

Da: PEC Fps onlus <fondazionepromozionesociale@pec.it>

Inviato: martedì 13 giugno 2023 10:11

A: 'presidente@pec.governo.it' <presidente@pec.governo.it>; 'ss.presidentadelconsiglio@governo.it' <ss.presidentadelconsiglio@governo.it>; 'segreteriaministro@sanita.it' <segreteriaministro@sanita.it>; 'segreteriaministro@lavoro.gov.it' <segreteriaministro@lavoro.gov.it>; 'info@mariateresabellucci.it' <info@mariateresabellucci.it>; 'seggen@postacert.sanita.it' <seggen@postacert.sanita.it>; 'gabinettoministro@pec.lavoro.gov.it' <gabinettoministro@pec.lavoro.gov.it>

Oggetto: Contributo per la stesura dei decreti legislativi attuativi della Legge 33/2023

Priorità: Alta



**Fondazione
Promozione sociale**
ONLUS

Via Artisti 36 - 10124 Torino

Tel. 011.8124469 - Fax 011.8122595

info@fondazionepromozionesociale.it

www.fondazionepromozionesociale.it

Costituita l'8 aprile 2003

Gent.mi

- *On. Giorgia Meloni*

Presidente del Consiglio dei Ministri

- *Prof. Orazio Schillaci*

Ministro della salute

- *On. Maria Teresa Bellucci*

Vice Ministro del lavoro e delle Politiche sociali

Oggetto: CONTRIBUTO PER LA STESURA DEI DECRETI LEGISLATIVI ATTUATIVI DELLA LEGGE 33/2023, A TUTELA DEL DIRITTO ALLE CURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE DEGLI ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI

SOMMARIO - *Premessa. Cdsa: chi siamo. La legge 33/2023 deve garantire prestazioni sociali aggiuntive (Leps) e non sostitutive dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria. I decreti attuativi della legge 33/2023 devono rispettare la Costituzione e le norme che ne derivano. Giovanni Maria Flick: "Restare nell'ambito della tutela alla salute garantita dall'articolo 32 della Costituzione e dai Lea. Dott. Piero Secreto "Se una persona anziana è non autosufficiente, non lo è perché è vecchia, lo è perché è malata. Richieste al Governo del Cdsa.*

Premessa

Il 17 maggio 2023 ha avuto luogo a Roma, presso la Sala del Refettorio della Biblioteca "Nilde Iotti" della Camera dei Deputati, gentilmente concessa dalla Presidenza, l'incontro sul tema "[La non autosufficienza dell'anziano è un problema di salute](#)" (*).

Con il documento di seguito riportato restituiamo i punti più rilevanti delle relazioni presentate nella 1^ sessione dell'incontro, nato con l'obiettivo di fornire un contributo:

- ➔ per la stesura dei decreti legislativi attuativi della legge 33 del 23 marzo 2023 "*Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*";
- ➔ per le norme che potrebbero essere approvate dal Parlamento per migliorare le prestazioni domiciliari e dal Governo con l'adozione di propri provvedimenti per migliorare le prestazioni domiciliari e per la riforma e la riorganizzazione delle Rsa.

Cdsa: chi siamo

Del *Coordinamento per il diritto alla sanità per le persone anziane malate e non autosufficienti (Cdsa)*, promotore dell'incontro, fanno parte associazioni e organizzazioni che hanno come obiettivo la promozione e la difesa del diritto alle cure del malato cronico non autosufficiente di ogni età, con riguardo alle persone anziane, specie se con demenza o malati di Alzheimer.

Le organizzazioni del Cdsa seguono i malati non autosufficienti e le loro famiglie nel percorso con le istituzioni e si misurano quotidianamente con la negazione del diritto alle cure, già in atto ad opera dei provvedimenti Regionali, costituzionalmente garantito.

I pareri autorevoli che seguono confermano che *“la non autosufficienza dell'anziano malato cronico, è un problema di carenza di salute”* e come tale rientra a pieno titolo nei principi fondamentali espressi dalla carta costituzionale e attuati dalla 833/1978.

I decreti attuativi della legge 33/2023 devono rispettare la Costituzione e le norme che ne derivano

La nostra richiesta è che nella stesura dei decreti attuativi i riferimenti siano la Costituzione, la legge 833/1978 e s.m.i. e la normativa sui Lea sanitari e socio-sanitari.

