**PER UNA NORMATIVA DI RIFORMA DEL WELFARE SULLA NON AUTOSUFFICIENZA (gennaio 2022. Maurizio Motta)**

Lo scopo di questo materiale e la sua natura sono descritti nell’articolo pubblicato su welforum.it [a questa pagina[[1]](#footnote-1).](https://welforum.it/riforme-per-la-non-autosufficienza-e-la-disabilita-una-proposta-articolata/)

Dunque il materiale che segue:

* + - tenta di esporre **tutti i diversi snodi** connessi alla tutela della non autosufficienza che meritano innovazioni e riforma;
    - per ciascuno di essi propone sia una breve “**motivazione”** dell’ipotesi di riordino (ossia le ragioni che richiedono innovazioni normative), sia un possibile testo dell**’articolo** per la legge.

Questa stesura è redatta con proposte di articoli dettagliati, come se fossero il contenuto finale della normativa attuativa. Se si deve invece partire da una legge delega (come prevede il PNRR), per usare questo materiale è necessario ricavare da questa esposizione i criteri cruciali da esporre nella legge delega, e quelli che invece potrebbero essere contenuti nei decreti legislativi conseguenti.

**INDICE DEGLI ARTICOLI**

[Denominazione della legge: Il sistema delle cure per la non autosufficienza 1](#_Toc94102785)

[Art. 1) Oggetto, obiettivi, definizioni 1](#_Toc94102786)

[Art. 2) L’accesso al sistema delle cure sociosanitarie e la valutazione del bisogno 2](#_Toc94102787)

[Art. 3) Il piano di intervento individuale e il budget di cura 6](#_Toc94102788)

[Art. 4) La contribuzione dei cittadini ai costi degli interventi 9](#_Toc94102789)

[Art. 5) Ricomposizione di sistemi di offerta 11](#_Toc94102790)

[Art. 6) L’assistenza domiciliare 12](#_Toc94102791)

[Art. 7) I servizi semiresidenziali a frequenza diurna 15](#_Toc94102792)

[Art. 8) I servizi residenziali e forme abitative protette 15](#_Toc94102793)

[Art.9) La continuità e la filiera delle cure 17](#_Toc94102794)

[art. 10) Progetti per la vita indipendente di disabili adulti 18](#_Toc94102795)

[art. 11) Livelli essenziali di assistenza 18](#_Toc94102796)

[art. 12) Strutture sanitarie residenziali non ospedaliere 18](#_Toc94102797)

[Art. 13) Protesi e ausili 19](#_Toc94102798)

[Art. 14) La medicina generale 20](#_Toc94102799)

[Art. 15) Barriere architettoniche e mobilita’ 20](#_Toc94102800)

[art. 16) Rappresentanza delle persone non autosufficienti 20](#_Toc94102801)

[art. 17) Formazione degli operatori 21](#_Toc94102802)

[Art. 18) Informazioni e trasparenza 22](#_Toc94102803)

[art. 19) Il sistema informativo 23](#_Toc94102804)

[Art. 20) Strumenti di governo e monitoraggio del sistema delle cure 24](#_Toc94102805)

[Art. 21) Risorse finanziarie 27](#_Toc94102806)

# Denominazione della legge: Il sistema delle cure per la non autosufficienza

# Art. 1) Oggetto, obiettivi, definizioni

*MOTIVAZIONE*

*Occorre precisare che i fruitori del sistema di cure disegnato dalla legge sono le persone che necessitano dell’aiuto di altri per svolgere gli atti della vita quotidiana, anche a prescindere dalla malattia o dal traumatismo che hanno generato questa condizione, nonché dalla sua durata nel tempo. Merita riflettere sul fatto che per tutte le situazioni di incapacità negli atti della vita quotidiana (sia di disabili di ogni età, sia di anziani non autosufficienti) occorrono analoghi supporti, ferme restando le eventuali possibili differenze di progettazione degli interventi. Per questo è opportuno che il sistema da costruire non preveda a priori rigide differenze per anziani e per disabili di altre età, anche per queste ragioni:*

* *evitare una criticità “classica” nei servizi di welfare: l’indeterminatezza e i contenziosi tra servizi per identificare chi è competente a gestire non autosufficienti quando “diventano anziani”, e che cosa connota tale condizione. Né avrebbe senso che cambi la presa in carico e il tipo di offerte solo al compimento di una età predefinita.*
* *Perché il Fondo Non Autosufficienza è dedicato (come anche il relativo Piano Non Autosufficienza) sia ai disabili sia agli anziani non autosufficienti*

*L’articolo inoltre esplicita gli obiettivi macro del riordino.*

*TESTO DELL’ARTICOLO*

1. La presente legge riguarda la rete di supporti per le persone non autosufficienti, da intendere come coloro che a seguito di patologie o traumatismi soffrono di gravi limitazioni dell’autonomia fisica, psichica o sensoriale, le quali producono incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l’aiuto rilevante di altre persone, esigenza di aiuto che permane nonostante l’utilizzo di protesi od ausili. La rete di supporti deve garantire tutele indipendenti dalla durata e dalla causa della condizione di non autosufficienza, organizzate entro un organico sistema delle cure, e mirate a personalizzare gli interventi.
2. Obiettivo della legge è la costruzione e monitoraggio del sistema delle cure sociosanitarie per la non autosufficienza, inteso come l’insieme dei soggetti, funzioni ed interventi per le finalità del precedente comma 1. Il termine “cure” va inteso come insieme di attività non necessariamente mirate alla guarigione, impossibile per molte cause di non autosufficienza, bensì finalizzate al prendersi cura delle situazioni di non autonomia, per garantire le migliori condizioni di vita possibili anche in presenza di patologie progressive o non guaribili. Anche per questa ragione il presente atto si pone in coerenza con i principi della legge 833/78 e s.m.i. che esplicitamente prevede per il Servizio SanitarioNazionalela cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata
3. Gli obiettivi principali del riordino sono:
   1. Introdurre nel sistema dei servizi pubblici un rafforzamento dei diritti esigibili per i cittadini non autosufficienti e le loro famiglie.
   2. Valorizzare, ove appropriata e condivisa dai fruitori, la possibilità di vivere presso il proprio domicilio con supporti adeguati.
   3. Evitare ricoveri impropri e indesiderati in strutture sanitarie e sociosanitarie.
   4. Precisare le competenze dei sistemi pubblici di servizi coinvolti nel sistema delle cure.
   5. Ridurre le diseguaglianze nella fruizione degli interventi, nonché inappropriate differenze regionali e locali nelle offerte ai cittadini, assumendo che tali differenze non devono condurre ad interventi inferiori a quelli che sono individuati come livelli essenziali delle prestazioni ai sensi dell’art. 117, comma 2, lettera “m” della Costituzione.

Agli interventi descritti nel presente atto i cittadini accedono in possesso dei medesimi requisiti che fanno accedere agli interventi del Servizio Sanitario Nazionale.

# Art. 2) L’accesso al sistema delle cure sociosanitarie E LA VALUTAZIONE DEL BISOGNO

*MOTIVAZIONE*

*Uno dei problemi attuali per i non autosufficienti e le loro famiglie è l’enorme difficoltà a ricevere informazioni per accedere ai diversi possibili interventi, con il rischio di non poter nemmeno richiederli, o di dover impegnare tempo e fatica nel peregrinare tra molti sportelli. E la speculare difficoltà del welfare pubblico nel facilitare l’accesso, visto che include prestazioni e percorsi multipli e frantumati. E’ dunque decisivo che in ogni territorio si organizzino sia informazione che accesso (oggi diversissimi) facilitati in tutti i loro diversi meccanismi.*

*Altrettanto rilevante è riformare il percorso ed i criteri per garantire la valutazione multidimensionale:*

* + - 1. *prevedendo che riguardi in primis le incapacità della persona, ma che ove sia indispensabile valutare priorità di accesso, per l’impossibilità di fornire interventi a tutti, includa anche valutazione di alcune condizioni sociali, perché vi sono situazioni di persone in condizioni sanitarie non gravissime ma in condizioni sociali disastrose, col rischio che non vengano mai prese in carico se non si assegna rilievo anche alla situazione sociale;*
      2. *puntando a superare le attuali duplicazioni defatiganti di valutazioni per gli utenti, e il costo a loro carico della richiesta di valutazione nelle Commissioni per l’invalidità. Attualmente un disabile o un anziano non autosufficiente deve eseguire diverse valutazioni, presso diverse commissioni per accedere a differenti interventi: una valutazione multidimensionale (presso le Unità Valutative Multidimensionali, come le UVG) per accedere agli interventi sociosanitari locali (assistenza al domicilio o inserimenti in RSA), un’altra valutazione collegiale che conduce all’accertamento delle condizioni di disabilità per erogare le misure previste dalla legge 104/1992 (ad esempio i permessi dal lavoro per il disabile e i familiari), ed una per ricevere l’indennità di accompagnamento e le altre prestazioni INPS. Questo scenario implica rilevanti difficoltà per i non autosufficienti e le loro famiglie, che devono eseguire diverse valutazioni in luoghi e con percorsi differenti, con le conseguenze negative della fatica del peregrinare con il non autosufficiente, e del rischio di non riuscire ad accedere.*

*Dunque è utile puntare ad una ricomposizione dei percorsi per le valutazioni della non autosufficienza, unificandole in un unico momento ed in una unica commissione. Lo scopo primario di tutte queste valutazioni non è infatti produrre diagnosi specifiche, o prescrizioni cliniche diverse tra loro, ma solo e sempre quello di individuare il grado di autonomia del paziente nella vita quotidiana, e da un giudizio organico e unico sul tema potrebbero essere avviati tutti i diversi sostegni, da quelli monetari INPS, ai permessi ex legge 104, ai percorsi sociosanitari locali.*

*La valutazione della condizione economica dei richiedenti non deve essere utilizzata per essere a priori ammessi o esclusi alle prestazioni, o definire la loro intensità, poiché sono interventi connessi alla condizione sanitaria della persona, bensì solo per definire la contribuzione al loro costo (anche elevata) così come avviene nel campo sanitario. Oggi invece spesso non accade così, con effetti come questi:*

1. *Persone gravemente non autosufficienti possono essere escluse a priori da qualunque intervento (residenziale o domiciliare) per il solo fatto che 3 anni prima (quando non erano malate) hanno donato un immobile al figlio, oppure perché hanno consumato i loro risparmi di 2 anni prima per pagarsi l’assistenza ma non in modo sufficiente a fare un ISEE corrente. Ma qui il problema non è (ancora) “quale test dei mezzi” (ISEE o no), bensì la logica della contribuzione invece di quella dell’esclusione a priori.*
2. *Se una persona diventa non autosufficiente per un traumatismo qualunque, o per un crollo vertebrale da osteoporosi grave non trattabile:*

* *Se richiede al welfare pubblico l’intervento (anche prolungato) di un fisioterapista, non ne è esclusa a priori in base alla condizione economica, ma deve caso mai pagare più contribuzione (ticket)*
* *Se invece richiede al welfare pubblico un’assistenza domiciliare tutelare (o anche una collocazione in RSA) è esclusa a priori ove la valutazione definisca l’accesso anche in base alla condizione economica, senza nemmeno arrivare a dimensionare la contribuzione*

*Quale logica razionalmente fondata giustifica questa asimmetria?*

*Concludere la valutazione multidimensionale definendo subito l’intervento rischia di far attivare solo poche prestazioni già predefinite a monte. Invece è quando si fa poi il Piano di assistenza (con gli operatori che davvero seguiranno quell’utente) che si deve poter disporre di un budget da trasformare in più opportunità. Dunque l’esito della valutazione deve essere la definizione di un livello di bisogno (di mancanza di autonomia), al quale si abbina un budget di cura da tradurre in interventi, come descritto ai successivi articoli.*

*Altresì è necessario prevedere iniziative dei servizi per contattare in modo proattivo persone che non sono non in grado di richiedere interventi, e dunque a rischio di abbandono.*

*Vanno definiti tempi massimi di attesa per i cittadini, perché queste durate sono ingredienti cruciali che danno sostanza dei diritti.*

*Attualmente ogni Regione ha adottato proprie scale valutative come strumento per le Unità Valutative Multidimensionali, il che produce differenti criteri ed esiti valutativi non in base alle condizioni del paziente, ma solo al territorio di sua residenza. Ma non esiste ragione scientifica per questa differenza, che deriva unicamente dalle preferenze dei tecnici che hanno supportato le Regioni, e/o dai diversi sistemi informativi poi costruiti per gestire tali valutazioni. Merita dunque muovere verso l’obiettivo di una unificazione delle diverse scale valutative.*

*TESTO DELL’ARTICOLO*

1. Le Regioni e le Province autonome organizzano appositi luoghi di primo accesso al sistema delle cure sociosanitarie per i non autosufficienti e le loro famiglie, che devono garantire:
   1. L’informazione alle persone e famiglie sull’intera gamma degli interventi e supporti che potrebbero essere utili, erogabili non solo dal SSN o dai servizi sociali locali, ma anche da altre amministrazioni (nazionali e locali) e soggetti del territorio, quali agevolazioni fiscali, nei trasporti, nella riduzione delle barriere architettoniche, nei congedi ai familiari del disabile o non autosufficiente, nelle prestazioni erogabili dall’INPS e da altre amministrazioni.

