

7 agosto 2024

PIANO DI ASSISTENZA E CURA: COME RISPONDERE ALLE ESIGENZE DEGLI ANZIANI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI?

LA RISPOSTA È: AUMENTARE LE TUTELE DEL SETTORE PUBBLICO, CON ADEGUATE RISORSE, PER EVITARE LA DERIVA PRIVATISTICA E SELETTIVA DELLE CURE DI LUNGA DURATA.

Proposta di riordino e potenziamento delle prestazioni sanitarie, previdenziali e assistenziali per le cure domiciliari, semi-residenziali e residenziali Lea; finanziamento e introduzione di una indennità previdenziale pubblica il rischio non autosufficienza; definizione dell’ambito delle prestazioni Lep assistenziali.

0. PREMESSA

Le proposte che seguono sono avanzate, nello specifico, con riferimento all’articolo 26 del decreto legislativo 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) e al decreto legislativo 502/1992. Si prende in considerazione altresì la prestazione universale, introdotta ai sensi della legge 33/2023 (articolo 33 del sopracitato decreto legislativo 29/2024) al fine di ricondurla in ambito sanitario/socio-sanitario, 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 decreto legislativo 29/2024.

In linea generale, il presente documento fissa le linee fondamentali di un riordino della materia delle tutele sanitarie, previdenziali e assistenziali per le persone malate croniche non autosufficienti. Le proposte nascono dall’esperienza concreta maturata seguendo i casi individuali e sono volte ad adeguare le prestazioni domiciliari 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 3, 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. 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.

Questo documento “base”, obbligatoriamente generale, sarà seguito da approfondimenti mirati sui grandi ambiti del settore: potenziamento delle prestazioni domiciliari, semi-residenziali e residenziali (Lea); potenziamento dell’indennità di accompagnamento, istituzione e finanziamento di una misura previdenziale a tutela del rischio non autosufficienza (modello Inail); criteri di accesso alle prestazioni; risorse economiche e strumentali da reperire e attivare; ridefinizione su base costituzionale e riorientamento dell’attività socio-assistenziale comunale.

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

- a) assumere come riferimento i dati Inps relativi agli ultra 65enni beneficiari dell'indennità di accompagnamento, per individuare la platea di riferimento;
- b) rafforzare e potenziare le prestazioni sanitarie domiciliari, quale alternativa al ricovero quando praticabile, per limitare ricorsi al Pronto soccorso ma anche i ricoveri in Rsa;
- c) potenziare l'indennità di accompagnamento per ottenere una protezione 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 stipulati dai singoli cittadini e/o previsti nei contratti integrativi aziendali;
- d) indicare 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) precisare la platea degli aventi diritto alle prestazioni sociali e socio-assistenziali rientranti nei Lep.

Per rispondere alle esigenze degli anziani malati cronici non autosufficienti, le proposte di riordino indicano:

1. Quello che dobbiamo garantire: il diritto costituzionale alle prestazioni sanitarie e previdenziali nel rispetto dei criteri previsti dalle norme di riferimento (legge 833/1978 e s.m.i; legge 18/1980), con potenziamento delle prestazioni oggi carenti;
2. Quello che non possiamo accettare: un sistema privatistico-assicurativo con assistenza minima per gli esclusi, ovvero chi non può permettersi la polizza privata;
3. Quello che dobbiamo aggiungere: un sistema previdenziale pubblico contro il rischio non autosufficienza – su modello Inail – adeguando l'indennità di accompagnamento alle nuove esigenze (comma 2, art. 38 Cost. - modifica dell'indennità accompagnamento);
4. Quello che dobbiamo riorientare e potenziare per rendere esigibili i Leps: un servizio socio-assistenziale che rispetti l'obbligo di occuparsi di mantenimento e assistenza.

Quelle che seguono sono prime indicazioni, che hanno lo scopo di affrontare il tema della non autosufficienza dentro una visione che contempra i bisogni di oggi e quelli di domani, ma sempre con attenzione al quadro costituzionale e ai diritti già oggi esigibili, da tutelare e incrementare.

Il documento è il risultato di incontri e confronti sul tema della tutela del diritto alla cura e delle esigenze più generali dei malati non autosufficienti con professionisti ed esperti nei campi sanitario, previdenziale, socio-assistenziale, assicurativo, accademico. È un percorso che con questo documento vuole fissare un primo traguardo, ma non l'ultimo. È aperta, e anzi bene accetta, la partecipazione al progetto, ambizioso, ma necessario, di fornire a Parlamento e Governo proposte e percorsi per una reale ed efficace tutela degli anziani malati cronici non autosufficienti.