Oggi sempre più spesso, gli anziani malati cronici vengono trattati dal Servizio sanitario nazionale come malati di serie B, da scaricare, in presenza di una non autosufficienza irreversibile, appena superata la fase acuta o post acuta della malattia cronica. Sono malati che vengono considerati *“casi sociali”*, bisognosi di *“assistenza sociale”* più che di assistenza sanitaria.

Se pure è vero che si tratta di malati inguaribili, sono malati sempre curabili che il Servizio sanitario nazionale ha l'obbligo di continuare a curare, anche se con modalità diverse, preferibilmente domiciliari, laddove praticabili, ma anche semi-residenziali e residenziali.

Oggi, grazie alle norme nazionali, che prevalgono su quelle regionali, riusciamo ad ottenere le prestazioni socio-sanitarie rientranti nei Lea, specifiche per assicurare le cure indifferibili e di lungo termine a tutti i malati cronici non autosufficienti, compresi gli anziani. Prestazioni e servizi che il Servizio sanitario nazionale deve garantire in quanto sono rivolte a malati con pluripatologie croniche a cui si associa la non autosufficienza.

La legge 33/2023 deve garantire prestazioni sociali aggiuntive (Leps) e non sostitutive dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria (Lea)

La legge delega n. 33 del 23 marzo 2023, *“Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”*, apre ad un pericoloso slittamento nel settore delle Politiche sociali e assistenziali, di chi è anziano malato cronico non autosufficiente.

Al contrario va assicurata la piena titolarità del comparto sanitario, che assicura il diritto soggettivo, esigibile e a carattere universalistico alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di lungo termine rientranti nei Lea, Livelli essenziali di assistenza in sanità. L'ambito di riferimento è l'articolo 32 della Costituzione.

Come ha scritto nel Suo messaggio ai partecipanti dell'incontro, il Ministro della salute, Orazio Schillaci, *“In questo contesto è fondamentale il ruolo di guida e di indirizzo del Ministero della salute impegnato a garantire all'anziano malato cronico il diritto alle cure sanitarie e sociosanitarie necessarie per il suo benessere e la sua salute, in perfetta coerenza con la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale e con i Livelli essenziali di assistenza”*. Questo principio condiviso andrà attuato anche nella condizione di non autosufficienza, che come spiegherà il dott. Secreto, geriatra, dipende dall'aggravarsi delle malattie croniche. Per cui l'ambito è quello della tutela della salute di cui all'articolo 32 della Costituzione, confermato dal Prof. Flick, presidente emerito della Corte costituzionale.

Rientrano invece nell'articolo 38 della Costituzione i Leps, Livelli di prestazioni sociali, che, a differenza dei Lea, sono sottoposti alla valutazione dei mezzi del nucleo familiare (Isee) e condizionati alle risorse disponibili degli enti locali. Al riguardo, la legge 33/2023 non mette peraltro in campo nuove risorse, che sarebbero necessarie per soddisfare i bisogni di tutti gli aventi diritto in quanto anziani, malati cronici non autosufficienti e non abbienti.

Per queste ragioni i Leps, Livelli essenziali delle prestazioni sociali, erogati dai Comuni singoli o associati, sono interventi certamente importanti, ma devono restare prestazioni aggiuntive e non sostitutive del diritto esigibile e universalistico garantito dal Servizio sanitario nazionale a tutti i

malati: autosufficienti e non, acuti e cronici, senza limiti di durata (per dare attuazione alla legge 833/1978 e ai Lea aggiornati dal dpcm del 12 gennaio 2017).

I contributi dei relatori della 1^ sessione.

Di seguito riportiamo i punti più significativi dei contributi del Prof. Giovanni Maria Flick e del Dott. Piero Secreto, intervenuti nella prima sessione in risposta alle preoccupazioni sopra avanzate a nome del Cdsa da Donatella Oliosì, presidente dell'associazione Di.A.N.A., Diritti anziani non autosufficienti di Verona e l'intervento del Prof. Francesco Pallante, che conferma lo spostamento, già in atto nel settore delle politiche socio-assistenziali degli anziani malati non autosufficienti, ad opera delle norme secondarie approvate negli anni dalle Regioni, ma che la legge 33/2023 vorrebbe definitivamente portare a rango nazionale, con tutte le ricadute negative evidenziate nei contributi che seguono.

