

# COORDINAMENTO ENTI GESTORI DELLE FUNZIONI SOCIO ASSISTENZIALI DELLA REGIONE PIEMONTE

Sede presso Consorzio IN.RE.TE. :  
via Circonvallazione 54/b - 10015 – Ivrea (TO)  
Tel. 0125-646111 Fax 0125-646190  
[consorzio@inrete.to.it](mailto:consorzio@inrete.to.it)  
[consorzio@pec.inrete.to.it](mailto:consorzio@pec.inrete.to.it)

---

## **LEGGE 23 MARZO 2023 N. 33 DELEGHE AL GOVERNO IN MATERIA DI POLITICHE IN FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE**

### **DOCUMENTO DEL COORDINAMENTO DEGLI ENTI GESTORI DELLE FUNZIONI SOCIO ASSISTENZIALI DELLA REGIONE PIEMONTE**

La Legge 23 marzo 2023 n.33 che disciplina alcune deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane, contiene, com'è noto, una parte normativa finalizzata alla definizione di un nuovo quadro d'insieme delle competenze e degli interventi in materia di non autosufficienza. I decreti delegati dovranno essere approvati entro il 31 gennaio 2024.

A questo proposito, una valutazione definitiva sulla portata del testo normativo e sugli esiti del processo di riforma, potrà essere compiuta soltanto a valle dell'approvazione dei numerosi decreti delegati da parte del Governo.

Il contenuto di molti interventi e le stesse caratteristiche dei percorsi di cura e di presa in carico dei soggetti destinatari del nuovo Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA), vengono rinviati ai provvedimenti delegati, con passaggi normativi che non sempre appaiono precisi e tassativi nel loro contenuto e nella potestà legislativa trasferita dal Parlamento al Governo. La stessa definizione di popolazione anziana non autosufficiente viene demandata ai decreti legislativi delegati.

Detto questo, non c'è dubbio che dalla Legge, approvata in tempi assolutamente record per effetto del suo collegamento con il percorso del PNRR, emerge un progetto di riforma ampio e articolato, che tenta di affrontare il mondo della non autosufficienza costruendo un'apposita sezione delle politiche pubbliche. Occorre dare atto, in altri termini, che si tratta di un tentativo importante di dare sistematicità ad una materia in cui sussistono fonti normative eterogenee e distinti centri della pubblica amministrazione che operano con regole proprie e, spesso, senza coordinamento.

E' importante che, proprio sulla base della drammatica esperienza della pandemia, che ha così duramente colpito gli anziani malati cronici non autosufficienti, soprattutto se ricoverati nelle RSA, e che ha anche confermato clamorosamente i limiti e le carenze dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale, il Parlamento

abbia approvato una legge con l'obiettivo di definire un sistema integrato di servizi, prestazioni ed interventi capace di affrontare la questione della non autosufficienza, riconoscendone la specificità e l'urgenza,

Così come appare importante

- A. Il tentativo di ridurre la frammentazione che caratterizza questo settore, di definire una volta per tutte le diverse funzioni di Stato, Regioni ed Enti Locali, in una logica di integrazione e di coordinamento delle disposizioni legislative vigenti in materia di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale alla popolazione anziana.
- B. L'avvio di una articolata fase di prevenzione e promozione della salute, con la predisposizione del Piano di invecchiamento attivo e inclusione sociale e il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della non autosufficienza nella popolazione anziana, che sostituisce il Piano della non autosufficienza, entrambi di durata triennale.

Tuttavia, il contenuto così ampio e complesso delle deleghe e la genericità di talune di esse, hanno sottratto alla discussione parlamentare e al confronto con gli Enti Locali, gli ATS e le Associazioni degli utenti e famigliari, una larga parte del contenuto normativo della riforma, che inciderà in misura e in modo consistente sui diritti alle cure degli anziani non autosufficienti e sul loro benessere, sugli interventi di sostegno e di accompagnamento dei famigliari e dei caregiver, sulla definizione e ripartizione delle funzioni tra i diversi livelli istituzionali e sulla riorganizzazione delle competenze tra Servizio Sanitario Nazionale e Sistema delle politiche sociali.

Da questo punto di vista, nel testo della legge non appare sufficientemente e chiaramente confermato il carattere universalistico del Servizio Sanitario Nazionale, destinato a tutte le persone malate, comprese quelle non autosufficienti, come previsto dalla Legge 833 del 1978, “senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio”.

