

# IL SISTEMA SANITARIO E SOCIOSANITARIO IN ITALIA



## **Indice**

Introduzione .....	2
Capitolo 1: LA SANITA' .....	3
A - Lo scenario attuale .....	3
B - La prevenzione e l'educazione sanitaria .....	5
C - Il personale .....	5
D - La rete ospedaliera .....	5
E - La ricerca .....	6
F - L'assistenza territoriale .....	7
G - Il percorso di cura .....	8
H - Il finanziamento .....	8
I - Le tempistiche .....	8
Capitolo 2: LA NON AUTOSUFFICIENZA .....	8
A. Il percorso di accompagnamento .....	9
B. La telemedicina e la teleassistenza .....	10
C. L'assistenza domiciliare .....	10
D. I caregiver familiari .....	11
E. Le Rsa .....	11
F. Il finanziamento .....	12
ALLEGATO A .....	13
ALLEGATO B .....	21

## Introduzione

Prima di qualsiasi riflessione relativa al sistema di welfare italiano e alle sue proposte, riteniamo che sia necessario una valutazione e un'analisi, da parte di tutta la Cisl e dell'intero Paese, di ciò che è derivato dalla riforma del titolo V della seconda parte della Costituzione Italiana, anche a livello delle competenze dei diversi livelli istituzionali (Governo, Regioni, Province, Comuni).

La pandemia causata dal Covid-19, che si è scatenata nel 2020 e sta continuando ad operare nel 2021, ha evidenziato le debolezze già presenti nel nostro sistema sanitario e sociosanitario. Una sanità pubblica, depotenziata per oltre 15 anni sia sul versante del finanziamento, sia su quello dei servizi da continue riorganizzazioni, riduzioni del personale, piani di rientro, accorpamenti e tagli di presidi che hanno ridotto notevolmente la sua capacità di risposta ai bisogni di salute.

Malgrado ciò, il Sistema sanitario, pur con la sua fragilità, è stato in grado di contenere gli effetti drammatici della pandemia, grazie anche al lavoro degli operatori, che si è caratterizzato attraverso slanci di infinita generosità e dedizione. Ciò ha reso la società italiana più consapevole dell'importanza di un servizio sanitario Universalistico e Pubblico.

Inoltre ha reso evidente il fatto che il comparto della sanità non può essere più percepito come una voce di spesa con costi elevati, bassi livelli di produttività e diffuse inefficienze. Al contrario, il settore della salute è da rilanciare come una grande fabbrica di produzione che fornisce un notevole contributo non solo al benessere delle persone, ma anche all'economia e alla crescita del Paese.

La sanità in Italia poggia su fondamenta ben strutturate, che trovano il loro principale atto nella Costituzione Repubblicana che, dalla sua entrata in vigore il 1° gennaio 1948 ha posto le basi per il moderno sistema sanitario in Italia. L'articolo 32, contenuto nella Parte I - Diritti e doveri dei cittadini al Titolo II - Rapporti etico-sociali, recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

È da questi principi che poi scaturisce il nostro modello di sanità fondato sui principi di universalità e solidarietà realizzato con la Riforma sanitaria - Legge 883 del 1978-e con gli interventi riformatori che sono intervenuti negli anni seguenti, fino al D.lgs 229/1999, che ha recuperato i principi fondamentali, ispiratori della 833/88, rilanciando il Servizio sanitario nazionale, del quale, oggi andiamo fieri e del quale ci sentiamo tutti in dovere di proteggere e difendere.

E' per questo che il capitolo della tutela del diritto della salute deve diventare, da qui in avanti, una questione prioritaria, che esige un forte impegno, da parte di tutti, mirato alla ricostruzione e al rilancio di sistema un sanitario e socio-sanitario di qualità.

Una riorganizzazione che deve passare attraverso una "rivoluzione" dell'attuale sistema, oggi focalizzato sulla patologia, ad un sistema centrato sulla salute, in un contesto di prevenzione e promozione della stessa, da sviluppare nell'ambito della rete dei servizi territoriali.

Obiettivo oggi raggiungibile, grazie anche alle risorse messe a disposizione dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Il PNRR, infatti, prende atto della drammatica esperienza del Covid, e riconosce l'importanza strategica di dotare il Paese di un Ssn efficiente ed efficace.

In questo senso, volta pagina rispetto ai finanziamenti “contingentati e provvisori” in quanto collegati alla gestione della pandemia, e avvia un percorso di riforma – strutturale e finanziaria - del Sistema salute, con un’attenzione specifica a quegli ambiti assistenziali, che ancora oggi, rappresentano l’anello più debole di tutta la catena del Sistema sanitario, a partire dalla rete dei servizi territoriali.

Certamente le risorse messe in campo (complessivamente 20,23 mld di euro) non sono ancora sufficienti per una complessiva riorganizzazione del sistema salute, ma si tratta, comunque, di un investimento significativo ed importante.

Di seguito abbiamo provato ad elaborare qualche proposta (che non ha la pretesa di ritenersi esaustiva di tutti i problemi di questo settore) partendo anche dalle principali incognite che sussistono avendo cura di calare le nostre riflessioni nel contesto programmatico attuale.

Per una questione meramente pratica abbiamo scelto di insistere, dopo una necessaria contestualizzazione dell’attuale scenario, su due capitoli principali: il primo legato al mondo sanitario e il secondo a quello sociosanitario e della non autosufficienza, che non possono essere letti come slegati l’un con l’altro. Infatti è necessaria in Italia una riforma complessiva dei settori sanitario, sociosanitario e sociale, che si muova nella direzione di una loro ricomposizione e riorganizzazione. Questo progetto necessiterà di *step* intermedi di valutazione.

All’interno dei capitoli sono presenti dei paragrafi tematici che analizzano ogni singolo argomento. L’idea è di presentare un canovaccio (inteso nel senso letterario-teatrale del termine) molto semplice e snello da leggere, che può essere integrato ed ampliato.

In conclusione sono presenti due appendici che riportano le proposte unitarie sulla non autosufficienza presentate da SPI CGIL, FNP CISL, UILP UIL, che già trovano alcune idee nei primi due capitoli.

## Capitolo 1: LA SANITA’

### A - Lo scenario attuale

---

A conferma di quanto espresso in premessa, il virus covid-19 ha colto il Paese con una struttura pubblica inadeguata nel garantire i servizi universali facendo ritornare di grande attualità il ragionamento sul fatto che nessun sistema economico può sopravvivere senza un welfare forte ed efficiente, dove Sanità, Pubblica Amministrazione e Istruzione rappresentano importanti fattori di sviluppo.

In particolare, quattro problemi apparsi chiari in questi lunghi mesi, trovano una risposta strategica nei documenti sindacali del periodo recente e nella presente riflessione:

1. la difficoltà di coordinamento fra l’Amministrazione sanitaria nazionale e gli Enti territoriali;
2. la concentrazione della sanità nei grandi poli nosocomiali a scapito della prevenzione e dell’organizzazione sui territori che durante la pandemia avrebbero potuto fare da filtro;
3. una sanità non rispondente all’evoluzione sociale e demografica del Paese che al crescere delle condizioni di fragilità – in particolare legate ad anziani e persone disabili – richiede maggiore investimento nell’assistenza socio sanitaria e socio assistenziale;
4. la riscoperta di un Paese impoveritosi sul versante della ricerca, della produzione industriale elettromedicale e biomedicale e di attrezzature protettive di consumo.

Dopo oltre un anno di investimenti sul fronte della lotta alla pandemia, attraverso svariati decreti emergenziali (cura Italia, liquidità, rilancio, agosto, ristori, sostegni) più orientati su una dimensione congiunturale e quindi legati alla lotta al virus, il recente PNRR si pone l'obiettivo di voltare pagina e avvia un percorso di riforma – strutturale e finanziaria - del Sistema salute.

