

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

**Inviato:** lunedì 26 giugno 2023 14:24

**A:** 'presidente@pec.governo.it' <presidente@pec.governo.it>; 'ss.presidenzadelconsiglio@governo.it' <ss.presidenzadelconsiglio@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:** SECONDO contributo per la stesura dei decreti legislativi attuativi della Legge 33/2023



**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: Decreti attuativi legge 33/2023. SECONDO contributo, post incontro 17 maggio 2023, sul tema “La non autosufficienza dell’anziano è un problema di salute”. Gli interventi del Ministero della Salute necessari a garantire nei Lea assegni di cura a domicilio e la riorganizzazione delle Rsa in presidi sanitari**

*SOMMARIO: Premessa. Dott. Edoardo Turi, “La legge 33/2023 crea un sistema parallelo al Servizio sanitario che aumenterà le diseguaglianze e l’esternalizzazione dei servizi ai privati”. Dott. Tiziano Scarponi, “Il ruolo del medico di medicina generale”. Associazione Umana, “Inserire nei Lea le prestazioni domiciliari informali”. Prof.ssa Alessandra Pioggia, “Rimettere al centro i bisogni di salute sotto la responsabilità del Servizio sanitario nazionale”. Dott. Sebastiano Capurso, “Il diritto alle cure sanitarie previsto dalla Costituzione per tutti i cittadini non può essere limitato da criteri economici o di bilancio”. Cinque richieste del Cdsa al Governo e al Parlamento per un provvedimento di riordino delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per la tutela della salute degli anziani malati cronici non autosufficienti.*

### ***Premessa***

Nel primo invio del 13 giugno 2023 abbiamo restituito i contributi emersi nella prima sessione dell’incontro del 17 maggio di cui in oggetto. Con la presente uniamo i passaggi significativi dei relatori intervenuti sul tema “*Medicina del territorio, assegno di cura e riforma radicale delle Rsa*”, presentati nella seconda sessione (\*).

Le proposte avanzate dai relatori possono essere affrontate nella normale programmazione e organizzazione del Servizio sanitario e socio-sanitario di competenza del Ministero della Salute, ma che vedono naturalmente coinvolto il Presidente del Consiglio dei Ministri e il Governo per la scelta politica e finanziaria che ne deriva.

Considerato che abbiamo chiarito, con il primo invio, che l'anziano non autosufficiente è un malato cronico, sovente con pluripatologie invalidanti e irreversibili, da cui deriva la dipendenza dall'aiuto di altri per il soddisfacimento delle sue funzioni vitali (v. intervento Dott. Piero Secreto) e che, in quanto malato, benché inguaribile è sempre curabile, la tutela della salute, che è garantita dall'articolo 32 della Costituzione e dalle norme che ne derivano, non è finalizzata alla guarigione, ma alla cura anche al fine di limitare le sofferenze e assicurare terapie di contrasto al dolore (v. intervento Prof. Giovanni Maria Flick). Nel primo contributo inviato abbiamo chiesto che nei decreti legislativi sia rispettato il quadro costituzionale e normativo vigente, per cui ogni malato, compreso chi è cronico e non autosufficiente, abbia riconosciuto il diritto soggettivo ed esigibile alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie garantite dai Lea. Le prestazioni Leps, previste nella legge 33/2023, devono essere aggiuntive e non sostitutive dei servizi e delle prestazioni socio-sanitarie rientranti nei Lea, la cui titolarità è del Ministero della Salute. L'obbligo della cura non termina con la fase post-acuta/estensiva; prosegue con le prestazioni socio-sanitarie previste nei Lea (Dpcm 12 gennaio 2017), senza limiti di durata e senza selezioni basate su valutazioni personali e socio-economiche (articoli 1 e 2, legge 833/1978 e Consiglio di Stato, sentenza n. 1858/2019).

In sintesi, nel nostro primo intervento abbiamo fornito le basi cliniche e giuridiche affinché il previsto "Sistema nazionale anziani" non sia l'occasione per far scivolare i malati anziani, cronici e non autosufficienti (e tutti i malati in condizioni simili) nel settore delle Politiche sociali, dopo la fase post-acuta, senza assicurare il diritto alle prestazioni socio-sanitarie Lea e la presa in carico continuativa del Servizio sanitario nazionale.

Questo punto è dirimente sia ai fini del diritto prioritario a ricevere le cure sanitarie e socio-sanitarie, sia per l'esigibilità delle stesse, rispetto alle risorse necessarie.

Al riguardo, i Leps non sono diritti esigibili, ma interessi legittimi condizionati dalle risorse disponibili. La legge 33/2023, peraltro, non prevede interventi finanziari aggiuntivi a quelli già previsti, di cui si sa già che non saranno sufficienti a coprire il fabbisogno necessario.

Diversa è la responsabilità del Governo in merito alle prestazioni Lea.

La Corte Costituzionale, nella sentenza n. 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».

In questo secondo contributo il focus è volto a migliorare le prestazioni socio-sanitarie Lea domiciliari e a riorganizzare in presidi sanitari le Rsa.

La pandemia di Covid-19 ha fatto emergere tanto la carenza delle prestazioni domiciliari sanitarie, quanto l'inadeguatezza delle cure delle Rsa, causa l'aggravamento dei malati anziani non autosufficienti sempre più complessi.

