29.11.2001 nell'ambito delle prestazioni di Assistenza domiciliare integrata, ma che fu soppressa con il dpcm del 12 gennaio 2017), un investimento che migliora la vita dei malati non autosufficienti e delle loro famiglie e che riduce e rimanda la richiesta di ricovero in RSA.

Un assegno di cura che è totalmente altro rispetto all'assegno di assistenza previsto dalla prestazione universale per le cure domiciliari dell'art. 34 del dlgs n. 29/2024, prestazione che universale non è dal momento che restringe la platea dei beneficiari a < del 2% del 1.500.000, che dovranno essere ultra 80-enni, gravissimi, con ISEE < 6.000 €.

Solo per **questi malati cronici non autosufficienti gravissimi** all'indennità di accompagnamento si aggiunge un **assegno di assistenza** (prestazione sociale leps non sanitaria che sarà erogata in base alle risorse disponibili) di **850 € da spendere interamente** per l'assunzione di personale.

Il domicilio non è una soluzione di cura attuabile per tutti i malati cronici non autosufficienti sia per la **mancanza** della disponibilità dei famigliari (che per inciso non hanno alcun obbligo di cura), che per la **gravità** delle patologie in atto e per la **complessità** delle prestazioni **sanitarie e sociosanitarie** necessarie e che solo una RSA può fornire. Per tale motivo la **riforma** dell'organizzazione delle RSA deve **riconoscere** le RSA come parte integrante della **filiera** delle strutture del SS, deve aggiornare la **quota** sanitaria (almeno al 70% come per disabili), aumentare gli **standard** operatore/paziente (no minutaggio) e l'**inquadramento** economico del personale da adeguare alla sanità pubblica.

In tutto ciò non va dimenticato che esiste anche un **risvolto etico** del diritto dei malati inguaribili ad essere curati senza limiti di durata e senza accanimento, malati la cui cura è competenza del SS. **Malati e non "scarti"** da scaricare, superata la fase acuta, sulle spalle dei familiari o la cui **responsabilità delegare** ai Servizi assistenziali.

Prima del fine vita possono esserci molti anni di malattia e non autosufficienza, anni di cure sanitarie che devono essere garantite dal SS come si legge nel documento dei *Vescovi della*

Conferenza Episcopale Triveneto sul fine vita. **Cito:** “È essenziale porre l'accento sul tema della dignità della persona malata e sul dovere inderogabile di cura.” “ Primo compito della comunità civile e del sistema sanitario è assistere e curare”

Qual è l'impegno del CDSA , in attesa della presentazione (entro 12 mesi ) del “Piano di assistenza e cura”? Assicurare il **confronto** con i gruppi **interparlamentari** impegnati sul tema della **non autosufficienza** e delle cure per i malati di **Alzheimer** per l'introduzione di elementi innovativi per il domicilio, per la riorganizzazione delle RSA, ma specialmente per garantire l'accesso alle prestazioni Lea e per garantire concretamente le prestazioni socio-sanitarie Lea.

In tutto questo **le Istituzioni regionali e quelle locali** hanno un ruolo importante: La Regione perché concorre nell'organizzazione delle prestazioni Lea e dei Leps; il Sindaco, in quanto massima autorità di tutela della Salute, che deve vigilare ed entrare nella programmazione delle Asl, chiedere conto delle risorse a bilancio, verificare l'andamento delle liste d'attesa e controllare l'operato dei Direttori di Distretto.

*Ritengo giusto concludere ricordando le parole del prof. Giovanni Maria Flick, presidente emerito della corte costituzionale, che il 17 maggio scorso al convegno di Roma così si è espresso: “ogniquale volta il legislatore statale o regionale si propone di attribuire all'ambito dell'assistenza sociale esigenze che hanno invece natura sanitaria dobbiamo ricordare che gli stessi bisogni risultano più solidamente tutelati se ascritti all'ambito della sanità, piuttosto che se ascritti all'ambito dell'assistenza sociale”*

Grazie.

  
Donatella Olios  
presidente Di.a.n.a. onlus/aps  
Associazione Diritti Non Autosufficienti