In particolare il Piano mira a potenziare e riorientare il SSN in termini di efficacia per rispondere ai bisogni di cura delle persone investendo una cifra intorno ai 16 mld nel periodo 2021/26 nella cosiddetta missione 6 che, insieme agli altri fondi UE e al fondo complementare nazionale, porteranno le risorse disponibili ad oltre 20 miliardi di euro citati in premessa.

Finanziamenti importanti che non compensano ancora il pesante disinvestimento degli anni passati da orientare su due filoni progettuali:

- **“reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale”** per rafforzare la connessione fra ospedale e territorio, con finalizzazioni sulle Case della comunità, l’assistenza domiciliare e lo sviluppo delle cure intermedie;
- **“innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN”** con l’obiettivo di intervenire sull’aggiornamento tecnologico, sull’innovazione delle infrastrutture e, finalmente, su un nuovo investimento nella ricerca bio medica.

Importante la previsione di insistere sulle risorse umane con uno stanziamento specifico sulla voce “sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario” rispetto alle quali riteniamo si debba operare attraverso un robusto piano assunzionale secondo gli orientamenti del capitolo di cui al punto C del presente testo.

Gli aspetti contenuti nel Piano sopra descritto andranno a svilupparsi attraverso due interventi di riforma specifici che riguarderanno, in primis, i Servizi sanitari di prossimità e le strutture e standard per l’assistenza sul territorio mentre un secondo intervento riformatore andrà realizzato nell’area dell’Innovazione, della ricerca e della digitalizzazione e riguarderà la revisione degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e le politiche di ricerca del Ministero della salute, con l’obiettivo di rafforzare il rapporto fra ricerca, innovazione e cure sanitarie.

Va detto che il PNRR riscontra molte delle istanze che da tempo la CISL e la FNP Cisl sollecitano al Governo. Questo dimostra un percorso di elaborazione e vertenziale mai sopito che trova sintesi su alcune traiettorie assunte in questi anni nelle piattaforme sindacali:

- prevenzione e della promozione della salute;
- potenziamento dei servizi territoriali;
- diritto alla vita indipendente degli anziani e del sostegno alla non autosufficienza;
- superamento delle disuguaglianze e dei divari territoriali riferiti ai livelli essenziali di assistenza;
- aggiornamento della progettazione per il welfare sociosanitario digitale e la domotica;
- qualità e della sicurezza dei luoghi di cura;
- investimenti nella ricerca scientifica e sanitaria;
- definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da associare ai livelli essenziali di assistenza;
- investimenti sul personale;
- governance più appropriata del sistema salute per ridurre sprechi e corruzione, anche attraverso un rafforzamento serio della partecipazione democratica e della Contrattazione sociale.

## B - La prevenzione e l'educazione sanitaria

---

Il tema della prevenzione e della promozione dei corretti stili di vita deve rappresentare il fulcro di partenza del Sistema sanitario nazionale (Ssn) e non un mero orpello decorativo. Importante rimettere al centro del ragionamento una strategia complessiva con l'obiettivo di arrivare in salute all'età anziana.

In particolare occorre perseguire l'obiettivo di sviluppare e garantire un sistema di educazione sanitaria attraverso interventi programmati e suddivisi a seconda delle fasce d'età. In modo particolare sono tre le categorie che andrebbero maggiormente sensibilizzate:

- **i bambini e i ragazzi** - coinvolgendo il mondo della scuola e dell'istruzione, attraverso progetti di informazione ed educazione alla salute, anche con la presenza di medici nelle attività scolastiche;
- **gli anziani** - coinvolgendo gli enti pubblici locali e il mondo del Terzo settore, attraverso specifici progetti di informazione e sensibilizzazione, accanto ad attività di motoria dolce (es. corsi di ginnastica, gruppi di cammino, ecc.);
- **i lavoratori** - coinvolgendo le associazioni imprenditoriali e le organizzazioni sindacali, attraverso un'efficace attività di promozione e tutela della salute delle comunità e degli individui negli ambienti di vita e di lavoro.

Per poter raggiungere questi obiettivi, serve un rafforzamento organizzativo e funzionale dei Dipartimenti di prevenzione delle Asl.

## C - Il personale

---

I temi legati al personale dei settori sanitario e sociosanitario impattano in maniera decisiva sul buon funzionamento di tutto il sistema di welfare italiano.

Le principali problematiche legate al capitale umano, anche a seguito del sottodimensionamento del turnover imposte dalla normativa nazionale, sono:

- l'età media elevata di tutto il personale sanitario e sociosanitario;
- la mancanza di medici di medicina generale (Mmg);
- l'elevato tasso di precarizzazione dell'attuale forza lavoro;
- la mancanza di personale delle strutture residenziali sociosanitarie perché si trasferisce nelle strutture ospedaliere;
- l'elevata differenziazione contrattuale all'interno delle strutture pubbliche e private;
- numeri chiusi per l'ammissione agli studi universitari delle professioni sanitarie;
- incertezza nella definizione della figura degli Oss.

Occorre garantire che, accanto alla stabilizzazione dei lavoratori precari, un numero sempre maggiore di personale **curi le persone a domicilio** attraverso monitoraggio e visite periodiche. Le figure del medico di comunità, dell'infermiere di comunità e di famiglia devono ottemperare a questi bisogni, fungendo anche da punto di congiunzione con gli altri soggetti che si occupano della persona (familiari, *caregiver*, assistenti sociali).

## D - La rete ospedaliera

---

Il sistema ospedaliero italiano rappresenta un'eccellenza europea e mondiale. Questo enorme valore aggiunto ha retto e sta reggendo, nonostante sia messo a dura prova dalla pandemia.

L'impianto organico che prevediamo riprende in buona parte quanto definito con il Decreto ministeriale 70 del 2015 e gerarchicamente vede:

- A. le **aziende ospedaliere centrali**, che devono garantire e sviluppare un sistema prioritariamente per le cure degli acuti, le urgenze (Dea) e le alte specialistiche, con gli interventi complessi e le cure ad alta intensità;
- B. i **presidi ospedalieri locali**, che svolgono le funzioni ospedaliere di base e le principali specializzazioni. Sono afferenti alle Asl e sono in integrazione con i distretti e la rete territoriale;
- C. i **distretti** e i **punti welfare territoriale** (cfr. cap. 1 E L'assistenza territoriale);
- D. le **strutture semiresidenziali e residenziali territoriali** (cfr. cap. 2 A Il percorso di accompagnamento).

Occorre organizzare l'intera rete ospedaliera rispetto alla popolazione di riferimento, alle specificità territoriali, alla presenza di Università e Centri di ricerca, al fine di migliorarne l'efficacia e l'efficienza.



Riteniamo necessario rimarcare una distinzione fondamentale che si inserisce all'interno del presente schema, ovvero un sistema che si basa su due parti:

- **Sanità e Ricerca**, che si occupi della cura delle acuzie e della ricerca (cfr. cap. 1 D La ricerca) e trova i suoi attori principali nelle aziende ospedaliere centrali e nei presidi ospedalieri locali (A e B);
- **Salute e Benessere**, che si occupi dell'assistenza sociosanitaria e sociale grazie a tutti gli attori della filiera territoriale (C e D).

Queste due parti, rappresentano anche due modelli, due culture organizzative e di intervento: la specializzazione e l'integrazione; che devono essere distinte e differenti perché rispondono a due tipologie di bisogni diversi delle persone, ma al tempo stesso devono anche essere in grado di dialogare tra di loro.

## E - La ricerca

Seguendo l'impostazione descritta nel paragrafo precedente, lo Stato sarebbe costretto ad aumentare anche il finanziamento dedicato alla ricerca investendo una quota di risorse che vada oltre quanto previsto dall'attuale Piano di Ripresa e Resilienza; infatti i dati dimostrano che non è vero che l'efficientamento prodotto sulla grande rete ospedaliera produce quel risparmio che finanzia ed alimenta la rete distrettuale dei servizi.