L'aumento delle ore di ADI e la telemedicina, da sole, non sono sufficienti per rispondere alle esigenze dei malati anziani non autosufficienti, né lo possono essere gli interventi domiciliari dei Comuni, diretti solo a chi è povero, una minoranza, come spiega la Prof.ssa Pioggia nel suo contributo allegato.

Cohousing, comunità familiari, gruppi appartamento o convivenza, non sono proposte alternative per gli utenti delle Rsa, che sono accreditate dal Servizio sanitario nazionale per curare anziani malati cronici non autosufficienti. Molti anziani malati cronici non autosufficienti possono però trarre benefici e prolungare la permanenza in soluzioni abitative domiciliari, come quelle sopra richiamate, se l'Asl

assicura la presa in carico, comprensiva delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, e di un contributo o assegno di cura (che oggi non è previsto in ambito sanitario) per assicurare tutte le altre prestazioni che sono parte integrante della cura.

Nei contributi che seguono, vengono approfonditi i seguenti punti:

- le criticità di una eccessiva privatizzazione dei Servizi sanitari territoriali;
- la richiesta di una presa in carico dell'Asl che assicuri, oltre alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, anche contributi per assicurare le altre prestazioni indifferibili per il mantenimento delle funzioni vitali;
- la difesa del diritto esigibile all'indennità di accompagnamento, perché la legge 33/2023 non può togliere diritti acquisiti ed esigibili, ma deve aggiungere quanto necessario a prestazioni oggi insufficienti;
- le proposte per una riforma delle Rsa.

Tutti i contributi rientrano nella normale programmazione del Ministero della Salute e del Governo che, per quanto concerne le modifiche Lea per l'introduzione di contributi nelle prestazioni sanitarie domiciliari, può adoperarsi per una modifica di legge dei Lea, da sottoporre al Parlamento.

### ***I contributi dei Relatori della 2<sup>a</sup> sessione***

**DOTT. EDOARDO TURI, Direttore distretto sanitario Asl Roma**

**“La legge 33/2023 crea un sistema parallelo al Servizio sanitario, che aumenterà le diseguaglianze e l'esternalizzazione dei servizi ai privati”**

Nel suo intervento il relatore pone l'accento sulla Missione 6 del PNRR, con riferimento alla legge 33/2023 e al DM 77/2022. E' in particolare preoccupato per la previsione delle Case di comunità, inserite nel Pnrr, senza una analisi dell'esperienza precedente delle Case della salute a cui si richiamano, nonostante una relazione del Parlamento del 2021 abbia espresso un impietoso giudizio negativo. La seconda criticità che rileva riguarda il distretto socio-sanitario, perché *“ci troviamo di fronte a situazioni tali per cui quelle funzioni [previste dal DM 77/2022, n.d.r.] non possono essere svolte correttamente a causa del blocco delle assunzioni del personale, che grava ormai da tantissimi anni”*. Ricorda che da tempo si è introdotto un tetto alle assunzioni. Ad esempio *“nel Lazio il tetto era al 10% del turnover, cioè ogni 100 persone che vanno via, ne sostituivo 10; ogni 10 che vanno via, ne sostituivo 1; lo stesso decreto Balduzzi prevedeva su Scala nazionale un turnover del 15%”*. Questo significa che il Servizio di assistenza domiciliare del suo distretto socio-sanitario comprende *“15 operatori, tra assistenti sociali, medici, terapisti della riabilitazione e amministrativi. Da considerare che si tratta di un bacino di circa 205mila abitanti, di una grande periferia di Roma, più grande di Perugia o Ascoli Piceno, senza ospedale”*. Certamente non sufficiente per rispondere ad una popolazione anziana, specie se con non autosufficienza.

Aprire una parentesi su quello che *“gli esperti chiamano il cronical care model”* per segnalare che *“abbiamo il 30% della popolazione con delle malattie croniche, di cui almeno un 20% con una patologia cronica, ma c'è un 10% con almeno due o più patologie croniche e sono non autosufficienti. Ma provate – si chiede – a traslare questo modello sugli assistiti di un medico di famiglia. Un medico di famiglia che ha in media 1.500 assistiti: vuol dire che ha 500 cronici di cui 100 più gravi. E un MMG ha un obbligo di 25 ore di ambulatorio. Appare ovvio come questi 500 assistiti cronici e gli altri 100 più gravi con l'attuale modello di medicina territoriale non potranno essere assistiti adeguatamente”*.

Secondo Turi, è a causa di questa situazione che il Servizio di assistenza sanitaria domiciliare si avvale sempre di più delle strutture accreditate convenzionate. Per cui *“avviene nel Lazio, ma ormai è su media nazionale; abbiamo il 50% del Fondo sanitario nazionale che viene dirottato all'accreditamento con le strutture private”*. (...) *“Ma il privato – sostiene Turi in base alla sua esperienza – non riesce a garantire gli stessi standard che garantisce il pubblico. Il pubblico forse a volte non sarà ottimo. Però, se prendiamo ad esempio l'ospedale, che è l'unica realtà sanitaria certa che noi abbiamo nel territorio, ebbene l'ospedale non manda via nessuno. (...) L'ospedale non manda via nessuno e tiene dentro le persone finché non sono stabilizzate, che non significa guarite ovviamente, soprattutto per quanto concerne le patologie croniche e la non autosufficienza di cui stiamo parlando”*. A titolo di esempio, sottolinea come *“nel caso della riabilitazione, della lungodegenza delle Rsa e degli Hospice e dell'assistenza domiciliare, nel Lazio il 90/95% della spesa è completamente nell'accreditato privato”*.

