

**CSA - Coordinamento Sanità e Assistenza
fra i movimenti di base**

10124 TORINO - Via Artisti, 36
Tel. 011-812.44.69 - Fax 011-812.25.95
info@fondazionepromozionesociale.it
Funziona ininterrottamente dal 1970



Via Artisti 36 - 10124 Torino
Tel. 011.8124469 - Fax 011.8122595
info@fondazionepromozionesociale.it
www.fondazionepromozionesociale.it
Costituita l'8 aprile 2003

COSA SERVE DAVVERO PER LA TUTELA DEI DIRITTI DEI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI

(NON LA LEGGE 33 E LE "SOLUZIONI" DEL PATTO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA)

La non autosufficienza è **un tema di salute**, di **competenza primaria** e **prevalente** della **Sanità**. Lo dicono giuristi e medici; è scritto nelle norme fondamentali del Servizio sanitario nazionale, che anche quando prevedono la compartecipazione ai costi delle prestazioni da parte dell'utente, non fanno venire meno la **titolarità sanitaria** dell'intervento.

La non autosufficienza è conseguenza di cause cliniche: **gravi malattie** o **loro esiti** che hanno compromesso, in parte o del tutto, l'autonomia delle persone colpite negli atti della vita quotidiana e nelle attività strumentali. Si tratta nella maggior parte dei casi di una condizione non reversibile, cui deve dare risposta il Servizio sanitario con interventi «*senza limiti di durata*».

Alla luce di questi bisogni e delle leggi che tutelano gli interventi socio-sanitari come Livelli essenziali, diritti soggettivi e non comprimibili, ecco **le istanze della Fondazione promozione sociale presentate alla Regione Piemonte**.

↓ Salvo l'Assistenza Domiciliare Integrata (17 ore/anno in media, solo personale professionale), le cure domiciliari dei malati non autosufficienti sono interamente **scaricate sulle famiglie**, con qualche residuale contributo dei Comuni a sostegno delle situazioni più critiche sotto l'aspetto economico.

↑ Il Piemonte può attuare subito la legge 10 del 2010 che consente alle Asl di erogare **contributi sanitari a domicilio**, riconoscendo le cure domiciliari in base ai Livelli essenziali di assistenza (articolo 22) a cui aggiungere il riconoscimento e il coordinamento delle **attività informali** prestate da famigliari e assistenti personali ai malati. I Comuni devono intervenire in via aggiuntiva – e non sostitutiva – all'intervento dell'Asl. Per tutti i malati ingiustamente **esclusi dal ricovero** in Rsa da parte delle Asl, occorrerebbe comunque che l'Asl fornisse la cura domiciliare così articolata.

↓ La Giunta regionale ha tolto le condizioni piemontesi di miglior favore rispetto ai Lea per la fruizione dei **Centri diurni**. Risultato: **rette aumentate** a dismisura, gli utenti non possono pagare, i Centri diurni **rischiano di chiudere**.

↑ Il Piemonte deve rafforzare – non affossare – la rete dei Centri diurni dedicati ai malati non autosufficienti: occorre che siano nella continuità della presa in carico (come soluzioni intercambiabili/integrate con le cure domiciliari o il ricovero) e che le rette siano rese sostenibili con l'innalzamento della quota sanitaria;

↓ La metà dei 32mila posti letto Rsa piemontesi è occupato da malati ai quali le Asl hanno ingiustamente negato la convenzione (la copertura del 50% della retta totale). Più di **15mila famiglie** piemontesi stanno pagando cifre **insostenibili**.

↑ Serve un **intervento di emergenza**, utilizzando i soldi trasferiti dal Governo nel Fondo sanitario regionale per l'applicazione dei Lea, per riconoscere la convenzione a tutti i casi già classificati come **"Urgenti"** e a tutti quelli che sono in ricovero completamente **privato da un anno**. È poi necessario un cambiamento strutturale delle Rsa, che oggi operano con standard non più adeguati alla **gravità sanitaria** dei malati ricoverati.

**NON ASPETTIAMO IL PIANO SOCIO-SANITARIO:
SI POSSONO FARE SUBITO GLI INTERVENTI D'URGENZA
PER IL DIRITTO ALLE CURE DEI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI**

**IL PATTO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E LA LEGGE 33
HANNO PRESO UNA STRADA SBAGLIATA**

Nella legge 33 «*non sono indicati diritti esigibili, né per il presente, né in una progressione temporale predefinita. Laddove si fa riferimento a prestazioni e servizi da fornire, l'erogazione è subordinata alla disponibilità di risorse, che non vengono contestualmente incrementate, nonché alla programmazione integrata socio-assistenziale come strumento per delineare, ma anche limitare, le modalità e la misura in cui i bisogni e i diritti possono essere soddisfatti. La stessa possibilità di accedere alla valutazione multidimensionale, volta a individuare i fabbisogni di assistenza, sarà assicurata solo gradualmente. Pertanto, l'asimmetria tra assistenza sociale e sanitaria viene riconfermata, e con essa i timori di quanti vedevano in un ipotetico sistema nazionale per la LTC, sovrastante il SSN, il rischio che anche il diritto alla salute venisse indebolito*».

