

## **La condizione delle persone anziane non autosufficienti in Italia, quelle che vivono in residenze sociosanitarie, le tariffe, le rette, la compartecipazione alla spesa e la proposta di modifica alla normativa sanitaria e sociosanitaria vigente.**

I commenti sotto riportati illustrano genesi, finalità ed effetti dell'emendamento proposto dalla senatrice Cantù (Lega) e approvato dalla Commissione sanità del Senato, all'interno del disegno di legge, **Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria**. Alla loro lettura rimandiamo per meglio capire le diverse sfaccettature all'interno della quale si inserisce la proposta di modifica. Sulla questione segnaliamo anche il significativo intervento del [sottosegretario Gemmato](#) in Commissione Affari sociali della Camera. Richiamiamo tre aspetti.

**1 - Perché le organizzazioni degli enti gestori, hanno iniziato una pressione così forte sul Parlamento per un intervento legislativo?** Se la magistratura in alcune sentenze, poche e ad personam come è stato fatto notare, ha stabilito (ricordiamo, per contestualizzare queste vicende, anche quanto tempo passa tra l'inizio della vertenza e il giudizio definitivo) che l'intero onere della *prestazione* debba essere a completo carico del fondo sanitario, cosa importa ai gestori se a pagare l'intero costo, invece di una parte, sia il SSN? Lo capiamo meglio, nella recente intervista ([Appunti sulle politiche sociali, 2/2024](#)) all'avvocato [Massimiliano Gioncada](#), cui avevamo chiesto *“in tema di compartecipazione ci sono differenze nel rapporto tra utente ed ente pubblico ed ente gestore privato? In quest'ultimo caso puoi dirci riguardo i contratti che vengono fatti firmare agli utenti?”* Così risponde (evidenziazioni nostre) *“Trattasi di due piani diversi. Il contratto di ingresso mira a disciplinare i rapporti tra utente ed ente gestore della struttura, al quale è inibita la valutazione della capacità economica, che spetta all'amministrazione. Il rapporto tra utente e amministrazione, invece, si posiziona proprio sul versante della definizione della capacità economica e conseguente ascrizione/suddivisione dei costi. In questo senso va sfatato quello che a mio avviso è un falso mito: la ritenuta sistematica nullità dei contratti di ospitalità sottoscritti a favore dei ricoverati con malattia di Alzheimer. La giurisprudenza in materia, a partire da una nota pronuncia della Corte di Cassazione del 2012, si è andata stratificandosi negli anni, con pronunce di segno opposto. Oggi mi pare possibile affermare che la giurisprudenza prevalente nega l'automatismo malato di Alzheimer uguale malato a carico del Fondo sanitario e, nel tempo, ha delineato esattamente i contorni della questione. Se è vero che anche recentemente si possono rinvenire pronunce che hanno rilevato la nullità del contratto di ingresso, stante la natura (a prevalenza) sanitaria della prestazione, è appena il caso di far notare che ciò è stabilito nel singolo caso di specie, senza che si possa inferire alcuna regola generale in proposito. Non a caso, la prevalente giurisprudenza, come anzidetto, è oggi di segno contrario.”*

**2 - L'approvazione dell'emendamento modificherebbe la normativa sui LEA, [Dpcm 12.1.2017](#),** nello specifico dell'art. 30. Ricordiamone il contenuto: L'articolo disciplina i trattamenti “estensivi di cura e recupero funzionale” e di “lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale” per le persone non autosufficienti (pur non richiamando mai l'età, distingue, art. 33 e 34, questi “trattamenti” da quelli per persone con disturbi psichici e con disabilità). Nel primo caso (estensivo) l'onere è a completo carico del FSN; nel secondo del 50%. Nel primo caso la durata del trattamento è “di norma non superiore a 60 giorni ed è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono soggette a rivalutazioni”; nel secondo caso, non sono indicati limiti temporali. Ricordiamo che nell'area disabilità (residenziale e semiresidenziale), la ripartizione degli oneri è diversa: 100% sanità nei trattamenti intensivi (sempre a termine) ed estensivi (a termine ma la valutazione può indicare il persistere del bisogno riabilitativo

estensivo); 70% sanità nei “trattamenti socio riabilitativi di recupero e mantenimento funzionale” per “disabili gravi”; 40% (solo residenziale) sanità per disabili che “richiedono moderato impegno assistenziale”.

Nell’area anziani, la proposta introduce una nuova condizione: “l’alta complessità assistenziale”, precedentemente assente, soggetta a valutazione e remunerata al 70% dal servizio sanitario nazionale, con una sostanziale assimilabilità alle disposizioni riguardanti le persone con disabilità.

C’è da chiedersi, come già è stato fatto notare, l’opportunità di introdurre la modifica di una normativa complessa come quella sui LEA (che dopo 8 anni avrebbe certo bisogno di verifica e revisione complessiva) attraverso un emendamento di questo tipo. Posto che, considerata la condizione di salute di molte persone ricoverate, non solo quelle con demenza (nelle [Marche](#) agli utenti sono assoggettate come prestazioni aggiuntive anche interventi infermieristici, riabilitativi, tutelari), richiederebbero l’elevazione della quota sanitaria al 70% al pari di quanto previsto per le persone con disabilità.

