



La bozza di legge delega scritta dalla «Commissione Turco» è al vaglio del Governo

# Perché va fermata la legge sulla non autosufficienza

di Maria Grazia Breda,  
Presidente della Fondazione promozione sociale Ets

La bozza di legge delega presentata dal ministro delle Politiche sociali – e non da quello della Sanità – è una trappola letale per il diritto alla salute. Emargina i malati e le persone con disabilità non autosufficienti. Appello alla mobilitazione per evitare un'esclusione di massa dalle tutele garantite dalla Costituzione. Per rispondere al bisogno di cura di milioni di malati non autosufficienti serve una legge sanitaria, che renda universalistiche le cure domiciliari «informali» accanto a quelle professionali

**È**

stata presentata a fine gennaio 2022 dal ministro Andrea Orlando (Politiche sociali), di concerto con il ministero della Salute, la proposta di legge delega “Norme per la promozione della dignità delle persone anziane e per la presa in carico delle persone non autosufficienti”, cosiddetta legge delega sulla non autosufficienza. Il testo, ora all’esame del Governo, è stato elaborato dalla Commissione “Interventi sociali e politiche per la non autosufficienza” istituita presso il Ministero del Lavoro e Politiche sociali e presieduta dall’ex Ministro Livia Turco. La legge non era necessaria e, come temevamo, non porta nuovi diritti. Anzi, come dimostreremo, la bozza mina quelli esistenti in sanità.

### *La bozza di legge intacca il diritto alle cure sanitarie per i malati non autosufficienti, trattati come emarginati sociali*

Per i malati e le persone con disabilità non autosufficienti il riferimento deve essere la legge 833 del 1978, che garantisce il diritto alle cure sanitarie e alle prestazioni definite nei Lea, Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria. Queste ultime, benché in parte a pagamento, assicurano tuttavia l’esigibilità del diritto alle prestazioni per le cure di lunga durata: domiciliari, semi-residenziali e residenziali. La titolarità (ovvero la responsabilità di dare attuazione al diritto alla prestazione) è del Servizio sanitario. L’utente malato o con disabilità non autosufficiente partecipa con una quota alberghiera. Ma l’Azienda sanitaria locale (Asl) deve garantire la prestazione. Siamo nell’ambito del diritto esigibile che può essere contestato, se viene negato, in sede giudiziaria.

**Il nostro commento.** Nel commento che segue prendiamo in esame gli articoli della bozza che più allarmano in quanto gli interventi previsti a sostegno delle cure domiciliari di lunga durata sono solo quelli del settore assistenziale, mentre la Sanità si limita, come oggi, a fornire le prestazioni esclusivamente sanitarie dell’Adi (Assistenza domiciliare integrata) che non assicurano le altre prestazioni indifferibili per le prestazioni vitali di un anziano malato cronico non autosufficiente.

**Senza diritti.** La legge delega prevede che siano gli Ats (Ambiti territoriali sociali, afferenti a Comuni) a stabilire chi avrà diritto agli interventi, servizi, attività e prestazioni previste dai Leps, Livelli essenziali delle prestazioni sociali. Diritto che, al contrario delle prestazioni sanitarie Lea, non è universalistico ed esigibile. Per capirlo è necessario incrociare le due **dichiarazioni contraddittorie** dell’articolo 3 (Principi). Al **punto 4** si legge che «la Repubblica riconosce il diritto delle persone anziane e delle persone non autosufficienti alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio secondo le previsioni di cui alla presente legge ed entro i limiti e i termini definiti dalla programmazione integrata socio-sanitaria e socio assistenziale nazionale e regionale». Per sapere che non c’è nulla di esigibile bisogna leggere il successivo **punto 6**. In base al quale tutto quanto previsto al precedente punto 4 sarà erogato «entro i limiti e i termini definiti dalla programmazione». Potremmo fermarci qui.

Tutto il resto dell’impianto ruota intorno a questa limitazione delle risorse che è preponderante, vincolante rispetto al fabbisogno di cure. Sappiamo come va a finire: in niente o poco più di niente. La legge di riferimento – sciagura dei diritti esigibili (che infatti non stabilisce) – è la 328 del 2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” promossa e firmata, guarda un po’, dal Ministro per la solidarietà sociale, Livia Turco. Non sono bastati oltre 20 anni dalla sua entrata in vigore per capire che non ci sono diritti universalisticamente esigibili in assistenza. Peraltro, lo avevamo già denunciato prima e durante il dibattito parlamentare sulla legge 328 stessa e lo abbiamo continuato a ripetere fino ad oggi. Una delle ultime occasioni è stata il libro “Le cure negate ai malati cronici non autosufficienti. Ripensare il servizio sanitario universalistico dopo il Covid e la strage nelle Rsa”, pubblicato nel 2021. Molti sono gli articoli pubblicati inoltre sulla rivista *Prospettive assistenziali* sul tema, reperibili sul sito [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it). Come la legge 328/2000, anche la legge delega in oggetto condiziona alle risorse disponibili, cioè messe a disposizione dalle istituzioni, i Leps, pomposamente definiti «Livelli essenziali delle prestazioni sociali». Il sopra citato punto 4 dell’articolo 3 (Principi) è di una ipocrisia che rasenta la

crudeltà: vende l'illusione di avere diritti, che non lo saranno mai per la maggioranza delle persone malate o con disabilità non autosufficienti.

### **I contributi a sostegno delle cure domiciliari.**

Sono il nervo scoperto in sanità ed è per questo che insistiamo da tempo perché diventino un diritto esigibile e rientrino a pieno titolo nelle prestazioni sanitarie domiciliari, come parte integrante dell'articolo 22 del dpcm del 12 gennaio 2017, di aggiornamento dei Lea socio-sanitari.

La legge delega sulla non autosufficienza sbaglia clamorosamente – ma scientemente, perché i suoi promotori sanno benissimo cosa stanno facendo – il contenitore. Non sono le politiche socio-assistenziali, ma il settore dei servizi sanitari domiciliari che deve farsi carico *in primis* delle cure domiciliari che riguardano le prestazioni di cui necessitano i malati cronici e le persone con disabilità non autosufficienti al domicilio, 24 ore su 24 e per 365 giorni l'anno. Sono prestazioni parte sostanziale della tutela della loro salute ed è per questo che deve essere il Servizio sanitario nazionale a garantirle a tutti i malati, senza distinzione per età, malattia, condizione personale o sociale e senza limiti di durata. Lo affermano gli articoli 1 e 2 della già citata legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, grazie alla quale i malati «poveri» vennero eliminati dagli elenchi delle persone da assistere da parte Comuni, perché finalmente equiparati a tutti i cittadini da una garanzia di prestazione universalistica. Invece di andare avanti, con la proposta di legge delega che trasferisce la competenza ai Comuni si torna indietro. Abbiamo anche dimenticato i limiti delle mutue che erano in vigore prima della riforma istitutiva del Servizio sanitario nazionale, da qui la favorevole invocazione al loro ritorno.

**Una bozza di legge razzista.** Detta in estrema sintesi, sgombrando il campo dalle fuorvianti attribuzioni del settore socio-assistenziale: è il Ministro della salute, Roberto Speranza, vertice della nostra sanità, che deve garantire il *continuum* della presa in carico al domicilio, come in ospedale o in Rsa, con cure sanitarie e prestazioni per le funzioni vitali. Con l'approvazione della legge delega, invece, la sanità finirebbe per espellere definitivamente da ogni possibilità di ricevere contributi o assegni di cura, ogni malato che non è guaribile, benché continui ad esse-

re sempre curabile. Questo per noi è razzismo: discriminati perché inguaribili.

Il Ministro della salute ha il dovere di garantire oltre alle cure strettamente sanitarie, tutte le altre **prestazioni indispensabili** per garantire **la permanenza al domicilio al malato** (anziano e non) e alla persona con disabilità non autosufficiente. Comprese le terapie di contrasto al dolore e le cure palliative.

La sanità al domicilio **non è solo medicine e iniezioni**: è progetto individualizzato di prestazioni indifferibili – relazioni sociali e affettive comprese – per il malato non autosufficiente. Prestazioni identiche a quelle cui ha diritto se la stessa persona è ricoverata in ospedale o in una Rsa accreditata; prestazioni a cui dovrebbe accedere prioritariamente quando può riceverle a casa, quando questo è praticabile grazie alla volontaria disponibilità dei suoi congiunti che, direttamente o con l'aiuto di terzi, acconsentono ad accudirlo al domicilio e non vi sono controindicazioni per la persona.

**Chi sono i malati non autosufficienti.** Sembra un paradosso, ma occorre ripartire ogni volta – soprattutto di fronte a proposte come quella della legge delega, che sono l'apoteosi della negazione dello status di malato e titolare dei diritti – da «chi è» un malato cronico non autosufficiente. Per avere contezza della condizione di questi malati si veda la descrizione del paziente tipo del medico di base dott. Tiziano Scarponi che riportiamo in queste pagine e che sono una parte dell'intervento presentato nella videoconferenza del 15 novembre 2021, avvenuta in presenza nella sala del Consiglio provinciale di Perugia, sul tema "Diritto alle cure sanitarie domiciliari: le richieste al Parlamento per garantire le cure ai malati cronici non autosufficienti accuditi a casa", promossa dall'Associazione Ummana di Perugia. La relazione sulle condizioni della malata non autosufficiente si riferisce alla signora Rosina R., paziente cronica non autosufficiente, e a tutte le prestazioni che vengono assicurate, da parte dall'accuditore, a domicilio nelle 24 ore tutti i giorni dell'anno. Il medico ha tenuto a precisare che il caso tipo è stato scelto tra quelli meno compromessi dal punto di vista delle esigenze sanitarie e di necessità di accudimento e sorveglianza.

### Rosina R.

- Ipertensione arteriosa
- Diabete mellito di tipo 2
- Postumi di ischemia cerebrale con lieve/moderata diminuzione delle capacità cognitive residue
- Poliartrosi di tipo limitante con gravi problemi alla deambulazione
- Osteoporosi grave
- Broncopneumopatia cronico ostruttiva Stadio 2

### Per Rosina R. prescritti:

- 12 farmaci in 21 somministrazioni giornaliere
- 4 precauzioni giornaliere per l'assunzione dei farmaci
- 5 raccomandazioni giornaliere per i 3 pasti
- 8 compiti per il paziente
- 10 compiti per il medico
- 7 interazioni tra i farmaci da valutare
- 9 interazioni dei cibi da valutare
- 2 incompatibilità dietetiche da considerare
- 3 precauzioni nell'attività fisica da considerare

## ROSINA R. – 86 ANNI

Malata cronica non autosufficiente

### ORE 7

**Farmaci:** Inalazione di ipratropio  
Alendronato 70 mg/sett

**Altro:** Controllo piedi  
Stazione eretta per 30 minuti quando assunto Alendronato  
Misurazione glicemia

### ORE 8

**Farmaci:** Calcio 500 mg e Vitamina D 200 UI  
Idroclorotiazide 12,5 mg  
Lisinopril 40 mg  
Giburide 10 mg

ASA 81 mg  
Metformina 850 mg  
Naprossene 250 mg  
Omeoprazolo 20 mg

**Altro:** Assumere colazione

Sodio 2,4 g/die  
Potassio 90 mmol/die  
Evitare acidi grassi saturi e colesterolo  
Adeguata assunzione di magnesio e calcio  
Dieta per diabetici  
Dieta per ipertesi

### ORE 12

**Altro:** Assumere il pranzo  
Sodio 2,4 g/die  
Potassio 90 mmol/die  
Evitare acidi grassi saturi e colesterolo  
Adeguata assunzione di magnesio e calcio  
Dieta per diabetici  
Dieta per ipertesi

### ORE 13

**Farmaci:** Inalazione di ipratropio  
Calcio 500 mg e vitamina D 200 UI

### ORE 19

**Farmaci:** Inalazione di ipratropio  
Metformina 850 mg  
Naprossene 250 mg  
Calcio 500 mg e vitamina D 200 UI  
Lovastatina 40 mg

**Altro:** Assumere la cena

Sodio 2,4 g/die  
Potassio 90 mmol/die  
Evitare acidi grassi saturi e colesterolo  
Adeguata assunzione di magnesio e calcio  
Dieta per diabetici  
Dieta per ipertesi

### ORE 23

Inalazione di ipratropio  
Al bisogno: Inalazione di albuterolo

## BISOGNI TERAPEUTICI

**Una bozza di legge che non rispetta la Costituzione.** Come si evince dalla descrizione riportata in pagina del paziente

tipo curato al domicilio dal medico di medicina generale, dott. Tiziano Scarponi, le persone non autosufficienti a causa di malattie croniche invalidanti **sono malati**, senza ombra di dubbio. In quanto tali, rientrano pertanto a pieno titolo nelle competenze nell'**articolo 32 della Costituzione**, che tutela il diritto fondamentale alla salute di tutti i cittadini, diritto che non è condizionabile alla disponibilità delle risorse.