Inoltre uno dei lasciti della pandemia è quanto sia importante ed indispensabili investire nel settore della ricerca scientifica e nello sviluppo della tecnologia e degli investimenti, che fanno a capo alle grandi Aziende Ospedaliere, agli IRCCS e ai Centri di ricerca, dialogando in maniera sinergica con il mondo accademico ed universitario.

## F - L'assistenza territoriale

---

Lo sviluppo di una rete di assistenza territoriale si è dimostrata come una delle mancanze più evidenti per diversi sistemi sanitari e sociosanitari regionali. Occorre sviluppare una medicina di territorio che deve occuparsi di prendere in carico la persona, e sviluppare l'assistenza primaria territoriale sia con riferimento alla cronicità che all'assistenza domiciliare, e deve inoltre sviluppare la rete di psichiatria, della riabilitazione e della prevenzione.

Occorre utilizzare l'approccio "*one stop shop*", ovvero la presenza di un luogo fisico che ricompona tutte le risorse di aiuto di un territorio, che semplifica i percorsi di accesso e assicura un'informazione aggiornata. Questo luogo può essere identificato con il Distretto e il Punto welfare territoriale. È necessario fornire a questi luoghi il personale adeguato in numero e per specialità, in riferimento alla popolazione del territorio.

Il **Distretto** deve essere ri-potenziato in tutte le Regioni, in modo particolare in quelle dove negli anni sono stati indeboliti; si pone come luogo di governo, coordinamento ed erogazione di tutti i servizi sociali e sociosanitari sul territorio (medicina del territorio, certificazioni, supporto alle fragilità, diagnostica, assistenza domiciliare, salute mentale, cure palliative, consultori, riabilitazione, ecc...). Il potenziamento del ruolo del Distretto passa anche attraverso un suo riconoscimento come soggetto giuridico del sistema, con un assetto organizzativo che prevede risorse umane e risorse economiche adeguate, un dichiarato potere di intervento diretto sui soggetti gestori, ed un intervento di controllo. In sintesi il Distretto dovrà godere di:

- autonomia organizzativa,
- autonomia programmatica,
- autonomia di controllo,
- autonomia economica.

Il **Punto welfare territoriale** è una struttura polivalente in grado di favorire l'integrazione socio-sanitaria e di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni sociosanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie. Deve rappresentare il luogo della partecipazione democratica dove i cittadini e le associazioni di tutela dei pazienti contribuiscono alla programmazione dei servizi e delle attività e sono chiamati a valutare i risultati ottenuti in termini di salute e di benessere percepito.

All'interno della struttura devono trovare collocazione gli studi dei medici di medicina generale e deve essere garantita la continuità assistenziale possibilmente 7 giorni su 7 e per le 24 ore attraverso il lavoro in team con i medici di continuità assistenziale e di emergenza territoriale, oltre che degli infermieri di comunità. Sono parte integrante dei Punti welfare territoriali anche gli ambulatori della specialistica ambulatoriale e deve essere adeguatamente rappresentato il

personale appartenente alle professioni sanitarie, con particolare riferimento a quello afferente alle aree della riabilitazione e della prevenzione e quelle riconducibili ad alcuni profili sociali (assistenti sociali etc).

### **Ruolo dei sindaci**

In ogni Asl viene istituita la Conferenza dei Sindaci, mentre in ogni nuovo Distretto verrà istituita l'Assemblea dei Sindaci di Distretto.

Quest'ultimo svolge la funzione di elaborare e approvare il **Piano di Zona del Distretto**, che ha il compito di programmare tutte le politiche di welfare del territorio (sociali, abitative, non autosufficienza, ecc.). A tal fine, continuiamo ad insistere sulla necessità di valorizzare la dimensione partecipata ai "piani di zona" così come previsto dalla legge 328/2000.

### **G - Il percorso di cura**

---

La parte "strutturale" descritta deve essere accompagnata da dinamiche di processo che permettano ai vari operati di interagire in maniera efficace, al fine di definire ed attuare percorsi di cura adeguati per i pazienti, in modo particolare per quelli che soffrono di **patologie croniche**.

È necessario definire percorsi di prevenzione e di appropriatezza delle attività assistenziali, terapeutiche e diagnostiche in regime territoriale, con particolare attenzione alla **continuità assistenziale**.

Occorre inoltre limitare il problema dei **tempi di attesa**, compatibilmente con una redistribuzione dell'offerta e monitorare l'appropriatezza dei tempi di degenza con particolare attenzione agli accessi e percorsi in pronto soccorso.

### **H - Il finanziamento**

---

Al fine di rendere concrete tali progettualità bisogna garantire adeguati finanziamenti, grazie anche alle risorse che arriveranno a livello europeo, e stanziare contributi a fondo perduto per finanziare le eventuali nuove strutture e per le assunzioni del personale.

### **I - Le tempistiche**

---

Per attuare e realizzare tutte queste proposte, occorre adottare un **cronoprogramma** che indichi gli obiettivi concreti elencati in precedenza ed accanto ad essi devono essere indicate delle scadenze precise, con *step* di verifica a livello nazionale, regionale e locale. Questo principio andrebbe adottato per ogni tipologia di politica attuata.

Nell'ambito sanitario occorrerà monitorare affinché si proceda a combattere il malaffare, gli sprechi, le inefficienze e le diseconomie, aumentando la competenza e la meritocrazia di sistema.

## **Capitolo 2: LA NON AUTOSUFFICIENZA**

Il settore della non autosufficienza in Italia soffre di una frammentazione su più livelli: i soggetti istituzionali coinvolti, le numerose risposte messe in campo, i molteplici strumenti di valutazione per l'accesso alle misure. Queste frammentazioni, unite alla scarsa informazione, causano confusione nella popolazione.

Un efficace ripensamento della non autosufficienza deve passare inevitabilmente da una maggiore integrazione tra i settori sociosanitario e sociale, per quest'ultimo vanno definiti i livelli essenziali

delle prestazioni (LEP).

## A. Il percorso di accompagnamento

Mantenere la persona anziana con fragilità nel proprio contesto abitativo, familiare e sociale, è generalmente considerata una delle strategie più efficaci, anche se sappiamo che questo non è sempre possibile.

Occorre quindi definire ed attuare un percorso di accompagnamento per l'anziano, che preveda degli *step* precisi (comprensivi di personale, ausili, teleassistenza) che seguano l'andamento e il peggioramento delle condizioni della persona:

- **domicilio e co-residenzialità** - prima di attivare i servizi per la non autosufficienza, esistono alcune prestazioni prettamente di carattere sociale che permettono alla persona fragile di essere aiutata. Es. forme di abitazione sociale e/o condivisa, interventi di trasporto e di consegna di beni a domicilio, interventi di prossimità e di contrasto alla solitudine.
- **servizi domiciliari** - sono finalizzati al mantenimento dell'anziano non autosufficiente presso il proprio domicilio. Es. servizio di assistenza domiciliare (Sad), residenzialità assistita, assistenza domiciliare integrata (Adi). In proposito trattasi di servizi che, per quanto previsti dai LEA, andrebbero rafforzati per intensità superando gli attuali divari territoriali, e meglio definiti rispetto alla genericità della loro definizione, superando l'attuale mancanza di standard organizzativi e gestionali (*questo volendo si può anche omettere è giusto una puntualizzazione*);
- **servizi semiresidenziali** - sono erogati in strutture di tipo diurno per una parte della giornata; sostengono gli anziani in condizioni di parziale autosufficienza o di grave decadimento cognitivo. Es. centro diurno integrato (Cdi), rsa aperta;
- **servizi residenziali** - sono strutture che accolgono la persona anziana non autosufficiente, di prassi, in via definitiva. Es. comunità sociosanitaria (Css), residenza sanitaria assistenziale (Rsa).

È quindi necessario un progetto legislativo unitario che disciplini questo settore.

Vedi ALLEGATO A - ALLEGATO B.



## B. La telemedicina e la teleassistenza

---

La telemedicina è l'evoluzione digitale della medicina tradizionale; non la sostituisce ma la affianca e la integra con nuove modalità. Lo stesso meccanismo accade parallelamente per la teleassistenza.

È un fenomeno già in atto e che in continua diffusione sia in ambito medico/sanitario che di assistenza/sociosanitario; offre nuove soluzioni per un'assistenza alla popolazione più tecnologica, dinamica e soprattutto maggiormente vicina alle persone. La pandemia causata dal virus Covid-19 ha sicuramente dato un'accelerazione positiva alla diffusione della telemedicina.

Lo sviluppo di questo strumento sarebbe particolarmente importante soprattutto nelle zone dove la medicina territoriale rappresenta un grave mancanza.

Tra le tipologie di medicina a distanza, le più diffuse sono:

- **televisita** (medico-paziente) consiste in un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, eventualmente supportato dal *caregiver*;
- **teleconsulto medico** (medico-medico) è l'interazione tra il medico e i colleghi sulla situazione clinica del paziente, il quale può anche presenziare alla videochiamata;
- **teleconsulenza** (medico-professionista-paziente) consiste in una consulenza medico-sanitaria a distanza alla quale partecipano il medico e altri professionisti sanitari che possono anche non essere medici, quali infermieri, fisioterapisti;
- **teleassistenza** (professionisti-paziente) si basa sull'interazione in videochiamata o a distanza tra i professionisti sanitari e il paziente/*caregiver*;
- **telerefertazione** (medico/strutture sanitarie-paziente) è un servizio già ampiamente diffuso di trasmissione e consultazione da remoto con sistemi digitali e di telecomunicazione, delle prestazioni, esami clinici ed esami strutturali.

Esistono inoltre altre tipologie che non sono ancora ampiamente diffuse, ma stanno sempre più emergendo: teleriabilitazione, telemonitoraggio, telecertificazione.

## C. L'assistenza domiciliare

---

I servizi domiciliari a bassissima intensità rivolti alle persone ancora autosufficienti ma considerati socialmente fragili devono rispondere all'idea di creare infrastrutture comunitarie, che non lascino da sola la persona, ma la accompagnino nel percorso di cura.

Le cure domiciliari devono rientrare nel quadro dei Lea garantiti nei confronti della popolazione fragile: soprattutto le persone con disabilità e gli anziani non autosufficienti.

Occorre superare alcune problematiche oggi presenti, tra le quali il fatto che Adi e Sad dovranno trovare punti di convergenza, superando la dicotomia tra la gratuità della prima e la compartecipazione ai costi della seconda.

Bisogna poi implementare la co-progettazione tra enti pubblici e Terzo settore, attraverso una regia pubblica forte.

Con riferimento ai servizi di assistenza domiciliare occorre ripensare anche il ruolo del personale dedicato, infatti questi operatori sono quelli che entrano più a stretto contatto con le persone. Possono diventare, se istruiti nel modo corretto, dei preziosi mediatori coi servizi esterni (Mmg, assistente sociale, ecc) e svolgere educazione terapeutica e riabilitativa. La loro azione, oltre che di aiuto ai familiari e ai *caregiver*, avrebbe anche una forte azione di prevenzione.

## D. I caregiver familiari

---

Al fine di mantenere la persona non autosufficiente al proprio domicilio occorre sviluppare ed implementare ogni possibile servizio riconoscendo il ruolo svolto dalla rete familiare; ~~ma~~ in questo senso vi è senza ombra di dubbio la necessità ~~quella~~ di definire normativamente e sostenere i *caregiver* familiari. Occorre sviluppare una serie di interventi a sostegno di tali figure: dall'istituzione di luoghi di supporto e incontro, ad azioni di sensibilizzazione sul ruolo dei *caregiver* rivolte al sistema dei servizi ed alla identificazione in questo ambito di un riferimento preciso (*case manager*) ed alla formazione degli operatori che si occupano di accompagnare e assistere le persone fragili e le loro famiglie, così come percorsi preferenziali nel disbrigo di pratiche ed altri oneri amministrativi, sviluppare servizi di sollievo e riconoscimento ai fini previdenziali dei periodi prestati per l'attività di cura. Necessità di risposte anche nei contratti di lavoro per ampliare la tutela normativa.

Accanto a ciò sarà necessario riqualificare il lavoro svolto dalle assistenti familiari raccordandolo con il sistema dei servizi e sviluppando azioni per la regolarizzazione contrattuale.

## E. Le Rsa

---

Il sistema delle Rsa in Italia dovrebbe essere soggetto ad una revisione complessiva, in modo da uniformare le strutture con:

- un unico criterio nazionale di valutazione per l'ingresso della persona;
- regole comuni sulle dimensioni, posti letto e servizi erogati;
- uniformità nella composizione della retta e di conseguenza delle quote pagate dalle famiglie.

Proponiamo di creare strutture che non siano solamente Rsa, ma che siano in grado di aggregare anche diversi servizi diventando dei veri e propri **Centri locali di assistenza**, che possono associare eventualmente più unità di offerta e servizi per il territorio.

Questi presentano due soli livelli assistenziali:

1. Centri locali di assistenza **di base**, con un livello assistenziale di primo livello;
2. Centri locali di assistenza **avanzati**, con a livello assistenziale più avanzato e maggiormente intenso.

Accanto a questi esistono i:

3. Centri locali di assistenza **per Alzheimer**, finalizzati ad accogliere persone ad elevato livello di assistenza sanitaria e infermieristica per trattamenti specifici e limitati nel tempo di pazienti affetti da demenze degenerative;
4. Centri locali di assistenza **per Stati Vegetativi**, finalizzati ad accogliere pazienti in stato vegetativo permanente o a minima responsività, clinicamente stabilizzati con rischio di complicanze;

In questo modo si avrebbe una maggior appropriatezza delle cure che, unita ad una rivisitazione del sistema delle cure per le degenze di transizione e della continuità assistenziale, renderebbe l'assistenza più vicina ai reali bisogni dell'anziano non autosufficiente.



### **Compartecipazione alla spesa della retta**

Il tema della compartecipazione alla spesa che la persona (e la famiglia) devono sostenere per pagare una parte dell'assistenza per le persone accolte nelle strutture, è sicuramente uno dei temi più sentiti dalla popolazione e una delle azioni su cui come sindacato possiamo e dobbiamo agire.

La **quota sanitaria**, secondo quanto stabilito dalla legislazione vigente, deve essere pari al 50% della spesa totale e deve essere corrisposta dal Servizio sanitario nazionale (che poi opera in questi casi attraverso i Ssr). Molte Regioni non pagano tale corrispettivo, ma cifre inferiori e perciò contribuiscono non totalmente a garantire i livelli adeguati di assistenza sanitaria.

Inoltre occorrerebbe regolare anche l'altra parte della rete, ovvero la **quota alberghiera** (o sociale) che è a carico delle famiglie, secondo criteri di sostenibilità, garantendo uno standard adeguato di servizi.

### **F. Il finanziamento**

---

Oltre a quanto già riportato per il finanziamento della sanità, occorre ricomporre in un Fondo unico tutti i fondi e le fonti di finanziamento, che giungono anche dai diversi attori istituzionali e non, legati al sociale, al sociosanitario e alla non autosufficienza o per lo meno giungere a ad un'unica programmazione nazionale dei vari fondi.

## ALLEGATO A



### Una proposta nazionale unitaria sulla non autosufficienza

Roma 22 febbraio 2018

La non autosufficienza è uno dei grandi temi della nostra società. Già oggi quasi 3 milioni di persone hanno bisogno di aiuto per le esigenze della vita quotidiana. Si tratta di una condizione che riguarda principalmente le persone anziane, ma non solo, e che ha una forte specificità sanitaria: è il peggioramento dello stato di salute (che può essere aggravato da condizioni sociali critiche) a non consentire più l'autonomia.

È tuttavia indubbio che esista una correlazione con l'invecchiamento e che l'aumento della durata media di vita porti a un aumento del rischio di incidenza della non autosufficienza. Le persone anziane rappresentano il 22,6% del totale della popolazione italiana, pari a circa 13,5 milioni di persone, e si stima cresceranno ancora fino ad arrivare nei prossimi 20 anni a sfiorare il 30% della popolazione. Oggi, il numero di anziani non autosufficienti supera i 2,5 milioni ed è, con ogni probabilità, destinato ad aumentare.

Sebbene la speranza di vita sia fortunatamente in continua crescita e sia tra le più alte al mondo, con 80,6 anni per gli uomini e 84,9 anni per le donne, nel nostro Paese si vive più al lungo, ma si vive peggio, in quanto le malattie croniche invalidanti si presentano in media circa 1,5 anni prima rispetto ad altre nazioni europee.

Milioni di famiglie si trovano ad affrontare quotidianamente, spesso da sole, senza l'appoggio di servizi assistenziali, sociosanitari e sanitari adeguati, i grandi disagi, le sofferenze e il rischio di impoverimento che la non autosufficienza porta con sé.

Nel *Documento conclusivo dell'indagine sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale*, votato all'unanimità dalla Commissione Sanità del Senato il 10 gennaio 2018, si legge: "Nel nostro Paese, in più della metà dei casi (64%) è la famiglia ad occuparsi della cura e dell'assistenza della persona anziana affetta da patologie croniche (...)". Non a caso, l'Italia è il Paese dell'area Ocse con la più elevata percentuale di familiari che prestano assistenza a persone anziane o disabili in modo continuativo. Si stimano oltre 3 milioni e 300mila caregiver familiari che assistono adulti (*Indagine multiscopo Istat 2011*) e oltre 800mila assistenti familiari retribuiti (*Pasquinelli 2013*). La soluzione più diffusamente adottata è infatti, come noto, l'assunzione di assistenti familiari, peraltro scarsamente o del tutto non professionalizzati, senza un appropriato aiuto delle istituzioni nazionali e locali.

Va evidenziato che è in atto anche un profondo cambiamento della struttura della famiglia, che si riduce nel numero dei componenti e vede un aumento molto significativo delle famiglie costituite da una sola persona. Un mutamento che avrà ovviamente conseguenze significative anche per quanto riguarda la non autosufficienza.

La non autosufficienza ha, inoltre, una forte specificità di genere, poiché una parte rilevante delle persone non autosufficienti sono donne, solitamente più longeve e con più comorbilità.

Senza dimenticare che la gran parte dei familiari che se ne prendono cura e degli assistenti familiari, è rappresentata da donne.

Di fronte a questi profondi cambiamenti, non ancora sufficientemente compresi non solamente dalla medicina e dalle scienze umane, ma anche dalla politica, la risposta finora data dalle Istituzioni è stata frammentaria, inadeguata e disorganizzata, con un uso delle risorse spesso insufficiente, inappropriato e disomogeneo.

Una risposta frammentata nelle responsabilità; nella spesa e nelle risorse; negli interventi e nei servizi.

Le responsabilità sono frammentate, tra Stato nazionale, Regioni, Comuni. E questo acuisce ulteriormente le differenze territoriali non solo tra le diverse Regioni, ma anche all'interno di una stessa Regione.

La principale misura a carattere nazionale è l'indennità di accompagnamento, che prevede un contributo di 515 euro al mese, non sufficiente neanche a coprire il 50% del costo di un assistente familiare regolarmente assunto.

Per quanto riguarda specificamente le persone anziane non autosufficienti, nel 2016 la spesa per le loro cure è stata stimata in 19 miliardi di euro, pari all'1,13% del Pil. Una spesa composta: da 10,4 miliardi di indennità di accompagnamento, pari allo 0,62% del Pil; da 5,9 miliardi di spesa sanitaria, pari allo 0,35% del Pil; da 2,7 miliardi di spesa sociale dei Comuni, pari allo 0,16% del Pil (*VI Rapporto 2017-2018 Network Non Autosufficienza*).

Le tendenze della spesa sono per altro preoccupanti. Sempre secondo il *VI Rapporto NNA*, dal 2013 al 2015 la spesa pubblica per anziani non autosufficienti si è complessivamente ridotta di 1,6 miliardi di euro, principalmente a causa di una forte contrazione della spesa sanitaria (2,2 miliardi di euro in meno) e nonostante l'aumento delle indennità di accompagnamento, del Fondo nazionale per la non autosufficienza e dell'investimento sulla misura anziani del Piano di azione e coesione (Pac) nelle 4 Regioni convergenza. Secondo l'Istat, inoltre, la spesa sociale dei Comuni (sulla quale transitano i Fondi nazionali) vede una riduzione della quota destinata agli anziani, compresi i non autosufficienti.

Gli anziani non autosufficienti pagano il conto sia dei processi di razionalizzazione della spesa sanitaria, sia dell'indebolimento delle risposte del welfare locale, che sceglie altre priorità.

Per quanto riguarda il Fondo nazionale per le non autosufficienze, il già citato *Documento conclusivo dell'indagine sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale* evidenzia come "Le alterne vicende del Fondo nazionale per la non autosufficienza (...) costituiscono un grave pregiudizio per il benessere delle persone e non rappresentano un vero risparmio per il bilancio pubblico".

Istituito con la legge n. 296/2006, anche grazie alla diffusa azione vertenziale e di mobilitazione di Spi, Fnp, Uilp – che nel 2005 presentarono una legge di iniziativa popolare sulla non autosufficienza a sostegno della quale raccolsero oltre 500mila firme – il Fondo ha visto finanziamenti altalenanti ma comunque sempre insufficienti. Nel 2012 fu azzerato e dal 2013 è stato progressivamente rifinanziato fino ad essere definito in forma strutturale con la legge di stabilità del 2015. La sua dotazione è stata di 400 milioni nel

2016 e di 450 milioni per il 2017 e per il 2018. A queste risorse vanno aggiunti, per il 2017, altri 50 milioni messi a disposizione dalle Regioni a statuto ordinario. Sempre nel 2017, vanno poi aggiunti in modo non strutturale 13,6 milioni di euro derivanti dalle attività, svolte dall'Inps, di accertamento della permanenza dei requisiti nei confronti dei titolari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità. Si tratta di quella campagna sui cosiddetti falsi invalidi, che tanta eco ebbe sui media e dalla quale si promettevano entrate mirabolanti, che invece non ci sono state ad evidenziare quanta parte di strumentalità ci fosse in quella stessa campagna.

Molte Regioni hanno poi negli anni previsto Fondi regionali aggiuntivi a quello nazionale, accrescendo ulteriormente le disuguaglianze nei territori.

Nel 2016, presso il Ministero del Lavoro, è stato istituito il Tavolo per la non autosufficienza, con la partecipazione delle Associazioni dei disabili e delle Confederazioni Cgil, Cisl, Uil e dei rispettivi Sindacati dei pensionati Spi, Fnp, Uilp, con l'obiettivo di arrivare nel corso della legislatura alla definizione del Piano nazionale per la non autosufficienza e alla definizione dei relativi Livelli essenziali, nel presupposto di un aumento progressivo, ma certo e significativo delle risorse. Dopo la definizione dei criteri per il riconoscimento delle disabilità gravissime da applicare uniformemente sul territorio nazionale, si è insediata la commissione scientifica per la classificazione delle gravi disabilità con la partecipazione di esperti indicati anche dalle organizzazioni sindacali Confederali e dei Pensionati. L'inadeguatezza delle risorse finora disponibili appare allo stato attuale uno degli ostacoli decisivi a produrre risultati tangibili alla definizione sia dei Livelli essenziali che di un Piano nazionale per la non autosufficienza.

Il Tavolo ha altresì confermato l'impossibilità, nel quadro normativo attuale, di superare le resistenze all'integrazione tra politiche sanitarie e politiche sociali.