3 - E’, come è stato fatto notare, poi necessario **contestualizzare la situazione dell’assistenza residenziale per le persone anziani non autosufficienti** (tutte le condizioni), **in Italia**. Il sistema tariffario è indefinito (quanto costa), quando il servizio sanitario eroga la cosiddetta quota sanitaria, non sempre è rispondente alla normativa sui LEA (spesso si tratta di una sostanziale quota forfettaria) pari al 50% (nel caso di lungoassistenza mantenimento) della tariffa. Viene lasciato mano libera ai gestori nel definire le quote sociali, cosiddette alberghiere, in straordinario aumento. I Comuni, sarebbe quanto mai importante avere dati rigorosi sui costi sostenuti per l’integrazione delle rette, attuano (molto spesso) tutti i possibili escamotage al fine di non integrare le rette a partire dalla sistematica non applicazione (che è bene riconoscerlo andrebbe rivista su molti aspetti) della normativa ISEE che, ricordiamolo, è un livello essenziale. E’ dunque all’interno di questo quadro che deve essere collocata la questione oggetto dell’emendamento. Risolvere il problema di “qualcuno”, senza affrontare il problema complessivo dell’assistenza sociosanitaria e del suo finanziamento non pare pertanto accettabile.

Dalla condizione in cui vivono i circa 225.000 ultra65enni non autosufficienti residenti nelle strutture (nelle [Marche](#) il 41%, nei soli posti convenzionati, sono persone con demenza, il 7% in *posti con assistenza dedicata*, più formali, peraltro, che sostanziali), occorrerebbe partire. Cominciando dal verificare quanti sono costretti ad accedere in residenze convenzionate e quanti no (non affrontiamo qui altri aspetti riguardanti i modelli organizzativi, ed ai criteri di autorizzazione). E poi: con quali standard, con quali tariffe, con quali oneri a loro carico e con quali quote sanitarie.

A quel punto, forse, diventerà chiaro quanto risulti intollerabile intervenire con una norma ad hoc per risolvere il problema di qualcuno che è riuscito a porlo con forza. A differenza di centinaia di migliaia di persone (compresi i familiari), cui si aggiungono tutti quelli che vivono a casa in sostanziale assenza di sostegno, la cui voce non è tenuta in alcun conto.

**Proposta di modifica n. 13.0.400 (testo 2) al DDL n. [1241](#) sulle "Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria"**

**«Art. 13-bis**

*(Modifiche all'articolo 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730)*

1. All'articolo 30, comma 1, della legge 27 dicembre 1983, n. 730, le parole: "Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali" sono sostituite dalle seguenti: "Sono a carico del fondo sanitario nazionale esclusivamente gli oneri delle attività di rilievo sanitario anche se connesse con quelle socio-assistenziali". Conseguentemente, nell'ambito della quota a carico del servizio sanitario nazionale per l'erogazione delle prestazioni di assistenza sociosanitaria

residenziale e semiresidenziale, di cui all'articolo 30 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, salva la ripartizione ivi contemplata elevabile al 70 per cento nei casi di alta complessità assistenziale, sono a carico del fondo sanitario nazionale esclusivamente gli oneri delle prestazioni di rilievo sanitario, secondo quanto rilevato nell'ambito della valutazione multidimensionale per la presa in carico dell'assistito, anche se connesse con quelle socio-assistenziali in termini di specifica efficacia terapeutica.

2. Le disposizioni di cui al primo comma si applicano anche agli eventuali procedimenti giurisdizionali in essere alla data di entrata in vigore della presente legge.».

### Analisi e commenti

- [FISH](#), **Per una riforma organica e coerente del sistema sociosanitario**
- [ULCES](#), **Emendamenti normativi e diritti delle persone non autosufficienti**
- [Fondazione Promozione sociale](#), **Tagli fondi Rsa, tutti i dubbi sull'emendamento Cantù**
- [SPI, FNP, UILP](#), **Si ritiri l'emendamento su riduzione Lea sociosanitaria residenziale e semiresidenziale a non autosufficienti**
- [ANFFAS](#), **Diritto alla salute a rischio con l'emendamento 13.0.400 al disegno di legge as 1241**
- [Fish](#), **La Salute deve rimanere un diritto universale, senza discriminazioni nei confronti dei più vulnerabili**
- **Francesco Alberto Comellini**, [Disabilità e non autosufficienza. Profili giuridici e criticità costituzionali della proposta della Lega approvata al DdL 1241](#)

### Per approfondire

[ISTAT. Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie - Anno 2022](#)

[L'assistenza residenziale anziani nelle Marche. 2010-2025](#)

[Assistenza residenziale agli anziani in Lombardia. A che punto siamo?](#)

[Le compartecipazioni nell'assistenza residenziale agli anziani tra ricorsi e LEA](#)

[L'ISEE e la compartecipazione al costo dei servizi sociali e sociosanitari. A che punto siamo?](#)

[L'assistenza sociosanitaria nei nuovi LEA](#)

[La ripartizione della spesa nei servizi sociali e sociosanitari](#)

[Legge delega \(n. 33/2023\) non autosufficienza e decreti attuativi. Testi, analisi e commenti](#)

---

**[LA RICHIESTA DI SOSTEGNO](#)** del Gruppo Solidarietà

Altri materiali in [Osservatorio Marche](#) e [documentazione politiche sociali](#).

La gran parte del lavoro del Gruppo è realizzato da volontari, ma non tutto. Se questo lavoro ti è utile [PUOI SOSTENERLO CON UNA DONAZIONE](#) e [CON IL 5 x 1000](#).

[Clicca qui per ricevere la nostra newsletter.](#)