Sotto questo profilo, siamo davanti ad un testo in cui si conferma la tendenza avviata da tempo nelle scelte di politica sanitaria e sociale a livello nazionale e regionale, segnalata anche dal Prof. Giovanni Maria Flick, già Presidente della Corte Costituzionale, in un recente Convegno svoltosi a Roma, “di uno scivolamento dall'ambito della tutela garantita dall'Art.32 della Costituzione a quello molto più problematico dell'Art.38 della Costituzione”. Il rischio, cioè, “che i malati inguaribili, o dichiarati tali, vengano piano piano considerati non più malati, quindi garantiti dall'Art. 32, ma vengano considerati come un problema di carattere sociale da affidare al comparto dell'Assistenza pubblica e, dunque, all'Art. 38.”

In effetti, l'impressione che si ricava da un'attenta disamina della Legge, è che vi sia il rischio reale di “trascinare” tutto ciò che può essere trascinato verso l'ambito di competenza delle politiche sociali, facendo prevalere la responsabilità degli interventi

sugli Enti Locali e, quindi, sugli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali, rispetto a quelle sanitarie, gestite dalle Aziende Sanitarie Locali e dalle Regioni.

Se questa impressione fosse confermata dal contenuto dei provvedimenti legislativi delegati di prossima approvazione, si finirebbe per considerare gli anziani non autosufficienti non già delle persone malate a cui garantire il diritto alle cure, ma anziani in condizione di fragilità, bisognosi di prestazioni e interventi sociali, persone, in sostanza, in condizioni di non autosufficienza in quanto “vecchie” e non in quanto “malate”. Conseguentemente si metterebbe in dubbio il riconoscimento dei bisogni sanitari e socio-sanitari di queste persone, presso il proprio domicilio ovvero presso le strutture di carattere residenziale in cui fossero ospitate. Non appare rassicurante, da questo punto di vista, il fatto che ricorra spesso nel testo degli articoli della Legge, il riferimento alla erogazione delle prestazioni “compatibilmente con le risorse stanziata a legislazione vigente”, che segnala la natura di queste prestazioni non già come esigibili, in quanto Livelli essenziali, ma condizionate alla disponibilità delle risorse finanziarie degli enti erogatori.

Bisognerà, dunque, assicurarsi che con i decreti delegati sia ribadito il pieno rispetto dei diritti delle persone malate non autosufficienti a ricevere le cure del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso il ricorso alla normativa sui LEA sanitari e socio-sanitari, garantiti dal finanziamento del Fondo sanitario nazionale ovvero dalle Leggi di Bilancio, con la eventuale compartecipazione dei cittadini e, quando previsto dalla normativa, dagli Enti Locali, per la quota di competenza socio-assistenziale.

Il tema delle risorse finanziarie è, infine, un punto di assoluta criticità, in quanto le uniche risorse aggiuntive messe a disposizione di questa riforma sono quelle disponibili nell’ambito del PNRR. La Legge, infatti, precisa che oltre alle risorse dei Fondi del comparto sociale, dall’attuazione delle deleghe contenute nel provvedimento, non dovranno derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Ma è noto a tutti che per attivare concretamente i servizi previsti dalla riforma, servirebbero almeno dai 5 ai 7 miliardi aggiuntivi, rispetto alla spesa attuale, senza considerare il necessario incremento del Fondo sanitario nazionale, per sostenere, in particolare, il carico delle cure e degli interventi domiciliari a sostegno degli assistiti e dei loro familiari.

In definitiva, senza l’incremento degli stanziamenti attualmente disponibili, a partire dalla prossima Legge di Bilancio 2024, non si potranno attivare gli interventi previsti dalla riforma, che, in assenza delle necessarie coperture finanziarie da parte dello Stato, finirebbero per imporre nuovi e maggiori oneri a carico degli Enti Locali, cui non sarebbero assolutamente in condizione di far fronte.

## ALLEGATO I APPROFONDIMENTO

Merita approfondire meglio alcuni obiettivi, anche per esporre precise proposte per i decreti delegati, con riferimento almeno ad alcuni snodi cruciali:

### **1) Potenziare l'assistenza domiciliare**

Per “curare a casa” davvero (come dice il PNRR) un non autosufficiente occorre:

- a) Certo potenziare gli interventi sanitari a domicilio: infermieristici, diagnostici (come la radiologia domiciliare e i prelievi per esami), riabilitativi, e superare interventi del medico di medicina generale come operatore che lavora da solo.
- b) Ma soprattutto bisogna fornire molti più sostegni per la tutela negli atti della vita quotidiana (per andare a letto ed alzarsi, usare i servizi igienici, mangiare, vestirsi). E' la mancanza di questi sostegni che oggi costringe a ricoveri indesiderati in RSA, o ad opporsi alle dimissioni dall'ospedale, od a portare per disperazione i non autosufficienti al Pronto Soccorso, o al crollo delle famiglie.