GIOVANNI MARIA FLICK: “RESTARE NELL’AMBITO DELLA TUTELA GARANTITA DALL’ARTICOLO 32 DELLA COSTITUZIONE E DEI LEA”

Giovanni Maria Flick, giurista e Presidente emerito della Corte costituzionale, conferma da subito che *“il vero problema è restare – per le tematiche che interessano [ossia la difesa del diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie definite dai Lea per i malati cronici non autosufficienti, n.d.r.] nell’ambito della tutela garantita dall’articolo 32 della Costituzione e **non slittare nella tutela – meno garantista - dell’articolo 38 della Costituzione (...)**”*. E’ nell’articolo 32 che rientrano i *“Lea, Livelli essenziali delle prestazioni in Sanità”* e spiega come *“il concetto di Sanità comprende anche tutta quella serie di situazioni che rendono più difficile il godimento della salute”*. Richiama quindi *“la svolta, importantissima, fatta dall’Organizzazione mondiale della Sanità, nel definire la salute non soltanto come uno stato di assenza di malattia, ma nel definire la salute come un diritto che fa riferimento allo stato di benessere, di equilibrio della persona (...)*”.

Flick osserva che nella legge 33/2023 così come scritta *“il rischio è che i malati inguaribili considerati tali, vengano piano piano considerati non più malati, quindi non più come appartenenti alla tutela dell’articolo 32 della Costituzione, ma vengano considerati come un problema sociale da affidare all’assistenza sociale, che fa riferimento all’articolo 38 della Costituzione”*.

“In un momento in cui i Livelli essenziali di assistenza per quanto in modo molto confuso, per quanto in modo non concreto, sono ragionevolmente garantiti - bisognerebbe applicare le leggi che le prevedono - mi pare estremamente pericoloso decolorare e disperdere questa situazione in un ambito molto più tempestoso e non ancora definito (...)

Secondo Flick la legge delega 33/2023 nasce dalla necessità di guardare agli anziani, ma incontra *“un ostacolo di incostituzionalità nella genericità spesso di queste deleghe al Governo di intervenire con la funzione legislativa, che richiedono che il Parlamento dia indicazioni precise, tassative, temporali e di oggetto che giustificano il rilascio della delega della potestà legislativa dal parlamento al governo per le caratteristiche più tecniche. (...)*

“La Corte costituzionale ha segnalato l’assoluta necessità, principio fondante di una sentenza molto interessante, che ricalca una serie di sentenze precedenti, in cui si dice che i livelli delle prestazioni essenziali è fonte di limitazione delle competenze nelle materie regionali e quindi deve essere adottata con legge del Parlamento.

Secondo Flick la legge 33/2023 è una legge che dà *“l’impressione di voler trascinare tutto ciò che può essere trascinato verso l’articolo 38, sottraendolo all’articolo 32, dicendo: qui è prevalente la funzione sociale sulla funzione sanitaria. È quello che bisogna cercare di evitare (...)*

Il problema è delicato in quanto *“la stessa legge 33 prevede una definizione dei LEP abbastanza vaga”*. Vero è che *“si impegna a mantenere nell’attuazione dei decreti legislativi, la distinzione tra Leps e Lea. Si impegna dicendo: devono essere integrati, devono essere congiunti, devono lavorare insieme; ma si impegna a mantenerli distinti”*.

*“Credo che il vostro sforzo principale, il nostro sforzo principale, debba essere questo: **mantenere tutto ciò che attiene all’assistenza sanitaria, anche nelle sue caratteristiche, nelle sue ricadute in termini di capacità, incapacità, autodeterminazione, fragilità, mantenerla rigorosamente sotto l’ombrello dell’articolo 32.***

E non è una formalità, è un ombrello più protettivo di quello che è appena in gestazione, comincia ad essere in gestazione, per questi aspetti dell’articolo 38. Cioè della norma costituzionale che disciplina la solidarietà non più con riferimento alla salute intesa nel senso più ampio ma con

riferimento ad altre esigenze; solidarietà che occorre ad es. nell'ambito della scuola, solidarietà che occorre nella misura in cui i singoli e le realtà locali sono chiamate e collaborare tra di loro e con lo Stato, con la repubblica, per assicurare la centralità.

