

NOTA STAMPA**A cura del Centro Studi Giuridici e Sociali di Anffas Nazionale****DIRITTO ALLA SALUTE A RISCHIO CON L'EMENDAMENTO 13.0.400 AL DISEGNO DI LEGGE AS 1241 SULLE "MISURE DI GARANZIA PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E ALTRE DISPOSIZIONI IN MATERIA SANITARIA" CHE TENDE A SEPARARE NETTAMENTE LA COMPONENTE SANITARIA DALLA COMPONENTE SOCIO-SANITARIA DELLE PRESTAZIONI CON IL RISCHIO DI SCARICARE I COSTI INTERAMENTE SUI BENEFICIARI**

Nel testo dell'emendamento 13.0.400, nella formulazione che è stata approvata in Commissione il 6 marzo 2024 e per il quale si è in attesa della relazione tecnica da parte del Governo, si legge che:

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente: «Art. 13-bis (Modifiche all'articolo 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730).

*1. All'articolo 30, comma 1, della legge 27 dicembre 1983, n. 730¹, le parole: "Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali" sono sostituite dalle seguenti: "Sono a carico del fondo sanitario nazionale **esclusivamente** gli oneri delle attività di rilievo sanitario **anche se** connesse con quelle socio-assistenziali". Conseguentemente, nell'ambito della quota a carico del servizio sanitario nazionale per l'erogazione delle prestazioni di assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale, di cui all'articolo 30 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017², recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, salva la ripartizione ivi contemplata elevabile al 70 per cento nei casi di alta complessità assistenziale, sono a carico del fondo sanitario nazionale **esclusivamente** gli oneri delle prestazioni di rilievo sanitario, secondo quanto rilevato nell'ambito della valutazione multidimensionale per la presa in carico dell'assistito, anche se connesse con quelle socio-assistenziali in termini di specifica efficacia terapeutica.*

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

¹ L'attuale art. Art. 30 della legge LEGGE 27 dicembre 1983, n. 730 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" prevede che "Per l'esercizio delle proprie competenze nelle attività di tipo socio-assistenziale, gli enti locali e le regioni possono avvalersi, in tutto o in parte, delle unità sanitarie locali, facendosi completamente carico del relativo finanziamento. Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali. Le unità sanitarie locali tengono separata contabilità per le funzioni di tipo socio-assistenziale ad esse delegate".

² L'art. 30 disciplina l'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti

L'emendamento 13.0.400 come sopra riportato, propone, quindi, di modificare l'art. 30, comma 1, della legge 27 dicembre 1983, n. 730, sostituendo le parole *"Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali"* con *"Sono a carico del fondo sanitario nazionale **esclusivamente** gli oneri delle attività di rilievo sanitario **anche se** connesse con quelle socio-assistenziali"*, aggiungendo che **per l'erogazione delle prestazioni di assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale per le persone non autosufficienti**, salva la ripartizione elevabile al 70 per cento nei casi di alta complessità assistenziale, *"sono a carico del fondo sanitario nazionale **esclusivamente** gli oneri delle prestazioni di rilievo sanitario, secondo quanto rilevato **nell'ambito della valutazione multidimensionale** per la presa in carico dell'assistito, **anche se** connesse con quelle socio-assistenziali **in termini di specifica efficacia terapeutica**."*

Questo primo comma dell'emendamento (il secondo comma viene commentato più avanti), ha il palese obiettivo di circoscrivere nettamente il perimetro (e, quindi, il finanziamento da parte del SSN) delle "attività" sanitarie da tutto ciò che ha non una rilevanza prettamente sanitaria.

Tale previsione, **oltre a non essere minimamente attuabile, intervenendo proprio su quelle prestazioni in cui la componente sanitaria e quella sociale sono da considerarsi tra loro inscindibili**, e quindi, fino ad oggi, interamente a carico del Sistema Sanitario Nazionale, si pone **in totale contrasto con il diritto fondamentale alla salute riconosciuto dalla Costituzione**, nonché garantito da norme primarie a cui si è saldamente ancorata anche la copiosa giurisprudenza intervenuta in materia.

Si pensi, ad esempio, a quanto affermato di recente con l'Ordinanza della Cassazione n. 34388 del 24/12/2024, che, richiamando l'orientamento ormai consolidato (Sent. 4558 del 22/03/2012; Ord. n. 2038 del 24/01/2023; Ord. n. 21162 del 29/07/2024 solo per citarne alcune), ribadisce il principio per cui **"...le prestazioni socioassistenziali svolte nei confronti di un soggetto affetto da morbo di Alzheimer, ricoverato in istituto di cura, sono a carico del S.S.N., se, sulla base del piano terapeutico che tiene conto della patologia in atto, del suo stadio al momento del ricovero e della sua prevedibile evoluzione futura, le prestazioni assistenziali siano connesse e strumentali ad assicurare all'interessato la doverosa tutela del diritto alla salute, in uno con la tutela della sua dignità personale, non potendo le seconde essere eseguite se non congiuntamente alle prime, senza che assuma rilievo la prevalenza delle une o delle altre"**.