Allo scopo i luoghi di accesso si avvalgono anche delle informazioni e strumenti di cui all’articolo 18 comma 6 del presente atto, ed espongono informazioni sul loro ruolo e sulla mappa delle prestazioni fruibili dai non autosufficienti nei siti web delleAziende Sanitarie e degli Enti gestori dei servizi sociali. Poiché è opportuno che le informazioni utili ai non autosufficienti ed alle loro famiglie siano da essi ricevute il prima possibile, gli strumenti informativi predisposti allo scopo sono resi disponibili a tutti i servizi che possono incontrare persone diventate non autosufficienti, come i servizi ospedalieri che progettano dimissioni protette.

Nel definire il funzionamento dei punti di accesso devono essere esplicitate le possibili funzioni che si possono attivare per favorire non solo l’informazione ma anche il supporto per l’accesso effettivo alle diverse prestazioni, di diverse amministrazioni, sino all’eventuale accompagnamento nel caso di persone che non potrebbero accedervi senza tali sostegni.

* 1. La prenotazione delle valutazioni multidimensionali per fruire degli interventi, descritte al comma 4 seguente.Devono essere esplicitati i criteri da adottare in caso di urgenze indifferibili per i cittadini.
  2. L’informazione completa ai cittadini sull’intero iter previsto per la persona per l’accesso alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie per la non autosufficienza, e dei tempi prevedibili.

1. Le Regioni e le Province autonome prevedono:
2. una localizzazione dei punti di accesso capillare in ragione dell’articolazione dei propri territori, non inferiore ad uno ogni distretto sanitario.
3. Che l’informazione sulla natura, localizzazione e funzioni dei punti di accesso sia veicolata con continuità a cura delle Aziende Sanitarie e degli Enti gestori dei servizi sociali a tutti i soggetti che ne possono a loro volta informare persone e famiglie, tra i quali i medici di medicina generale, i presidi ospedalieri, le strutture sanitarie di ricovero post ospedaliero, le strutture residenziali per non autosufficienti, gli Uffici Relazioni col Pubblico delle Aziende Sanitarie e dei Comuni, i servizi di continuità assistenziale delle Aziende Sanitarie, i patronati sindacali, le associazioni e fondazioni di tutela e supporto di disabili e non autosufficienti.
4. Modalità per ridurre l’obbligo dei pazienti e delle famiglie di doversi recare presso diversi servizi sanitari e sociosanitari per richiedere diversi interventi, quali ausili e protesi, e per muovere verso una ricomposizione e facilitazione di tali percorsi. Per facilitare informazioni ed accesso alle prestazioni dell’INPS, regioni, Aziende Sanitarie e Enti gestori dei servizi sociali locali promuovono apposite collaborazioni con i patronati sindacali.
5. Per ridurre i rischi di abbandono di persone con problemi di autonomia in condizioni di grave solitudine, e/o che possono non essere in grado di conoscere i servizi o di accedervi, le Regioni e Province autonome programmano azioni proattive dei servizi dei Comuni, degli enti gestori dei servizi sociali e delle Aziende Sanitarie, per contattare di loro iniziativa le persone in tali condizioni e limitare tali rischi.
6. L’accesso agli interventi sociosanitari di tutela previsti dalla presente legge avviene previa valutazione multidimensionale, da eseguire in unità valutative multidisciplinari composte da professionalità sanitarie e sociale, presiedute da un medico dell’Azienda Sanitaria. L’Azienda Sanitaria può prevedere che gli operatori sociali presenti nelle unità valutative multidisciplinari afferiscano all’ente gestore dei servizi sociali locali, in base ad intese con tale ente. Qualora invece gli operatori sociali che concorrono alla valutazione afferiscano all’Azienda Sanitaria, i servizi degli enti gestori dei servizi sociali locali sono coinvolti in presenza di problemi del nucleo che possano richiedere loro interventi. La titolarietà primaria della valutazione multidimensionale è in ogni caso in capo al Servizio Sanitario Nazionale tramite il presidente dell’unità valutativa.
7. Nel procedimento della valutazione della non autosufficienza:
   1. È primario l’obiettivo di identificare le capacità residue della persona e le sue limitazioni nello svolgere gli atti della vita quotidiana, allo scopo di derivare da tali bisogni le esigenze di assistenza da progettare e garantire. Solo qualora non fosse possibile attivare interventi di tutela successivi alla valutazione per tutti i valutati, e fosse dunque necessario utilizzare criteri di priorità per l’accesso agli interventi, a tale scopo nella valutazione sono anche considerate le eventuali limitazioni derivanti dalle capacità di sostegno della rete familiare, dalla natura dell’abitazione e dei suoi servizi. Qualora le scale valutative utilizzate non contemplino queste variabili di natura sociale, gli strumenti valutativi vengono integrati a questo fine, e l’esito finale della valutazione tiene conto, nei casi descritti al precedente periodo, di tali variabili. La valutazione deve includere anche una visita domiciliare.
   2. La valutazione multidimensionale si conclude con un giudizio articolato ed attribuendo alla persona una intensità assistenziale, intesa come sintesi dei bisogni di tutela negli atti della vita quotidiana, individuata tra tre gradazioni, crescenti al crescere della non autosufficienza. Al variare delle condizioni della persona o dei bisogni di tutela può essere presentata una richiesta di rivalutazione, alla quale si applicano gli stessi criteri descritti per la prima valutazione.
   3. Per agevolare il paziente che deve essere dimesso da presidi ospedalieri o di riabilitazione le Aziende Sanitarie prevedono la possibilità di eseguire le valutazioni multidimensionali anche prima della dimissione.
   4. Qualora il paziente sia seguito da servizi specialistici, ad esempio per problemi di dipendenza da sostanze o per patologie psichiatriche, l’unità valutativa definisce la valutazione previo confronto con gli operatori che hanno in carico la persona.
   5. La valutazione della condizione economica non deve essere utilizzata per definire l’intensità assistenziale di cui al precedente punto b) né per determinare l’accesso alle prestazioni, ma solo per identificare la successiva contribuzione al costo degli interventi che è a carico del cittadino, come descritto al successivo articolo 4.
   6. Nei momenti di esecuzione della valutazione il cittadino ha diritto ad essere assistito da persona di sua fiducia, inclusi operatori sanitari o sociali di organismi ai quali egli abbia conferito delega di assistenza. A fronte di valutazioni non condivise il cittadino ha diritto a presentare richiesta di riesame al presidente della unità valutativa e al direttore sanitario dell’Azienda Sanitaria, che rispondono per iscritto.
   7. Poiché è necessario evitare ai non autosufficienti ed alle famiglie duplicazioni di accessi e percorsi paralleli defatiganti:

* È fatto divieto di aggiungere ulteriori scale valutative e momenti di valutazione per accedere agli interventi sociosanitari, oltre a quelli previsti nell’attività delle unità valutative multidimensionali.
* Con decreto del Ministero della Salute da emanarsi non oltre 90 giorni dall’approvazione della presente legge, si provvede ad unificare in un unico momento ed in una unica commissione valutativa la valutazione descritta al presente articolo con la valutazione collegiale in essere per l’accertamento delle condizioni di disabilità ai sensi della legge 104/1992 e smi. e per la concessione dei conseguenti benefici, nonché le prestazioni a carico dell’INPS, come l’indennità di accompagnamento. Con lo stesso atto si dispone l’eliminazione del pagamento dovuto dal cittadino al medico di medicina generale per l’attivazione della richiesta di valutazione presso le Commissioni di invalidità civile delle Aziende Sanitarie.
* Le Aziende Sanitarie incentivano la possibilità per il paziente di ricevere valutazioni e certificazioni di medici specialisti per l’accesso a protesi ed ausili contestualmente alla valutazione nelle unità valutative multidimensionali, per ridurre defatiganti diversi accessi a diversi servizi per i non autosufficienti.

1. La valutazione multidimensionale deve concludersi non oltre 45 giorni dalla richiesta di sua esecuzione da parte del cittadino o dei suoi familiari. Le Regioni e le Province autonome programmano la messa in opera di un numero di unità valutative multidimensionali adeguato a garantire questi tempi e le modalità di funzionamento descritte nel presente articolo.
2. Entro 120 giorni dall’approvazione del presente atto un decreto del Ministero della Salute definisce le modalità per uniformare progressivamente in tutte le Regioni e Province autonome i criteri valutativi ed i relativi strumenti da adottare entro le Unità valutative descritte nel presente comma.

# Art. 3) Il piano di intervento individuale e il budget di cura

*MOTIVAZIONE*

*E’ necessario definire con precisione il meccanismo per passare dalla valutazione al piano individuale di assistenza. In proposito è cambiamento cruciale rispetto alla situazione attuale introdurre competenze di spesa del SSN nell’assistenza tutelare al domicilio (visto che tale impegno non è sufficientemente chiaro nei LEA vigenti), per molte diverse ragioni:*

1. *Perché già succede: i LEA già prevedono che il costo in RSA sia metà a carico del SSN; costo che copre non le spese sanitarie o di 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 allo stesso modo che la tutela sia in parte a carico del SSN? Ma entro i LEA (e non con risorse “extra LEA”). Non prevederlo implica che per la stessa persona non autosufficiente il SSN di fatto incentiva solo il ricovero, come oggi, in grave contraddizione con l’obiettivo di potenziare l’assistenza al domicilio*
2. Perché il SSN oggi spende circa 150 euro al giorno per un posto in case di cura post ospedaliere (per 60 giorni); per degenze spesso inappropriate, o “posteggi” in attesa di un posto in RSA o in assistenza domiciliare. E il SSN spende intorno ai 40 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 buon risparmio interno allo stesso SSN?
3. *Perché il meccanismo per definire le risorse per l’assistenza, compresa la contribuzione dell’utente (tema molto delicato che meriterebbe riflessioni) deve essere identico per l’assistenza domiciliare o l’inserimento in RSA: la scelta tra i due setting di cura deve derivare solo da ragioni di appropriatezza e dai desideri della persona, e non deve essere influenzata da convenienze economiche, né per la famiglia né per le Amministrazioni.*
4. *Perché dove questo è accaduto (ad esempio in Torino) 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 (e di molto) queste ore con proprie risorse, ed è inutile per le altre con meno risorse proprie. Sarebbe una riforma ben crudele verso i poveri*
5. *Perché i non autosufficienti sono tali perché malati o con esiti di patologie. Dunque è un’area sulla quale dovrebbe essere chiara la titolarietà primaria del SSN, anche nella spesa e nel governare il sistema delle offerte; come peraltro accade in molti paesi europei.*
6. *Perché da tempo vi sono spese del SSN non consistenti in attività sanitarie o di professioni sanitarie: i LEA prevedono rimborso delle spese di trasporto ai centri dialisi per i nefropatici cronici, o i servizi psichiatrici erogano sostegni monetari ai pazienti per il loro progetto terapeutico di vita. Quindi già vi sono importanti interventi nei quali la spesa del SSN riguarda “tutti i modi utili per fare salute”, e non solo gli “atti di operatori sanitari”.*
7. *La sentenza della Cassazione n° 21528 del 2021 ha previsto che quando una RSA ricovera un non autosufficiente che necessita di un piano personalizzato, l’intera retta debba essere solo a carico del SSN. Non è la prima e certo non sarà l’ultima sentenza. Dunque come è possibile sostenere che per persone non autosufficienti con patologie tutto il costo del ricovero in RSA (ossia anche della tutela negli atti della vita quotidiana) sia solo a carico del SSN, mentre se sono assistite a casa nemmeno il 50% è a carico del SSN?*

*La stessa patologia cronica deve quindi ricevere dal SSN le stesse garanzie di prestazione, che sia gestita in struttura residenziale od a casa.*

*Per l’utente ciò che “dà sostanza concreta” al diritto alla prestazione sono (oltre ai tempi per riceverla) nell’assistenza domiciliare un minimo volume di prestazioni, che renda questa assistenza efficace e non solo simbolica. Questo meccanismo può essere governato prevedendo che il volume di assistenza domiciliare sia connesso ad un budget di cura, che è crescente al crescere della non autosufficienza.*

*Come è noto la spesa più consistente per la non autosufficienza consiste nell’indennità di accompagnamento che ha il difetto fondamentale di imporre alle famiglie di dover trasformare da sole quel denaro in sostegni per l’utente. Ma l’unico modo per usare questa spesa pubblica nel sistema delle cure, ed al contempo per aiutare le famiglie a usarla davvero per l’utente, è quello di includerla nel budget di cura che deve essere trasformato negli interventi, flessibili e adattivi.*

*Anche la definizione di tempi massimi di attesa degli interventi è un ingrediente cruciale dei diritti.*

*TESTO DELL’ARTICOLO*

1. In esito alla valutazione descritta all’articolo precedente viene abbinato ad ogni grado di intensità assistenziale valutato un massimale di spesa possibile da utilizzare per il piano di assistenza individuale degli interventi sociosanitario, operante come budget di cura unitario. Tale massimale:
2. Per gli inserimenti in struttura residenziale corrisponde al costo della retta di ricovero dei posti letto di profilo appropriato ai bisogni di assistenza del paziente, con minutaggi di assistenza crescenti al crescere dei bisogni e del grado di non autosufficienza.
3. Per gli interventi di assistenza al domicilio corrisponde al 70% del costo complessivo medio regionale delle rette di ricovero per posti letto di profilo analogo ai bisogni di assistenza del paziente.
4. In esito alla valutazione multidimensionale viene definito un piano di assistenza individuale, come previsto dai LEA all’art. 21, comma 3 del Dpcm n°5 del 12/1/2017, che viene concordato tra il paziente o i suoi familiari, un operatore sanitario ed uno dei servizi sociali, nell’ambito territoriale dei distretti sanitari. Il piano deve trasformare il budget di cura in interventi, prevedendo altresì momenti di monitoraggio sulla situazione del non autosufficiente e l’efficacia degli interventi, e possibili revisioni. Il piano utilizza il budget di cura per gli interventi di tutela negli atti della vita quotidiana; deve tuttavia prevedere gli eventuali necessari raccordi con altri interventi, quali quelli di assistenza sanitaria e l’accesso ad ausili e protesi, che sono in ogni caso attivati con risorse esterne al budget di cura descritto al comma precedente.