“LE POLITICHE PER LA LONG TERM CARE IN ITALIA: LUCI E OMBRE DELLE RECENTI RIFORME”
Rapporto sulla politica di bilancio (pag. 431), Ufficio Parlamentare di Bilancio, 2024

PERCHÉ QUELLA DEL PATTO DELLA LEGGE 33 È LA STRADA SBAGLIATA	DOVE ANDARE PER TUTELARE I DIRITTI GIÀ VIGENTI DEI NON AUTOSUFFICIENTI
↓ La legge 33 è una legge di politica sociale, che non prevede diritti esigibili di livello essenziale, ma qualche prestazione – ancora non erogata e di difficile erogazione, come la cosiddetta prestazione universale – vincolata alle risorse messe a bilancio in specifici fondi e all'Isee dei richiedenti.	↑ Le Costituzione, articolo 32, prevede che «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto e interesse della collettività»; la legge 833 del 1978 stabilisce che a farlo deve essere il Servizio sanitario nazionale «senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio». Il Servizio sanitario nazionale deve assicurare «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata». A fronte di persone indubitabilmente malate come i non autosufficienti, perché cercare altrove meno garanzie di quelle che ci sono in Sanità? Bisogna invece difenderle e potenziarle, non negarle.
↓ La legge 33 (molto meno il decreto attuativo 29/2024) e il Patto per la non autosufficienza sostengono la necessità di creare un “Servizio”, lo Snaa, Sistema nazionale assistenza anziani, per confinare gli inguaribili. Non solo meno tutele del Servizio sanitario, ma anche condizione clinica dei non autosufficienti non riconosciuta (“non sono malati, sono casi sociali”) e loro abbandono alle famiglie, solo in minima parte destinatarie di sostegni, sempre vincolati alle risorse disponibili e alla situazione socio-economica dei richiedenti.	↑ I Livelli essenziali (Lea) definiscono all'articolo 21 i “percorsi assistenziali integrati”, quelli propri delle prestazioni socio-sanitarie e precisano che è «il Servizio sanitario nazionale» che «garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale». I servizi sociali devono intervenire, coordinati dal Ssn, in modo integrativo e non sostitutivo del Ssn, con l'integrazione economica secondo l'Isee (Livello essenziale delle prestazioni). A cosa serve il Sistema nazionale assistenza anziani proposto dal Patto, se non a togliere ai malati non autosufficienti queste garanzie?

↓ La legge 33 e il decreto attuativo 29/2024 hanno definito – ma non ancora effettivamente erogato, a due anni dall'approvazione! – una misura di sostegno domiciliare riservata ai malati gravissimi, ultraottantenni con Isee sotto i 6mila euro. Questa sarebbe la misura «<i>universale</i>»? Eppure, era già scritto nelle proposte del Patto: la misura cosiddetta «<i>universale</i>» era pensata nel settore delle politiche sociali e quindi: non riconosce la condizione di malati dei richiedenti, è erogata con risorse limitate e con selezione all'accesso in base all'Isee.	↑ Cosa serve, davvero, nelle cure domiciliari? Le centinaia di casi che seguiamo per consulenze sull'ottenimento delle prestazioni socio-sanitarie e le esperienze amministrative passate confermano che ai malati non autosufficienti serve il riconoscimento dell'attività informale svolta dai parenti (direttamente o tramite l'assunzione di assistenti personali). Questo assegno di cura - anche collegato all'Assistenza domiciliare integrata (Adi) che non basta - deve: 1) riconoscere che anche le prestazioni informali sono prestazioni di tutela della salute e quindi 2) essere erogato dal Servizio sanitario nazionale, già titolare della presa in carico in base ai Lea, e 3) non soggetto a valutazione della condizione socio-economica (Isee) del richiedente.
↓ Obiettivo dei promotori del Patto e della legge 33 è vincolare l'importo dell'indennità di accompagnamento: 1) alla spesa in personale fornito da gestori privati; 2) nella versione più esasperata assoggettare anche l'indennità a criteri di reddito/Isee (fino a non concederla a chi è oltre una certa situazione economica?) e non di solo indennizzo per la minorazione.	↑ La legge 18/1980 che regola l'indennità di accompagnamento la definisce come diritto universale (non soggetto a valutazioni di reddito/condizione economica) e riconosciuta “<i>al solo titolo della minorazione</i>”. Anche in questo caso, l'esperienza con centinaia di casi all'anno ci dice che la spesa preferita dalle famiglie è più efficace in termini di servizio prodotto è quella delle erogazioni dirette, che le famiglie gestiscono in proprio. Le prestazioni indirette, fornite da un intermediario non solo tagliano l'effettivo ammontare delle risorse (perché una parte deve garantire il ricarico del gestore) ma spesso non sono adeguate all'utenza, perché scelte in base agli operatori e alle competenze del fornitore (cooperativa, associazione, azienda...) e non alle reali esigenze dell'utente. In termini previdenziali sarebbe opportuno aprire una discussione sulla creazione di un'ulteriore tutela previdenziale per il rischio della non autosufficienza, che si affianchi o potenzi l'indennità, senza perdere la sua caratteristica di diritto universalistico.
↓ Il Patto e la legge 33 fanno affidamento sul costituendo sistema di garanzie che dovrebbero dare i Lep, i Livelli essenziali delle prestazioni sociali. Si tratta di una falsa speranza: nell'ambito delle politiche sociali i diritti NON sono rivolti a tutti i cittadini, ma solo a coloro che hanno situazioni socio-economiche sotto certe soglie definite dalle norme. Qualsiasi norma a tutela dei malati che funzioni con le regole delle politiche sociali, non li tutela davvero, perché sostituisce all'universalità del Servizio sanitario, la selettività di quello Assistenziale.	↑ «<i>È pericoloso decolorare e disperdere la tutela dei Lea in un ambito non ancora definito, tuttora in discussione e gravido di problemi, come quello dei Lep. Il rischio sembra proprio quello che i malati inguaribili vengano via via considerati non più nella loro individualità come tali e quindi sotto l'articolo 32 della Costituzione, ma un 'problema sociale' da affidare al settore dell'assistenza sociale che discende dall'articolo 38 della Costituzione. Esso si fonda su presupposti diversi e assicura tutele meno intense</i>». E, nella stessa occasione: «<i>L'obiettivo principale dovrebbe essere il mantenimento sotto l'ombrello dell'articolo 32 della Costituzione di tutto ciò che attiene all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, anche nelle sue caratteristiche e nelle sue ricadute in termini di capacità, incapacità, autodeterminazione, fragilità</i>». Giovanni Maria Flick, presidente emerito della Corte Costituzionale, <i>“La tutela costituzionale del malato non autosufficiente: le garanzie sanitarie dei Lea, il pericolo dei Lep”, (estratti), in Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali, n. 222/2023</i>