1. QUELLO CHE DOBBIAMO GARANTIRE - Il Servizio sanitario nazionale, la nostra migliore assicurazione sulla salute. *Il diritto costituzionale alle prestazioni sanitarie e previdenziali nel rispetto dei criteri previsti dalle norme di riferimento (legge 833/1978 e s.m.i; legge 18/1980), con potenziamento delle prestazioni oggi carenti.*

La presa in carico dell'anziano malato cronico non autosufficiente, che è in tale condizione a causa delle conseguenze di una o più malattie croniche o di loro esiti irreversibili, e che quindi dipende dall'aiuto di altri per il soddisfacimento delle funzioni vitali quotidiane, ricade nell'ambito della tutela della salute di cui all'articolo 32 della Costituzione, comma 1: «*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.*».

Allo scopo di garantire interventi effettivamente mirati alle esigenze degli anziani malati e non autosufficienti, è indispensabile richiamarsi alla **definizione di salute dell'OMS** (2011), che la intende come «*capacità di*

adattamento e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive». La non autosufficienza, quindi, non è che la perdita irreversibile di salute, che va affrontata all'interno della rete dei servizi e delle prestazioni rientranti nei Lea del Servizio sanitario (che comprende in sé l'ambito socio-sanitario): 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».*

Tenendo ferma la titolarità sanitaria esclusiva della competenza in tema (*«Nel Servizio sanitario nazionale»*) è bene precisare che **la locuzione «settore sociale» va intesa in senso estensivo** (per esempio comprende anche il settore della previdenza sociale), com'è proprio della Carta costituzionale. Gli articoli 2 e 3 della Costituzione contengono sei occorrenze della parola *«sociale»* (e sue declinazioni), intendendo ovviamente il riferimento alla *«società»* come ambito complementare a quello personale e non a specifiche organizzazioni dei servizi (ad esempio, servizi sociali dei Comuni).

Si osserva che, al continuo allarme **per l'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", su *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 percentuale, il 53% circa 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».**

È indubbio che la componente demografica, e cioè l'invecchiamento della popolazione, avrà un impatto maggiore nella spesa sanitaria delle cure di lunga durata (LTC). Senza sovradimensionare i dati, ma con una ragionevole presa d'atto che **sarà inevitabile l'aumento dei malati cronici non autosufficienti**, inguaribili ma sempre curabili, in questo contributo si consiglia di 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.

Nell'ambito sanitario e in quello socio-sanitario, le LTC sono oggi inquadrate nella Lungo assistenza (p. es. Lea, articolo 30 per le prestazioni residenziali). Vista la componente sanitaria del bisogno e delle conseguenti azioni di cura, dovrebbe quantomeno essere previsto l'aggiunta dell'attributo «sanitaria» (*«lungo-assistenza sanitaria»*), o la ridefinizione in **«cure socio-sanitarie di lunga durata»** e **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.

È opportuno ricordare che tutti i profili di cura (urgenza, riabilitazione, degenza, lungoassistenza...) rientrano nei Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (Dpcm 14 febbraio 2001 e 12 gennaio 2017), che discendono direttamente dalla normativa sanitaria di base del nostro ordinamento (legge 833 del 1978 e successive modifiche). Ne consegue che ogni mancato adempimento degli obblighi di cura da parte delle

istituzioni preposte, Servizio sanitario nazionale e settori coordinati, è una violazione di legge e quindi una illegittimità.

2. QUELLO CHE NON POSSIAMO ACCETTARE – Essere privati del diritto alla salute

No ad un sistema privatistico-assicurativo con assistenza minima per gli esclusi, ovvero chi non può permettersi la polizza privata

È urgente e assolutamente prioritario **porre freno** al concreto «arretramento» del Servizio sanitario, in corso da almeno un quarto di secolo, che procede a ritmi serrati, peraltro molto diffusi nell'ambito socio-sanitario della non autosufficienza, specialmente attraverso provvedimenti approvati dalle Regioni, non aderenti alla normativa nazionale in materia Lea.

Il pensiero va allo **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 e della sanità cosiddetta integrativa, all'interno dei contratti di lavoro: il singolo paga un premio a fronte di una “copertura danni”, ma riceve in base a quanto paga e con vincoli crescenti in base alle condizioni (categorie non assicurabili, aumento del premio in base al rischio...);
- 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. Un sistema che richiama da vicino le «liste dei poveri», che credevamo superate e che vedevano i non occupati o gli ex lavoratori in carico agli Enti pubblici o caritatevoli, esclusi allora dalle tutele delle casse mutue. Tutele che erano, sì inferiori a quelle del Servizio sanitario nazionale post 1978, ma pur sempre modellate su un criterio mutualistico/solidaristico della corresponsione del poco di tutti a beneficio di quanto sarebbe servito in futuro per affrontare il fabbisogno di prestazioni (come da slogan: «dare una lira al mese per ricevere una lira al giorno»);

I due effetti descritti prefigurano uno scenario, che oggi è già in parte concretamente funzionante, ma che viola le norme attuali (dalla Costituzione, a scendere): un sistema privatistico-assicurativo, che prevede una residua assistenza per gli esclusi non assicurati.