Peraltro, il 12 gennaio 2017, è stato approvato in via definitiva il Dpcm che ha aggiornato dopo 16 anni i Lea sanitari. Gli articoli che vanno dal 21 al 35 trattano di assistenza socio-sanitaria. L'art. 21 rimanda a uno specifico accordo in Conferenza unificata Stato Regioni, l'emanazione di linee di indirizzo per realizzare "percorsi assistenziali integrati", nonché modalità di utilizzo delle risorse, anche con riferimento al Fondo per le non autosufficienze.

I Lea prevedono l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico, la valutazione multidimensionale del bisogno sia sanitario che sociale, il progetto di assistenza individuale (Pai), nonché i percorsi assistenziali e le cure domiciliari integrate garantite dal Servizio sanitario nazionale. Molte di queste 'garanzie' erano già presenti nei Lea del 2001 e sono rimaste sulla carta per mancanza di vincoli nella destinazione di risorse, di obiettivi e di parametri di verifica ai fini della esigibilità della assistenza integrata.

In un contesto di sottofinanziamento del Fondo sanitario nazionale, l'esiguità del Fondo nazionale per la non autosufficienza rischia di consolidare un carattere residuale dello spazio per l'integrazione socio-sanitaria e per l'assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare.

I 13mila presidi residenziali socioassistenziali e socio-sanitari accolgono 386.072 persone, in prevalenza donne anziane. Pur registrando un aumento del 3,9% rispetto al 2013, con

una disponibilità che passa così da 6,3 a 6,6 per mille abitanti, i presidi residenziali non sono ancora sufficienti a soddisfare la domanda. E parallelamente si registra in alcune realtà una riduzione della domanda a causa dei costi elevati di compartecipazione alla spesa, ai quali peraltro non sempre corrisponde una adeguata qualità delle strutture.

L'assistenza domiciliare non ha ancora standard ottimali di erogazione.

Il Sad, il Servizio di assistenza sociale domiciliare dei Comuni, dopo un periodo di crescita e potenziamento, vede a partire dal 2004 una tendenza generalizzata alla diminuzione, arrivando nel 2013 (ultimo dato disponibile *VI Rapporto 2017-2018 Network Non Autosufficienza*) a una copertura pari all'1,2%. Si tratta di una percentuale davvero modesta in rapporto al numero crescente di persone non autosufficienti, anche se c'è una grande variabilità non solo da Regione a Regione, ma anche a livello provinciale. Il decremento più significativo si è avuto tra il 2010 e il 2013 e ha riguardato praticamente tutte le Regioni dopo i tagli ai Fondi per la spesa sociale e per le non autosufficienze. Ma c'è anche una crisi strutturale del modello di assistenza, che ha le sue origini dal cambiamento di bisogni di anziani sempre più anziani, sempre più soli e sempre meno autosufficienti, per i quali le risposte offerte dal Sad non sono più adeguate. I criteri di accesso sono inoltre molto stringenti, l'iter burocratico è complesso, le quote di partecipazione sono elevate, la necessità di presentare l'Isce costituisce una ulteriore barriera.

Anche l'Adi, l'Assistenza sociosanitaria integrata, assicurata dalle Aziende sanitarie, copre una parte ridotta di persone non autosufficienti, anche se i numeri sono più elevati rispetto al Sad. Pur non coincidendo i dati di copertura forniti dalle diverse fonti, che oscillano tra il 2,8% e il 4,8% della popolazione over 65, c'è convergenza sul fatto che il livello della presa in carico è largamente insufficiente e che la media delle ore annue (tra 18 e 20) totalmente inadeguata. Malgrado l'attenuazione delle differenze tra territori, l'erogazione dell'Adi è strettamente connessa alla diversa articolazione dei sistemi sanitari regionali. Resta dunque una grande disomogeneità tra le Regioni e persino al loro interno, con differenze anche significative tra le diverse Aziende sanitarie. C'è infine una grande difficoltà di integrazione sociosanitaria, sebbene dovrebbe essere proprio alla base di questo servizio di assistenza. Come è stato anche evidenziato da una recente ricerca condotta da *Italia longeva*, network scientifico del Ministero della salute dedicato all'invecchiamento attivo, Asl e Comuni solitamente si muovono separati.

Il Cergas Bocconi osserva altresì che il livello di difficoltà delle famiglie è talmente elevato che tanto più cresce l'offerta tanto più cresce l'accesso ai servizi, senza ridurre per questo né il ricorso alle assistenti familiari né l'uso inappropriato dei servizi sanitari.

C'è dunque una frammentarietà legata alle differenze tra Regioni, con policy molto diversificate per risorse impegnate e per modalità di intervento. Ci sono differenze anche all'interno delle stesse Regioni, tra Comuni e Aziende sanitarie. C'è anche una frammentarietà a livello di legislazione nazionale, che tende oltretutto ad aumentare, con una tendenza preoccupante a spezzettare le politiche per la non autosufficienza in tante norme diverse.

Oltre alla definizione e aggiornamento dei Lea, sono state infatti approvate altre norme che interessano la non autosufficienza: la legge n.134/2015 sull'autismo; la legge

n.112/2016 sul 'dopo di noi'; il Piano nazionale per la cronicità; gli interventi legislativi a favore dei caregiver finanziati da 20 milioni di euro annui stanziati nella legge di bilancio 2018.

Nell'ambito della normativa sul Reddito di inclusione, istituito nel 2017, è stata prevista anche la creazione della Rete della protezione e dell'inclusione sociale, che ha tra l'altro la responsabilità di elaborare tre Piani nazionali, tra i quali quello per la Non autosufficienza. Una scelta che si sovrappone alle competenze del Tavolo nazionale, mentre è rimasta inevasa la richiesta unitaria dei Sindacati confederali e dei pensionati di Cgil, Cisl, Uil di convocazione dei lavori dello stesso Tavolo, inoltrata lo scorso settembre al Ministro del lavoro.

Va evitato il rischio di azzerare il lavoro fin qui svolto e in corso, che è comunque una base condivisa propedeutica alla definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni per la Non autosufficienza, così come va accelerata l'intesa in Conferenza Stato Regioni per le linee di indirizzo sulla integrazione sociosanitaria.

La pluralità di interventi, non sempre coordinati, che ha caratterizzato l'ultima legislatura ha aumentato la frammentarietà delle risposte e dei soggetti chiamati in causa, evidenziando ulteriormente sia la carenza delle risorse pubbliche che l'assenza di misure risolutive per l'integrazione.

Tra i grandi Paesi europei, in conclusione, il nostro è l'unico che non ha riorganizzato in maniera organica il suo sistema di continuità assistenziale e che è ancora privo di una politica nazionale coerente, adeguata e strutturata per la non autosufficienza, mentre è quanto mai urgente rispondere al mix di bisogni in crescita delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie.

Come Spi Cgil, Fnp Cisl, Uilp Uil rappresentiamo la maggioranza delle persone non autosufficienti, che come detto sono anziane. Siamo stati tra i primi a richiamare l'attenzione della politica, delle istituzioni e dell'opinione pubblica sulla gravità del problema; a rivendicare soluzioni adeguate; a porre la tutela della non autosufficienza al centro della nostra iniziativa sindacale e delle nostre piattaforme rivendicative, a livello nazionale e regionale (a partire dalla già citata proposta di legge di iniziativa popolare).

Oggi siamo ancora più convinti della necessità di rilanciare la nostra iniziativa e la nostra proposta unitaria, per far sì che la tutela della non autosufficienza sia rimessa al centro dell'agenda politica: dei partiti, del futuro Parlamento, del futuro Governo, delle Regioni e dei Comuni.

Crediamo che sia necessaria una legge nazionale di indirizzo generale, adeguatamente finanziata, che può avere come base di partenza la nostra proposta di legge di iniziativa popolare.