↓ Gli animatori del Patto affermano esplicitamente che la non autosufficienza non è un tema di sanità, con questo negano il diritto esigibile alle cure sanitarie e socio-sanitarie che deriva esclusivamente dal riconoscere ai malati non autosufficienti le stesse esigenze e gli stessi diritti di tutti gli individui.

C. Gori, "Rsa: la riforma incompiuta produce il caos rette", *lavoce.info*, 18 aprile 2025

↑ «Si può affermare che un paziente, **di qualsiasi età**, in ragione della perdita di autonomia conseguente a determinate patologie, ad un certo punto del suo decorso sia dipendente da terzi, in tutto o in parte, per l'espletamento delle funzioni vitali quotidiane, altrettanto indifferibili per la sua salute. (...)

In questo caso, oltre alle prestazioni assicurate dal personale sanitario, sono altrettanto indifferibili per la cura, tanto in ospedale quanto a domicilio, gli interventi di igiene personale, l'alimentazione compreso, se occorre, l'imboccamento, le medicazioni semplici, la somministrazione di medicinali, la pulizia degli ambienti e delle attrezzature, nonché la presenza attiva per le emergenze».

E, perciò «appare quindi superfluo ma doveroso ribadire che, in ambito sanitario, **non esiste alcuna differenza in termini di esigenze cliniche e di supporto alle funzioni vitali, in malati affetti da scompenso cardiaco o malattia oncologica o osteoarticolare siano essi adulti o anziani**, così come **non dovrebbe esistere alcuna differenza nelle esigenze e nell'accesso alle prestazioni e ai servizi sanitarie di supporto alle funzioni vitali quotidiane tra il malato giovane affetto da una malattia neurodegenerativa cronica (demenza precoce, sclerosi multipla o SLA) ed il paziente anziano affetto da una forma di demenza o qualsivoglia altra patologia neurodegenerativa (Parkinson).**

Si tratta sempre di malattie croniche, per definizione "incurabili", ma con necessità di cure sanitarie continuative nel tempo e, laddove necessario, coordinate con il settore sociale».

Tratto dal documento
"LA NON AUTOSUFFICIENZA È UN PROBLEMA DI SALUTE"
del 20 Gennaio 2022,
a cura di:

Mario Bo,
Presidente regionale Piemonte e Valle d'Aosta
Società Italiana Geriatria e Gerontologia (SIGG)

Piero Secreto,
Presidente regionale Piemonte e Valle d'Aosta
Società Italiana Geriatri Ospedalieri e Territoriali (SIGOT)

Antonino Maria Cotroneo,
Presidente Piemonte e Valle d'Aosta
Associazione Italiana Psicogeriatria (AIP)

Gianluca Isaia,
Presidente Piemonte e Valle d'Aosta
Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE)