

Torino, 15 settembre 2025

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.

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 diseguaglianze 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 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.

SCHEDA 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 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;

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 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 abbiente.

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 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

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.