Secondo il giurista certo è che sarebbe *“l'ennesima riprova del fatto che uscire da un terreno relativamente sicuro, come quello dei Livelli essenziali di assistenza in materia sanitaria, la quale comprende tutte le appendici e tutti i corollari che derivano dalla malattia, compresa la cronicità, non può che trasformare il malato in un soggetto ormai solo di assistenza sociale.*

“Per tutto ciò che l'OMS ha detto, compresa la solitudine e l'incapacità di autodeterminarsi, rientra invece nel concetto di uno stato di salute inteso come benessere che vanno mantenuti” nel comparto sanitario dell'articolo 32.

PIERO SECRETO: “SE UNA PERSONA ANZIANA È NON AUTOSUFFICIENTE, NON LO È PERCHÉ È VECCHIA, LO È PERCHÉ È MALATA”

Piero Secreto, medico geriatra, Direttore sanitario Ospedale Fatebenefratelli di San Maurizio Canavese (Torino), presidente della Sigot, Società di geriatria ospedale-territorio del Piemonte e della Valle d'Aosta, mette in chiaro sin da subito che **“togliere, in primis, la dignità di malato a queste persone (...) vuol dire “togliere il diritto alle cure”**. Anche se può sembrare ovvio, bisogna invece *“ribadire la piena ed esclusiva competenza del comparto sanitario in merito alla presa in carico, alla diagnosi, alla terapia, alla riabilitazione e in particolare alla continuità terapeutica di questi malati, che per lo più sono malati cronici e la malattia cronica è una malattia che non guarisce”*.

Secondo Secreto culturalmente è ancora molto presente il concetto per cui la sanità dovrebbe curare per guarire. Ma non è più così. A questo riguardo *“se hai una malattia cronica non ti curo per guarirti, ma posso fare tantissime cose per migliorare la tua qualità di vita”* (...) Per questo **“la continuità terapeutica deve essere mantenuta per tutte le fasi della malattia cronica, anche nelle fasi più avanzate, (...) le più gravi. Non è che a un certo punto la competenza deraglia dalla sanità all'assistenza, proprio nel momento in cui ho più bisogno di cura”**.

Tuttavia questo non significa, secondo Secreto, giustificare il cosiddetto catastrofismo demografico, ovvero quel comportamento che rientra nel cosiddetto ageismo istituzionale. **Non è “sulla base di un'età che ti accetto o non ti accetto in carico** (come servizio sanitario n.d.r.). E' un catastrofismo che parte da un presupposto sbagliato *“Come se fosse normale che tutti i vecchi debbano per forza essere malati non autonomi e non autosufficienti”*, per escludere tutti dalle cure sanitarie, anche chi ne ha diritto.

Se cerchiamo una definizione “è il malato geriatrico a cui ci dobbiamo riferire”, che si presenta secondo Secreto *“quando la non autosufficienza si aggiunge alla malattia e quindi diventa dipendente dall'aiuto degli altri per l'esecuzione delle funzioni vitali indispensabili. Non esiste definizione di paziente geriatrico, che non sia legata alla non autosufficienza”*.

Qual è il problema? Per Secreto *“il problema è che in un mondo di cronici continuiamo ad avere un modello di cura per acuti”* (...) . **“Ma la malattia cronica, per definizione, non è una malattia stabilizzata per cui ‘non sei più competenza della sanità’”**. La malattia cronica è sempre una malattia che, anche nella ricaduta funzionale, è sottoposta a continue remissioni e continui peggioramenti e necessita pertanto di una cura continua, anche nelle fasi più avanzate della malattia”.

Si sofferma poi **sulla demenza**, che sembra avere un maggior impatto sulla salute della popolazione. *“Da stime recentissime, almeno un milione e centomila persone in Italia”* e sottolinea come siano coinvolti almeno 3 milioni di familiari, il 5-7% della popolazione ultra65enne. Anche in questo caso ribadisce come *“non può essere scisso il binomio demenza/disabilità, demenza/non autosufficienza”*, così come per tutte le altre malattie croniche”.