Con la terza riflessione, il dott. Turi osserva che *“anche la legge 33 del 2023 (...) si fonda sull'esternalizzazione dei servizi e delle prestazioni e sul ruolo del terzo settore come ente accreditato. Ma – evidenza – quando si pensa al terzo settore si deve considerare che non sono più le piccole cooperative con cui la mia generazione ha avuto a che fare, quando ero neolaureato; cooperative che svolgevano servizi che non voleva fare nessuno. Oggi parliamo di grandi cooperative, imprese gestite dalle centrali sindacali cooperative, fino a vere e proprie multinazionali, che hanno filiali in tutta Italia”*. In ogni caso *“il settore privato – osserva – non riesce a garantire gli stessi standard che assicura il Servizio sanitario pubblico”*.

Per questo la legge 33/2023 apre, secondo Turi, al tema della disegualianza sulla salute e ricorda come sia fondata su quella che definisce *“la tragedia dell'Isee, che andrebbe completamente rivisto”* per quanto riguarda i criteri di accesso alle prestazioni socio-sanitarie Lea, che la legge 33/2023 vuole inglobare nel Sistema nazionale anziani, un sistema che, rientrando nelle politiche sociali, prevede proprio la valutazione economica per l'accesso.

Preoccupa Turi che con la legge si crei *“un Servizio praticamente socio-assistenziale parallelo, addirittura sovraordinato al Servizio sanitario nazionale, che invece ha sulle spalle, insieme ai Comuni, tutta la responsabilità dei Punti unici di accesso, i PUA, dell'Unità valutative multidimensionali distrettuali e dell'Assistenza domiciliare.*

*“Allora – si chiede – perché si deve creare un servizio parallelo, regionalizzato, che addirittura giudica ed interferisce con un Servizio sanitario nazionale? L'altra cosa particolarmente grave – continua – è che aumenterà sicuramente le disuguaglianze. Introduce la possibilità, che invece non c'è nel Servizio sanitario nazionale, di avere un voucher, un buono, con cui accedere ai servizi accreditati”*. Osserva il relatore che accadrà che *“le persone abbienti potranno ‘uscire’ dal Servizio sanitario pubblico e rivolgersi al privato accreditato “perché si avvarranno delle assicurazioni di malattia o di altre forme assicurative attraverso la formula dei voucher”*.

Concludendo, auspica *“una forte vigilanza (...) affinché i Decreti legislativi, che anche il Parlamento dovrà approvare, non siano addirittura peggiorativi del quadro normativo che già abbiamo”*.

### **DOTT. TIZIANO SCARPONI, Medico di medicina generale e Vicepresidente OMCEO Perugia “Il ruolo del medico di medicina generale nelle cure domiciliari”**

Nel servizio sanitario territoriale, un ruolo importante è quello svolto dal Medico di medicina generale, sottolinea il Dott. Scarponi, aggiungendo che se è un medico massimalista con 1.500 assistiti, può avere un numero consistente di pazienti cronici non autosufficienti.

*“Per non autosufficienti – spiega – intendiamo soggetti con compromissione dell'autosufficienza, cioè che necessitano di assistenza continua per compiere gli atti quotidiani della vita. E fa un elenco di patologie di “questi pazienti: anziani con più patologie, dementi, malati oncologici in fase avanzata, pazienti terminali, portatori malattie neurologiche invalidanti come SLA e sclerosi multipla, persone con esiti di traumi o ictus cerebrali in coma o con totale assenza delle funzioni motorie, dializzati, pazienti con ventilatore meccanico o ossigenoterapia continua, in nutrizione parenterale (...)”*.

Per gestire questi malati non autosufficienti, conferma che la risposta è stata finora quella *“dell'istituto dell'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) e dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) (...) L'assistenza domiciliare integrata (ADI) è la modalità privilegiata di intervento per rispondere ad esigenze complesse di persone non autosufficienti, poiché permette l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie anche di elevata complessità ed intensità assistenziale favorendo il mantenimento del paziente nel contesto abitativo e familiare. Ma le criticità – evidenza Scarponi – sono tante: in Italia è poco sviluppata una visione sistemica. Esistono sul territorio nazionale notevoli difformità nei modelli organizzativi; è auspicabile quindi un potenziamento dei servizi sanitari territoriali”*.

