

Torino, 12 gennaio 2026

IL PATTO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (E UNEBA) TORNANO ALLA CARICA SUL 100% CON UN RACCONTO DEFORMATO DELLA REALTÀ.

SERVE CHE GLI OPERATORI DEL SETTORE PRENDANO ATTO DELL'INQUARDAMENTO GIURIDICO DELLA QUESTIONE. PER NON FINIRE COME CON LA LEGGE 33: UN FLOP DI CUI (NOI) SAPPIAMO BENE L'ORIGINE.

Dopo il clamoroso flop della "sua" legge (la 33 del 2023), scritta per essere incardinata nell'assistenza e non nella sanità e per "staccare" i malati cronici non autosufficienti dalle tutele del Servizio sanitario, il Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza (meglio sarebbe dire i coordinatori dell'organizzazione) concentra la sua attenzione sulla residenzialità. Con gli stessi presupposti emarginanti della legge 33: limitare l'universalismo dei servizi sanitari, sottoporre il diritto alle cure dei malati alla valutazione socio-economica e confinare l'intervento del Servizio pubblico al settore assistenziale, sempre intermediato da gestori-prestatori d'opera privati, con scarsissima o nulla attenzione ai casi concreti e al fabbisogno di malati e famiglie.

Vediamo nel dettaglio i punti critici dell'analisi e della posizione della proposta del Patto.

1. I presupposti errati del Patto:

- 1) che la copertura del 100% della retta non sia un Lea o non sia prevista dalla legge;
- 2) che il riconoscimento del 100% a carico del SSN crei una disparità tra malati e metta in difficoltà le strutture che erogano il servizio;
- 3) che le pronunce dei tribunali si fondino solo sulla "inscindibilità" delle prestazioni assistenziali e sanitarie.

Il risultato è la proposta di un emendamento ai Lea sbagliato e inefficace, che non limiterebbe i casi 100% e che non affronta il tema strutturale delle prese in carico di lungo assistenza da parte del Servizio sanitario nazionale.

Vediamo in dettaglio la contestazione della posizione del Patto.

- 1) la copertura del 100% dell'importo della retta è già **definito dalla legge** e, nello specifico, qualificazione delle prestazioni *«come socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria»*, nella definizione che ne dà l'articolo 3 septies del decreto legislativo 502/1992, ripreso dal Dpcm 14 febbraio 2001, entrambi presupposti normativi esplicitamente citati dagli attuali Lea (Dpcm 12 gennaio 2017).

Questo il testo del Dlgs. 502, articolo 3 septies, punti 4 e 5:

«4. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono

*prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità **conseguenti a patologie cronico-degenerative.***

*5. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria **sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria**, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali».*

A sua volta, il Dpcm 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”, così recita (articolo 3 punto 3):

*«Sono da considerare prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui all'art. 3-septies, comma 4, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a **patologie cronico-degenerative.***

*Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. **Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario.** Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungoassistenza».*

Importante quest'ultima precisazione, con cui **il legislatore dà piena legittimità alle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria anche nei setting di cura di lungoassistenza, cioè in Rsa.**

Resta un vero mistero come, di fronte a tale normativa, il racconto del Patto si fondi sul «vuoto normativo» e dipinga in modo caricaturale gli interventi della magistratura, come se fossero ispirati dal “sentimento” e non da un rigoroso appiglio alle leggi vigenti. È assolutamente ovvio, ma date le posizioni assunte occorre ribadirlo, che **tutte le sentenze sul 100% sono motivate giuridicamente;**

2) il riconoscimento del 100% a carico dell'SSN **non riguarda solo i malati di Alzheimer** (nonostante questa sia la riduzione giornalistica, che ci si aspetta il Patto superi con un'analisi più approfondita). Come chiarito al punto 1, i motivi della copertura al 100% sono ben più articolati della (falsa) equazione Alzheimer=100% SSN. La valutazione, che spetta in toto alle Unità di valutazione multidimensionale (variamente chiamate a seconda delle Regioni), deve prendere in considerazione, per il ricovero in lungoassistenza, anche l'opzione del 100%, laddove appunto il malato necessiti e/o sia beneficiario di prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria;