Ci tiene a precisare come anche *“nella demenza c'è sempre qualcosa che si può fare per migliorare la qualità di vita (...)”*, anche perché *“non è vero, come molto spesso si dice, che tutti i sintomi di un malato con demenza sono legate alla demenza stessa”* (...). Ci possono essere malati con demenza *“in agitazione psicomotoria o in delirio o in stato confusionale”*, ma lo sono non perché hanno l'Alzheimer, ma perché hanno un dolore, una forma acuta.

Ciononostante Secreto sottolinea come ci sia dal 70 all'80% delle famiglie che continua a farsi carico delle persone con demenza al domicilio. *“Famiglie che vogliono essere aiutate (...) che stanno impoverendo (...), e che non trovano una risposta da parte dei servizi sanitari”*.

Infine, fa **un appello perché il finanziamento del fondo per le non autosufficienze diventi “un finanziamento strutturale del fondo sanitario nazionale per tutti i percorsi di cura per le demenze. Il piano nazionale per le demenze deve essere anche un piano del Governo e non solo del Ministero della salute, che sicuramente deve esserne il promotore”**.

L'auspicio è che, a fronte dell'aggravamento progressivo delle condizioni cliniche dei pazienti geriatrici, **cambi l'approccio attualmente adottato che “fa prevalere parametri socio-economici (richiesta dell'Isee n.d.r.) come selezione per poter afferire ai servizi sanitari” e socio-sanitari**, per cui *“una fascia sempre più elevata di pazienti anziani malati cronici, anche gravi, non autosufficienti (...), che resta “tagliato fuori dai servizi socio-sanitari a loro indispensabili (...)*.

Trattandosi di prestazioni rientranti nei Lea (domiciliari, semiresidenziali e residenziali) indispensabili per le cure di lunga durata e, quindi, nella piena titolarità del Servizio sanitario nazionale (articolo 32 della Costituzione e legge 833/1978 e s.m.i.), Piero Secreto **rimarca come “la condizione economica non deve essere mai pregiudiziale per l'accesso ai servizi sanitari”**.

FRANCESCO PALLANTE: MOLTO SPESSO LE REGIONI, CON NORME SECONDARIE, GIÀ' OGGI, NEGANO IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE LEA. IL RISCHIO È CHE QUESTA NUOVA LEGGE DETERMINI QUESTO SPOSTAMENTO A LIVELLO NORMATIVO GENERALE.

Nel suo intervento Francesco Pallante, professore ordinario di diritto costituzionale, Università di Torino, propone un caso concreto di quanto già succede in questo quadro normativo, che dovrebbe garantire il diritto alla salute a livello costituzionale e a livello legislativo, mentre invece si scontra con i criteri selettivi introdotti dalle Regioni, tra i quali vi è la valutazione socio-economica per accedere a prestazioni garantite dal Servizio sanitario, quali sono le prestazioni socio-sanitarie definite dai Lea.

Pallante osserva che nella realtà *“Molto spesso le Regioni, con normativa secondaria, rendono complicatissimo, se non impossibile, in molti casi nella vita concreta di chi si trova in queste situazioni e dei loro familiari, godere effettivamente il diritto alla salute, almeno fino a quando non vanno dal Giudice”*.

Pertanto *“E' forse proprio questo meccanismo che ancora funziona” (...)* il motivo per cui **“questa nuova legislazione, (legge 33/2023 n.d.r.) che quindi preoccupa con riguardo a questo specifico problema” potrebbe avvallare.**

A titolo di esempio cita il caso del signor G.S., quasi novantenne, che vive in una Regione italiana la cui normativa prevede che le persone malate croniche non autosufficienti possono essere ricoverate nelle RSA, a carico del Servizio sanitario nazionale, per un massimo di 90 giorni all'anno, decorsi quali il paziente, così si legge nelle comunicazioni rivolte dalle ASL della Regione ai malati, deve rendersi pienamente disponibile alla dimissione e, dunque, a prescindere dal fatto che effettivamente sia o meno guarito.

Dunque, raggiunti gli 88 giorni di ricovero, peraltro non continuativi, il signor G.S. si vede recapitato la lettera in cui gli viene intimato di prepararsi alle dimissioni. La lettera, accompagnata da una certificazione del suo quadro clinico, che è stilata dalla competente struttura del Servizio sanitario regionale, certifica la seguente situazione.