L’ Azienda Sanitaria può prevedere che gli operatori sociali che concorrono a definire il piano di assistenza afferiscano all’ente gestore dei servizi sociali locali, in base ad intese con tale ente. Qualora invece gli operatori sociali che definiscono il piano di assistenza afferiscano all’Azienda Sanitaria, i servizi degli enti gestori dei servizi sociali locali sono coinvolti in presenza di problemi del nucleo che possano richiedere loro interventi. La titolarietà primaria del piano è in ogni caso in capo agli operatori del SSN.

1. Qualora l’intervento appropriato consista nell’inserimento in una struttura residenziale, in posti letto in convenzione con il SSN, il budget di cura consiste:
2. Per la percentuale definita dai LEA, agli articoli del Capo IV del Dpcm n° 15 del 12/1/2017, in una quota a carico del SSN, denominata “quota sanitaria”.
3. Per la restante parte in una quota a carico del ricoverato, denominata “quota sociale”. Qualora le condizioni economiche del nucleo familiare del ricoverato non consentissero di sostenere tale spesa, la parte di tale quota sino a concorrenza del suo importo è sostenuta dall’ente gestore dei servizi sociali locali, come descritto al successivo articolo 4.
4. Qualora l’intervento appropriato consista nella frequenza di strutture semiresidenziali il budget di cura consiste:
   1. Per la percentuale definita dai LEA, agli articoli del Capo IV del Dpcm n° 5 del 12/1/2017, in una quota a carico del SSN, denominata “quota sanitaria”.
   2. Per la restante parte in una quota a carico del paziente, denominata “quota sociale. Qualora le condizioni economiche del suo nucleo familiare non consentissero di sostenere tale spesa, la parte di tale quota sino a concorrenza del suo importo è sostenuta dall’ente gestore dei servizi sociali locali come descritto al successivo articolo 4.
5. Qualora l’intervento appropriato consista nell’assistenza al domicilio, il budget di cura consiste:
6. Per il 50% in una quota a carico del SSN, denominata “quota sanitaria”.
7. Per la restante parte in una quota a carico dell’utente, denominata “quota sociale. Qualora le condizioni economiche del suo nucleo familiare non consentissero di sostenere tale spesa, la parte di tale quota sino a concorrenza del suo importo è sostenuta dall’ente gestore dei servizi sociali locali come descritto al successivo articolo 4. Laddove i familiari del non autosufficiente esercitino al suo domicilio proprie funzioni di cura, è opportuno che tali funzioni vengano valorizzate come concorrenti al volume delle tutele; pertanto qualora il non autosufficiente riceva assistenza da familiari, e i servizi dedicati a definire e monitorare il piano di assistenza rilevino che tali supporti sono efficaci, si considera che la quota sociale del piano di assistenza che è a carico della famiglia sia già soddisfatta e adempiuta in una misura del 50% se operano familiari conviventi con l’utente, o del 25% se non conviventi, previa valutazione dei servizi sull’adeguatezza del supporto dei bisogni dell’utente assicurato dai familiari.

In esito a quanto previsto al comma 1 del presente articolo il budget di cura per tutti i setting di cura, inclusa l’assistenza domiciliare, è di conseguenza crescente al crescere dei bisogni di tutela negli atti della vita quotidiana, bisogni identificati come descritto al comma 5, lettera b) del precedente articolo 2.

Per evitare interventi non appropriati in quanto ridondanti, il massimale erogabile come budget di cura descritto nel presente comma 5) deve essere adattato, riducendolo, qualora il non autosufficiente già fruisca di altri interventi; pertanto qualora la persona fruisca di contemporanei inserimenti in servizi semiresidenzali a frequenza diurna il budget di cura per l’assistenza domiciliare viene ridotto del 50%

1. L’impegno finanziario del SSN descritto al precedente comma 5) viene raggiunto con una progressione che consenta gradualità per la messa a regime del sistema. Di conseguenza nell’esercizio finanziario operante al momento dell’entrata in vigore di questo atto la quota sanitaria descritta al comma 5 è pari al 30%, e raggiunge il pieno regime descritto del 50% nel secondo esercizio finanziario successivo all’entrata in vigore del presente atto.
2. Il piano di assistenza domiciliare individuale, ed il conseguente utilizzo del budget di cura, sono costruiti secondo i criteri dei successivi articoli 4 e 6.
3. Dell’attivazione del piano di assistenza individuale, e del suo contenuto, viene informato a cura delle Aziende Sanitarie il medico di medicina generale del paziente.
4. Il piano di assistenza individuale relativo all’assistenza tutelare al domicilio deve essere messo in opera non oltre 20 giorni dal termine della valutazione multidimensionale. Qualora il piano non sia adottato entro tali termini sono comunque assicurati primi interventi di assistenza tutelare, con priorità verso i bisogni più urgenti. L’inserimento in struttura residenziale, in posti con quota sanitaria a carico del SSN, deve essere messo in opera non oltre 20 giorni dal termine della valutazione multidimensionale. Analogo termine va previsto per l’inserimento in strutture semiresidenziali. Qualora tali tempi non fossero attuabili, le Regioni e le Province autonome definiscono i tempi massimi entro i quali deve essere attivato il piano di assistenza individuale domiciliare e gli inserimenti in strutture diurne o residenziali, esplicitando altresì le iniziative e le scadenze per giungere ad un tempo massimo di 20 giorni dal termine della valutazione multidimensionale.

# Art. 4) La contribuzione dei cittadini ai costi degli interventi

*MOTIVAZIONE*

*Questo tema è gestito attualmente con enormi differenze nei diversi territori, generando disparità immotivate, ed iniquità spesso invisibili. E’ dunque necessario definire con precisione almeno alcuni aspetti, perché un tema così delicato non può essere lasciato solo a scelte locali, tra i quali i seguenti:*

* *va garantita uniformità tra i meccanismi applicati negli inserimenti in struttura residenziale e in assistenza domiciliare, sia per evitare che la scelta tra i due setting di cura venga influenzata da convenienze economiche, sia perché questa uniformità è la premessa per ottenere che il SSN spenda in assistenza domiciliare tutelare nello stesso modo con cui già spende in inserimenti residenziali.*
* *L’intervento non deve essere “un contributo alle famiglie”, bensì un budget di cura per il paziente, di importo adeguato a fornirgli i volumi di tutela necessari: E in questo contesto la quota sociale del budget (a carico della famiglia e/o dei Comuni) non è facoltativa, ma obbligatoria.*

*Se si usa il solo ISEE per valutare la condizione economica dei cittadini si producono gravi criticità nel misurarla, ottenendo falsi positivi (nuclei che sembrano poveri e non lo sono) o falsi negativi (nuclei che non sembrano poveri, e invece lo sono), ad esempio perché l’ISEE contiene redditi e patrimoni anche molto lontani dal momento della prestazione (e il cd “ISEE corrente” non sana questa criticità), ed inoltre contiene i redditi lordi e non netti, e quindi in parte non disponibili al cittadino. Peraltro l’ISEE non include indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità e rendite INAIL, che invece devono essere utilizzate dal cittadino nel suo budget di cura almeno per la contribuzione al costo delle rette di ricovero in RSA e per dimensionare le integrazioni a carico dei Comuni delle rette di ricovero per non autosufficienti, perché nelle strutture l’utente riceve appunto tutta la tutela per la vita quotidiana, inclusa dunque quella alla quale è finalizzata l’indennità. Peraltro è proprio per questa identità della tutela che l’INPS sospende l’indennità di accompagnamento a chi è ricoverato a totale carico pubblico.*

*Occorrono dunque rilevanti correttivi all’uso del solo ISEE [[2]](#footnote-2)*

*TESTO DELL’ARTICOLO*

1. Per definire la contribuzione a carico del cittadino negli interventi di inserimento in struttura residenziale e in assistenza tutelare domiciliare, ovvero per determinare la parte della quota sociale del budget di cura che è a carico del fruitore di prestazioni, si applicano i seguenti criteri:
2. I trattamenti economici che il cittadino percepisce al titolo della disabilità, inclusi indennità di accompagnamento, trattamenti di invalidità e rendite INAIL, vanno considerati tra i redditi da valutare per definire la contribuzione al costo della retta di ricovero in strutture residenziali, poiché la loro finalità è di garantire sostegni identici a quelli che il ricoverato riceve nella struttura.
3. Quando sia stato definito il piano di assistenza individuale con il consenso del fruitore, deve essere utilizzato allo scopo l’intero budget di cura appropriato, perché è stato costruito per essere appropriato ai bisogni della persona; pertanto la quota sociale di tale budget (il 50% del budget che è a carico del cittadino e/o dell’ente gestore dei servizi sociali) deve obbligatoriamente essere versata ed utilizzata per intero.
4. La contribuzione deve essere calcolata prevedendo che resti in piena disponibilità del fruitore delle prestazioni:

* qualora sia inserito in strutture residenziali a ciclo continuativo: un importo mensile non inferiore a 90 euro;
* qualora fruisca di interventi di assistenza domiciliare tutelare: un importo mensile non inferiore a quanto descritto al successivo comma 2, lettera c).

1. Qualora il fruitore o i suoi familiari si rifiutino di presentare documentazione per definire la loro contribuzione, ovvero di versare la contribuzione, il budget di cura descritto all’articolo 3 non è attivabile. In tali casi può essere attivata la sola quota sanitaria in situazioni di indifferibili esigenze di assistenza ove la mancata prestazione della documentazione derivi esclusivamente da impossibilità ed incapacità conclamate.
2. Per definire il budget di cura destinato all’assistenza a domicilio, nella componente della quota sociale, si utilizzano anche i criteri descritti al comma 5 del precedente articolo 3
3. Per valutare la condizione economica ai fini della contribuzione non è opportuno limitarsi al solo utilizzo dell’ISEE, perché questo indicatore può produrre deformazioni nel valutare il reddito disponibile del nucleo familiare. Pertanto per valutare la condizione economica del nucleo familiare ai fini del suo concorso al budget di cura si utilizza questa metodica:
4. I nuclei familiari con ISEE superiore a 35.000 euro non possono accedere a compartecipazioni dell’ente gestore dei servizi sociali locali nel comporre il budget di cura, come descritto ai commi da 3 a 5 del precedente articolo 3. Se l’ISEE del nucleo è inferiore si procede con i seguenti passaggi.
5. Si considerano i redditi ed i patrimoni mobiliari ed immobiliari posseduti dal nucleo familiare al momento della richiesta di intervento, assumendo come nucleo familiare quello previsto dall’ISEE, con la facoltà dei richiedenti di costituire un nucleo ristretto prevista dall’ISEE. E si applica quanto segue:

* non possono ricevere compartecipazioni al budget di cura dall’ente gestore dei servizi sociali locali i nuclei familiari che posseggono patrimoni mobiliari, come definiti dall’ISEE, anche applicando le sue relative franchigie, superiori ad un valore prefissato per il primo componente, e per i successivi componenti applicando allo stesso valore la scala di equivalenza prevista per il calcolo dell’ISEE;
* non possono ricevere compartecipazioni al budget di cura dall’ente gestore dei servizi sociali locali i nuclei familiari che hanno diritti reali di godimento su patrimoni immobiliari, come definiti dall’ISEE anche applicando le sue relative franchigie, superiori ad un valore prefissato;
* i valori di cui ai precedenti paragrafi sono definiti da un decreto interministeriale del Ministero della Salute e di quello del Lavoro e Politiche Sociali, da approvare non oltre 60 giorni dopo l’approvazione del presente atto. I valori relativi ai patrimoni immobiliari devono prevedere: la non valutazione dei patrimoni in usufrutto ed in nuda proprietà, franchigie più ampie per la casa di abitazione posseduta dal beneficiario degli interventi, la non valutazione dei diritti sulla casa di abitazione dei conviventi del beneficiario.

