

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

Inviato: lunedì 22 gennaio 2024 15:20

A: 'presidente@pec.governo.it' <presidente@pec.governo.it>;

'ministro.affarieuropeicoesionepnrr@pec.governo.it'

<ministro.affarieuropeicoesionepnrr@pec.governo.it>; 'seggen@postacert.sanita.it'

<seggen@postacert.sanita.it>; 'spm@postacert.sanita.it' <spm@postacert.sanita.it>;

'segreteriaviceministrobellucci@pec.lavoro.gov.it' <segreteriaviceministrobellucci@pec.lavoro.gov.it>

Oggetto: URGENTI RICHIESTE - Decreti attuativi 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. Raffaele Fitto*, Ministro per Affari europei, Sud, Politiche di coesione e PNRR
- *On. Maria Teresa Bellucci*, Vice Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali

Oggetto: URGENTI RICHIESTE E PROPOSTE AL GOVERNO PER LA STESURA DEI DECRETI ATTUATIVI DI CUI ALLA LEGGE "DELEGHE AL GOVERNO IN MATERIA DI POLITICHE IN FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE"

PREMESSA

Riportiamo di seguito le principali sintetiche proposte che hanno l'obiettivo di assicurare agli anziani malati cronici non autosufficienti il loro diritto soggettivo ed esigibile alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie già garantite dalla legge 833/1978 e dai Lea (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017) e che nella legge delega 33/2023 (che riguarda le prestazioni sociali Leps) non sono adeguatamente esplicitate.

Come già comunicato con note del 5 aprile, 13 giugno, 26 giugno e 15 novembre 2023 – alle quali si rimanda (cfr. anche www.fondazionepromozionesociale.it, sezione "Legge 33 Non autosufficienza – Dossier di approfondimento") - la predisposizione dei decreti legislativi deve essere l'occasione affinché siano introdotti nei Lea contributi della Sanità per sostenere la domiciliarità (con risparmi per il Servizio sanitario nazionale) e avviata la riorganizzazione radicale delle Rsa. Interventi che, al di là dei decreti legislativi in oggetto, rientrano nella programmazione e organizzazione sanitaria ordinaria del Ministero della salute.

Indice delle proposte

1. **DEFINIZIONE** DI “ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE”
2. IL “SISTEMA NAZIONALE ASSISTENZA ANZIANI” (**SNAA**) RIGUARDA SOLO I LEPS
3. INSERIRE NELLE PRESTAZIONI LEA CONTRIBUTI SANITARI PER IL **DOMICILIO**
4. CENTRI DIURNI E **RSA**: CONFERMARE LA TITOLARITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
5. **INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO**: MANTENERE IL DIRITTO ESIGIBILE UNIVERSALISTICO
6. LA **VALUTAZIONE** DELLA CONDIZIONE ECONOMICA NON DEVE ESSERE CONSIDERATA PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI LEA

1. DEFINIZIONE DI “ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE”

Vista la delega al Governo che prevede la definizione della popolazione anziana non autosufficiente, si chiede di **assumere** quella di “anziani **MALATI CRONICI non autosufficienti**” e di esplicitare la condizione di “malati cronici” ogni volta che nel testo della legge delega il riferimento è agli anziani “non autosufficienti”.

La non autosufficienza è sempre conseguente alla perdita di salute a causa di malattie croniche invalidanti irreversibili o da loro esiti. La precisazione di “malato cronico” è dirimente per rientrare a pieno titolo nella titolarità del Servizio sanitario nazionale e del diritto esigibile alle cure sanitarie e socio-sanitarie garantite dalla legge 833/1978 e s.m.i. e dai Lea (dpcm 12 gennaio 2017, servizi e prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali), di cui all'articolo 1 della legge delega in esame. Le prestazioni Leps della legge 33/2023 sono aggiuntive e non sostitutive delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (Lea).

E' il Servizio sanitario che deve garantire la continuità terapeutica, ovvero la presa in carico e le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (Lea) a tutti gli anziani **malati cronici** non autosufficienti e, quando necessario, assicurare coordinamento e collegamento (il continuum) con il settore delle Politiche sociali, ovvero l'accesso ai Leps previsti dalla “Missione 5”. Le prestazioni socio-assistenziali sono interventi **aggiuntivi**, rivolti agli anziani **malati cronici** non autosufficienti che, ai sensi del 1° comma dell'articolo 38, Costituzione, hanno diritto di richiedere prestazioni socio-assistenziali (contributi, pasti a domicilio, aiuto domestico, ...) o sociali (abitazione a condizioni agevolate, attività socializzanti, aiuto alla mobilità,...) erogati dai Comuni, singoli o associati. Non è un diritto esigibile perché la legge 33/2023 condiziona le prestazioni Leps alle risorse disponibili a legislazione vigente.

2. IL “SISTEMA NAZIONALE ASSISTENZA ANZIANI” (SNAA) RIGUARDA SOLO I LEPS

Il Sistema nazionale assistenza anziani dovrà limitarsi alla programmazione delle politiche sociali e socio-assistenziali e garantire i LEPS con riferimento alla “Missione 5”.

È il **Servizio sanitario** nazionale e regionale che **deve continuare a garantire il diritto 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*».

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...).

3. INSERIRE NELLE PRESTAZIONI LEA CONTRIBUTI SANITARI PER IL DOMICILIO

Si chiede 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 budget di cura e assistenza 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. Nel budget di cura rientra anche il costo per le prestazioni informali, suddiviso per il 50% a carico del Servizio sanitario nazionale e per il restante 50% a carico Comune/Utente in base ai Lea.

E così si 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.

4. CENTRI DIURNI E RSA: CONFERMARE LA TITOLARITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Vi è la necessità di prevedere **prestazioni semiresidenziali** (Centri diurni) 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, possa essere attuata solamente con il sostegno delle prestazioni semiresidenziali, che devono essere potenziate con interventi terapeutici e riabilitativi finalizzati al mantenimento delle autonomie. Da prevedere altresì il diritto a ricoveri di sollievo.

In merito alle prestazioni residenziali (Rsa), occorre operare contemporaneamente per ottenere che le Rsa siano a pieno titolo parte del Servizio sanitario e siano pertanto inserite nelle convenzioni tra Servizio sanitario ed enti privati norme per rendere obbligatorie:

- 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 andranno imputati 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.

5. INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO: MANTENERE IL DIRITTO ESIGIBILE UNIVERSALISTICO

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

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.

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.

6. LA VALUTAZIONE DELLA CONDIZIONE ECONOMICA NON DEVE ESSERE CONSIDERATA PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI LEA

Nei decreti legislativi la valutazione della condizione economica non deve essere utilizzata per determinare l'accesso alle prestazioni Lea, ma unicamente per identificare la successiva contribuzione al costo degli interventi a carico del cittadino in base all'Isee.

Per tutto quanto sopra si chiede che sia predisposto l'avvio di un percorso condiviso con le Organizzazioni sociali, comprese le scriventi, per la scrittura di un Piano di riordino delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (Lea) per i malati cronici non autosufficienti, compresi i malati di Alzheimer e le persone con altre forme di demenza.

Con l'auspicio di ricevere una proposta di incontro, inviamo cordiali saluti.

*p. Cdsa/Fondazione promozione sociale
Maria Grazia Breda,
Presidente Fondazione promozione sociale onlus/Ets*

Segreteria c/o:
Fondazione promozione sociale
Via Artisti 36 – 10124 Torino
tel. 011 8124469
info@fondazionepromozionesociale.it
www.fondazionepromozionesociale.it