Pallante precisa *“Il quadro è il seguente: «invalido al 100%» e afflitto da patologie quali «scompenso cardiaco con fibrillazione arteriale persistente, insufficienza respiratoria cronica, spondiloartrosi diffusa, frattura vertebrale, esofagite erosiva con grave anemizzazione, litiasi vescicale con idrouretronefrosibilaterale venosa profonda all'arto inferiore sinistro, gozzo tossico, attacchi ischemici transitori ricorrenti, lesioni da decubito, declino cognitivo, depressione»*.

“Considerato questo quadro, le indicazioni dei medici dell'ASL e la stessa struttura, che nel contempo dimette il paziente, sono molto rigorose. Il signor G.S., dicono, virgolette di nuovo: «Non è autonomo né nei trasferimenti, né nell'utilizzo della sedia a rotelle. E' completamente dipendente nell'igiene personale e nella vestizione. Necessita di controlli accurati alla diuresi, con corretta gestione del catetere e sostituzione periodica dello stesso. Necessità di cibo adeguatamente preparato per la somministrazione. Non è in grado di assumere farmaci autonomamente. Necessita di prelievi periodici per determinare il dosaggio dei farmaci stessi». Necessita, insomma, di assistenza continua nelle 24 ore.

“E cosa garantisce il Servizio sanitario regionale di questa Regione nel momento in cui manda casa il signor G.S.? L'assistenza domiciliare per un'ora al giorno, per soli 6 giorni la settimana. E le restanti 23 ore giornaliere e il giorno che resta scoperto, naturalmente dovranno occuparsene i familiari. Rinunciando a lavorare, oppure, se hanno dei risparmi, diciamo assumendo delle persone che si prendano cura del loro caro.

“Ora, l'articolo 32 della Costituzione fa gravare il dovere delle cure per i malati, tutti i malati, sulla Repubblica di cui la Regione, il Servizio sanitario regionale, le ASL, sono articolazioni. Non certo sulla famiglia del malato stesso.

“I congiunti del signor G.S. fanno opposizione. Presentano opposizione alle dimissioni e costringono in questo modo la RSA a mantenere ricoverato il loro parente malato. In reazione, il Servizio sanitario regionale invia loro la fattura delle spese derivanti dal prolungamento della degenza in RSA per tutti i giorni superiori ai 90. Sono 135 euro al giorno. Indicati per 365 giorni in cui è composto l'anno, si arriva alla cifra di 49.275 euro”.

Dal caso emerge quanto possa incidere negativamente la normativa regionale nell'effettivo godimento del diritto costituzionale alla tutela della salute. *La cosa che colpisce – prosegue Pallante - è come questa sia soltanto una delle normative che le Regioni adottano, attraverso cui di fatto eludono il diritto alla tutela della salute di queste persone. “Altre Regioni negano il diritto alla salute per ragioni di incapienza delle relative voci di bilancio: cioè non sono finanziate adeguatamente. Dunque, quando finiscono i soldi finisce il diritto alla salute, per dirla in maniera un po' spiccia. Altre differiscono nel tempo la presa in carico delle persone malate con l'inserimento in lista d'attesa o di rivedibilità. Altre subordinano la presa in carico del malato all'esistenza di ulteriori requisiti, privi di rilevanza sanitaria, tra cui il disagio economico, la mancanza dei familiari, l'isolamento sociale. Avere delle situazioni migliori rispetto a queste è penalizzante su un piano che non c'entra nulla con quello del diritto alla salute. Altre Regioni ancora scrivono le prestazioni aventi natura sanitaria all'ambito, legislativamente meno protetto, come veniva prima ricordato e soggetto alla compartecipazione alla spesa, delle prestazioni assistenziali e sociali.*

“Ricordo che le Regioni che già hanno istituito i fondi per la non autosufficienza, staccandoli dal fondo sanitario regionale, molte volte li hanno esauriti, con questo facendo esaurire il diritto nel corso dell'anno. E fa notare come sia tanto più debole la tutela “nel momento in cui ci si sposta sul settore dell'assistenza sociale o del socio sanitario, rispetto alla tutela garantita dal diritto alla salute”. E sottolinea come “il rischio è che questa nuova legge determini questo spostamento a livello normativo generale. E se questo avviene, le forme di tutela che oggi continuano ad essere incisive tutte le volte che i malati o i familiari dei malati – alle volte anche gli eredi dei malati si rivolgono alla magistratura ottengono quasi sempre tutela del diritto leso dalle Regioni – nel nuovo quadro normativo non abbiamo la garanzia che questo possa avvenire. Forse proprio questa potrebbe essere una delle ragioni che spinge ad adottare questa legge.