Tuttavia, secondo il medico non è ancora abbastanza. *“Il malato non autosufficiente con bisogni complessi richiede in modo obbligatorio l'intervento di più operatori con diverse competenze, e questa pluralità di operatori si deve articolare intorno al paziente. È necessario adottare cioè una logica ‘multidimensionale’. Inoltre, vi è la necessità di garantire, per ogni malato, un Piano Assistenziale Individuale (PAI), che preveda il lavoro coordinato di tutti i servizi/operatori necessari, rivolto verso la domiciliarità, con il coinvolgimento del contesto familiare.*

*Il patrimonio di conoscenze del Medico di medicina generale risulta estremamente funzionale nell'ambito dell'assistenza domiciliare in quanto in modo quasi automatico è l'unico che sia in grado di sapere se a domicilio di quel preciso paziente possano essere garantite:*

- *le prestazioni di base: preparazione dei pasti; aiuto nell'alimentazione; vestizione; gestione pannoloni; igiene domestica; igiene personale; mobilitazione a letto; adattamento ambienti di vita; sostegno psicologico del paziente; burocrazia; trasporto per visite e controlli;*
- *le prestazioni tecnico-cliniche: fleboclisi, terapia endovenosa, intramuscolare, sottocutanea; ossigenoterapia intermittente o a lungo periodo; messa a dimora e gestione catetere endovescicale; nutrizione enterale con SNG o con pompa; nutrizione parenterale; medicazioni: semplici, complesse, chirurgiche; clistere evacuativo, esplorazione rettale e rimozione fecalomi; tora e paracentesi; trasfusioni di sangue.*

Sono quasi sempre prestazioni sanitarie e anche quelle non direttamente sanitarie originano comunque da un problema di salute, per cui non possiamo far altro che affermare che la non autosufficienza è un problema di salute anche nell'anziano e sappiamo benissimo che allo stato attuale nella maggior parte dei casi per queste prestazioni se ne fa carico la famiglia e che pertanto è proprio necessario contribuire con assegni cura alle famiglie per garantire il rispetto dei Lea e dei diritti previsti dalla Costituzione”.

### **ELENA BRUGNONE, Presidente Associazione Umana, Perugia**

#### **“Inserire nei Lea un contributo (o assegno di cura) per sostenere i costi delle prestazioni domiciliari informali”**

Elena Brugnone, Presidente dell'Associazione Umana di Perugia, interviene sul tema delle prestazioni sanitarie domiciliari, a partire dall'esperienza maturata come volontariato, seguendo le famiglie con malati cronici e le persone con disabilità non autosufficienti a domicili

In base alla sua esperienza diretta, conferma che *“le prestazioni erogate dall'Assistenza domiciliare integrata (ADI) non sono adeguate a soddisfare le esigenze di cura dei malati cronici e delle persone con disabilità non autosufficienti”.*

Spiega che *“la legge delega sulla non autosufficienza 33/2023 prevede aiuti a sostegno delle cure a domicilio di lunga durata, ma l'accesso a questi aiuti erogati dai Comuni è limitato agli inabili e sprovvisti dei mezzi necessari per vivere”*, in quanto *“il diritto alle prestazioni sociali Leps è condizionato dalla valutazione della situazione socio-economica del malato e del suo nucleo familiare e anche dalle risorse disponibili a legislazione vigente, quelle attuali che sono insufficienti”.*

Riconosce che “Le prestazioni sociali Leps sono importanti per i malati non autosufficienti in situazione di povertà”, ma precisa che “è fondamentale che si aggiungano (e non che si sostituiscano) alle cure sanitarie e sociosanitarie di lunga durata che, invece, devono essere garantite a tutti i malati cronici non autosufficienti in base all'articolo 32 della Costituzione, alla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale e alla normativa sui Lea”.

“Per garantire concretamente il diritto prioritario alle cure domiciliari deve intervenire su base universalistica il Servizio sanitario – sottolinea Brugnone –, assicurando la presa in carico al domicilio e assumendo una parte dei costi per garantire le prestazioni di cui necessita il malato non autosufficiente ogni giorno, sulle 24 ore, per 365 giorni l'anno. Le prestazioni necessarie (oltre a quelle strettamente sanitarie), ne cito alcune: la somministrazione di farmaci, l'alimentazione, gli interventi di igiene personale, le medicazioni semplici, la presenza attiva per monitorare il malato e per le chiamate di emergenza sanitaria”.

Quindi *“La richiesta dell'Associazione Umana è che le prestazioni informali siano riconosciute e sostenute nei Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie Lea”*, come già avviene per la quota sanitaria per il ricovero in Rsa. Inoltre, ribadisce l'importanza che *“l'Asl partecipi al loro costo e alla definizione di un progetto terapeutico di cura socio-sanitaria domiciliare concordato e definito con un protocollo di cura coordinato dal Medico di medicina generale in collaborazione con l'Asl e con i familiari che accettano di assumere il ruolo di accuditori”.*

*“E' ora – prosegue Brugnone – di superare la discriminazione in atto tra chi viene ricoverato in convenzione in una Rsa e ha diritto alla quota sanitaria e chi invece vive al domicilio e, pur avendo le stesse esigenze di cura, non ha analogo diritto, salvo che, in quanto povero, possa accedere in base all'Isee ai contributi per l'assistenza domiciliare dei Comuni: ma la percentuale di beneficiari è molto bassa, con risorse limitate e non sempre sufficienti”.*