1. Si considerano quindi i redditi netti posseduti dal nucleo familiare al momento della richiesta di intervento sociosanitario, come elencati dall’ISEE anche applicando le relative franchigie; per le contribuzioni ai costi di stretture residenziali tra i redditi da considerare si considerano anche i trattamenti che riceve la persona che richiede l’intervento sociosanitario, sia di natura assistenziale che erogati per la presenza di disabilità o non autosufficienza, e non si considerano invece gli eventuali medesimi trattamenti ricevuti dagli altri componenti del nucleo. Con tali redditi il nucleo contribuisce al 50% del budget di cura (la “quota sociale”) sino al massimo alla sua concorrenza, ma ilreddito del nucleo che è da considerare come disponibile per concorrere alla quota sociale del budget di cura è valutato lasciando in piena disponibilità al nucleo familiare una franchigia così calcolata:

* per il primo componente un importo non inferiore al trattamento pensionistico minimo assicurato dall’INPS, e per i successivi componenti applicando allo stesso valore la scala di equivalenza prevista per il calcolo dell’ISEE;
* per l’intero nucleo i costi effettivamente sostenuti per le spese di abitazione a qualunque titolo (affitto, spese condominiali, mutuo, riscaldamento, utenze) sino a un massimo di 600 euro mensili per il primo componente, e per i successivi componenti applicando allo stesso valore la scala di equivalenza prevista per il calcolo dell’ISEE.

# Art. 5) Ricomposizione di sistemi di offerta

*MOTIVAZIONE*

*Il welfare per la non autosufficienza è frammentato in processi ed offerte sconnesse, che vanno meglio ricomposte. E’ opportuno dunque operare almeno per:*

* *ricomporre le risorse che annualmente l’INPS usa per il programma Home Care Premium entro risorse utilizzabili per tutti i cittadini, per superare le attuali disparità di trattamento per chi non ne può fruire; anche se questo fondo deriva da un prelievo nelle retribuzioni dei soli dipendenti pubblici.*
* *Non dimenticare che esiste una consistente erogazione INPS (di circa 3,5 miliardi di euro annui) per pagare la retribuzione lavorativa di chi volontariamente fruisce di congedi dal lavoro per assistere congiunti non autosufficienti. Non considerare per nulla questa misura (come oggi accade) genera gravi disparità, perché riceve uguali volumi di interventi sociosanitari di tutela (in particolare domiciliari) una famiglia che non può fruire del congedo retribuito (ad esempio perché non c’è un lavoratore dipendente) e chi invece ne fruisce (anche con un congedo di 24 mesi retribuito con risorse pubbliche INPS).* *Questa è una delle attuali delicate “iniquità nascoste” del sistema, da non eludere.*
* *Analoga attenzione occorre per gli eventuali trattamenti economici fruiti dalle possibili diverse normative (nazionali o regionali) di sostegno ai care giver*

*Inoltre attualmente l’indennità di accompagnamento costringe la famiglia ad usarla da sola per trasformarla in supporti al non autosufficiente, il che (oltre a non essere gestibile se i familiari sono molto anziani o fragili) crea due percorsi paralleli di interventi per i non autosufficienti, che possono anche non interagire mai: l’indennità di accompagnamento (liberamente usata dalle famiglie, ma con il pesante impegno essere capaci a trasformarla da soli in supporti per il non autosufficiente), e i percorsi di assistenza sociosanitaria attivati da ASL e Comuni. Pur senza arrivare a prevedere obblighi generalizzati di utilizzo dell’indennità di accompagnamento, due modalità possono aiutare a supportarne meglio l’uso: la sua collocazione entro il budget di cura (come previsto all’articolo 3, e 4 comma 1) per chi intende accedere ai percorsi sociosanitari, e la previsione (nell’articolo qui sotto esposto) della facoltà di usufruire anche solo di informazioni e supporti per chi intenda utilizzare in modo autonomo tale indennità.*

*Inoltre va evitato di costringere persone disabili a dover esibire in pubblico specifiche “tessere” sulla loro condizione.*

*TESTO DELL’ARTICOLO*

1. Allo scopo di ricomporre in un sistema unitario diversi flussi di offerta pubblica a favore dei non autosufficienti, nonché di evitare disparità di trattamento tra pazienti non fondate su motivi diversi dal loro bisogno, le risorse annualmente attivate dall’INPS per gli interventi nel programma Home Care Premium confluiscono entro il Fondo Nazionale per la Non autosufficienza, dedicato a finanziare gli interventi di natura sociale previsti dal presente atto.
2. Qualora familiari delle persone non autosufficienti con esse conviventi fruiscano di congedo straordinario fino a 2 anni per assistenza persone con handicap grave (ex articolo 42, comma 5, del D. Lgs. 151/2001), retribuito dall’INPS, tali entrate vengono quantificate entro la componente sociale del budget di cura previsto agli articoli 3) e 4) nel seguente modo: il 50% dell’importo mensile corrisposto dall’INPS concorre a definire il reddito del nucleo disponibile da considerare per determinare la contribuzione.
3. Qualora familiari conviventi con le persone non autosufficienti fruiscano di erogazioni percepite in qualità di care giver familiari, in base a normative nazionali o locali, tali erogazioni concorrono a definire il reddito disponibile del nucleo da considerare per determinare la contribuzione a carico del fruitore.
4. Per evitare alle persone con limitazioni l’obbligo di esporre in pubblico documenti che le qualificano come tali, eventuali tessere per agevolazioni ai disabili vanno incorporate nella tessera sanitaria.
5. Per ridurre le difficoltà a trasformare da soli l’indennità di accompagnamento in supporti per il non autosufficiente, i nuclei che ricevono tale indennità vengono informati dall’INPS al momento dell’erogazione del diritto ad incontri presso i servizi sociosanitari locali dedicati al sistema delle cure di cui al presente atto, potendo scegliere se utilizzare tali incontri per accedere al sistema pubblico delle cure sociosanitarie, secondo quanto descritto nel presente atto, ovvero solo per ricevere informazioni e supporti che aiutino ad utilizzare al meglio l’indennità, ad esempio ricevendo informazioni sulle opportunità di utilizzo di assistenti familiari.

# Art. 6) L’assistenza domiciliare

*MOTIVAZIONE*

*Molto semplificando in questo momento di norma operano il SAD (attivato solo dal comparto socio assistenziale, con erogazione legata alla condizione economica, e che fornisce poche ore di OSS) e/o l’ADI (attivata dal medico di medicina generale, eventualmente con infermieri, e che talvolta fornisce pochissime ore di OSS). Con forme di interazione tra i due servizi molto diverse. Questo modello ha dimostrato di non essere sufficiente per tutelare i non autosufficienti al domicilio: non è con poche ore di OSS settimanali che si consente la permanenza al domicilio di non autosufficienti, a meno si ritenga che tutto il resto delle ore di cura debba competere solo alla famiglia. Ma è proprio questa la crudele selezione attuale che obbliga oggi al ricovero indesiderato in RSA i non autosufficienti di famiglie non in grado di pagare lavoro privato di cura, o all’abbandono presso gli ospedali e i pronto soccorso, che va superata potenziando molto in particolare proprio l’assistenza domiciliare negli atti della vita quotidiana. Questo è un obiettivo cruciale di riforma, se davvero la casa deve diventare “il primo luogo di cura”.*

*L’obiettivo è distinguere bene tra utenti autosufficienti (per i quali deve essere gestito il SAD) e non autosufficienti, per i quali invece va nettamente superata la separazione sopra descritta, per muovere verso un sistema nel quale:*

1. *se vi sono esigenze di interventi sanitari a domicilio intervenga l’Azienda Sanitaria, anche tramite l’ADI promosso dal MMG in integrazione con altri operatori sanitari*
2. *tutti gli interventi di tutela nella vita quotidiana vanno attivati da un servizio di cure domiciliari sociosanitario, nel quale (a titolarietà primaria dell’Azienda Sanitaria) si attivino prestazioni:*

* *con un meccanismo di definizione del budget di cura (la spesa da usare) non difforme da quello che si adotta per l’inserimento in RSA, per non incentivare residenzialità o domiciliarità in base a convenienze economiche*
* *prevedendo che il budget di cura possa essere trasformato in un ampio mix di interventi, per individuare quello più appropriato in quel momento e per quella famiglia, ovviamente con il consenso dei fruitori*

*E’ altresì necessario evitare semplicistiche soluzioni che consistano nell’erogare solo denaro alle famiglie (presumendo che tutte siano in grado di utilizzarlo per il non autosufficiente, il che è irrealistico), oppure solo ore di OSS. E invece vanno introdotti meccanismi che vincolino a offrire ovunque il più possibile un ampio set di possibili supporti, per identificare con la famiglia quello più efficace in quel momento*. *E’ proprio questa possibilità di offrire una gamma di interventi, scegliendo quello più adatto alla famiglia e al momento, che può garantire efficacia.* *Un obiettivo cruciale è peraltro anche di introdurre almeno un set di diritti esigibili e di standard minimi da garantire*

*Per evitare che lo strumento principale delle famiglie (come accade) sia il ricorso al lavoro privato di cura, spesso con lavoro “in nero” delle assistenti familiari, è indispensabile che questa attività lavorativa sia inseribile entro il sistema delle cure pubblico, cosa possibile tramite l’uso di assegni di cura se sono componenti del progetto di assistenza, con assunzioni a contratto regolare. Se invece l’ingaggio delle cd badanti avviene “al di fuori” del Piano di Assistenza, si spinge tutto il loro impiego solo entro il lavoro privato di cura, incentivando il lavoro in nero e penalizzando le famiglie povere. Non è dunque sufficiente “che il SAD collabori con le badanti”; occorre invece che l’ingaggio delle badanti sia per le famiglie uno dei modi con i quali realizzare l’assistenza domiciliare sostenuta dal welfare pubblico.*

*L’introduzione di nuovi livelli essenziali non può limitarsi al sociale ma deve anche toccare i LEA sociosanitari, prevedendo al* *Capo IV (Assistenza sociosanitaria) del DPCM 12/1/2017 che è opportuno uniformare l’impegno del SSN nell’assistenza domiciliare tutelare a quello già previsto dai LEA sociosanitari per gli inserimenti in struttura residenziale. Ed inoltre poiché va rafforzata l’assistenza tutelare domiciliare tramite diverse modalità possibili, occorre prevedere nei LEA che le cure domiciliari possono essere integrate anche da prestazioni di assistenza tutelare messa in opera da operatori non professionali o dai care giver.*

*Ci sono altre ragioni per assumere in questo modo i LEP/LEPS:*

* *Evitare il rischio che “la politica” (pur di intestarsi qualcosa politicamente molto redditizio, come “dare denaro alle famiglie”) accanto a LEPS/LEA che offrono un piano di assistenza coordinato aggiunga altre misure del tutto separate, come contributi ad hoc per assumere le badanti o per acquistare assistenza domiciliare da imprese. Proposte che sono già presenti e avanzate da alcune forze politiche.*
* *Evitare il rischio che la famiglia (come oggi accade) debba attivare da sola una sua peregrinazione sia per “chiedere prestazioni diverse a luoghi diversi” sia per “metterle insieme”.*

*TESTO DELL’ARTICOLO*

1. Costituisce priorità del sistema delle cure per la non autosufficienza di cui all’articolo 1 la promozione della permanenza al domicilio delle persone, ove sia appropriata ai bisogni e desiderata. La possibilità di far permanere al domicilio il non autosufficiente garantendogli una tutela adeguata, o per contro l’inopportunità di tale setting di cura in assenza di condizioni sufficienti ed appropriate, è valutata dalle unità multidimensionali di cui al precedente articolo 2, ovvero dai servizi che devono attivare il piano di assistenza di cui al precedente articolo 3, tenendo conto di tutti i supporti che possono essere promossi.
2. Il piano di assistenza individuale finalizzato all’assistenza domiciliare sociosanitaria deve consentire di individuare con la famiglia la modalità più efficace ed appropriata al momento e al contesto, offrendo scelta tra diverse modalità di offerta e di conseguente uso del budget di cura descritto all’articolo 3, per impiegarlo nella modalità prescelta. Le Regioni e le Province autonome prevedono pertanto che l’assistenza domiciliare di tutela per i non autosufficienti sia articolata in diverse modalità, da concordare con la famiglia per poterle adattare alla specifica situazione ed al momento di intervento:
   1. assegni di cura come contributo erogato alla famiglia che assume con contratto regolare lavoratori di sua fiducia, anche assistenti familiari; e con il possibile utilizzo di parte dell’assegno (ove desiderato dai fruitori) in supporti offerti dal sistema pubblico per reperire i lavoratori e/o per gestire le incombenze del rapporto di lavoro;
   2. contributi per cure familiari svolte da un parente o affine entro il 4° grado (comprendendo anche i nipoti indiretti) o da un componente del nucleo familiare anagrafico o di fatto convivente con il beneficiario (con esclusione dell’assistente familiare convivente per ragioni lavorative);
   3. affidamento a volontari e rimborso di loro spese;
   4. titoli per l’acquisto e buoni servizio per ricevere da fornitori appositamente accreditati dal sistema pubblico sia operatori domiciliari (inclusi assistenti familiari) sia pacchetti di altre prestazioni (pasti a domicilio, telesoccorso, ricoveri di sollievo temporanei, piccole manutenzioni nell’abitazione).
   5. assistenza tutelare prestata da operatori pubblici, o di imprese affidatarie o concessionarie, al domicilio.