La legge delega sulla non autosufficienza colloca invece le persone anziane malate croniche non autosufficienti nell'ambito dell'**articolo 38 della Costituzione**, primo comma, che pone in capo allo Stato, ovvero ai Comuni singoli e associati, gli interventi di politica sociale e socio-assistenziale limitati agli «inabili al lavoro e sprovvisti dei mezzi necessari per vivere». Il diritto non è

quindi universalistico, ma è condizionato alle risorse disponibili e la conseguente prestazione (foss'anche di erogazione monetaria) riconosciuta in base alla valutazione socio-economica del richiedente e del suo nucleo familiare.

Francesco Pallante, Professore associato di Diritto costituzionale all'Università degli Studi di Torino, ha ribadito che «Il diritto alla salute è l'unico espressamente qualificato dalla Costituzione come "fondamentale" (articolo 32, comma 1). Se ne comprende facilmente la ragione: la salute è preconditione necessaria al godimento di tutti gli altri diritti costituzionali». («Appunto sul diritto costituzionale alla salute dei malati non autosufficienti», *Prospettive assistenziali*, n. 214, 2021). «Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale grava essenzialmente sulla fiscalità generale, che – al fine di realizzare i "doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale" sanciti dall'articolo 2 della Costituzione e di ottemperare al principio di uguaglianza in senso sostanziale

sancito dall'articolo 3, comma 2 della Costituzione – è informata a criteri di progressività». Pallante prosegue con due precisazioni importanti. «La prima: il contenuto minimo essenziale del diritto alla salute è concettualmente altro rispetto ai livelli essenziali delle prestazioni inerenti al diritto alla salute sanciti dalla disciplina sui Lea. Il contenuto minimo essenziale è un riferimento, per così dire, oggettivo: il livello minimo di attuazione del diritto alla salute andando al di sotto del quale il diritto stesso risulta violato. (...) Seconda precisazione: il diritto alla salute – al pari di tutti i diritti costituzionali – ha preminenza logica giuridica sulle esigenze di bilancio».

**Le sentenze della Corte.** La Consulta, in merito, è stata chiarissima. Pallante ricorda nel suo intervento la sentenza n. 275 del 2016 secondo la quale «è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione».

Infine con evidenza come la stessa Corte Costituzionale nella sentenza 62 del 2020, precisa che «mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali [e quindi tutte quelle dell'assistenza sociale] 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 [Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie], la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa».

Pallante conclude precisando così: «Applicato ai malati cronici non autosufficienti e alle persone con demenza, compresa la malattia di Alzheimer, senza dubbio persone con bisogni sanitari e non di assistenza sociale, (...) una volta che ne sia stata certificata la condizione di non autosufficienza conseguente a patologie croniche invalidanti, il Servizio sanitario nazionale ha il dovere costituzionale e legale di prestare loro tutte le cure necessarie per tutto il tempo che sia necessario. (...) Sono pertanto lesivi dell'articolo 32 della Costituzione atti normativi – di rango primario o secondario – e, a maggior ragione atti amministrativi che, direttamente o indirettamente, comportino: (...) l'iscrizione di

prestazioni aventi natura sanitaria nell'ambito, legislativamente meno tutelato, delle prestazioni assistenziali e/o sociali (iscrizione, oltretutto, prodromica alla valutazione della situazione economica tramite Isee familiare) erogate dagli enti locali (Comuni singoli e associati) nei limiti delle risorse disponibili; (...)».

Uscire dalla competenza del comparto sanitario significa perdere **il diritto soggettivo, universalistico ed esigibile** alle cure.

#### **La bufala della «programmazione integrata».**

La bozza di legge delega introduce la «programmazione integrata» come metodo di approccio – in realtà soprattutto «di selezione» – degli utenti non autosufficienti: è una modalità non prevista dal dettato costituzionale in quanto

*Solo in sanità «è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione»*

l'articolo 32 e l'articolo 38, come sopra ricordato, rispondono ai cittadini che hanno esigenze e diritti differenti. Se l'istituzione opera una selezione sugli utenti, nel caso di servizio afferente al Servizio sanitario, la valutazione è esclusivamente sul bisogno clinico. È con la valutazione sociale – sulla scorta dell'articolo 38 citato – che vengono presi in considerazione altri parametri, tipicamente quelli socio-economici e subentra la legittima possibilità di escludere i richiedenti dalla prestazione.

In base alla normativa vigente, è il Servizio sanitario che **deve garantire** le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a chi è malato cronico con disabilità non autosufficiente. La valutazione socio-economica non può negare le cure.