Infine, secondo la presidente dell'Associazione Umana *“se si vogliono davvero promuovere le cure domiciliari, è importante che vengano salvaguardate le garanzie previste dalla legge 18 del 1980 sul diritto all'indennità di accompagnamento”.* E ribadisce con fermezza che *“questo contributo deve mantenere la sua natura di indennizzo destinato a riparare – anche se solo parzialmente - alle omissioni*

*dei doveri inderogabili di solidarietà sociale dello Stato nei confronti dei malati cronici non autosufficienti che non vengono presi integralmente in carico a spese del Servizio sanitario nazionale per tutte le loro esigenze di cura. 70 centesimi di indennità di accompagnamento all'ora non sono certamente sufficienti per garantire le prestazioni domiciliari occorrenti quotidianamente sulle 24 ore”.*

## **ALESSANDRA PIOGGIA, Professore ordinario di Diritto amministrativo, Università degli Studi di Perugia**

### **“Rimettere al centro i bisogni di salute sotto la responsabilità del Servizio sanitario nazionale”**

Per Alessandra Pioggia, Professoressa di diritto amministrativo dell'Università di Perugia, la legge 33/2023 muove da un intento apprezzabile, che è quello dell'annosa questione che riguarda il coordinamento tra i Servizi sanitari e quelli sociali.

Tuttavia, *“gli ostacoli che incontra nella sua attuazione dipendono da diversi fattori. Diversi sono i livelli di governo responsabili: la Regione per la Sanità, il Comune per il sociale. Diversi canali e l'entità di finanziamento – più consistente quello sanitario, meno capiente e meno stabile quello sociale – e le diverse modalità d'accesso: universalistica la sanità, selettiva l'assistenza sociale”.*

Conferma quindi che *“ci troviamo indubbiamente di fronte ad una legge che rischia di peggiorare gravemente la condizione degli oltre tre milioni di persone anziane che si trovano in condizioni di non autosufficienza. E questo perché questa legge di delega ha un duplice pregiudizio.*

*Il primo pregiudizio è che la non autosufficienza sia un problema sociale. La non autosufficienza è indubbiamente un problema di salute”.* Ricorda che *“la legge 205 del 2017, che per definire chi è caregiver definisce anche chi è non autosufficiente: «chi a causa di malattia, infermità o disabilità non è in grado di prendersi cura di sé ed è quindi bisognoso di un'assistenza globale, continua e di lunga durata»”.*

Purtroppo, la legge 33/2023 non tiene conto – prosegue Pioggia – del fatto che “la persona malata ha bisogno innanzitutto di essere curata e di questo deve occuparsi la Sanità”. Certamente, per alcuni, saranno necessari gli interventi aggiuntivi dei Leps, ma, prendendo ad esempio il 2019, mette in evidenza due dati: *“gli utenti anziani malati non autosufficienti a carico della Sanità erano oltre 1.667.000. Quelli assistiti dai servizi sociali soltanto 436.000”.*

La legge 33/2023 ha invece, secondo la relatrice, *“un'assoluta centralità sociale”*, in capo al Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e, allora, domanda: *“qual è il pericolo che si annida in tutto questo?”* Risponde che è quello del limite della *“esigibilità dei servizi, che la legge ripropone per tutte le misure di assistenza domiciliare, ivi compresi quelle sanitarie, secondo un modello tipico delle prestazioni sociali: il modello ISEE. Un modello impraticabile per le prestazioni sanitarie, perché queste ultime devono essere erogate in rapporto al bisogno di salute”.* Richiama la sentenza n. 62 della Corte Costituzionale che *“nel 2020, lo ha chiarito molto bene: ammissibile che le prestazioni sociali, definite attraverso Leps, siano commisurate alla programmazione economica; inammissibile per i Lea sanitari”.*

Per quanto riguarda il secondo pregiudizio, rileva che il legislatore della legge 33/2023 *“dà per scontato che chi riceve cure per la non autosufficienza di carattere sanitario (...) riceva una cura adeguata e che questa cura adeguata, sia uniforme su tutto il territorio nazionale”.*

La relatrice, a questo proposito, afferma senza dubbi che *“L'assistenza domiciliare integrata di carattere socio-sanitario, così com'è oggi, è assolutamente inadeguata a rispondere ai bisogni di cura delle persone non autosufficienti (...)”.* E precisa: *“Ricordiamoci la definizione di non autosufficienza che c'è nella legge del 2015: assistenza globale, quindi (...) vuol dire prendersi cura della persona dall'igiene fino alla medicazione, la somministrazione dei farmaci e così via. Vuol dire che non si può interrompere nell'arco delle 24 ore ed è di lunga durata; un'assistenza da fornire per tutta la durata della vita della persona, un impegno di cura e assistenza che in un anno riguarda tutte le ore, che sono 8.760”.*

E qui spiega come, a fronte di un bisogno annuo di 8.760 ore, secondo i dati dell'annuario statistico del Ministero della Salute, nel 2020 le ore di ADI siano state mediamente 18 nell'anno.

*“Non certo una alternativa all'istituzionalizzazione e al ricovero”*, anche perché le prestazioni domiciliari, oltre a non essere uniformi nel Paese, presentano requisiti e criteri di accesso differenti a seconda delle Regioni in cui si vive.