E (purtroppo) il PNRR finanzia soprattutto il potenziamento dell'ADI come è ora (infermieri a domicilio, a volte in alcune Regioni con poche ore di OSS).

La legge delega non contiene un impegno strategico per potenziare l'offerta di supporti domiciliari tutelari negli atti della vita quotidiana. Si limita a rinviare a fondi esistenti, ed a prevedere “integrazione tra ADI e SAD (art. 4, comma 2, lettera n), che non è un potenziamento

### **2) Come offrire assistenza domiciliare tutelare?**

Non solo con poche ore di OSS o con denaro alle famiglie (perché ci sono quelle che non riescono ad usarlo da sole). Occorre un'assistenza domiciliare che possa articolarsi in più modalità, da concordare con la famiglia per adattarle alla specifica situazione.

La legge delega non prevede nessun vincolo ad offrire questa gamma di possibilità. C'è solo: un obiettivo di “accesso al continuum di servizi” ( art. 3, comma 2, punto c.2) e la previsione di un generico “budget di cura e assistenza” del quale non si descrive costruzione ed uso (art. 4, comma 2, lettera l, punto 2)

### **3) L'assistenza domiciliare ai malati non autosufficienti deve includere ruoli e spesa del SSN**

Qualunque famiglia od operatore sanitario sa bene che è inutile una buona assistenza sanitaria al domicilio senza sostegni del non autosufficiente nelle funzioni della vita quotidiana. Ma questi sostegni non possono essere a carico solo delle famiglie o dei servizi sociali dei Comuni; devono invece essere sotto titolarità del SSN o almeno con una sua compartecipazione finanziaria, e per più ragioni:

- Perché già succede: i LEA vigenti già prevedono che la retta in RSA sia metà a

carico del SSN; spesa che copre non solo le spese o professioni sanitarie, ma tutte le prestazioni di tutela della vita in RSA (inclusi pasti, pulizie, etc). Dunque perché non deve accadere lo stesso nell'assistenza domiciliare prevedendo che se la stessa persona è assistita a casa la tutela sia in parte a carico del SSN? Ma entro i LEA (e non con risorse "extra LEA"). Non prevederlo implica che per le stesse tipologie di non autosufficienti il SSN di fatto incentiva solo il ricovero. E' un criterio assurdo e irrazionale

- Perché il SSN oggi spende circa 150 euro al giorno per un posto in case di cura post ospedaliere (per degenze che spesso sono solo "posteggi" in attesa di un posto in RSA o in assistenza domiciliare). E il SSN spende intorno ai 45 euro al giorno per la parte sanitaria della retta in RSA (il 50% del costo totale). Con spesa minore potrebbe coprire il 50% del costo di una robusta assistenza domiciliare tutelare. Non sarebbe un significativo risparmio interno allo stesso SSN?
- Perché dove questo è accaduto (con risorse anche del SSN negli interventi domiciliari tutelari) l'offerta ai non autosufficienti diventa più consistente. Garantire a un non autosufficiente poche ore settimanali di OSS al domicilio serve ad evitare il ricovero solo per le famiglie che possono aumentare queste ore con proprie risorse, ed è inutile per le altre che hanno meno risorse proprie.
- Perché i non autosufficienti sono tali perché malati o con esiti di patologie. Dunque è un'area sulla quale dovrebbe essere chiara la titolarità del SSN, anche nella spesa e nel governare il sistema delle offerte,

E non basta invocare una generica "integrazione sociosanitaria" (come purtroppo fanno anche i vigenti LEA), che non deve essere l'attribuzione ai soli servizi sociali di tutta l'assistenza tutelare ai non autosufficienti, senza un ruolo del SSN.

Merita ricordare sul punto la recente ordinanza della Cassazione del 18 maggio 2023, che prevede che la retta per pazienti con Alzheimer in RSA sia tutta a carico del SSN, con queste motivazioni: se il trattamento richiede anche prestazioni socioassistenziali queste vanno interamente assorbite nelle prestazioni del Sistema sanitario pubblico perché ad esse sono strumentali, e l'intervento complessivo deve essere erogato a titolo gratuito.