Principali obiettivi e punti cardine della nostra proposta sono:

- a) Aumentare significativamente le risorse e le competenze dedicate alla non autosufficienza, superare l'attuale inadeguatezza e ricomporre la frammentarietà degli interventi.
- b) Definire prioritariamente i Livelli essenziali per la non autosufficienza esigibili su

- tutto il territorio nazionale e, conseguentemente, individuare le risorse necessarie per garantirli.
- c) Ridurre le disomogeneità tra aree del Paese e all'interno delle stesse Regioni, favorendo la crescita di servizi di qualità adeguati, investendo maggiormente nei territori più carenti.
  - d) Fornire servizi socioassistenziali che siano accessibili anche dal punto di vista economico.
  - e) Garantire in tutti i territori il Punto unico di accesso (Pua), l'Unità di valutazione multidisciplinare, la presa in carico individuale, per valutare e decidere insieme alla persona o alla famiglia quali sono le prestazioni e i servizi domiciliari o residenziali più idonei per garantire al meglio il diritto della persona a restare nel suo ambiente di vita il più a lungo possibile e ad avere rapporti affettivi e sociali.
  - f) Valorizzare e promuovere la figura del case manager, capace di attivare e di coordinare gli interventi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali.
  - g) Riconoscere lo stato di disabilità secondo parametri scientificamente validi e omogenei su tutto il territorio nazionale e che tengano conto del bisogno assistenziale, che oggi per quanto riguarda le disabilità da invecchiamento (in particolare da pluripatologie e da demenze) è sicuramente sottoconsiderato. Definire contestualmente un progetto di intervento personalizzato, centralità della presa in carico e del piano individuale, che devono riguardare anche le persone ricoverate nelle strutture.
  - h) Necessità di coordinamento e di integrazione sociosanitaria. Oggi assistiamo, da un lato, a un processo di deresponsabilizzazione del sistema sanitario che punta a liberarsi della presa in carico della non autosufficienza, considerandola tema a carattere sostanzialmente sociale. D'altro canto, il sistema sanitario ha ancora costi elevati per una gestione inappropriata della non autosufficienza (ad esempio ricoveri inappropriati) ma i risparmi che in questi ultimi anni sono stati fatti sul fronte dell'appropriatezza hanno fortemente penalizzato le persone anziane non autosufficienti, perché non sono stati reinvestiti in prestazioni sanitarie appropriate. I ricoveri inappropriati sono stati ridotti, ma sono stati sostituiti con nulla o quasi nulla.
  - i) Investire sugli interventi di "cure intermedie" tra ospedale e domicilio, di post acuzie e di riabilitazione.
  - j) Potenziare il Servizio sociale nei Comuni, singoli o associati. Oggi c'è carenza di organici, precarietà, scarsa formazione e preparazione, inadeguatezza.
  - k) Uniformare criteri e strumenti per la valutazione dei bisogni, derivanti dalle condizioni di salute, socio economiche e familiari, che oggi sono diversi da Regione a Regione.
  - l) Rendere efficace il sistema di accreditamento dei servizi, in base a standard uniformi in tutto il territorio nazionale. Standard e indirizzi uniformi anche per quanto riguarda le/gli assistenti familiari: dagli albi regionali e/o comunali ai percorsi formativi per accedervi; alla certificazione delle competenze; alla salvaguardia di chi ha svolto finora questo lavoro; al coordinamento con i contratti di lavoro del settore. Se, infatti, uno degli obiettivi primari è la permanenza al domicilio, oltre al

rafforzamento dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali finalizzati al sollievo, vanno anche integrate nella rete le assistenti familiari.

- m) Definire un sistema efficace di monitoraggio e controllo dei servizi e dei sostegni per la non autosufficienza. Particolare attenzione va data ai servizi di carattere privato, che si stanno diffondendo (ad esempio le cosiddette 'case famiglia' in Emilia Romagna). Vanno intensificati controlli rigorosi da parte del pubblico.
- n) Dare maggiore spazio alla formazione geriatrica e alla riabilitazione nella programmazione dei servizi sanitari e nella formazione delle figure sanitarie mediche e non mediche.

Una nuova legge nazionale sulla Non autosufficienza è quindi indispensabile. Per questo, la legge dovrà:

- Determinare le modalità di riconoscimento della condizione di non autosufficienza con criteri uniformi su tutto il territorio nazionale, secondo una scala di livelli di disabilità in base a parametri scientificamente validi commisurati al fabbisogno assistenziale, e con la contestualità tra riconoscimento dello stato di non autosufficienza, presa in carico e definizione del Piano individuale.
- Indicare i Livelli essenziali delle prestazioni sociali per la non autosufficienza (Lesna), coordinando i trasferimenti monetari con l'erogazione di servizi, e integrando i Lesna con i Lea sanitari (anche in attuazione del Dpcm 17/01/2017) per ognuno dei livelli di disabilità.
- Prevedere la copertura integrale dei costi delle prestazioni (anche di tipo tutelare) a carico del Ssn per l'assistenza alle persone non autosufficienti gravissime, con particolare riferimento ai malati di Alzheimer, in attuazione della sentenza della Cassazione del 2012.
- Prevedere quindi l'obbligo di integrare i Lesna con i Lea sanitari anche sotto il profilo finanziario nei bilanci sanitari regionali, delle Asl e dei Distretti, in funzione di indicatori di presenza di persone non autosufficienti. È pertanto indispensabile che il Fondo sanitario nazionale raggiunga un livello di finanziamento pubblico adeguato.
- Determinare una modalità di finanziamento certa per i Lesna a carico della fiscalità generale: i Lesna sono diritti universali di tutti i cittadini in condizione di non autosufficienza e quindi serve la copertura integrale dei loro costi.
- Finanziare un Piano nazionale per la non autosufficienza, al quale siano affidati i compiti di orientare periodicamente l'adeguamento e il riequilibrio territoriale dell'offerta di servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari, fissando obiettivi regionali, e di favorire la diffusione delle innovazioni tecnologiche e organizzative.
- Affermare che il Piano individuale di assistenza Pai è frutto di una valutazione multidimensionale ed è composto da una componente sanitaria, che ha il profilo del piano diagnostico terapeutico connesso alle pluripatologie specifiche della persona non autosufficiente, dagli ausili e dai presidi necessari, e da una componente assistenziale, che riguarda il sostegno alle attività della vita quotidiana, l'inserimento nella vita sociale, la valorizzazione e il sostegno della autonomia personale. Il Piano aderisce alle condizioni del contesto familiare e

sociale della persona, supportandola, ed è sottoposto a periodiche verifiche e ad aggiornamento.

- Operare le eventuali modifiche dell'ordinamento necessarie e definire un responsabile unico della gestione del piano individuale, che deve essere referente unico dei servizi sanitari e sociali verso la persona interessata (o verso il caregiver).
- Prevedere la sperimentazione e promuovere forme di residenzialità innovativa, quali alloggi protetti e comunità alloggio, inseriti nella rete dei servizi sociosanitari.
- Fissare criteri omogenei ai fini della definizione da parte delle Regioni dei parametri quantitativi e qualitativi per l'accreditamento dei fornitori di servizi, comprese le forme di residenzialità innovative, le case famiglia e gli/le assistenti familiari/e.
- Armonizzarsi con il Piano nazionale demenze del 30 ottobre 2014 e con il Piano nazionale delle cronicità.
- Riconoscere la figura del caregiver, armonizzando le norme in materia.
- Rafforzare e stabilizzare (con specifiche e dedicate risorse) la infrastruttura istituzionale che supporta la gestione del servizio sociale dei Comuni, in particolare dando stabilità alle forme associate e alla gestione integrata sociosanitaria.
- Definire un sistema efficace di monitoraggio, controllo dei servizi e dei sostegni per la non autosufficienza.
- Promuovere il diritto alla partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni sociali alla programmazione dei servizi e al monitoraggio della loro qualità.
- Spi, Fnp, Uilp sono consapevoli che oggi l'indennità di accompagnamento rappresenta di fatto la principale, se non l'unica, misura universale a protezione della non autosufficienza e che i tre quarti dei beneficiari ha più di 65 anni. Una sua riorganizzazione può essere affrontata solo con il suo inserimento nel Piano assistenziale individuale, mantenendo comunque il carattere universalistico della misura, che (anche in analogia con quanto accade in quasi tutti i Paesi europei) non può essere collegata alla prova dei mezzi. Sarebbe auspicabile una graduazione dell'importo in base al livello di gravità, considerando comunque che l'importo attuale non può in ogni caso rappresentare il tetto massimo