Qual è il risultato finale? La relatrice non ha dubbi: *“il peso è praticamente tutto sulle famiglie e, in particolare, sulle donne”.* Pioggia sottolinea come il 60% delle donne che vive in una famiglia con una persona con disabilità *“rinuncia al lavoro, si mette in part-time, rinuncia a progressioni di carriera”.*

Infine, ben il 34,4% delle famiglie è a rischio povertà a causa della presenza di una persona da curare e accudire a domicilio 24 ore al giorno, tutto l'anno, perché non autosufficiente.

Il paradosso, secondo la Prof.ssa Pioggia, è che sembra che la legge 33/2023 getti la spugna da subito, dando per scontato che la Sanità non riesca ad occuparsi del problema e, quindi, lo fa diventare un problema sociale, che per lei è un fatto gravissimo e inaccettabile.

In conclusione, sottolinea l'importanza di decreti attuativi. Il suo auspicio è “che rimettano al centro i bisogni di salute sotto la responsabilità del Servizio sanitario nazionale, ma – evidenza anche – di un intervento di migliore specificazione dei livelli essenziali per l'assistenza domiciliare integrata, in cui siano indicati i requisiti, ore di assistenza minime, requisiti di personale e sostegno, anche economico, alla famiglia”.

### **DOTT. SEBASTIANO CAPURSO, Presidente ANASTE, Associazione Nazionale Strutture Territoriali**

**“Le Rsa si devono ristrutturare, perché non ci sono più “ospiti”, ma degenti in condizioni cliniche sempre più complesse”**

Nell'ambito dei Servizi sanitari territoriali, rientrano le Rsa, residenze socio-sanitarie di cui si attendeva una riforma radicale, grazie alle risorse del PNRR. Invece non c'è traccia nella Missione 6.

Il Dott. Capurso esprime la propria preoccupazione per un settore nel quale è in atto da alcuni anni il tentativo di far scivolare l'assistenza residenziale fornita dalle Rsa, che erogano prestazioni previste dai Lea, quindi di carattere prettamente sanitario, verso il settore sociale, con gravissime conseguenze.

Al contrario, secondo il relatore “il diritto alle cure sanitarie per tutti i cittadini italiani, previsto dalla Costituzione ed assegnato quindi come obbligo al Servizio sanitario nazionale, non può essere infatti limitato da criteri economici o di bilancio, ed è un diritto comunque esigibile; declassare l'assistenza agli anziani a prestazione di tipo sociale la pone invece nei confini di un finanziamento limitato e parziale, già oggi insufficiente, compromettendo quindi un fondamentale diritto personale, andando a stabilire un diritto di cura garantito per le patologie acute, ed un diritto subordinato alle disponibilità di bilancio per le patologie croniche: malati di serie A e di serie B”.

*“Questo rischio, concreto e reale, suscita altissima preoccupazione, e sarà necessaria una mobilitazione di tutti quanti hanno a cuore questo mondo, operatori, associazioni, familiari, cittadini, affinché questa impostazione, avviata con il DM 77, che ha incredibilmente escluso le RSA dal sistema dell'assistenza territoriale, venga fermata e si possa invece indirizzare la riforma nel giusto percorso”.*

Osserva Capurso che l'assenza delle Rsa dall'ambito del DM 77 è un segnale che preoccupa. Sono previste invece risorse per gli Ospedali di comunità, di cui non è chiaro il compito.

Ricorda che la commissione Paglia ha presentato *“l'assistenza domiciliare addirittura come alternativa all'assistenza residenziale (...), ma chiaramente – prosegue Capurso – i due servizi si rivolgono a pazienti in fasi diverse di malattia e in fasi diverse di organizzazione e di supporto sociale, familiare o informale. E' chiaro che sono meglio le cure a casa, ma si arriva a un certo punto in cui le cure per molti a casa non sono semplicemente più possibili”.*

*“Ci si aspettava un forte incremento della residenzialità – prosegue il relatore – viceversa ci sono risorse residuali per la de-istituzionalizzazione di pazienti già ricoverati, che dovrebbero passare in gruppi appartamento (...); qui stiamo rischiando che tutto scivoli dentro il sistema sociale”.* Secondo Capurso, l'obiettivo è diminuire gli interventi del Servizio sanitario in questo settore e scaricare sulle famiglie le cure sanitarie e socio-sanitarie costituzionalmente garantite.

*“Attualmente – secondo i dati che fornisce – sono circa 300mila i posti letto nelle Rsa”, ma “l'indagine dell'Arma dei Carabinieri sulle strutture residenziali in Italia, che dura da due anni, fa intravedere almeno altri centomila posti di ricovero”* che oggi sono *“in larga misura abusivi”.*

Tenuto conto che le Rsa sono già prestazioni Lea e *“sono ricoverati dei malati”*, Capurso concorda con le proposte del Cdsa, inviate al Governo, proposte che rientrano nella programmazione ordinaria del Ministero della Salute. Perché, conclude Capurso, *“il problema è che gli standard sono insufficienti (...) a garantire le cure necessarie”.*

**PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEGLI ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI LE ORGANIZZAZIONI DEL CDSA CHIEDONO AL GOVERNO E AL PARLAMENTO UN PROVVEDIMENTO DI RIORDINO IN AMBITO LEA DELLE**