Sempre dal nostro punto di vista, occorre porre la massima attenzione sul fatto che nel nostro Paese occorrerebbe **compiere una seria, attenta, precisa e costante azione di verifica e monitoraggio circa l'effettiva attuazione dei LEA** (p.e. in relazione all'art. 21 sui percorsi assistenziali integrati), **sul Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022-2024** (p.e. in relazione al LEPS di processo sul percorso assistenziale integrato), **sull'effettiva consistenza delle azioni che avrebbero dovuto essere poste in essere a seguito dell'entrata in vigore della L. n. 33/2023** ("Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane") che nel Capo II dispone le azioni di sistema anche in materia di persone non autosufficienti.

Non solo, ma proprio in relazione alle politiche e alle programmazioni rivolte alla Non Autosufficienza, Anffas ha da sempre posto in evidenza la necessità di dotare tali politiche e programmi di risorse adeguate, oggi invece largamente distanti dalle effettive necessità di milioni di cittadini e cittadine.

Crediamo, inoltre, che si debba evidenziare un elemento di politica sociale che da tempo denunciemo come non compreso e non affrontato da parte del nostro Paese.

Si tratta della condizione di **svantaggio socio-economico in cui le persone con disabilità, le persone non autosufficienti e i loro familiari, vivono in termini di aumento del rischio di impoverimento**. Un rischio generato sia dalla permanente condizione di **svantaggio e discriminazione** di tante persone rispetto all'accesso al lavoro (e quindi al reddito), dalla necessità dei familiari di destinare tempo, energie e risorse

(anche economiche) alle necessità di sostegno del proprio figlio/a o parente, dal fatto che tali necessità non sono ad oggi ancora adeguatamente coperte e sostenute dalle norme in materia di caregiver familiari, e infine, dal fatto che perdurano in tanti Comuni Italiani criteri di determinazione della compartecipazione al costo dei servizi che appaiono illegittimi rispetto alle norme vigenti (DPCM 159/2013).

Anffas ritiene quindi che questi siano gli elementi cardine di un sistema di welfare che appare ancora distante e inadeguato rispetto alle necessità di sostegno di milioni di cittadini e cittadine. In tal senso **il ruolo dei soggetti di Terzo Settore** (inclusi i gestori di unità d'offerta sociali, sanitarie e sociosanitarie) **assume rilevanza** e anzi dovrebbe essere da tutti difeso e promosso in termini di coinvolgimento verso la costruzione di quel clima di amministrazione condivisa sancito da tempo dal Codice del Terzo Settore (nonché dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 131/20), di fatto, su tali aspetti, in buona parte ancora disatteso, evitando che su tali enti si scarichino direttamente o indirettamente gli aspetti distorsivi di un siffatto sistema potenzialmente dirompente anche sulla loro tenuta di equilibrio gestionale ed economico finanziario, laddove dovesse continuare a permanere l'attuale quadro di incertezza o addirittura acuirsi all'esito dei previsti provvedimenti.

Mentre ci si dovrebbe seriamente porre il problema della sostenibilità dell'intero sistema di Welfare, ivi compresi i servizi semiresidenziali e residenziali per persone con disabilità e per persone anziane non autosufficienti, garantendo alti standard di qualità attraverso lo stanziamento di adeguate e sufficienti risorse, riconoscimento automatico degli adeguamenti contrattuali tali da garantire il corretto e l'adeguato riconoscimento delle professionalità degli operatori che vi operano e la corretta applicazione delle norme inerenti i sistemi di compartecipazione al costo dei servizi da parte dei destinatari degli stessi e dei loro familiari.

È appena il caso di rappresentare, invece, che se mai il suddetto emendamento dovesse confluire in una norma definitiva, tali prestazioni non sarebbero più interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale ma, per la quota parte sociale, ancorchè strettamente connessa e strumentale ad assicurare all'interessato la tutela del diritto alla salute, **a carico del sistema sociale**.

Ciò con il concreto rischio che questo poi finisca con scaricare i relativi costi sui beneficiari e sui loro familiari.

Tutto ciò, **oltre a generare una situazione di incertezza circa la esatta distinzione tra le prestazioni sanitarie e quelle socio-sanitarie e socio-assistenziali, comporta una situazione di totale frammentazione e incertezza** circa la concreta applicazione di tale nuova previsione normativa che, in tutta evidenza, **richiederà una "circoscrizione"** artificiosa, discrezionale e **impossibile da attuare con riferimento ad un medesimo percorso assistenziale tra prestazioni che per loro stessa natura devono essere, invece, considerate tra di loro strettamente connesse, inscindibili e tutte da ascrivere a prestazioni sanitarie come, d'altronde, in atto risulta pacificamente acclarato.**

Un altro aspetto di criticità è dato dal fatto che, stante la difficile, e quasi impossibile, differenziazione di tali prestazioni, sono del tutto prevedibili possibili conflitti tra il sistema sociale e quello Sanitario con la logica conseguenza di insorgenza di nuovi contenziosi.