Per gli interventi di cui alle lettere b) e c) il budget di cura descritto all’articolo 3 comma 5 è ridotto del 50%.

Le Regioni e le Province autonome programmano pertanto la messa in opera della gamma di interventi descritti e vigilano sulla loro articolazione, anche tramite l’attribuzione di obiettivi ai Direttori Generali delle aziende sanitarie e la valutazione degli accordi di programma previsti dal successivo articolo 20.Qualora entro il territorio di un’Azienda Sanitaria non sia possibile la messa in opera di tutte le modalità sopra descritte, la deroga temporanea in merito deve essere autorizzata dalle Regioni e dalle Province autonome in base a una relazione motivata dell’azienda.

La capacità di utilizzare il budget di cura per fornire prestazioni ed offerte di supporto domiciliare che siano ampiamente articolate e flessibili costituisce titolo preferenziale nelle procedure di selezione da parte delle pubbliche amministrazioni per assegnare a fornitori affidamento o concessione di servizi in materia, nonché nelle procedure di accreditamento di tali fornitori.

1. Anche quando consiste solo in un assegno di cura come descritto al comma precedente, il piano di assistenza domiciliare garantisce che non gravi solo sulla famiglia il ruolo di monitorare l’efficacia e l’appropriatezza dell’assistenza, ma che sia identificato un operatore del sistema dei servizi con tale specifica responsabilità.
2. Poiché è opportuno uniformare l’impegno del SSN nell’assistenza domiciliare tutelare a quello già previsto dai LEA sociosanitari per gli inserimenti in struttura residenziale, nel Capo IV (Assistenza sociosanitaria) del DPCM 12/1/2017 i meccanismi di costruzione del piano di assistenza domiciliare devono per entrambi fondarsi su un budget di cura compartecipato tra SSN, utente e/o Comuni. Ed inoltre essere rafforzati introducendo la seguente modifica: all’articolo 22, al comma 4, le frasi “*le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona. Le suddette prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale...*” sono sostituite dalle seguenti frasi: ”*le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale alla persona, assistenza tutelare messa in opera da operatori non professionali o dai care giver. Le suddette prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare...*”.
3. Le Regioni e le Province autonome organizzano un sistema che consenta di favorire l’incontro tra domanda delle famiglie ed offerta di lavoro domiciliare di tutela tramite i servizi per il lavoro, anche offrendo alle famiglie elenchi di lavoratori disponibili, con indicazione di coloro che sono in possesso di esperienze e/o del titolo di cui al successivo articolo 17.
4. Ove necessario i servizi sanitari e sociali locali prevedono che al piano di assistenza domiciliare sociosanitaria attivato con il budget di cura si aggiungano interventi di diverse figure professionali, quali psicologi od educatori.

# Art. 7) I servizi semiresidenziali a frequenza diurna

*MOTIVAZIONE*

*Sono presenti gravi carenze e difformità territoriali nella presenza di Centri diurni per demenze, mentre questo servizio è un corollario cruciale per rendere efficace l’assistenza domiciliare per questo tipo di utenti. E questo servizio non è stato esplicitato come componente dei LEA nel dPCM 7/2017, che invece descrivono come LEA altri Centri diurni, come quelli per disabili.*

*L’offerta di servizi diurni per disabili deve essere articolata in una gamma di opportunità, come dimostrano molte esperienze.*

*TESTO POSSIBILE DELL’ARTICOLO*

1. Nei livelli essenziali di assistenza sanitaria viene inserita come livello essenziale la presenza di Centri diurni per portatori di disturbi cognitivi e demenze, analogamente ai servizi semiresidenziali già previsti per altri tipi di utenti dal dPCM n° 15 del 12/1/2017
2. I criteri di funzionamento e gli standard strutturali e funzionali di tali Centri, nonché la loro integrazione nella rete di interventi per i pazienti, sono definiti nel Piano Nazionale Demenze, da aggiornare con scadenze non inferiori ai 24 mesi con la procedura descritta al successivo articolo 20. Le Regioni e le Province autonome prevedono in ogni caso l’attivazione di almeno un Centro diurno per disturbi cognitivi e demenze entro il territorio di ogni Azienda Sanitaria locale.
3. Le Regioni e le Province autonome:
4. programmano la messa in opera di servizi diurni per disabili articolati in una ampia gamma di offerte, che consenta frequenze a tempo pieno o ridotte, ed opportunità diverse per differenti livelli di disabilità, promuovendo altresì attività che facilitino ai frequentanti relazioni con il territorio e percorsi di autonomia;
5. definiscono i criteri di autorizzazione al funzionamento delle strutture semiresidenziali, pubbliche e private, nonché i criteri per il funzionamento dei servizi locali dedicati alla vigilanza sulle strutture

# Art. 8) I servizi residenziali e forme abitative protette

*MOTIVAZIONE*

*L’obiettivo è di programmare in modo congruo la rete di servizi residenziali e il loro regime tariffario, incentivare strutture aperte anche a non ricoverati e integrate con l’assistenza domiciliare, promuovere forme di tutela all’abitare intermedie tra assistenza domiciliare e inserimento in strutture, evitare che famiglia e utente siano soli nel cercare le strutture idonee (come accade purtroppo in alcune Regioni).*

*TESTO DELL’ARTICOLO*

1. Il Ministero della Salute non oltre 90 giorni dall’approvazione del presente atto emana appositi criteri e linee guida per l’allestimento da parte delle Regioni e delle Province autonome della rete di strutture residenziali per disabili e non autosufficienti. In tale contesto sono definiti gli standard sia funzionali che strutturali minimi da rispettare, nonché precisate le modalità per:
2. Garantire adeguata assistenza medica ed interventi sanitari indispensabili entro le strutture.
3. Prevedere l’organizzazione delle strutture in nuclei di vita di contenute dimensioni, ad evitare problematici effetti di spersonalizzazione nella vita quotidiana dei ricoverati derivanti da gigantismi organizzativi. I nuclei possono essere articolazioni interne a strutture di ampie dimensioni
4. Incentivare come obiettivo delle strutture residenziali un equilibrato mix tra la tutela dei bisogni di salute / autonomia e l’offerta di un ambiente idoneo ad una vita di relazione. A tal fine le attività per gli ospiti di socializzazione, animazione, supporto relazionale, sono tra i livelli essenziali da garantire.
5. Articolare le tipologie di struttura e di opportunità abitative collettive in una gamma che consenta a persone con disabilità più lievi di vivere in gruppi appartamento / comunità alloggio con ampia autonomia personale e supporti leggeri, sino a strutture più protette e con maggior intensità di assistenza per le persone con più rilevanti compromissioni.
6. In coerenza con gli atti di cui al comma 1, le Regioni e le Province autonome programmano la rete di strutture residenziali per disabili e non autosufficienti da attivare, con specifiche relative al territorio di ogni azienda sanitaria, in particolare definendo:
7. Il numero di posti letto ottimale in rapporto alla popolazione residente, pesata per età e condizioni cliniche. La programmazione deve consentire:

* un numero appropriato di posti letto totali, evitando sia sovradimensionamenti che carenze di strutture o di capacità produttiva, e definendo idonee procedure per governare le risposte ai fabbisogni;
* un numero adeguato di posti letto in convenzione con le Aziende Sanitarie, ovvero con parte della retta a carico del SSN, per evitare liste d’attesa per questo tipo di inserimenti in struttura residenziale

Gli standard regionali sui volumi di offerta sono individuati entro una fascia di standard definiti dal Ministero della Salute, con revisione almeno biennale.

1. Le fasce di tariffe praticabili dai gestori, differenziate per tipologia di ricoverati e loro intensità assistenziali.
2. Le modalità per favorire l’attivazione di RSA aperte, ossia operanti come centri servizio capaci di offrire interventi temporanei ed anche a non ricoverati, nonché in integrazione con gli interventi di assistenza domiciliare.
3. Le iniziative per mettere in opera offerte intermedie e flessibili tra assistenza domiciliare ed inserimenti in strutture residenziali.
4. I criteri di autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali, pubbliche e private, nonché i criteri per il funzionamento dei servizi locali dedicati alla vigilanza sulle strutture; ed i criteri di accreditamento delle strutture da parte di enti pubblici sanitari e sociali.
5. I criteri per definire le integrazioni alle rette di ricovero a carico degli Enti gestori dei servizi sociali, quando il ricoverato non sia in grado di pagare l’intera quota sociale, in base ai criteri esposti ai precedenti articoli 3 e 4 comma 2
6. Ai sensi dell’articolo 8-ter, comma 3, del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i., la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie è soggetta a verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione.
7. E’ fato divieto di utilizzare sistemi nei quali l’onere di reperire la struttura residenziale è interamente e solo a carico delle famiglie, prevedendo invece che competa alle Aziende Sanitarie, anche in esito alla valutazione multidimensionale, supportare le famiglie nella loro libera scelta della struttura.
8. Le Regioni e le Province autonome pianificano altresì iniziative per supportare forme di abitazioni assistite, ossia modalità di abitazione e supporti intermedi tra l’assistenza domiciliare e l’inserimento in strutture residenziali.

# Art.9) La continuità E LA FILIERA delle cure

*MOTIVAZIONE*

*L’obiettivo è di attivare in tutti i territori nuclei dedicati a pianificare i percorsi di dimissioni protette dagli ospedali di pazienti non autosufficienti. E prevedere che i setting di cura dalla domiciliarità alla residenzialità siano concepiti come un continuum facilitato per l’utente, visto che l’efficacia delle offerte dipende anche dal fatto che tali setting siano una filiera organica e flessibile.*

*TESTO DELL’ARTICOLO*

1. Anche in applicazione del comma 1 dell’art. 22 del d.P.C.M. n° 15 del 12/1/2017 [[3]](#footnote-3) le Regioni e le Province autonome programmano l’attivazione di nuclei operativi all’interno dei presidi ospedalieri che siano dedicati a pianificare i percorsi di dimissione protetta di pazienti non autosufficienti. Tali percorsi devono essere mirati:
   1. a facilitare l’esecuzione della valutazione multidimensionale di cui al precedente articolo 2), anche prevedendone l’esecuzione prima della dimissione dall’ospedale;
   2. ad evitare interruzioni nella continuità dell’assistenza al paziente dopo le dimissioni, programmando il percorso più appropriato e condiviso dal paziente tra la collocazione nelle strutture sanitarie di cui al successivo articolo 12, l’inserimento in strutture residenziali per non autosufficienti, o in un piano di assistenza domiciliare e/o di frequenza di strutture sociosanitarie semiresidenziali
2. Il percorso di dimissione protetta attivato è portato a conoscenza, a cura della struttura ospedaliera, del medico di medicina generale
3. Per pazienti che siano dimissibili dall’ospedale, ma per i quali non è ancora attivabile un sostegno tutelare successivo alle dimissioni e non esistano alternative al ricovero in permanenza di rilevanti esigenze assistenziali, la degenza può essere prolungata sino alla disponibilità di un percorso protetto di dimissione.
4. Le Regioni e le Province autonome prevedono che il sistema di offerte per i non autosufficienti consista in una filiera coordinata tra assistenza domiciliare, inserimento in servizi semiresidenziali e in strutture residenziali, in modo da evitare artificiose barriere nel transitare tra i diversi setting di cura, tra l’altro evitando di dover eseguire obbligatoriamente diverse valutazioni in unità valutative multidimensionali per l’accesso a ciascuno dei setting di cura.

# art. 10) Progetti per la vita indipendente di disabili adulti

*MOTIVAZIONE*

*Sono già state previste Linee Guida ministeriali per finanziare diverse linee di azione sul tema, e molte Regioni hanno attivato meccanismi per approvare progetti personalizzati tesi a favorire la vita indipendente di adulti disabili in grado di autodeterminarsi. Il tema merita dunque di non essere dimenticato.*

*TESTO DELL’ARTICOLO*

* 1. Le Regioni e le Province autonome, in coerenza con atti e linee guida nazionali sul tema, definiscono criteri e modalità per approvare e sostenere progetti individualizzati tesi a garantire la vita indipendente di disabili maggiorenni la cui mancanza di autonomia non derivi da naturale invecchiamento, definendo altresì la sinergia ed il coordinamento di tali progetti con gli altri interventi descritti nel presente atto.