## **PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE DOMICILIARI, DEI CENTRI DIURNI E DELLE RSA**

### **Richiesta n. 1**

#### **Cure sanitarie domiciliari: introdurre nei Lea (art. 22, Dpcom12 gennaio 2017) un contributo economico o assegno di cura quale prestazione universalistica**

Il diritto soggettivo ed esigibile all'accesso a carattere universalistico, alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di lunga durata è già previsto dalla legislazione vigente per l'anziano malato cronico non autosufficiente, dagli articoli 1 e 2 della legge 833/1978 e dal Dpcm 12 gennaio 2017. Va altresì ribadito il diritto soggettivo ed esigibile all'accesso alle cure palliative e alle terapie di contrasto al dolore, ai sensi della legge 38/2010, con diritto esigibile e a carattere universalistico alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in ogni luogo di cura: ospedale, case di cura, lungodegenze, Rsa, abitazioni...).

Si chiede inoltre di introdurre un contributo economico (o assegno di cura) come Lea (con integrazione dell'articolo 22, Prestazioni e servizi sanitari domiciliari, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017), a carico del Servizio sanitario e quindi a carattere universalistico. Il contributo è finalizzato a garantire le prestazioni indifferibili e indispensabili per il soddisfacimento delle funzioni vitali quotidiane dell'anziano malato cronico non autosufficiente, dipendente in tutto dall'aiuto di terzi.

Il piano di assistenza domiciliare tutelare deve obbligatoriamente potersi articolare in più modalità possibili, da concordare con la famiglia per adattarle alla specifica situazione: assegni di cura per assumere lavoratori di fiducia da parte della famiglia (ma anche con supporti per reperirli e per gestire il rapporto di lavoro, ove la famiglia non sia in grado), contributi alla famiglia che assiste da sé, affidamento a volontari, buoni servizio per ricevere da fornitori accreditati assistenti familiari e pacchetti di altre prestazioni (pasti a domicilio, telesoccorso, ricoveri di sollievo, piccole manutenzioni, trasporti ed accompagnamenti), operatori pubblici (o di imprese affidatarie) al domicilio.

Il piano di assistenza deriva dal budget di cura e assistenza, il quale è graduato per crescere all'aumentare del grado di non autosufficienza, ed è composto per il 50% da risorse del Servizio Sanitario Nazionale, indipendentemente dalla condizione economica del non autosufficiente, e per il 50% da risorse dell'utente o degli enti gestori dei servizi sociali quando egli non ha capacità economiche sufficienti. Tale budget viene trasformato nella retta per l'inserimento in strutture residenziali, oppure nella gamma di interventi di assistenza tutelare al domicilio per supportare il non autosufficiente negli atti della vita quotidiana. In questo modo estenderebbe alle prestazioni di assistenza sanitaria domiciliare il dispositivo che da sempre è in opera nelle RSA, dove questo budget di cura è appunto la retta.

### **Richiesta n. 2**

#### **Centri diurni per Alzheimer e altre forme di demenza a Rsa**

Vi è la necessità di prevedere prestazioni semiresidenziali (Centri diurni), in ambito Lea, nei casi in cui la permanenza a domicilio di anziani malati cronici non autosufficienti, in particolare malati di Alzheimer o con altre forme di demenza senile, può essere mantenuta più a lungo con il sostegno delle prestazioni semiresidenziali, potenziate con interventi terapeutici e riabilitativi. Da prevedere altresì il diritto a ricoveri di sollievo in convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

### **Richiesta n. 3**

#### **Rsa: confermare la piena titolarità del Servizio sanitario nazionale (articolo 30, Dpcm 12 gennaio 2017)**

In merito alle prestazioni socio-sanitarie residenziali, la richiesta di confermare che le Rsa fanno parte della filiera delle strutture sanitarie del Servizio sanitario e l'approvazione di un provvedimento che definisca livelli essenziali nazionali delle prestazioni erogate obbligatoriamente dai gestori privati accreditati e convenzionati. Il nuovo provvedimento (di aggiornamento dell'attuale DPR del 1997) dovrà prevedere:

- prestazioni sanitarie e socio-sanitarie adeguate alle esigenze dei malati ricoverati, con la necessaria revisione degli standard del personale, la posa in ciascuna Rsa dei tabelloni concernenti la presenza del numero e della qualifica degli operatori nelle 24 ore per ogni reparto; la richiesta di trasmissione da parte delle Rsa al Servizio sanitario incaricato del pagamento delle rette sanitarie, delle copie dei versamenti effettuati dalle Rsa all'Inps e all'Inail delle fatture rilasciate dagli operatori non dipendenti. Andrà inoltre rivisto il criterio attraverso il quale si quantifica il numero adeguato di operatori

sanitari/assistenziali all'interno delle strutture (Rsa) che ad oggi viene demandato alle regioni e perlopiù utilizza il criterio del “minutaggio”;