Nel caso il cittadino preso in carico dall'Asl, abbia necessità di altri interventi afferenti alle politiche sociali o socio-assistenziali, è il Servizio sanitario ovvero la Asl che, in base al citato articolo 1 della legge 833/1978, assicurerà «il collegamento e il coordinamento con le attività e con 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».

Pertanto, **la titolarità degli interventi a favore dei malati cronici e delle persone con disabilità non autosufficienti deve restare in capo**

**all'Asl**, che garantirà le prestazioni sanitarie e sociosanitarie rientranti nei Lea, mentre i Comuni collaboreranno per la parte di loro competenza: interventi economici; inserimento in alloggi di edilizia abitativa, eliminazione delle barriere architettoniche, ecc.

L'**articolo 5**, della proposta di legge delega per la non autosufficienza, fa **l'esatto contrario**: pone in capo ai Comuni la titolarità di una competenza che è propria del Servizio sanitario, a tutto danno degli utenti.

L'intervento del Ministero della salute anziché fondamentale è previsto come accessorio: consiste nel destinare risorse che, per quanto concerne il budget di cura e di assistenza, previsto nello stesso articolo 5 (ci torniamo tra poco), sono del tutto discrezionali, in quanto non ci sono norme cogenti in ambito sociale, come sopra ricordato, che lo vincolino a garantire l'esigibilità universalistica del diritto ai fini del sostegno alla domiciliarità.

**Emarginazione dei malati non autosufficienti.** Il Ministro della salute, segretario del partito Articolo Uno, **prosegue il percorso** avviato dall'allora Ministro Paolo Ferrero di Rifondazione Comunista, che ha aperto la via **dell'espulsione dei malati cronici non autosufficienti dalla competenza sanitaria** con l'istituzione del "Fondo per le non autosufficienze" (cfr. legge 296/2006, articolo 1, commi 1264 e 1265), altra definizione ingannevole.

Le risorse stanziare nel Fondo per le non autosufficienze, infatti, sono destinate al comparto socio-assistenziale, **non alla risposta ad esigenze e bisogni sanitari**. Il comma 2 dell'articolo 2 del decreto del Ministro della solidarietà sociale del 12 ottobre 2017 precisa che «le risorse di cui al presente decreto sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria e sono aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, nonché da parte delle autonomie locali. Le prestazioni e i servizi di cui al comma precedente non sono sostitutivi di quelli sanitari».

**Di nuovo il Fondo.** La legge delega ripropone la **formula del cosiddetto "Fondo sociosanitario"**, già fatto proprio da alcune amministrazioni regionali: un calderone con un po' di risorse dalla

Sanità, quelle del Fondo per le non autosufficienze, eventualmente fondi di varia estrazione, compresa quella europea. Lo scopo è limitare la platea degli aventi diritto e contenere al massimo le risorse stanziare a carico del Servizio sanitario, mai calcolate in base al fabbisogno, ma frutto di scelte discrezionali della politica. Per queste ragioni **non ci possono essere diritti universalistici ed esigibili** nella proposta di legge per la non autosufficienza: finiti i soldi finite le prestazioni. Sarebbe questa la novità? Non è più, né meno di quanto è già purtroppo in atto, che però oggi viola le leggi, ma si vuole «regolarizzare». Dovrebbe far riflettere il fatto che in più di vent'anni nessuno è mai riuscito a far funzionare l'integrazione socio-sanitaria, oggi ribattezzata «programmazione integrata». Sbagliare è umano (e allora non fu uno sbaglio, ma una politica di esclusione lucidamente perseguita), perseverare è conclamato razzismo. Nella lettera che la Fondazione promozione sociale ha inviato, già il 24 giugno 2021, al Ministro del lavoro e delle politiche sociali, Andrea Orlando, e all'Onorevole Livia Turco, Presidente della Commissione "Interventi sociali e politiche per la non autosufficienza", abbiamo chiesto invano di operare secondo il dettame costituzionale e la legge 833/1978.