# art. 11) Livelli essenziali di assistenza

*MOTIVAZIONE*

*Garantire più diritti davvero esigibili è il cuore delle riforme da attivare; e garantire diritti e inserire riordini nel welfare pubblico è bene avvenga usando l’impalcatura giuridica più consistente che la Costituzione prevede, ossia i livelli essenziali delle prestazioni. Altrettanto è utile che i LEA /LEP restino il principale contenitore normativo che regola il SSN, sia per non frantumare la normativa sia per evitare di depotenziare il loro ruolo. Ed è anche importante inserire tra i parametri con i quali si valuta l’adempimento dei LEA da parte delle Regioni almeno alcuni indicatori sul sistema delle cure per non autosufficienti, tema oggi non adeguatamente monitorato; nonché evitare (come spesso accade) che ci siano interventi essenziali che sono fruibili solo entro l’arco temporale di un bando che li attiva.*

*TESTO DELL’ARTICOLO*

1. Costituisce livello essenziale delle prestazioni, ai sensi dell’art. 117 della Costituzione, quanto previsto nel presente atto agli articolidal 2 al 10 compresi, ed agli articoli da 17 a 20 compresi. Di conseguenza:
2. La normativa sui livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria viene ripubblicata incorporando le disposizioni del presente atto, in particolare riordinando a questo scopo il capo IV del dPCM 7/2017; i contenuti di tale dPCM assumono natura di legge ordinaria.
3. La valutazione eseguita periodicamente dal Ministero della Salute circa l’adempimento dei LEA delle diverse regioni e province autonome include anche gli elementi e gli indicatori descritti al successivo articolo 20, comma 8
4. In quanto occorre garantire ai cittadini la fruizione corrente delle prestazioni che afferiscono a livelli essenziali, è fatto divieto di attivare gli interventi previsti negli articoli 2, 6, 7, 8 del presente atto con modalità che ne prevedano l’offerta solo entro specifici limiti temporali, come quelli previsti da bandi con vincolo di richiesta delle prestazioni da parte del cittadino soltanto entro periodi predefiniti. Tale modalità è consentita solo per la sperimentazione di nuove possibilità di intervento, purché al termine gli esiti vengano utilizzati per definirne l’immissione nel sistema delle cure ordinariamente in funzione.
5. Agli interventi descritti nel presente atto si applicano le forme di tutela del cittadino previste dall’articolo 15, comma 5, del D.Lgs. 502/1992 e smi. [[4]](#footnote-4)

# art. 12) Strutture sanitarie residenziali non ospedaliere

*MOTIVAZIONE*

*Due criticità sono frequenti:*

* *la collocazione in Case di Cura (o strutture analoghe con altra denominazione) dopo la dimissione ospedaliera solo come “parcheggio temporaneo” in attesa di reperire un posto in RSA, inappropriatezza clinica alla quale si aggiunge l’effetto di un costo per il SSN molto maggiore di quello per l’assistenza a domicilio o la retta in RSA*
* *il rischio di dimissione forzata dalle Case di cura dopo i 60 giorni a carico del SSN anche quando non è stata reperita una forma diversa di assistenza tutelare; oppure di porre a carico dell’utente i costi delle ulteriori giornate di ricovero.*

*TESTO POSSIBILE DELL’ARTICOLO*

1. Il Ministero della Salute non oltre 120 giorni dall’approvazione del presente atto emana appositi criteri e linee guida per l’allestimento da parte delle Regioni e delle Province autonome della rete di strutture per situazioni in fase di post acuzie in percorsi di continuità assistenziale in seguito a dimissione ospedaliera, o di particolari situazioni clinico - assistenziali provenienti dal domicilio.
2. In coerenza con gli atti di cui al comma 1 le Regioni e le Province autonome programmano la rete di posti letto per la continuità assistenziale a valenza sanitaria, da intendersi come posti letto extra-ospedalieri dedicati ad attività di ricovero temporaneo in strutture accreditate con il Sistema Sanitario. In tali strutture devono essere forniti interventi con finalità riabilitative a persone che necessitano di assistenza continua non ospedaliera ma di media-alta intensità, per un periodo di tempo determinato prima di poter tornare al domicilio o essere inseriti in altra struttura residenziale di degenza prolungata. L’inserimento è giustificato solo in presenza di motivati bisogni clinico - assistenziali che possono beneficiare di tali interventi.
3. La degenza presso tali strutture è temporanea, di norma fino a un massimo di 60 giorni, ed interamente a carico del SSN. Tuttavia al permanere di gravi condizioni clinico – assistenziali, ed in assenza di adeguati supporti e collocazioni alternativi, la degenza può essere prolungata, sempre a totale carico del SSN.
4. Qualora necessario per favorire il percorso di continuità delle cure del paziente, la valutazione multidimensionale descritta al precedente articolo 2) va effettuata durante la degenza nelle strutture di cui al presente articolo.

# Art. 13) Protesi e ausili

*MOTIVAZIONE*

*Non occorre motivare perché il tema merita attenzioni, ma è invece utile definire che cosa si desidera cambi. Rispetto a quanto previsto dai LEA del 2017 si è ancora in attesa dell’atto che consenta la messa in opera di parte del nuovo nomenclatore delle protesi e ausili.*

*Utile prevedere tra gli ausili strumenti che consentano relazioni con i familiari anche durante momenti di isolamento forzato, come nel Covid 19*

*TESTO DELL’ARTICOLO*

* 1. Non oltre 90 giorni dall’approvazione del presente atto viene approvato il decreto previsto dall’articolo 64, comma 3 del dPCM n° 15 del 12/1/2017
  2. Le Regioni e le Province autonome assumono iniziative finalizzate a:
  3. prevedere che i pazienti che potrebbero fruire di protesi e ausili siano tempestivamente e compiutamente informati dei supporti di varia natura appropriati ai loro bisogni, nonché delle innovazioni tecnologiche che potrebbero utilizzare;
  4. facilitare i percorsi di accesso e fruizione di protesi ed ausili evitando iter defatiganti per i pazienti e le loro famiglie;
  5. prevedere che tra gli ausili forniti in comodato d’uso siano inclusi strumenti che facilitino la comunicazione in remoto con i familiari, quali tablet con connessione remota di uso semplificato, per evitare la perdita delle relazioni nei periodi di forzato isolamento da contatti personali.

# Art. 14) La medicina generale

*MOTIVAZIONE*

*Non c’è bisogno di motivare perché il tema merita attenzioni, ma ce n’é molto nel definire con precisione che cosa si desidera cambi. E soprattutto quale grado di cogenza sia realistico introdurre, considerando che i MMG sono liberi professionisti in rapporto col SSN e non incardinati nell’organico delle ASL come dipendenti. Un punto cruciale è questo: le “cure domiciliari” attualmente previste dai LEA consistono sostanzialmente nella facoltà del medico di attivare assistenza domiciliare da lui programmata (con o senza infermieri dell’ASL), ma a sua totale discrezione (e con remunerazione ad hoc, che molti MMG non ritengono incentivante). Poiché dunque questo intervento deriva unicamente dalla discrezionalità del MMG, è bene almeno introdurre un criterio che consenta di attivarlo anche su indicazione dell’ASL.*

*TESTO DELL’ARTICOLO*

1. Le Regioni, anche tramite la contrattazione locale per l’applicazione del rapporto convenzionale con la medicina generale, prevedono meccanismi che facilitino il ruolo del medici di medicina generale nel contribuire alla valutazione multidimensionale descritta al precedente articolo 2, ed al progetto di assistenza domiciliare descritto al precedente articolo 6, nonché per garantire ai medici di medicina generale una informazione costante sui possibili percorsi nel territorio per i pazienti entro il sistema locale delle cure sociosanitario per non autosufficienti.
2. Gli interventi dei medici di medicina generale che consistono in loro azioni programmate, anche al domicilio, verso pazienti non autosufficienti con o senza il coinvolgimento di altri operatori dell’azienda sanitaria, possono essere richiesti ai medici di medicina generale anche dalle Aziende Sanitarie. I medici di medicina generale li attivano motivando alle Aziende eventuali circostanziate difficoltà nel dar loro corso.

# Art. 15) Barriere architettoniche e mobilita’

*MOTIVAZIONE*

*Sono naturalmente politiche che possono concorrere alla tutela dei non autosufficienti,*

*TESTO DELL’ARTICOLO*

* 1. Le Regioni e le Province autonome assumono gli atti per dare piena attuazione a quanto previsto dagli articoli 24, 26 e 27 della legge 5/2/1992, n° 104 , ed alla legge 28/2/1986 n° 41 e smi ( relativi alla rimozione delle barriere architettoniche ed alla promozione della mobilità individuale e collettiva), e ne danno conto negli atti previsti al successivo articolo 20 del presente atto. Altresì assumono atti per supportare famiglie con componenti disabili e non autosufficienti in interventi di riduzione delle barriere architettoniche in abitazioni private.
  2. I Comuni, nelle loro attività di pianificazione urbanistica e territoriale, programmano l’eliminazione di barriere architettoniche nelle aree di uso comune per i cittadini

# art. 16) Rappresentanza delle persone non autosufficienti

*MOTIVAZIONE*

*Quando la persona è incapace di esprimere la propria volontà operano gli istituti della tutela, curatela e amministrazione di sostegno. Tuttavia non sono sufficienti quando esiste una situazione di incapacità naturale, ma non protetta (o non ancora) dalla figura di un tutore o amministrazione di sostegno, il che genera problemi ad esempio in due situazioni:*

* *la normativa sull’autocertificazione prevede che quando il dichiarante non può dichiarare perché colpito da impedimenti temporanei, in sua vece possono dichiarare le sue condizioni il coniuge, o in sua assenza i figli, o in loro mancanza un parente in linea retta o collaterale sino al terzo grado. Ne deriva che quando l’impedimento non è temporaneo, oppure non esiste una delle persone elencate, il non autosufficiente non può presentare autocertificazioni, incluso ad esempio l’ISEE*
* *quando occorre presentare una richiesta di valutazione in Unità Valutativa Multidimensionale, oppure una richiesta di inserimento in RSA o in assistenza domiciliare, spesso a firmare tali richieste sono i parenti, anche senza delega formale da parte del non autosufficiente (delega che peraltro potrebbe essere illegittima se egli fosse solo incapace naturale). I servizi talvolta accettano anche richieste firmate non dall’interessato, ma non pare esistere adeguata copertura giuridica che legittimi tale accettazione, se il non autosufficiente non è interdetto. Peraltro sono evidenti i rischi* *di richieste che rappresentano la volontà dei parenti e non dell’interessato.*

*TESTO DELL’ARTICOLO*

1. Ferma restando la normativa di protezione degli incapaci fondata sulla tutela, curatela e amministrazione di sostegno:
2. le dichiarazioni sostitutive di certificazioni di persone in condizioni di incapacità a dichiarare, validate dal certificato di un medico, possono essere rese nel loro interesse da terze persone anche quando l’incapacità non derivi da impedimenti temporanei; le persone terze possono essere anche parenti sino al quarto grado.
3. ove sia necessario accettare richieste di prestazioni sanitarie e sociosanitarie per persone in condizioni di incapacità ad esprimere la propria volontà, validate dal certificato di un medico, senza attendere la nomina di un tutore o amministrazione di sostegno, sono da considerarsi legittime le richieste presentate nel loro interesse da terze persone purché coniugi o parenti sino al terzo grado, dopo che i servizi pubblici abbiano esperito ogni possibilità per individuare la volontà della persona non deformata da disturbi cognitivi. Qualora da queste richieste derivassero interventi di assistenza tutelare della persona, domiciliari o di collocazione in strutture, il tutore o l’amministratore di sostegno successivamente nominati devono confermare o revisionare tali richieste.
4. alle richieste ed interventi previsti dal presente atto si applicano altresì le disposizioni relative al consenso informato previste dall’art.1 della legge 219/2017 [[5]](#footnote-5)

# art. 17) Formazione degli operatori

*MOTIVAZIONE*

*E’ necessario far crescere attenta conoscenza del sistema delle cura tra tutti gli operatori; ed introdurre ovunque percorsi di formazione di assistenti familiari con un minimo di uniformità*

*TESTO DELL’ARTICOLO*

1. Nell’ambito dei percorsi formativi curriculari di base per operatori socio sanitari, per assistenti sociali, per educatori, per infermieri e per fisioterapisti sono inseriti momenti dedicati a informare sul sistema delle cure operante per la tutela dei non autosufficienti, e sui percorsi per gli utenti e le famiglie.

Nei percorsi di aggiornamento obbligatori per i medici di medicina generale sono inseriti momenti e strumenti formativi dedicati ad informare sul sistema delle cure per i non autosufficienti, e sulla filiera attiva nel territorio per pazienti e famiglie.