3) il riconoscimento del 100% a carico del SSN **non rappresenta un pericolo per la stabilità dei servizi socio-sanitari, né per i gestori diretti dei servizi** (le strutture Rsa), a patto che tale sistema preservi la titolarità della valutazione e del setting di erogazione delle prestazioni Lea in capo al SSN (declinato nelle sue articolazioni regionali). Tradotto: se il Tribunale accerta la sussistenza dei requisiti per il 100% e condanna la struttura Rsa a rifondere al caso le rette alberghiere fin lì erogate, la struttura può “ribaltare” la questione sull'Azienda sanitaria locale

di competenza. Che, tra l'altro, dal momento della sentenza diventa il pagatore unico della prestazione.

In difetto di tale ribaltamento, due sono le ipotesi: o il sistema (pare poter essere il caso lombardo) ha talmente demandato al privato accreditato tutto il percorso di cura e presa in carico dell'utente, da aver sostanzialmente delegato anche la determinazione del setting di cura e la sua valutazione (per cui, se il 100% non viene riconosciuto, ne risponde la singola struttura), oppure c'è una "resistenza" delle strutture a rivalersi nei confronti della Sanità regionale. Per quale motivo? Cosa tratterrebbe i gestori dal farsi le proprie ragioni nei confronti di un diritto negato (quello di vedersi pagata la quota sanitaria giusta per la cura del malato in questione)?

Domande che ci paiono legittime, e che sollevano qualche interrogativo sull'operato dei gestori, a fronte di pronunce della Corte costituzionale per cui la spesa Lea è al di fuori delle valutazioni discrezionali di bilancio, dovendo essere coperta prioritariamente e senza deroghe, proprio in forza del suo status di rilievo diverso rispetto ad altre spese.

A fronte di questi errati presupposti, l'emendamento di emergenza prodotto dal Patto, non interverrebbe sulla materia.

La proposta del Patto: «All'art. 30, comma 1 lett. b) del DPCM 12 gennaio 2017, dopo le parole "attività di socializzazione e animazione." aggiungere di seguito il seguente periodo:

"Nei trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale per soggetti non autosufficienti sono ricomprese anche le prestazioni di assistenza specifiche per persone anziane con diagnosi di demenza, stabilite previa valutazione multidimensionale e presa in carico da effettuarsi secondo le modalità definite dalle Regioni e Province Autonome"».

Tolta la criticità dell'ulteriore delega alle Regioni, che comunque non può derogare rispetto all'erogazione dei Lea, pare che i promotori del Patto per annullare la possibilità del 100%, vogliano usare l'equazione lungoassistenza = 50% SSN. Peccato che questa equazione sia falsa. Rileggiamo il Dpcm 14 febbraio 2001: **le prestazioni «a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungoassistenza»**. Il testo è chiarissimo: può darsi, in piena legittimità, copertura al 100% sanitaria anche in lungoassistenza. Tanto che avviene già quello che l'emendamento pretende di "innovare": già adesso nei trattamenti di lungoassistenza sono ricomprese le prestazioni per i malati (da notare che il Patto non usa mai questa parola, per evitare l'evidente competenza del settore sanitario) non autosufficienti con demenza. La cui valutazione sulla retta al 100% SSN o al 50% SSN pertiene alle Asl e, in caso di contestazione, alla decisione del Tribunale.

2. C'è un aspetto meno evidente ma molto preoccupante nei documenti del Patto. Ignorare palesemente che il tema **vero** è il 50%.

Nel documento sul tema delle cosiddette rette Alzheimer è scritto, senza ulteriore commento: «La materia della compartecipazione alla spesa da parte degli anziani accolti nelle strutture residenziali è regolata dall'art. 30 del DPCM 12 gennaio 2017 (LEA), che stabilisce che nel caso di trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale per le persone non autosufficienti (nei presidi residenziali) l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale è del 50%». Senz'altra indicazione, sembra che tutti i malati non autosufficienti ricoverati in Rsa beneficino del 50% di copertura dell'SSN.