Dunque se un Alzheimer in RSA è tutto a carico del SSN, quando è invece in tutela a casa non può nemmeno avere un PAI con il 50% a carico del SSN? E' del tutto irrazionale

La legge delega non prevede questo ruolo del SSN, né una integrazione dei LEA, ma soltanto impegni sui LEPS. E' solo prevista all'art. 2, comma 3, lettera b) una "armonizzazione dei LEPS con i LEA", e all'art. 4, comma 2, lettera f) un coordinamento tra interventi sociali, sociosanitari e sanitari

Si potrebbe paradossalmente pensare che se non si vuole prevedere il 50% dei costi del PAI tutelare a carico del SSN allora per coerenza tecnica e politica si elimini il 50% del SSN nelle rette in RSA, cioè si modifichino in peggio i LEA

#### **4) Più diritti esigibili per i non autosufficienti**

Oggi in molti territori si utilizza il criterio di intervenire “solo se e quando ci sono risorse finanziarie”. Ossia un criterio di “diritti finanziariamente condizionati”, che pure la Corte Costituzionale ha invalidato in diverse leggi regionali. Perciò occorre proprio entro i LEA sociosanitari dare agli interventi natura di diritti davvero esigibili (interventi anche minimi, e non solo “un posto in lista d’attesa”). Ed è bene che ciò avvenga entro i LEA perché:

- è bene che i LEA restino il principale contenitore che regola il SSN, per non frantumare la normativa; e per il profilo giuridico costituzionale che hanno i diritti entro i LEA
- perché i LEA vigenti sono deboli nel definire sia l’assistenza domiciliare per non autosufficienti, sia l’integrazione sociosanitaria: nel loro Dpcm ci si limita a prevedere che gli interventi del SSN “...sono integrati da interventi sociali”, il che non spiega nulla.

La legge delega non prevede alcun rafforzamento dei LEA, né più diritti entro il SSN. Di fatto la legge poggia tutto sull’idea che gli interventi domiciliari mirati alla tutela negli atti della vita quotidiana debbano essere compito dei soli servizi sociali, o delle famiglie.

## ALLEGATO 2 PROPOSTE

**Ecco una proposta sull'assistenza domiciliare,** come un possibile testo da immettere nei decreti delegati

*“Il piano per l'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)”*.

*“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”*.

E in questo modo si estenderebbe all'assistenza domiciliare il dispositivo che da sempre è in opera nelle RSA, dove questo budget di cura già esiste ed è appunto la retta. Il meccanismo migliore (e sperimentato) è: 1) la valutazione individua un grado di non autosufficienza crescente abbinato a un crescente budget di cura da usare, 2) si compone il budget di cura con 50% del SSN, 50% di utente e/o Comuni), 3) si trasforma il budget nell'intervento che è più utile in quel momento, potendo modificarlo nel tempo. Che è ciò già accade per gli inserimenti in RSA

Un altro snodo che non pare eludibile è il seguente:

**L'assistenza domiciliare ai malati non autosufficienti deve prevedere meccanismi di compartecipazione del cittadino analoghi alla residenzialità**

Due attenzioni:

- Il budget di cura per l'assistenza domiciliare (cioè la spesa dalla quale ricavare il piano di assistenza) deve essere costruito con lo stesso meccanismo di quello per l'assistenza residenziale, perché non deve esistere alcuna forma di “convenienza economica”, né per le famiglie né le amministrazioni, che influenzi la scelta tra le due forme/setting di cura, scelta che deve invece derivare soltanto dall'appropriatezza clinica e dalla preferenza dei cittadini.
- Inoltre, al contrario di cosa accade ora in norme nazionali e regionali, la valutazione della condizione economica non deve essere usata per determinare se si può o meno accedere alle prestazioni (perché l'accesso va previsto soltanto in base alle condizioni di non autosufficienza), ma unicamente per

definire la successiva contribuzione al costo degli interventi che è a carico del cittadino. Altrimenti, come oggi, accade (con l'ISEE) che sia escluso anche solo dalla possibilità di accedere ad interventi un non autosufficiente perché è comproprietario di un terreno invendibile, o perché aveva 12 mesi prima dei risparmi che quando chiede l'intervento ha già speso per la sua assistenza. E peraltro l'ISEE è un pessimo misuratore della condizione economica, criticità della quale purtroppo nessuno si occupa

La legge delega non prevede nulla su questi temi cruciali.

**Ecco una proposta sul tema,** come un possibile testo da immettere nei decreti delegati

*“La valutazione della condizione economica non deve essere usata per determinare l'accesso alle prestazioni e la loro fruibilità, ma unicamente per identificare la successiva contribuzione al costo degli interventi che è a carico del cittadino, e considerando le risorse delle quali effettivamente dispone in quel momento”.*