Nell'ultimo quarto di secolo, questo sistema ha **già dimostrato di essere causa dell'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. In parallelo, sempre più prestazioni non garantite, 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”, come sta già accadendo con la richiesta della prova dei mezzi (Isee) per l’accesso a contributi domiciliari o Rsa.

La tutela della salute, quindi, 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, nell’attuale quadro di tutele dei Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, fa ancora scandalo la negazione di una cura ad un malato – 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.

Così come non è considerato «ingiusto» che un lavoratore di reddito medio non possa avere accesso a determinati beni (auto di lusso, aerei privati, abitazioni di valore catastale oltre il milione di euro, ecc.), 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.

3. QUELLO CHE DOBBIAMO AGGIUNGERE – Un’indennità per la non autosufficienza.

Un sistema previdenziale pubblico contro il rischio non autosufficienza – modello Inail – adeguando l’indennità di accompagnamento alle nuove esigenze (comma 2, art. 38 Cost. – modifica dell’indennità accompagnamento).

Per coloro che presentano una condizione di non autosufficienza, alle tutele del Servizio sanitario nazionale è necessario che venga **collegato e coordinato** (è previsto dall’articolo 1 della legge 833/1978) **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 **sia ribadito il principio che il lavoratore malato e non autosufficiente sia tutelato da entrambi i sistemi**: dal Sistema sanitario universalistico (Lea sanitari e socio sanitari = Servizio sanitario nazionale) in base all’articolo 32 della Costituzione e senza limitazioni e condizioni non sanitarie (no Isee, no condizioni famigliari...). Dal sistema previdenziale potenziato se in condizione di non autosufficienza, sia esso lavoratore, ex lavoratore, o persona non in grado di lavorare.

Come nel caso delle indennità previdenziali riconosciute a determinate categorie di fruitori (non vedenti, non udenti...) le tutele del sistema previdenziale potenziato sono da prevedere **in aggiunta** alle tutele del Servizio sanitario attraverso il potenziamento dell’indennità di accompagnamento Inps attuale, erogata come diritto soggettivo in base alla sola minorazione (legge 18/1980).

Il Sistema previdenziale oggi in essere va potenziato e rafforzato in senso mutualistico/solidaristico “in entrata” (cioè, come fonte di finanziamento) e universalistico “in uscita” per le prestazioni erogate come diritto soggettivo al solo titolo della minorazione (come già previsto dalla legge 18/1980 per l’indennità di accompagnamento), **adeguando e aumentando l’importo dell’attuale indennità di accompagnamento**, eventualmente con un sistema graduato.

Le risorse aggiuntive necessarie a questo potenziamento potrebbero essere recuperate istituendo una contribuzione aggiuntiva a carico dei datori di lavoro e dei lavoratori, i cui contributi gestiti dal settore pubblico sarebbero così indirizzati ad un sistema pubblico universalistico di garanzie e di tutele, anziché come accade oggi al sistema di welfare aziendale privatistico-assicurativo, che è meno tutelante soprattutto per gli esclusi e per i lavoratori con contratti “deboli”, e che sottrae importanti risorse al Servizio sanitario pubblico.

L'Inps interverrebbe «in uscita» con le modalità in uso per l'indennità di accompagnamento, opportunamente potenziata.

Il Servizio sanitario potenziato dalle cure di lunga durata pienamente riconosciute come Lea e, in aggiunta, il Sistema previdenziale potenziato, collegato e coordinato con esso, concorrerebbero così alla costruzione del Piano individualizzato, del budget di cura – fissato da norme di Livello essenziale – e del relativo finanziamento.

4. QUELLO CHE DOBBIAMO POTENZIARE – Leps circoscritti, ma efficaci.

Un servizio socio-assistenziale che si concentri su chi è inabile e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere per il mantenimento e l'assistenza «a valle» dell'intervento di tutti gli altri settori (sanità, previdenza...).

Nel caso l'anziano malato cronico non autosufficiente necessita **anche** di prestazioni sociali e assistenziali aggiuntive alle prestazioni socio-sanitarie Lea, la commissione di valutazione (Uvm o simili) sarà integrata da personale degli Ats e all'utente sarà richiesta la presentazione della situazione economica personale (Isee), 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 contestualmente all'arretramento del Servizio sanitario, il Servizio socio-assistenziale comunale è stato caricato di funzioni non pertinenti dal punto di vista giuridico (di risposta a esigenze sanitarie, ma con dinamiche selettive) e di proporzioni insostenibili, sotto il profilo delle risorse, per le dimensioni del servizio stesso.

Predisponendo il sistema sanitario-previdenziale come prima descritto rimarrebbe 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 I 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 dei sistemi sanitario e previdenziale. Queste ultime vanno loro erogate senza che i Servizi socio-assistenziali possano limitarne in alcun modo l'intervento, attraverso meccanismi di selezione;