## COM'È CON LE REGOLE DI OGGI...

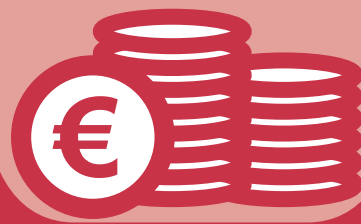
**FONDO SANITARIO (FSN)  
GARANTISCE LEA SANITARI  
E SOCIO-SANITARI**

### PRESTAZIONI LEA SANITARIE

Ospedali, Pronti soccorso, Case di cura, Hospice, medicina strumentale, ambulatoriale, territoriale, domiciliare professionale...  
(FSN copre il 100% dei costi, ticket esclusi)

### PRESTAZIONI LEA SOCIO-SANITARIE

Centri diurni, Residenze sanitarie assistenziali, Comunità alloggio (malati cronici non autosufficienti, persone con disabilità...)  
(FSN copre dal 40 al 70% della retta, il resto è coperto da Utente/Comune in base all'Isee)



**DIRITTI UNIVERSALISTICI ESIGIBILI**

**La trappola del «budget di cura e di assistenza».** Significativo delle intenzioni emarginanti del Ministero della salute è il punto 5. dell'articolo 5 (Programmazione integrata) che disciplina, tra l'altro, la partecipazione ingannevole (o truffaldina) della Sanità al paventato nuovo sistema. Viene previsto di «sostenere adeguatamente l'attuazione dei progetti individualizzati di assistenza integrata (Pai) per le persone anziane e per le persone non autosufficienti».

Continua l'uso distorto delle definizioni. Anche in questo caso per eliminare la competenza del settore sanitario (e negare il diritto esigibile ai malati cronici e alle persone con disabilità non autosufficienti) **scompare dal testo la condizione di «malati»:** diventano «persone anziane» o «persone non autosufficienti», nascondendo la causa per cui si verifica la perdita dell'autonomia.

La conseguenza è che nel previsto «budget di cura e di assistenza» le risorse economiche del Ministero della Salute sono sempre e solo «a) le risorse derivanti dal trasferimento alle regioni e alle province autonome delle relative quote del fondo sanitario nazionale **specificamente destinate per tali finalità** nell'ambito dei livelli essenziali dell'assistenza sanitaria».

Come già ricordato, si tratta di risorse e desti-

*Chi avrebbe accesso ai contributi? Con la bozza di legge sulla non autosufficienza solo il 5 per cento dei richiedenti, tutti malati cronici titolari di diritto alle cure sanitarie*

nazioni che non intervengono sul fabbisogno complessivo – addirittura nemmeno su quello prevalente – del malato cronico non autosufficiente. Non sono infatti previsti all'articolo 22 dei Lea (“Cure domiciliari”, Dpcm del 12 gennaio 2017), **contributi o assegni di cura per la copertura delle prestazioni di intervento quotidiano e continuativo** al malato cronico o alla persona con disabilità non autosufficiente. Si tratta di tutti quegli interventi per il soddisfacimento delle funzioni vitali: idratazione, alimentazione, igiene personale, mobilitazione, somministrazione delle terapie e dei trattamenti sotto prescrizione e controllo clinico, monitoraggio delle condizioni generali del paziente, spesso non in grado di comunicare dolori e sofferenze...

**5 per 100.** Inserire un contributo nel cosiddetto «budget di cura e di assistenza» nell'ambito delle

politiche assistenziali non cambia la situazione esistente (che la proposta di legge vorrebbe formalizzare e rendere legittima). Come già sopra ricordato, la proposta non prevede diritti universalmente esigibili, ma solo interessi legittimi condizionati alle risorse messe a bilancio e alla condizione economica degli utenti e dei loro nuclei familiari.

Possiamo quantificare **chi avrebbe accesso ai contributi?** Proprio perché non siamo nell'ambito del Servizio sanitario – che interviene nei confronti di tutta la popolazione – occorre chiederselo per valutare l'eventuale impatto della misura. Una buona stima può essere data da quanti oggi ricevono, oltre alla quota sanitaria delle prestazioni socio-sanita-

## ...COME SAREBBE CON IL FONDO SOCIO-SANITARIO



**DIRITTI UNIVERSALISTICI ESIGIBILI**

### FONDO SOCIO-SANITARIO

in sostituzione del FSN per le prestazioni socio-sanitarie (malati cronici non autosufficienti, persone con disabilità...)

- Fondi sanitari
- Fondo per le non autosufficienze
- Fondi sociali regionali
- Trasferimenti statali o europei
- Risorse privati

Risorse di varia provenienza, entità del fondo discrezionale e rivedibile (anche azzerabile) ad ogni bilancio, competenza Comunale/assistenziale e non sanitaria.



**SOLO INTERESSE LEGITTIMO,  
ACCESSO FILTRATO DALLE UNITÀ  
DI VALUTAZIONE  
(criteri socio-economici)**



*Invece della «legge sulla non autosufficienza»  
è necessaria una legge sanitaria che ponga in carico  
alle Asl gli interventi «informali» di «aiuto infermieristico  
e assistenza tutelare alla persona»*

rie, anche l'integrazione economica socio-assistenziale erogata dai Comuni.

In un panorama di selezione all'accesso su base socio-economica sarebbero gli unici destinatari delle risorse. Bene, il risultato è drammatico: meno del 5% dei malati non autosufficienti in convenzione con l'Azienda sanitaria (quindi, titolari a pieno diritti della quota sanitaria) riceve l'integrazione socio-assistenziale. Mentre, le risorse cui attingere sono quelle già note (anche per la loro esiguità) del Fondo per le non autosufficienze.

**Morte delle cure domiciliari.** Così si va spediti verso l'affossamento del diritto alle cure sanitarie domiciliari come alternativa al ricovero. È questa l'innovazione che non è entrata nel Pnrr del Ministro Speranza. Il Ministro della salute, che per tutto il periodo della pandemia Covid-19 ha insistito (falsamente, possiamo dire a posteriori) con la «prossimità» come mantra su cui impostare un nuovo servizio domiciliare, si è in realtà tirato indietro, più ancora di quanto già lo fosse.

Nella paventata impostazione della legge sulla non autosufficienza, il Servizio sanitario **non aggiunge nulla più di quanto c'è oggi**. È quindi ingannevole (truffaldino) affermare, sempre all'articolo 5.1 della bozza, che «a decorrere dall'entrata in vigore del presente provvedimento il Governo, le Regioni e gli Enti locali adottano il principio della programmazione integrata al fine di garantire l'universalità di accesso ai servizi alle prestazioni e ai trattamenti in relazione alle necessità delle persone e degli anziani non autosufficienti». Se dovesse diventare legge, si adotterà, invece, la selezione all'accesso alle prestazioni, abbandonando il 95% dei malati non autosufficienti al proprio destino e al soccorso delle loro famiglie.

Torniamo sul concetto di cure domiciliari. La Sanità prevede che siano remunerate le **prestazioni dell'Adi** (Assistenza domiciliare integrata, 18 ore all'anno di presenza infermieristica

o di operatore socio-sanitario media per i malati non autosufficienti, praticamente nulla) il cui finanziamento è stato incrementato per le prestazioni professionali, mentre continua a non essere previsto

**alcun contributo della parte sanitaria** nella formazione del «budget di cura e assistenza domiciliare» (ancora articolo 5, punto 5 della bozza di legge delega), vanificando così il parallelo con quanto già oggi è previsto a carico dell'Asl, **come diritto esigibile in caso di ricovero in Rsa in convenzione** (o altra struttura residenziale socio-sanitaria per le persone con disabilità non autosufficienti), per la quota sanitaria della retta di ricovero (articoli 30 e 34, Dpcm 12 gennaio 2017, aggiornamento Lea).

Come hanno ricordato Carlo Pontillo, Franco Cirio e Fabiano Zanchi, nell'articolo «Le cure domiciliari alla popolazione della città di Torino. L'analisi della prassi per una nuova progettualità» (*welforum.it*, 10 dicembre 2021), il problema principale dell'Adi «non risiede solo nella copertura (il numero di utenti raggiunti), bensì nell'intensità (quante visite riceve l'utente) e nella durata della presa in carico (quanto è esteso il periodo nel quale l'anziano viene assistito a domicilio). L'intensità media nazionale è estremamente ridotta: dai dati Agenas circa 18 ore di assistenza annuali procapite; questo significa, ad esempio, che circa il 40% degli interessati riceve meno di una visita alla settimana. Anche la presa in carico perlopiù dura molto poco e si riferisce spesso a specifici periodi, ad esempio ai giorni immediatamente successivi all'uscita dall'ospedale (Tidoli, 2021), in contrasto con l'incremento delle condizioni di cronicità della popolazione anziana (...)».

A parere degli Autori, l'incremento della cronicità e della non autosufficienza necessita di interventi domiciliari (...) «sanitari se necessari, ma soprattutto di tutela negli atti di vita quotidiana: gestione dell'igiene della persona, della sua mobilitazione vestizione, gestioni dell'alimentazione e dell'incontinenza, ecc. Questi bisogni che richiedono plurimi interventi durante la giornata, difficilmente sono assicurati dall'Adi, tuttavia il Pnrr prevede sostanzialmente solo un potenziamento di questa tipologia di cura e assistenza».

**Domicilio, una legge sanitaria.** Se per l'On. Roberto Speranza «prossimità» è la parola chiave della riforma del Pnrr, è il Ministro della salute (e non quello delle Politiche sociali, Andrea Orlando) che deve farsi promotore di una legge che riconosca **la priorità delle prestazioni domiciliari** complessive per i malati cronici, anziani e non, nonché delle persone con disabilità non autosufficienti.