1. Le Regioni e le Province autonome attivano percorsi formativi per la figura di assistente familiare. I criteri uniformi relativi al profilo della figura, al curriculum formativo minimo ed alla certificazione del titolo sono definiti con decreto ministeriale da assumere non oltre 90 giorni dall’approvazione del presente atto. Il percorso formativo deve consentire crediti formativi utilizzabile in eventuali successivi corsi di operatore socio sanitario. Ai percorsi formativi possono accedere cittadini extracomunitari in possesso di regolare permesso di soggiorno. Il possesso dell’attestato del percorso formativo del presente comma non è condizione indispensabile per lo svolgimento delle attività previste nella presente legge per gli assistenti familiari.
2. Le Aziende Sanitarie e gli enti gestori dei servizi sociali programmano momenti di aggiornamento e di formazione continua per i propri operatori sul tema della non autosufficienza, in particolare per il miglioramento dei percorsi di accesso dell’utenza, della valutazione, della predisposizione e monitoraggio del piano individuale di assistenza.

# Art. 18) Informazioni e trasparenza

*MOTIVAZIONE*

*Rendere noti i dati sui tempi e i volumi di attesa per la valutazione multidimensionale e per l’accesso alle prestazioni è un ingrediente indispensabile non solo per favorire trasparenza e democrazia nel sistema, ma anche per monitorare i rapporti tra domanda e offerta. Ma è molto raro oggi che siano resi noti. Peraltro questi sono dati gestionali in uso corrente e non implicano costi di produzione. Occorre dunque impegnare a definire e produrre un set minimo di informazioni sistematiche sull’offerta e la relazione con la domanda, anche per socializzare informazioni già in possesso di molti enti (dall’Agenzia delle Entrate all’INPS) utili sia per informare i cittadini, sia per monitorare le dimensioni della non autosufficienza.*

*TESTO DELL’ARTICOLO*

1. Le Regioni, le Province autonome, e le Aziende Sanitarie, ciascuna per il proprio ambito territoriale sino al livello dei distretti sanitari, espongono sui loro siti i dati relativi ai tempi di attesa (articolati in fasce di durata non inferiore a 30 giorni), ed i volumi dei richiedenti che sono in attesa di accesso, per ottenere:
2. una valutazione a cura delle Unità valutative multidimensionali;
3. la fruizione di un inserimento in strutture residenziali per non autosufficienti con parte del costo a carico del SSN;
4. la fruizione di interventi sociosanitari di assistenza a domicilio;
5. la fruizione di inserimento in servizi semiresidenziali per non autosufficienti;

I dati sono aggiornati con cadenze non superiore al semestre, ed espongono la situazione al momento della pubblicazione e le differenze rispetto ai due semestri precedenti.

1. I dati di cui al presente articolo sono altresì:
2. esposti e commentati nelle relazioni di cui al successivo articolo 20
3. trasmessi dalle Aziende Sanitarie agli Enti gestori dei servizi sociali operanti sul loro territorio, nonché alle Conferenze e Comitati dei Sindaci di ASL e di distretto previste dal D.Lgs 502/1992, anche come elemento informativo per l’approvazione dei Piani di Attività Territoriali di distretto.
4. Le Aziende Sanitarie rendono accessibili ai cittadini, anche sui propri siti web, l’elenco delle strutture residenziali e semiresidenziali per non autosufficienti autorizzate ad operare sul loro territorio, anche laddove la fruizione implica il pagamento del servizio esclusivamente a carico dei fruitori. L’elenco è anche corredato di informazioni sui posti, le modalità di offerta ed i costi per i cittadini.
5. Le Regioni e le Province autonome altresì espongono sui propri siti dati relativi ad un set minimo di indicatori sul volume delle offerte sociosanitarie, sul loro utilizzo e la relativa richiesta dei cittadini. Tale set di indicatori è definito non oltre 60 giorni dall’approvazione del presente atto con decreto dei Ministeri della Salute e del Lavoro e Politiche Sociali, da approvare in Conferenza unificata, e deve includere anche:
6. il volume e l’andamento nel tempo di offerte sociosanitarie, compresi il numero di posti letto esistenti in strutture residenziali per non autosufficienti, suddiviso tra posti a pagamento totale del ricoverato e posti accreditati con il SSN e con pagamento parziale a cura dello stesso, il numero dei posti esistenti in servizi semiresidenziali per non autosufficienti.
7. Il volume e l’andamento nel tempo dell’utilizzo di tali offerte, compreso il numero delle richieste di inserimento in strutture residenziali con pagamento a totale carico del cittadino, ed i posti di tale natura occupati
8. L’INPS rende disponibili alle Regioni, ai Comuni, agli enti gestori dei servizi sociali locali e alle Aziende Sanitarie senza oneri per i fruitori, la possibilità di interrogare on line i propri archivi per visualizzare dati numerici, senza identificativi dei beneficiari, dei fruitori delle diverse prestazioni INPS a persone con disabilità, disaggregati per area territoriale su base comunale, nonché dei fruitori di permessi e congedi per persone con disabilità e per loro familiari. I dati espongono il volume dei fruitori e quello dei nuovi fruitori nell’ultimo anno.
9. L’Agenzia delle Entrate, l’INPS e l’INAIL, sotto il coordinamento del Ministero della Salute e del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, producono una mappa articolata delle agevolazioni fiscali e delle rispettive prestazioni per le persone non autosufficienti e le loro famiglie, da aggiornare con scadenze almeno semestrali. Tale mappa ha lo scopo di informare in modo chiaro e completo sia le famiglie che i diversi servizi di tutte le opportunità, ed è pertanto resa disponibile sui siti web delle amministrazioni citate. Viene anche fornita senza oneri alle Regioni e Province autonome entro una apposita piattaforma finalizzata ad informare servizi e cittadini, con modalità che consentano a Regioni, Province autonome, Aziende Sanitarie ed Enti gestori dei servizi sociali di integrarla con le prestazioni locali. Regioni e Province autonome realizzano di conseguenza una piattaforma che consenta di informare sia i cittadini che i diversi servizi sull’intera gamma sostegni che potrebbero interessare i non autosufficienti e le loro famiglie, e la rendono disponibile per gli scopi descritti nell’articolo 2 del presente atto.

# art. 19) Il sistema informativo

*MOTIVAZIONE*

*Questo tema è spesso sottovalutato, immaginando che si tratti solo di “questioni tecnologiche” o di “gestione di dati”. Contiene invece molti aspetti operativi che producono importanti effetti sulle persone, sui servizi, sulle possibilità di programmazione; e sotto molti profili. I difetti attuali da superare sono:*

* 1. *relativi all’architettura attuale dei sistemi informativi esistenti, che produce:*
* *separazione tra sistemi informativi che gestiscono diversi interventi, che non sono interoperabili e integrati, sia entro il SSN che con i servizi sociali*
* *l’obbligo dei servizi/enti a ricavare dai propri sistemi gestionali dati da inviare ad hoc a INPS, ISTAT o Ministeri, con oneri locali e lavoro aggiuntivo*

*Non è dunque possibile oggi ricavare conoscenze sull’intero iter del paziente e sulla filiera di tutti gli interventi (e dunque monitorarne le criticità), né avere come oggetto di osservazione il rapporto tra bisogni generati dalla non autosufficienza e risposte dell’intero welfare, in tutte le sue diverse componenti (sanitaria, sociale, afferente all’INPS e all’INAIL)*

* 1. *relativi alle informazioni che si possono ricavare, che:*
* *sono carenti rispetto a dati importanti (ad esempio per conoscere il volume dei ricoverati in RSA sia con intera spesa a carico del paziente sia con parte della spesa a carico del SSN)*
* *non vengono trasformate in report ed elaborazioni fruibili, e dunque non si usano adeguatamente per scelte di programmazione.*

*TESTO DELL’ARTICOLO*

1. Entro 120 giorni dall’approvazione del presente atto con decreto interministeriale viene avviato un riordino dei sistemi informativi operanti che consenta:
   1. di integrare e rendere interoperabili i sistemi informativi gestionali utilizzati dai servizi sanitari e sociali nell’intera filiera degli interventi sulla non autosufficienza.
   2. di evitare ai servizi locali sociali e sanitari di gestire debiti informativi verso organi nazionali (INPS, ISTAT, Ministeri), ossia oneri per ricavare dai propri sistemi gestionali flussi e dati da inviare a tali organi; i dati utili devono essere invece automaticamente ricavati dai sistemi gestionali.

A questi fini viene introdotta una architettura dei sistemi informativi sanitari e sociali fondata su questi requisiti:

* attivazione di una piattaforma informatica nazionale sovraordinata ai sistemi gestionali locali, che catturi in automatico i dati in essi contenuti ed utilizzati dai servizi per gestire le prestazioni, e li ricomponga in un archivio organico.
* e/o anche prevedendo che i cittadini nelle richieste a ogni servizio sociale e sanitario presentino la tessera sanitaria, ed essa catturi i dati su problemi, richieste, interventi, esiti, anche immessi nei sistemi di ogni servizio, e li ricomponga in un archivio organico.

1. Al fine di garantire ai servizi sanitari e sociali una unica base dati anagrafica, i relativi sistemi informativi vengono alimentati in automatico tramite le anagrafi dei residenti nei Comuni, e non appena possibile tramite l’Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente. Le variazioni anagrafiche delle persone e dei loro nuclei familiari sono importate in automatico entro i sistemi gestionali dei servizi, nei quali viene registrato non solo il singolo ma anche il suo nucleo familiare.
2. Poiché un efficace e completo monitoraggio dei ricoveri in strutture residenziali è indispensabile per il governo del sistema delle cure, nonché per valutare le relazioni tra assistenza al domicilio o in strutture, i flussi informativi esistenti sul tema vengono revisionati allo scopo di poter restituire migliore visibilità di tutti gli inserimenti in strutture residenziali. A tal fine il flusso informativo incluso nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario dedicato all’assistenza residenziale e semiresidenziale, denominato FAR, ed il flusso informativo gestito dall’ISTAT, denominato “Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari”, vengono revisionati per includere entrambi, con le stesse codifiche, tutti i ricoverati, anche con spesa a totale loro carico, il loro comune di provenienza, la causa prevalente del ricovero e gli oneri a carico dei ricoverati. Ed il flusso informativo incluso nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario dedicato all’assistenza domiciliare, denominato SIAD, viene revisionato per prevedere anche l’inserimento delle informazioni relative a tutti gli interventi di assistenza domiciliare descritti all’articolo 6 del presente atto.

# Art. 20) Strumenti di governo e monitoraggio del sistema delle cure

*MOTIVAZIONE*

*Merita introdurre strumenti di governance, sia nazionali che locali, anche utilizzando analogie ai meccanismi introdotti per le politiche di contrasto alla povertà dalle normative prima sul REI e poi sul Reddito/Pensione di Cittadinanza.*

*Un modo per innervare strutturalmente nei LEA il sistema delle cure per non autosufficienti è anche di introdurre entro il sistema di monitoraggio annuale degli adempimenti dei LEA appositi indicatori di adempimento dedicati a quanto deve prevedere questo sistema.*

*TESTO DELL’ARTICOLO*

1. Allo scopo di consentire governo e monitoraggio del sistema delle cure per la non autosufficienza sono istituiti gli organismi e strumenti descritti nel presente articolo, anche con analogie di impianto con quelli previsti per le politiche di contrasto alla povertà, tema di analogo rilievo nel welfare italiano.
2. A livello nazionale:
   1. Al fine di favorire omogeneità territoriale nell’erogazione delle prestazioni e di definire miglioramenti per gli interventi, è istituita la Rete per il sistema delle cure nella non autosufficienza, di seguito denominata «Rete», quale organismo di coordinamento del sistema delle cure. La Rete è presieduta dal Ministro della Salute e ne fanno parte, oltre a due rappresentanti del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, un rappresentante della Presidenza del Consiglio dei ministri, un componente per ciascuna delle giunte regionali e delle province autonome designato dal presidente, cinque componenti designati dall’Associazione nazionale dei comuni d’Italia – ANCI, un componente col Consiglio Superiore di Sanità, uno dell’INPS.
   2. Alle riunioni della Rete partecipano, in qualità di invitati permanenti, rappresentanti dei Ministeri con competenze connesse ai temi della disabilità, e possono essere invitati altri membri del Governo o di enti pubblici.
   3. La Rete opera tramite una costante consultazione delle parti sociali nonché degli organismi rappresentativi del Terzo settore, e costruisce con il loro pieno coinvolgimento i Piani di cui alla successiva lettera d) e le linee di indirizzo di cui alla successiva lettera e).
   4. La Rete è finalizzata a definire analisi e proposte per il miglioramento del sistema delle cure oggetto della presente legge, nonché relative alle diverse politiche ad iniziative che interagiscono nella tutela della non autosufficienza. Inoltre la Rete:

* è responsabile dell’elaborazione di un Piano per la tutela della non autosufficienza dedicato anche a tutti gli interventi descritti nel presente atto, di orizzonte triennale, con articolazioni annuali che diano conto degli obiettivi raggiunti e delle criticità da affrontare. Nel contesto di tale Piano vanno organicamente inseriti i contenuti previsti per il Piano per la non autosufficienza, quale strumento programmatico per l’utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze, di cui all’articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, Piano del quale la Rete descritta nel presente articolo assume la responsabilità di elaborazione;
* esprime proposte e pareri nei processi per la definizione degli atti nazionali di programmazione generale del sistema sanitario.

