

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

Inviato: lunedì 7 agosto 2023 12:00

A: sottosegretariopcm@pec.governo.it

Oggetto: Decreti attuativi legge 33/2023 per la non autosufficienza. Obblighi costituzionali e normativi



**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

- *Gentile Dott. Alfredo Mantovano, Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri*

Oggetto: Decreti attuativi legge 33/2023 per la non autosufficienza. Obblighi costituzionali e normativi

La scrivente interviene a nome del Cdsa, Coordinamento per il diritto alla sanità per le persone anziane malate e non autosufficienti, di cui 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.

La scrivente Fondazione e le organizzazioni del Cdsa seguono i malati non autosufficienti e le loro famiglie nel percorso con le istituzioni per l'ottenimento del diritto alle cure e prestazioni socio-sanitarie previste dai Lea: domiciliari, semiresidenziali e residenziali di lunga durata (Ltc). Il nostro intervento è richiesto a fronte di ritardi o negazione del diritto di accesso alla prestazione Lea da parte delle Asl e dei Comuni, che agiscono sulla base di provvedimenti regionali, di rango inferiore alla normativa nazionale Lea. E' diffusa la considerazione dell'anziano malato non autosufficiente come di un "problema sociale", di competenza dei servizi socio-assistenziali. La conseguenza è drammatica sia sotto il profilo della carenza di cure adeguate ai bisogni dei malati sia sotto il profilo economico, con oneri a carico degli stessi e dei nuclei familiari, liste d'attesa e accessi con aiuti dei Comuni in base all'Isee. La maggioranza degli aventi diritto alle prestazioni socio-sanitarie previste dai Lea e costituzionalmente garantiti, viene di fatto esclusa dal diritto, salvo ricorsi amministrativi (che pochi sanno di poter agire) o azioni giudiziarie.

I pareri autorevoli che richiamiamo più avanti nel testo confermano, invece, 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.

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, perché la legge 33/2023 non chiarisce in modo incontrovertibile il ruolo fondamentale che è posto in capo al Ministero della salute dalla normativa richiamata, in materia di cure di lunga durata per i malati cronici – compresi gli anziani – non autosufficienti.

Auspichiamo quindi che il Ministro della Salute, anche con il Suo apporto, nella stesura dei decreti legislativi di attuazione della legge 33/2023 si attenga al quadro normativo vigente di cui si richiamano alcuni riferimenti fondamentali:

- a) la definizione di anziano non autosufficiente deve indicare in modo esplicito la sua condizione di “anziano malato cronico non autosufficiente”, dalla quale discende la piena titolarità del Servizio sanitario nazionale; al riguardo si richiama quanto riportato nella sentenza 36/2013 della Corte Costituzionale, la quale ha definito non autosufficienti le *«persone anziane o disabili che non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l’aiuto determinante di altri»*, ed ha chiarito che *«non vi è un rapporto automatico tra ammontare del Fondo sanitario regionale e rispetto dei Livelli essenziali di assistenza: il soddisfacimento di tali livelli non dipende solo dallo stanziamento di risorse, ma anche dalla loro allocazione e utilizzazione»*;
- b) il finanziamento delle prestazioni socio-sanitarie rientranti nei Lea e quelle sociali e socio-assistenziali definite dai Leps, deve rispettare il dettato Costituzionale degli articoli 32 e 38. Tra le altre si cita la sentenza 62/2020 della Corte Costituzionale, laddove afferma 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»*;
- c) il diritto esigibile alle cure sanitarie e alle prestazioni socio-sanitarie senza limiti di durata, di cui necessitano i malati cronici non autosufficienti per tutta la vita, è stabilito dall’articolo 2 della legge 833/1978 e riconfermato dall’articolo 30 del Dpcm 12 gennaio 2017 (nuovi Lea). La richiesta è motivata dal difforme comportamento delle Regioni nell’applicazione di tale norma e dalla constatazione che, con provvedimenti regionali di rango inferiore alla norma nazionale, le Regioni hanno negato (e negano) agli anziani malati cronici non autosufficienti il diritto alle cure di lunga durata nelle strutture residenziali socio-sanitarie (Rsa) stabilendo, in modo illegittimo, una durata massima di 30-60 giorni di ricovero a malati inguaribili, ma sempre curabili e che presentano condizioni di cronicità e non autosufficienza irreversibili. Sul punto si è espresso il Consiglio di Stato con la sentenza 1858/2019, la quale ha riconosciuto che: *«La previsione di un limite temporale di durata del trattamento estensivo, fissata in 60 gg. e legata evidentemente alle condizioni di appropriatezza del trattamento, non è cogente, come è fatto palese dalla indicazione “di norma”, dovendo, dunque, escludersi ogni paventato automatismo nella definizione della durata del trattamento che, pertanto, andrà stimata sulla scorta delle effettive condizioni dell’assistito e sulla scorta di una specifica valutazione multidimensionale. Ove permangano le esigenze di un trattamento estensivo gli oneri resteranno, dunque, a carico del SSN»*;
- d) l’accesso alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie è definito dall’articolo 1 della legge 833/1978, in base al quale le prestazioni garantite dal Servizio sanitario nazionale sono assicurate *«senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l’uguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio»* sanitario. I decreti attuativi