Il Patto – e ancor più Uneba, vera organizzazione ispiratrice della posizione del documento pubblicato – sanno bene che non è assolutamente così. A fronte della normativa cristallina (l'articolo 30 citato) il numero di malati che, pur avendone fatto richiesta non sono beneficiari della quota sanitaria e quindi pagano l'intera retta privatamente. In Lombardia i clienti (perché tali sono erroneamente considerati!) cosiddetti “in solvenza” sono in forte aumento negli ultimi anni e oggetto di attenti e curati report da parte del sindacato CISL, mentre ad esempio, in Regione Piemonte i pazienti paganti privati in toto hanno superato quelli che beneficiano della convenzione al 50% (i solventi sono circa il 60% dei 33 mila posti letto, fonte SDA Bocconi).

Non fare riferimento a questo panorama ha due gravi conseguenze: sposta tutta l'attenzione sulla questione – residuale come numeri e azioni intentate – del 100% SSN e nasconde la questione più rilevante del settore – almeno nell'esperienza sulla pelle degli utenti e dei loro cari – cioè la negazione, anche per anni, della quota sanitaria, erogata la quale la maggioranza degli utenti ha disponibilità di coprire con proprie risorse (pensione) la restante parte alberghiera, purché sia veramente del 50%, senza intaccare in modo importante i risparmi, che consentono di non impoverire la famiglia.

Inoltre, i rappresentanti del Patto fanno finta di non sapere – ma lo sanno benissimo, insieme ai gestori di Uneba – che, soprattutto in Lombardia, molte cause intentate dagli utenti per vedersi riconosciuto il 100% della retta pagato dal SSN hanno come causa scatenante la **mancata applicazione dei Lea anche per i posti convenzionati** (c.d. contrattualizzati), perché il SSN lombardo agli utenti in convenzione non copre il 50%, ma percentuali ben minori della retta totale, e dalla disapplicazione dell'Isee da parte dei Comuni per l'**integrazione della c.d. retta alberghiera**, che a Milano è tranquillamente oltre gli 80 euro/giorno. Gli Enti locali applicano, violando la norma nazionale, regolamenti molto restrittivi, per i quali limano al minimo i casi che accedono alle integrazioni. Vittime di rette alberghiere insostenibili, che non riescono a pagare, e quote sanitarie sotto le percentuali Lea, gli utenti e le loro famiglie valutano la prospettiva della copertura del 100% non solo come opzione giuridicamente e clinicamente corretta, ma anche appetibile dal punto di vista economico. Ne è ulteriore prova il fatto che in diversi procedimenti di cui abbiamo avuto notizia, il Comune “appoggia” l'istanza del malato, ben conscio che la dichiarazione della copertura al 100% da parte del SSN della retta, solleva immediatamente l'amministrazione locale da qualsiasi obbligo integrativo.³

3. Altrettanto allarme suscita l'affermazione del Patto: «Azzerare le rette per tutti, indipendentemente dalle disponibilità economiche, significherebbe impiegare risorse pubbliche per finanziare la gratuità ai benestanti. Poiché le risorse pubbliche non sono infinite vorrebbe dire destinare fondi a loro invece che ai meno abbienti».

La gravità di questa posizione è massima e mette in mostra l'allergia del Patto all'universalismo del Servizio sanitario. Il 100% a carico del SSN – a prescindere da quale sia la situazione economica dell'interessato – significa il riconoscimento di una condizione di bisogno clinico e assistenziale elevato, non diverso da quella che, in altre strutture e in altri setting di cura, legittima l'intervento esclusivo del SSN.

O il Patto ritiene che sia iniqua anche la copertura del 100% delle spese di cura, assistenza, alberghiere in ospedale o in percorsi di riabilitazione e lungodegenza, che spesso riguardano persone clinicamente molto meno bisognose dei malati non autosufficienti? Pensiamo ad un adulto fratturato rispetto ad un ultranovantenne pluripatologico e con decadimento cognitivo di vario grado in Rsa. Secondo il “ragionamento” del Patto, il giovane dovrà pagarsi le spese di vitto e pulizia della stanza durante la sua degenza? E magari anche quelle di qualche prestazione sanitaria, se ha la sventura di avere un Isee sopra soglia?