Analisi e proposte della Rete sono esposte sul sito del Ministero della Salute.

* 1. La Rete elabora linee di indirizzo negli specifici campi d’intervento delle politiche afferenti al sistema degli interventi e dei servizi per la non autosufficienza. Le linee di indirizzo costituiscono strumenti operativi che orientano le pratiche dei servizi territoriali, a partire dalla condivisione delle esperienze, dei metodi e degli strumenti di lavoro, al fine di assicurare maggiore omogeneità nell’erogazione delle prestazioni. Su proposta della Rete, le linee di indirizzo sono adottate con decreto del Ministro della Salute sentite le altre amministrazioni per i profili di competenza e previa intesa in sede di Conferenza unificata.
  2. Le riunioni della Rete sono convocate dal Ministro della Salute. Le modalità di funzionamento sono stabilite con regolamento interno, approvato dalla maggioranza dei componenti. La segreteria tecnica della Rete è assicurata dal Ministero della Salute.
  3. Per la partecipazione ai lavori della Rete, anche a livello regionale e territoriale, non spetta alcun compenso, indennità, gettone di presenza, rimborso spese o altro emolumento comunque denominato.
  4. Al fine di agevolare l’attuazione del sistema delle cure per la non autosufficienza è costituita nell’ambito della Rete una cabina di regia come organismo di confronto permanente tra i diversi livelli di governo. La cabina di regia, presieduta dal Ministro della Salute è composta dai componenti della Rete afferenti ai Ministeri, alle giunte regionali e delle province autonome, all’ANCI e all’INPS.

1. A livello regionale e locale:
   1. Nel rispetto delle modalità organizzative assunte dalle Regioni, anche in esito al confronto con le autonomie locali, la Rete si articola, con analoghe funzioni, in tavoli regionali ed a livello di azienda sanitaria locale. Ciascuna Regione e Provincia autonoma definisce le modalità di costituzione e funzionamento dei tavoli, nonché la partecipazione e consultazione dei soggetti sociali, avendo cura di evitare conflitti di interesse e ispirandosi a principi di partecipazione e condivisione delle scelte programmatiche e di indirizzo. Gli atti che disciplinano la costituzione e il funzionamento della Rete a livello territoriale sono comunicati al Ministero della Salute ed a quello del Lavoro e Politiche sociali.
   2. Le Regioni e le Province autonome, nell’ambito dei loro atti di programmazione, assumono un Piano per la tutela della non autosufficienza dedicato anche a tutti gli interventi descritti nel presente atto, di orizzonte triennale, con articolazioni annuali che diano conto degli obiettivi raggiunti e delle criticità da affrontare. In tale pianificazione vanno esposte tra l’altro le facilitazioni all’accesso al sistema delle cure per non autosufficienti, le diverse offerte di prestazioni di tutela, nonché le iniziative nelle diverse politiche che hanno impatti sui non autosufficienti e le loro famiglie, quali la riduzione delle barriere architettoniche, le politiche abitative e della mobilità. Analogo atto viene assunto dalle Aziende sanitarie e dagli Enti gestori dei servizi sociali nell’ambito dei loro atti di programmazione
2. Entro 90 giorni dall’approvazione del presente atto vengono definite le linee di indirizzo nazionali volte a garantire omogeneità nei percorsi assistenziali integrati previste dall’art. 21, comma 1, del dPCM n° 15/2017, da declinare in coerenza con le disposizioni della presente legge.
3. Le Regioni e le Province autonome:
4. Prevedono tra gli obiettivi annualmente assegnati ai Direttori generali delle aziende sanitarie azioni mirate allo sviluppo del sistema delle cure definito nel presente atto.
5. Prevedono che le funzioni sociosanitarie, o dirette a disabili e non autosufficienti, a carico dei servizi socio assistenziali siano obbligatoriamente svolte in ambiti territoriali non inferiori ai distretti sanitari, e pertanto quando occorra da organismi sovracomunali su delega dei singoli comuni.
6. Prevedono l’obbligo di accordi di programma tra Aziende Sanitarie Locali ed Enti gestori delle funzioni socio assistenziali che precisino le modalità di interazione tra i rispettivi servizi per costruire e gestire il sistema delle cure descritto nel presente atto. Per evitare eccessive difformità locali tale accordo di programma è costruito in base ad uno schema definito dalla Regione.
7. Gli accordi di cui al comma 5) lettera c) precedente sono redatti anche con il parere delle conferenze dei Sindaci di Azienda sanitaria e dei Comitati dei sindaci di Distretto sanitario. Tali conferenze partecipano altresì alla definizione degli atti programmatici di cui al comma 3 e 5 del presente articolo. Anche ai sensi del comma 3 dell’art. 3 quater del D.Lgs 502/1992 e smi. la pianificazione delle attività socio sanitarie avviene previa intesatra Azienda Sanitaria Locale e Comitato dei Sindaci di Distretto.
8. Entro i Piani di governo delle liste d’attesa, nazionali o locali, sono inserite le liste d’attesa per le prestazioni di tutela previste nel presente atto.
9. Al fine di potenziare gli strumenti di monitoraggio del sistema delle cure descritto dal presente atto, nel sistema di garanzia per il monitoraggio periodico dell’assistenza sanitaria a cura del Ministero della Salute, composto da un mix di indicatori per valutare il rispetto in ciascuna regione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, vengono aggiunti quali indicatori:
10. i tempi di attesa per ottenere quanto indicato all’articolo 2 comma 6, ed all’articolo 3 comma 9
11. la presenza ed il funzionamento degli interventi e presìdi descritti agli articoli 2, 6, 7, 8, 9, 10, 12 del presente atto
12. Le Regioni e le Province autonome identificano le cause prevalenti nel proprio territorio degli inserimenti in strutture residenziali non appropriati o non desiderati dalla persona, ad esempio eccessi di solitudine, povertà economica, incapacità di accedere a servizi, inadeguatezza dell’abitazione. E programmano azioni conseguenti per ridurre i ricoveri indesiderati, dandone conto negli atti previsti al presente articolo
13. Le Regioni e le Province autonome programmano le iniziative necessarie a prevenire condizioni di non autonomia ed a ridurre i rischi ad esse connessi, ed in particolare per accrescere le competenze minime di utenti e familiari sull’uso delle tecnologie informatiche per ridurre il digital divide, ridurre i rischi di incidenti domestici e cadute, evitare di subire truffe e raggiri, favorire un invecchiamento attivo e ridurre il decadimento psicofisico, ridurre eccessi di confinamenti in casa non necessari, e ne danno conto negli atti descritti al presente articolo

# Art. 21) Risorse finanziarie

*MOTIVAZIONE*

*Occorre superare la frammentazione in specifici diversi “Fondi per disabilità e non autosufficienza” paralleli e separati, perché introdurre flussi finanziari segmentati e settoriali è presupposto che rende problematico un sistema organico; meglio dunque ricomporli.*

*Diverse Regioni hanno istituito specifici fondi per gli interventi di tutela della non autosufficienza: va previsto che la loro esistenza non esima dall’uso di altre risorse correnti (del sistema sanitario o di quello dei servizi sociali, in base alle competenze definite nel presente atto) qualora tali fondi non fossero sufficienti per garantire i livelli essenziali che si introducono; altrimenti i diritti alle prestazioni per i non autosufficienti sono esigibili solo entro i settoriali imiti di questi specifici fondi dedicati, cosa che ad esempio non accade per tutte le prestazioni sanitarie (afferenti al Fondo Sanitario complessivo) e per le prestazioni cruciali sociali (come gli interventi a tutela dei minori in stato di abbandono e pregiudizio). Ed anche che se, si intende proseguire nell’uso di tali fondi dedicati, al loro interno siano rispettate le attribuzioni di spesa a carico delle risorse del SSN o delle funzioni socio assistenziali come previsto nel budget di cura, evitando sia che il fondo del SSN sia impegnato su funzioni del comparto socioassistenziale, sia che accada il contrario.*

*Il sistema descritto come obiettivo della riforma richiede risorse aggiuntive, se si vuole evitare di far gravare la tutela dei non autosufficienti soprattutto sulle famiglie; ma possono essere ipotizzati risparmi progressivi nel tempo per:*

* *Minori accessi alle RSA: circa 230 mila anziani sono ospiti di RSA, anche a fronte della mancanza di alternative, con spesa pubblica (per chi non paga da solo l’intera retta) di circa 40 euro al giorno per il SSN, e di quote inferiori per i Comuni, senza limiti di durata.*
* *Risparmi su ricoveri temporanei lungodegenza e post acuzie, non facili da stimare. Oggi il costo di un posto letto di questo tipo è di circa 150 euro al giorno (per durate massime di circa 60 giorni) tutto a carico del SSN*
* *Risparmi su accessi impropri ai pronto soccorso, in parte connessa all’assenza di presa in carico di soggetti fragili.*

*Se si vogliono ottenere reali potenziamenti dell’assistenza domiciliare non ha senso limitarsi a far crescere il Fondo Non Autosufficienza di qualche centinaio di milioni di euro, perché devono crescere anche le risorse del Fondo Sanitario da dedicare agli interventi di tutela descritti in questo atto:*

* *perché il SSN deve concorrere al budget di cura per l’assistenza domiciliare almeno come già fa in quello per pagare le rette in RSA (si veda in questo testo l’articolo 3);*
* *perché non ha senso entro il SSN potenziare solo l’ADI (assistenza domiciliare infermieristica) e non soprattutto l’assistenza tutelare negli atti della vita quotidiana*
* *perché il riordino che qui si è disegnato riguarda una ricollocazione dei circa 4/5 miliardi di euro oggi spesi dal SSN per le rette in RSA, parte dei quali si possono riconvertire in assistenza domiciliare tutelare.*

*Naturalmente i volumi di risorse devono essere adattati al momento nel quale questa proposta viene davvero presentata per l’esame e l’approvazione, e all’eventuale raccordo col PNRR.*

*TESTO DELL’ARTICOLO*

1. Tutti i flussi finanziari nazionali dedicati al sostegno dei disabili e non autosufficienti per le finalità descritte nel presente atto vengono ricomposti entro un unico flusso
2. Qualora atti regionali abbiano istituito specifici fondi dedicati agli interventi di tutela della non autosufficienza, il loro funzionamento non deve contrastare con i criteri del presente atto. L’esaurirsi degli stanziamenti di tali fondi non deve pregiudicare l’erogazione dei livelli essenziali definiti nel presente atto, dovendosi procedere in tal caso all’utilizzo di altre risorse del Fondo sanitario nazionale o delle risorse finanziarie degli enti gestori dei servizi sociali in base alle rispettive competenze. Va in ogni caso garantita l’attribuzione al fondo sanitario nazionale ed ai fondi dedicati alle funzioni socio assistenziali degli oneri rispettivi come suddivisi nel budget di cura descritto all’articolo 3 del presente atto
3. Per dare attuazione al sistema delle cure descritto nel presente atto il Fondo Sanitario Nazionale è incrementato di 3 miliardi di euro nel 2022 e di 4 miliardi di euro nel 2023; ed il Fondo nazionale per la Non Autosufficienza è incrementato di 1 miliardo di euro nel 2022 e di 2 miliardi di euro nel 2023. Poiché ai sensi dell’articolo 11 del presente atto alcuni interventi sono connotati come livelli essenziali delle prestazioni, qualora le risorse descritte nel presente comma non fossero sufficienti a garantirne l’esigibilità, Regioni, Province autonome, Aziende Sanitarie ed Enti gestori dei servizi sociali per conto del Comuni utilizzano allo scopo altre risorse dei propri bilanci.
4. Le Regioni e Province autonome possono destinare loro ulteriori risorse agli interventi descritti nel presente atto.

1. Maurizio Motta, “Riforme per la non autosufficienza e la disabilità. Una proposta articolata”, pubblicato su *welforum.it* in data 11 febbraio 2022. [↑](#footnote-ref-1)
2. Una analisi articolata delle criticità dell’ISEE è in <https://welforum.it/che-cosa-non-va-nellisee-e-cosa-migliorare/?highlight=motta>. Ed anche in <https://welforum.it/isee-nuovi-cambiamenti-cosa-migliora-e-cosa-no/?highlight=motta> [↑](#footnote-ref-2)
3. Che tra l’altro recita ”*L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio*” [↑](#footnote-ref-3)
4. Possibilità di reclami ed opposizioni anche solo in via amministrativa e non giurisdizionale [↑](#footnote-ref-4)
5. Il paziente può indicare i familiari o persona di sua fiducia per esprimere il consenso ai trattamenti, e può rifiutarli in tutto o in parte [↑](#footnote-ref-5)