devono affermare, con norma di carattere nazionale, la titolarità del Servizio sanitario, affinché sia salvaguardato il criterio universalistico per la prestazione Lea socio-sanitaria. La prassi in uso, introdotta dai provvedimenti delle Regioni e degli Enti locali sopra ricordata, colloca l'anziano malato non autosufficiente nel settore sociale e condiziona l'accesso con criteri selettivi basati sulla richiesta dell'Isee, negando di fatto il diritto alla prestazione socio-sanitaria Lea.

Sul punto è intervenuto il Consiglio di Stato, con la già citata sentenza n. 1858/2019, precisando che non può essere «condivisa la lettura (...) secondo cui confluirebbero nella dinamica delle scelte assistenziali criteri di ordine economico capaci impropriamente di condizionare tipo, intensità dei trattamenti clinici necessari»;

- e) le prestazioni socio-sanitarie Lea è indubbio che afferiscono a pieno titolo al comparto sanitario. L'Ordinanza n. 13714 della Corte di Cassazione 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 richiamato. 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 (...)*».

A sostegno di quanto sopra richiesto, si unisce un estratto dei contributi dei relatori intervenuti alla prima sessione dell'incontro che abbiamo promosso il 17 maggio 2023, presso la Sala del Refettorio della Biblioteca della Camera dei Deputati, sul tema *“La non autosufficienza dell'anziano è un problema di salute”*.

I contributi dei relatori

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, GIA' 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 sfarini la tenuta della capacità costituzionale del diritto alla salute dei malati cronici non autosufficienti.

Conclusioni

Come ha scritto il Ministro della Salute, Prof. Orazio Schillaci, nel suo messaggio ai partecipanti all'incontro citato del 17 maggio 2023, «(...) 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 socio-sanitarie necessarie per il suo benessere e la sua salute, in perfetta coerenza con la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale e con i livelli di assistenza».

Ne consegue che:

- i decreti attuativi della legge 33/2023 dovranno mantenere 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, attraverso il Ministero della salute e gli Assessorati regionali alla sanità, che ha l'obbligo di garantire il diritto alla presa in carico e alle 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 e di erogazione di prestazioni rientranti nei Lea, con riferimento al Fondo sanitario nazionale;
- 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” e ai finanziamenti richiamati nella legge 33/2023.

Per tutto quanto sopra esposto **il mancato riconoscimento del diritto soggettivo ed esigibile alle prestazioni socio-sanitarie rientranti nei Lea agli anziani malati cronici non autosufficienti potrebbe essere oggetto di ricorso per eccezione di costituzionalità**, come ha ricordato il Prof. Flick, Presidente emerito della Corte Costituzionale, nell'incontro citato.

Nel ringraziare per l'attenzione, si richiede un incontro per poter argomentare quanto esposto, così come è stato per le altre parti sociali già audite.

Cordiali saluti,

p. Segreteria CDSA,

Maria Grazia Breda

Presidente Fondazione promozione sociale Ets