- la presenza in tutte le Rsa di un Direttore sanitario, di medici, infermieri e personale socio-sanitario, che operino secondo i principi del lavoro di gruppo, assicurando una presenza medica nelle 24 ore e funzioni dirigenziali del Direttore sanitario; come avviene in tutti i reparti ospedalieri e nelle strutture sanitarie;
- le prestazioni riabilitative indispensabili per il recupero o il mantenimento delle autonomie e delle funzioni; le terapie di contrasto al dolore e le cure palliative ai sensi della legge 38/2010;
- l'esclusione dal ricovero nelle Rsa di pazienti con patologie non stabilizzate e di malati che hanno necessità di prestazioni ospedaliere continuative;
- il pieno rispetto della legge 24/2017 (sul rischio di salute) e del nuovo piano pandemico;
- la previsione di Comitati di partecipazione dei Familiari, che potranno avvalersi del contributo di figure esterne indipendenti e competenti e operare sulla base di un Regolamento tipo definito con delibera regionale e concordato anche con le rappresentanze dell'utenza.

La ricaduta dei maggiori oneri che ne derivano andrà imputata al Servizio sanitario, affinché le rette alberghiere siano sostenibili dall'interessato, che è tenuto ad assolvere prioritariamente gli obblighi verso i congiunti privi di mezzi propri. In considerazione dell'aumento delle problematiche cliniche e della necessità di prestazioni di tutela personale dei degenti, si ritiene per questo indispensabile aumentare almeno dal 50 al 70% la quota sanitaria che compete alle Regioni sulle rette di degenza e riconoscere il 100% per i malati di Alzheimer o con prevalenti esigenze sanitarie, come riconosciuto da molteplici sentenze della Cassazione.

#### **Richiesta n. 4**

**L'indennità di accompagnamento deve restare un diritto esigibile nell'ambito della previdenza e la legge 18/1980 non va modificata**

Il paventato trasferimento della competenza in capo ad una commissione di valutazione collocata nel settore delle politiche sociali, che è obbligato a valutare non solo i bisogni, ma anche le risorse personali e familiari del richiedente (articolo 38 Cost., Dpcm 159/2013 e s.m.i. ISEE), propone una riforma che porterebbe all'esclusione di almeno un milione di malati cronici non autosufficienti dal diritto certo ed esigibile dell'indennità di accompagnamento.

In questo modo la condizione di malattia (specie in caso di demenza o Alzheimer) continuerebbe ad essere causa di impoverimento dei nuclei familiari (anche del ceto medio) oltre di quello medio basso, già più volte segnalato da numerose ricerche. E' necessario contrastare la povertà a causa di carenza di salute e non incentivarla.

L'indennità (circa 0,73 centesimi di euro all'ora!) deve aggiungersi al contributo economico dell'Asl per le motivazioni indicate in precedenza, per tutti i malati cronici non autosufficienti che concorrono con il versamento delle imposte al diritto soggettivo ed esigibile alla prestazione universalistica del Servizio sanitario nazionale.

#### **Richiesta n. 5**

**La valutazione della condizione economica non deve essere considerata per l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie Lea**

L'accesso alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie è a carattere universalistico, ai sensi della legge 833/1978 e s.m.i. va definito soltanto in base alle condizioni cliniche e alla presenza di non autosufficienza.

Il malato cronico non autosufficiente ha diritto alla prestazione socio-sanitaria Lea e concorre al pagamento in base alla percentuale stabilita dalla normativa nazionale (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017). La valutazione della condizione economica deve essere usata unicamente per identificare la successiva eventuale contribuzione al costo della prestazione sociale (Leps), che è a carico del cittadino e/o del Comune, previa valutazione, in questo caso come previsto dalle normative vigenti, in base alla condizione socio-economica (Isee socio-sanitario residenze).

**In conclusione**, come già richiesto nella nostra precedente comunicazione del 13 giugno 2023:

- 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 articolo 32 e 38 della Costituzione e l'indicazione di un collaboratore di riferimento.

Nel ringraziare per l'attenzione, inviamo cordiali saluti.

*p. segreteria CDSA*

**Maria Grazia Breda**

*Presidente Fondazione promozione sociale onlus/Ets*

*Via Artisti 36 - 10124 Torino*

[info@fondazionepromozionesociale.it](mailto:info@fondazionepromozionesociale.it)

[www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it)

//////\*\\\\\\\\\\\\

(\* ) Collegamento alla videoregistrazione della 2<sup>a</sup> parte dell'incontro: *“La non autosufficienza dell'anziano è un problema di salute” - MEDICINA DEL TERRITORIO, ASSEGNO DI CURA E RIFORMA RADICALE DELLE RSA*

<https://youtu.be/4OS5rLQ0nzk>

**minuto:** / **INTERVENTO:**

**1.29.00** / *Maria Grazia BREDA* (Presidente Fondazione promozione sociale onlus/Ets)

**1.38.26** / *Edoardo TURI* (Medico, aderente a Medicina Democratica onlus)

**1.51.00** / *Tiziano SCARPONI* (Medico di medicina generale e Vicepresidente Omceo Perugia)

**2.03.14** / *Elena BRUGNONE* (Presidente Associazione Umana)

**2.23.12** / *Alessandra PIOGGIA* (Professoressa ordinaria di diritto amministrativo presso l'Università di Perugia)

**2.42.52** / *Sebastiano CAPURSO* (Presidente ANASTE, Associazione dei gestori Rsa)