“Bisognerà naturalmente vedere come verranno poi configurati i decreti legislativi delegati, ma è chiaro che senza una forte attenzione da parte di tutti coloro che lavorano in quest'ambito, il rischio è quello che si sfarinino la tenuta della capacità costituzionale del diritto alla salute dei malati cronici non autosufficienti.

RICHIESTE E PROPOSTE AL GOVERNO PER LA STESURA DEI DECRETI LEGISLATIVI DI CUI ALLA LEGGE DELEGA N. 33/2023

Sulla base dei contributi autorevoli di questo primo invio, cui seguiranno le restituzioni degli interventi della 2^a sessione dell'incontro del 17 maggio u.s., desideriamo richiamare l'attenzione del Governo, perché nella stesura dei decreti attuativi della legge delega 33/2023 sia precisato che:

- gli anziani sono non autosufficienti in quanto affetti da una o più malattie croniche irreversibili;
- rientrano a pieno titolo nella tutela dell'articolo 32 della Costituzione, per cui «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. (...)»;
- in quanto malati e non autosufficienti hanno il diritto soggettivo ed esigibile alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie già garantite:
 - o dalla legge 833/1978, articoli 1 e 2, per cui il Servizio sanitario nazionale deve garantire le prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali «senza distinzioni

di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio» sanitario (articolo 1), garantendo «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata», nonché provvedendo «alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione» (articolo 2);

- dai Lea (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001, così come aggiornato dal dpcm 12 gennaio 2017, di cui agli artt. 1-3, 3-septies del decreto legislativo 502/1992;

Si richiama altresì la sentenza del Consiglio di Stato n. 1858/2019 che per quanto concerne:

- i limiti di durata delle prestazioni socio-sanitarie rientranti nei Lea, ha precisato che *«la previsione di un limite temporale di durata del trattamento estensivo fissata in 60 giorni»* dall'articolo 30 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 per la cura delle persone non autosufficienti *«non è cogente»*, con l'ulteriore precisazione che *«ove permangano le esigenze di un trattamento estensivo gli oneri resteranno dunque a carico del Servizio sanitario nazionale»*;
- la valutazione economica per l'accesso alle cure socio-sanitarie: con la medesima sentenza il Consiglio di Stato ha specificato che non può essere *«condivisa la lettura (...) secondo cui confluirebbero nella dinamica delle scelte assistenziali [rectius, diagnostiche e terapeutiche] criteri di ordine economico capaci impropriamente di condizionare tipo, intensità dei trattamenti clinici necessari»*.
- si richiama infine l'ordinanza n. 13714 della Corte di cassazione depositata il 10 maggio 2023, che ha precisato che il d. lgs. 19 giugno 1999 n. 229, modificando il d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/1992, ha espressamente definito *“prestazioni socio-sanitarie tutte quelle attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni della salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione (art. 3 septies, comma 1).* Detto decreto legislativo ha demandato a successivo atto di indirizzo e coordinamento la dettagliata individuazione delle prestazioni, che è stato emanato con dpcm del 14 febbraio 2001, al quale è subentrato il dpcm del 12 gennaio 2017 sopra richiamati. In particolare la Corte di cassazione evidenzia che l'elemento che definisce la prestazione socio-sanitaria a titolarità sanitaria *“sta nella individuazione di un trattamento terapeutico personalizzato che non può essere somministrato se non congiuntamente alla prestazione assistenziale”*, motivo per cui *“l'intervento sanitario socio-assistenziale rimane interamente assorbito nelle prestazioni erogate dal Sistema sanitario pubblico (...)”*.