A questo punto, la domanda sorge spontanea: **il legislatore intende quindi porre nel nulla quanto fino ad oggi previsto dall'art. 3-septies del d.lgs. 502/1992?**

Tale norma, infatti, in combinato disposto con il suo atto di coordinamento (DPCM 14 febbraio 2001) e con il DPCM 12 gennaio 2017, **assicura, le c.d. "prestazioni sociosanitarie"** riconoscendole come "Livelli essenziali di assistenza".

Questo anche alla luce del fatto che, da moltissimi anni, il legislatore, integrando l'originario testo del d.lgs. 502/1992, ha ritenuto di dare forma alla c.d. **integrazione socio-sanitaria**, vista la necessità di riconoscere normativamente alcuni interventi che, dovendo contemporaneamente rispondere ai bisogni di persone con necessità di assistenza (es. per lo svolgimento degli atti della vita quotidiana), ma al contempo anche di prestazioni più prettamente sanitarie (es. prestazioni infermieristiche, riabilitative, ecc.) si pongono in un'area intermedia tra la sfera esclusivamente sanitaria e socioassistenziale, laddove, di fatto, **la sola risposta medica o quella sociale non sarebbero, da sole, sufficienti a coprire i bisogni di salute della persona.**

Attraverso l'articolo 3-septies, il legislatore ha, quindi, declinato le "prestazioni sociosanitarie" sotto varie forme, di cui **due** caratterizzate da servizi e prestazioni in cui gli aspetti clinico-sanitari e quelli socioassistenziali sono inscindibili l'uno dall'altro essendo "atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione", la terza costituita, invece, da "prestazioni sociali a rilevanza sanitaria" con la previsione di una quota da suddividere tra il Sistema Sanitario e quello sociale (50%-50%, 60%-40% o 70%-30%).

Proprio le categorie di "**prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**" e le "**prestazioni ad elevata integrazione sanitaria**", infatti, su cui tale norma vorrebbe incidere, come stabilito dal d.lgs. 502/1992 e dal DPCM 14 febbraio 2001, sono oggi sempre a totale carico del Sistema Sanitario, pur se caratterizzate anche da una componente sociale che, tuttavia, è inscindibile da quella prevalentemente sanitaria, con l'unica eccezione per le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

Altro elemento di fortissima preoccupazione da parte delle persone con disabilità, delle loro famiglie e delle loro associazioni maggiormente rappresentative, fra cui Anffas, è dato dal fatto che tale emendamento, che sembra nascere con riferimento alle c.d. RSA per le persone non autosufficienti per effetto del richiamo all'art. 30 del DPCM 12 gennaio 2017, potenzialmente sembra estendersi anche ad altre strutture e servizi di natura sociosanitaria, tra le quali quelle, appunto, per le persone con disabilità.

In ogni caso, appare opportuno ribadire, che la vigente normativa in materia vieta qualsiasi automatismo in quanto, per l'eventuale compartecipazione al costo da parte delle persone con disabilità e i loro familiari **occorre fare esclusivo riferimento all'ISEE** (familiare, o ristretto per le persone maggiorenni a seconda della maggiore convenienza nella situazione data).

Anche in questo caso vedasi la copiosa giurisprudenza in materia di ISEE e compartecipazione al costo (per maggiori informazioni è possibile consultare [questo link](#)).

Altrettanto contraria ai principi fondanti dell'ordinamento, sotto il profilo della uguaglianza e della separazione dei poteri, è la previsione contenuta al comma 2 che punta ad estendere gli effetti del citato emendamento **anche ai giudizi** in corso, alterando "*ex post*" il quadro normativo su cui i cittadini avevano fatto affidamento per avviare l'azione giudiziaria.

La Corte Costituzionale ha ammesso, sul punto, la legittimità di una simile situazione solo in casi di peculiare **interesse generale e in assenza di arbitrarie lesioni di diritti.**

Cosa questa che non sembra ricorrere nel caso di specie.

Un emendamento che, in conclusione, ancora una volta, agendo in una modalità "spot" senza alcuna visione complessiva, rischia di comprimere e, addirittura, annullare i diritti dei cittadini che fruiscono o fruiranno di prestazioni strumentali al godimento di diritti fondamentali come quelle sopra richiamate, sia in termini di qualità, causando la frammentazione di prestazioni inscindibili, che in termini di effettiva garanzia del diritto.

Infine, tale emendamento piuttosto che tendere ad una reale integrazione socio-sanitaria, da sempre auspicata ma mai pienamente attuata, sembra tendere a mantenere un sistema costituito da “silos verticali” acuendo, ancor di più, il solco, praticamente invalicabile, appunto, tra il sistema sanitario e quello sociale.

Alla luce delle criticità evidenziate **appare assolutamente necessario eliminare o rivedere integralmente l'emendamento n. 13.0.400.**

Roma, 18 marzo 2025

Area Relazioni Istituzionali, Advocacy e Comunicazione Anffas Nazionale

comunicazione@anffas.net

063212391 - 063611524