Conclusioni. La legge – anche quella sul 100% va applicata – e, semmai, va operata un’azione di innalzamento degli standard sanitari (altro che livella al 50% e rimozione dei casi che non hanno nemmeno la convenzione!), perché tutti i gestori testimoniano da anni che la gravità e complessità clinica dei casi che trattano è cresciuta in modo esponenziale, senza aumenti (anzi) nel finanziamento pubblico in risposta a tale fabbisogno e senza adeguamento al rialzo degli standard organizzativi e di funzionamento dei servizi.

Chi, all’interno del Patto, vuole chiamarsi fuori da questa posizione, lo faccia ora.

A chi è già non solo fuori da essa, ma baluardo contro le derive emarginanti proposte – citiamo il CDSA- Coordinamento nazionale per il diritto alla sanità per le persone anziane malate e non autosufficienti, di cui unisco l’elenco in calce (*), o le organizzazioni del CSA Coordinamento sanità e assistenza (**), riunite attorno alla rivista “Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali” – va rivolto un appello a continuare nel presidio democratico di tutela del diritto dei malati non autosufficienti, per dare voce alle esigenze dei più deboli e per la concreta realizzazione di una società ispirata ai principi della Costituzione.

(*) Fanno parte del CDSA - Coordinamento Nazionale per il Diritto alla Sanità delle Persone Anziane malate e non autosufficienti le seguenti organizzazioni: COMITATO ANCHISE (Comitato Nazionale Familiari RSA-RSD Sanità) – ROMA, A.GE.CEM onlus (Ass. Genitori Centro Educazione Motoria) – ROMA; Angeli Custodi (tutele dei diritti civili e umani degli Ospiti nelle case di riposo) – CREMONA; Associazione DIRITTI SENZA BARRIERE – BOLOGNA; ADINA – FIRENZE; ANIEP (Ass. Naz. per la promozione e la difesa dei diritti delle persone disabili) – BOLOGNA; Ass. MAI SOLI Aps – Abano Terme, PD; Autismo: Persone, bisogni, diritti – TORINO; Comitato "Forum ex articolo 26" – ROMA; Comitato "RSA Unite" del Trentino; Comitato Civico Cori - LATINA; Comitato Familiari e Ospiti di Casa Sterni - Bassano del Grappa - PD; Comitato Verità e Giustizia Ospiti Benefattori Cremaschi – Crema; Fondazione promozione sociale onlus - Comitato vittime Rsa - TORINO; Comitato Parenti Madonna del Rosario Civitavecchia - RM; Comitato Parenti Rsa di Mandello Del Lario - LC; Comitato Sanità Pubblica – Versilia; Comitato Vittime CRA RSA MODENA; CUB Sanità – Firenze; CUB Pensionati - ROMA; DI.A.N.A. Onlus (Associazione Diritti Non Autosufficienti) VERONA; Comitato Libro verde (Comitato Regionale Familiari e Operatori) – EMILIA ROMAGNA; MEDICINA DEMOCRATICA onlus - MILANO; Associazione Umana OdV (Associazione Unione per la difesa dei diritti dei Malati Anziani Non Autosufficienti)- PERUGIA; CUB sanità FIRENZE; USB Pensionati – ROMA; Area Cgil: Le Radici del Sindacato – MILANO.

(**) Fanno parte del Coordinamento Sanità e Assistenza fra i movimenti di base: Agaff, Associazione genitori di adulti e fanciulli handicappati di Orbassano (To); Aias, Associazione italiana assistenza spastici, sezione di Torino; Associazione “La Scintilla” di Collegno-Grugliasco (To); Associazione “Luce per l’autismo” ODV, Torino; Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie, Torino; Associazione “Odissea 33” di Chivasso (To); Associazione “Oltre il Ponte” di Lanzo Torinese (To); Associazione “Prader Willi”, sezione di Torino; Associazione tutori volontari odv, Torino; Cogeha, Collettivo genitori dei portatori di handicap, Settimo Torinese (To); Comitato per l’integrazione scolastica, Torino; Ggl, Gruppo genitori per il diritto al lavoro delle persone con handicap intellettivo, Torino; Grh, Genitori ragazzi handicappati di Venaria-Druento (To); Gruppo inserimento sociale handicappati di Ciriè (To); Ulces, Unione per la lotta contro l’emarginazione sociale, Torino; Ups, Unione per la promozione sociale, Torino; Utim odv, Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva, Torino.