In base alle norme sopra citate si chiede che:

i decreti attuativi della legge 33/2023 mantengano distinti e separati gli ambiti di intervento del Ministero della salute da quelli del Ministero delle politiche del lavoro e sociali in quanto hanno obblighi (e quindi finanziamenti) costituzionalmente differenti;

in *primis* è il Servizio sanitario nazionale e regionale che deve continuare a garantire il diritto alla presa in carico e le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (Lea), nonché come previsto dall'articolo 1 della legge 833/1978 assicurare *“il collegamento e coordinamento con le attività e con 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”*;

il Sistema nazionale per la popolazione anziana (*Snaa*) non deve assumere competenze in termini di programmazione e organizzazione sanitaria e socio-sanitaria;

il Sistema nazionale assistenza anziani (*Snaa*) previsto dalla legge 33/2023 avrà compiti di programmazione in materia di politiche sociali e socio-assistenziali per garantire i Leps con riferimento alla “Missione 5”;

Potrebbe essere oggetto di ricorso per eccezione di costituzionalità, come ha ricordato il Prof. Flick, presidente emerito della Corte Costituzionale, **il mancato riconoscimento del diritto soggettivo ed esigibile alle prestazioni socio-sanitarie rientranti nei Lea.**

In merito al finanziamento delle prestazioni la Corte costituzionale con la sentenza 62/2020 ha precisato che «l’effettività del diritto alla salute è assicurata dal finanziamento e dalla corretta ed efficace erogazione della prestazione, di guisa che il finanziamento stesso costituisce condizione necessaria ma non sufficiente del corretto adempimento del precetto costituzionale. Nei sensi precisati deve essere letta l’affermazione secondo cui “una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [fondamentale] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali [...]. È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l’equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione” (sentenza n. 275 del 2016)» con la precisazione che **«mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei LEA, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa».**

Inoltre, la Corte Costituzionale ha precisato quanto segue: «È evidente che se un programma, corretto e aggiornato finanziamento costituisce condizione necessaria per il rispetto dei citati parametri costituzionali, la piena realizzazione dei doveri di solidarietà e di tutela della dignità umana deve essere assicurata attraverso la qualità e l’indefettibilità del servizio, ogniqualvolta un individuo dimorante sul territorio regionale si trovi in condizioni di bisogno rispetto alla salute. È **in quanto riferito alla persona che questo diritto deve essere garantito, sia individualmente, sia nell’ambito della collettività di riferimento. Infatti, il servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale è, in alcuni casi, l’unico strumento utilizzabile per assicurare il fondamentale diritto alla salute».**

Per quanto sopra:

- Al Presidente del Consiglio dei ministri, On. Giorgia Meloni, chiediamo un incontro e di indicarci un referente dell’ufficio legislativo incaricato della stesura dei decreti attuativi della legge 33/2023 con il quale il Cdsa possa interagire;
- Al Ministro della salute, Prof. Orazio Schillaci e al Vice-Ministro per il lavoro e le politiche sociali, On. Maria Teresa Bellucci chiediamo un incontro per entrare nel merito delle reciproche competenze nel rispetto degli articoli 32 e 38 della Costituzione e un collaboratore di riferimento.

Si ringrazia per l’attenzione e si inviano cordiali saluti.

p. segreteria Cdsa

Maria Grazia Breda

presidente

Fondazione promozione sociale onlus/ets

Via Artisti 36 – 10124 Torino

tel. 011 8124469 info@fondazionepromozionesociale.it

www.fondazionepromozionesociale.it

//

(*) Collegamenti alle videoregistrazioni della prima parte dell’incontro:

- [Intervento integrale del prof. Giovanni Maria Flick \(durata 29 minuti\)](#)
 - o [estratto da intervento del prof. Giovanni Maria Flick \(su articoli 32 e 38 Cost.\) \(1 minuto\)](#)
 - o [estratto da intervento del prof. Giovanni Maria Flick \(sul rischio di trascinare tutto verso l’art. 38 Cost.\) \(1 minuto\)](#)
- [Interventi integrali del prof. Francesco Pallante e del dott. Piero Secreto \(36 minuti\)](#)
 - o [estratto intervento del dott. Piero Secreto \(incurabile è sempre curabile\) \(1 minuto\)](#)
 - o [estratto intervento del prof. Piero Secreto \(concezione della vecchiaia diversa dalla malattia\) \(1 minuto\)](#)
 - o [estratto intervento del dott. Piero Secreto \(paradosso anziani malati sempre più gravi ma ora si chiede l’Isee\) \(1 minuto\)](#)