Le prestazioni domiciliari per i malati e le persone con disabilità non autosufficienti, che richiedono cure domiciliari di lunga durata, devono rientrare nei Lea e, quindi, serve una norma di legge che introduca, all'articolo 22 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, la presa in carico dell'Asl **che affianchi le eventuali prestazioni professionali a quelle «informali»**, che venivano definite nei Lea del 2001 di «aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona».

Tutto il contrario di quanto si propone oggi nella Missione 6 del Pnrr, che dispone il passaggio ai **servizi sociali** del malato cronico che diventa non autosufficiente, salvo le prestazioni catalogate come strettamente sanitarie, cioè circoscritte alla prestazione **«professionale»** prestata dall'operatore.

La richiesta delle associazioni e delle organizzazioni che vogliono tutelare il diritto alla salute dei malati e delle persone con disabilità non autosufficienti dovrebbe essere chiara e univoca. Sia discussa e approvata in tempi molto brevi una legge che riconosca, in **ambito sanitario**, la priorità delle prestazioni domiciliari per tutte le persone non autosufficienti, a causa di malattie croniche o disabilità invalidanti irreversibili, in tutti i casi in cui i congiunti o terze persone siano volontariamente disponibili a garantire una presenza attiva e ad accettare il ruolo di accuditore direttamente, o mediante l'aiuto di altre persone.

**Proposte in Parlamento.** Le prestazioni domiciliari sono **un'alternativa al ricovero** a condizione che il medico di medicina generale, valutata l'assenza di controindicazioni per il malato, assicuri il coordinamento delle cure che l'Asl di residenza attiva in base alle sue esigenze, compresi gli interventi in caso di eventuali emergenze; l'Asl (e non il Comune) deve erogare inoltre un contributo economico, all'utente o a chi lo rappresenta, finalizzato alla copertura dei costi che dovrà sostenere per le prestazioni indifferibili, non assicurate dai servizi sanitari, per l'espletamento delle funzioni vitali quotidiane.

La richiesta avanzata dalla Fondazione promozione sociale e dalle associazioni del Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base è di una **somma** erogata per le cure a domicilio, mediamente non inferiore al **70%** dell'onere a carico del Servizio sanitario nei casi di **degenza presso le Rsa**, Residenze sanitarie assistenziali.

Le Regioni dovrebbero assumere le necessarie iniziative per l'organico collegamento delle prestazioni sanitarie domiciliari con i servizi di ospedalizzazione a domicilio per i malati non autosufficienti con patologie acute.

Solo così si realizzerebbe finalmente la piena responsabilità del Sistema sanitario in merito alle cure, indipendentemente dall'età degli infermi e delle loro situazioni cliniche (malati acuti, cronici autosufficienti, non autosufficienti) e si garantirebbe la continuità terapeutica anche al domicilio.

Bozze di una norma con le caratteristiche appena descritte sono le **tre proposte di legge depositate in Parlamento**: al Senato, Disegni di legge n. 868/2018 (Senatore Laus) e n. 1990/2020 (Senatrice Pirro), in Commissione Igiene e Sanità del Senato e il progetto di legge alla Camera n. 2596/2020 (Deputata Ruffino). Merita ricordare che una delle cause di impoverimento dei nuclei familiari e dei cittadini malati cronici o con disabilità non autosufficienti è dovuta alla necessità di assumere in proprio responsabilità e oneri di cure, a causa dell'abbandono del Servizio sanitario una volta superata la fase di acuzie, se permane la situazione di non autosufficienza.

Resta salva, ovviamente, la facoltà per i cittadini non autosufficienti e non abbienti, che hanno ulteriori esigenze di prestazioni aggiuntive a carattere assistenziale o sociale, di rivolgersi ai Comuni singoli e associati, che valuteranno la loro richiesta in base ai criteri previsti dalla normativa di settore.

#### PETIZIONE

Sul sito della Fondazione promozione sociale Ets [www.fondazione-promozionesociale.it](http://www.fondazione-promozionesociale.it) è possibile accedere alla pagina della Petizione on-line «Diritto alle prestazioni sanitarie domiciliari per i malati cronici non autosufficienti» al cui interno sono riportate le proposte di legge positive sul tema delle cure domiciliari per i malati e le persone con disabilità non autosufficienti depositate in Parlamento.