## ALLEGATO B



### Oltre la Non Autosufficienza, diritto alla salute e alla vita indipendente

- L'Italia è uno dei Paesi al mondo con la speranza di vita più elevata - indicatore positivo che va salvaguardato - ma con un primato negativo riferito agli anni vissuti con disabilità (in condizione di non autosufficienza)<sup>i</sup>. Il fenomeno è certamente connesso alla costante crescita del numero di persone anziana sul totale della popolazione, tuttavia l'invecchiamento non è inevitabilmente causa di non autosufficienza; questa può essere fortemente ridotta. Molto dipende dagli interventi di prevenzione e promozione della salute negli anni precedenti alla vecchiaia, poi da quelli per un invecchiamento attivo ed in buona salute, e dalle condizioni in cui si svolge l'assistenza socio sanitaria integrata e il lavoro di cura rivolti alle persone anziane.
- Oggi, più di 3,5 milioni di persone, in gran parte anziane (l'81%), sono classificate come non autosufficienti<sup>ii</sup> e molti altri hanno bisogno di aiuto per le esigenze della vita quotidiana. I servizi assistenziali, sociosanitari e sanitari offerti presentano grandi differenze tra regioni. Ben sei persone disabili su dieci hanno problemi di salute, soffrendo di una o più malattie croniche<sup>iii</sup>. Inoltre va considerato che il previsto invecchiamento della popolazione aumenterà la platea delle persone non autosufficienti, mentre il restringersi dei nuclei familiari accrescerà le necessità di servizi/cure extrafamiliari<sup>iv</sup>.
- La risposta finora data dalle istituzioni a questa vera emergenza nazionale è stata frammentaria, inadeguata e disorganizzata<sup>v</sup>, con uno stanziamento di risorse insufficiente e disomogeneo. La riduzione della spesa sanitaria e di quella sociale hanno avuto ripercussioni negative sul già fragile sistema dei servizi socio sanitari, stressando ulteriormente le famiglie sia con persone disabili gravi che anziane non autosufficienti. Il forte coinvolgimento delle famiglie nel processo di cura non si limita solo alle cure informali (con ripercussioni sulla vita lavorativa e l'organizzazione familiare che ricade soprattutto sulle donne), ma comprende anche spese private crescenti che incidono maggiormente sui nuclei a medio – basso reddito, facendolo divenire uno dei fattori principali di povertà.
- La principale risorsa mobilitata è infatti il ricorso alle assistenti familiari mentre gran parte della spesa pubblica riguarda prestazioni monetarie e di ricovero in strutture residenziali<sup>vi</sup>. E proprio nelle strutture residenziali durante l'emergenza pandemica si è registrato il più alto numero di casi e di decessi, svelando tutti i limiti di un sistema assistenziale fondato sull'istituzionalizzazione. Lo scenario, davvero preoccupante, è stato di recente confermato anche dai documenti della "Commissione per la riforma dell'assistenza socio sanitaria per le persone anziane" presieduta da mons. Vincenzo

Paglia.

## LE PROPOSTE DEL SINDACATO

- Di fronte a questa drammatica situazione, CGIL, CISL, UIL confederali e dei pensionati sostengono da tempo che sia indispensabile approvare una *Legge quadro nazionale per la Non Autosufficienza*, e di farlo oggi anche utilizzando il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). CGIL CISL UIL hanno presentato, in occasione del dibattito sul PNRR, un documento con precise proposte riferite anche alla Non Autosufficienza e per il diritto alla vita indipendente.
- Il documento sul PNRR, e i contenuti della proposta di legge appena richiamata, chiedono esplicitamente di finanziare soluzioni, in attuazione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, per:
  - armonizzare e semplificare le diverse modalità di valutazione/certificazione della disabilità e non autosufficienza (considerando il bisogno di aiuto alla persona oltre che sanitario);
  - definire criteri uniformi in tutto il territorio nazionale per il riconoscimento della condizione di non autosufficienza;
  - aumentare le risorse dedicate;
  - individuare i Livelli Essenziali delle prestazioni per assicurare in modo uniforme in tutto il Paese il diritto alle salute e alle cure all'assistenza sociale per le persone NA, adeguatamente finanziati, superando la dispersione e la frammentazione esistente tra le diverse norme e gli strumenti già in vigore, organizzando la piena integrazione tra gli interventi dei Livelli sociali con quelli dei LEA sanitari incrementando il loro finanziamento (per garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa dell'area sanitaria e dei servizi sociali);
  - promuovere la salute e il diritto alla vita indipendente;
  - garantire diritto all'accesso, alla valutazione multidimensionale e presa in carico con piani personalizzati, da garantire in ogni territorio (vanno potenziati i PUA e le UVM attraverso un rafforzamento del servizio sociale dei comuni ed una stretta integrazione di questi con l'Azienda Sanitaria, e definito un unico responsabile del caso);
  - assicurare l'assistenza alle persone non autosufficienti prioritariamente nel proprio contesto di vita e promuovere la vita indipendente delle persone non autosufficienti e con disabilità, investendo decisamente nell'assistenza sociosanitaria domiciliare e semiresidenziale con investimenti nella robotica e domotica;
  - riqualificare l'assistenza ed il lavoro di cura domiciliare di caregiver e badanti, raccordandolo con il sistema dei servizi e prevedendo misure di sollievo e sostegno alle famiglie anche attraverso il riconoscimento della figura dei caregiver;
  - promuovere strutture di prossimità ed intermedie (del tipo case della salute, Ospedali di comunità) dove collaborano tutti i professionisti della sanità e del sociale. Utilizzando il Budget di salute come strumento di integrazione sociosanitaria e di personalizzazione degli interventi;
  - prevedere ove possibile, qualora fosse necessario il ricorso ad una struttura di

ricovero, modalità residenziali in nuclei inseriti nel tessuto urbano e quindi parte integrante della comunità, ciò implica un progetto a sostegno della riqualificazione e riorganizzazione in tal senso delle attuali strutture (Rsa, Case di riposo, comunità alloggio), comprese le regole di accreditamento delle strutture private, i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici, gli standard quanti-qualitativi del personale, con un piano di aggiornamento e riqualificazione, i controlli e la partecipazione delle OO.SS.;

- prevedere misure a sostegno dell'abbattimento delle barriere architettoniche, dell'adeguamento degli edifici, del diritto alla mobilità delle persone non autosufficienti e con disabilità, del superamento della contenzione meccanica.
- Per realizzare tutto ciò è indispensabile un quadro di riferimento legislativo ed istituzionale nazionale, fondato su un costante coordinamento degli indirizzi normativi e degli atti di programmazione, tra il Ministero della Salute, quello del Lavoro e delle Politiche Sociali e il Dipartimento Disabilità, la Conferenza delle Regioni e l'Anci.
- Va prevista la partecipazione delle organizzazioni sindacali e associazioni sociali nei processi di governance a tutti i livelli del sistema di assistenza per la non autosufficienza.

**18 marzo 2021**

---

i i IHME Health Data 2019 <http://www.healthdata.org/gbd/2019>

ii ii [Conoscere la disabilità ISTAT 2019](#)

iii iii ISS Passi d'Argento 2019 <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/passi/sars-cov-2-flussi-dati-confronto-passi-pda-patologie-croniche.pdf>

iv iv Le stime suggeriscono che nel 2060 la quota di anziani dall'attuale circa 23% della popolazione arriverà a raggiungere tra il 31 ed il 37%. Nel 2060 la speranza di vita a 65 anni raggiungerà in base allo scenario mediano ulteriori 22,4 anni per gli uomini e 26 per le donne. (ISTAT 2020)

v v L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 7' Rapporto 2020/2021 N.N.A.

vi vi Ragioneria Generale dello Stato “