



REGIONE TOSCANA

Consiglio Regionale

GRUPPO CONSILIARE
PARTITO DEMOCRATICO

AOOCRT Protocollo n.0004557/28-03-2025



LEX 11

MOZ 2050

2.18.1

Firenze, 27 Marzo 2025

Al Presidente del Consiglio regionale

Mozione ai sensi dell'articolo 175 del regolamento interno

Oggetto: in merito alle tipologie di assistenza poste a carico del Servizio Sanitario Nazionale alla luce del recente emendamento approvato in Senato al disegno di legge recante “Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria” (AS n. 1241);

IL CONSIGLIO REGIONALE

Visti:

- l'articolo 32 della Costituzione che definisce espressamente la “salute” come un diritto fondamentale dell'individuo che deve essere garantito a tutti senza alcuna distinzione sociale, economica o territoriale;
- la legge 27 dicembre 1983, n. 730 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1984), ed in particolare l'articolo 30;
- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421);
- il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502);
- la legge n. 33/2023 (“Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”)
- il Piano Nazionale Non Autosufficienza (PNNA) 2022-2024;
- la legge regionale n. 40 del 24 febbraio 2005 e ss.mm.ii., (Disciplina del servizio sanitario regionale);
- la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale);
- la legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66 (Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza);
- il Piano sanitario e sociale integrato regionale 2018 - 2020, approvato con deliberazione del Consiglio regionale del 9 ottobre 2019, n.73;
- il Piano regionale non autosufficienza per il triennio 2022-2024 (PRNA), approvato con la delibera n. 256 del 13 marzo 2023, in attuazione della previsione dell'articolo 1, comma 3 del DPCM 3 ottobre 2022 che, nell'adottare il richiamato Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024, richiedeva alle Regioni la definizione di tale provvedimento programmatico a valere sulle risorse assegnate;

Premesso che in Toscana:

- nel 2018 gli anziani sopra i 65 anni erano circa 960.000 (25%) con proiezione a divenire 1.068.293 (28,2%) nel 2030; sempre nel 2018 gli anziani over 75 con limitazioni funzionali erano 128.900 con previsione di raggiungere quota 145.600 nel 2030. (fonte: Piano sanitario e sociale integrato regionale 2018 – 2020);

Rilevato che “...appare chiaro come l’invecchiamento della popolazione sia diventato un tema in primo piano nell’agenda politica, sia a livello internazionale che nazionale. Oggi (...) è fondamentale cogliere le opportunità e le sfide di questa trasformazione demografica, rivedendo modelli culturali, sociali ed economici. L’obiettivo è quello d’individuare le figure chiave e gli interventi più efficaci e sostenerli con investimenti in dotazioni e formazione” . (fonte: Piano sanitario e sociale integrato regionale 2018 – 2020, Destinatari E, Dedicato agli anziani);

Evidenziato che la Toscana risulta essere al quinto posto tra le regioni che hanno più anziani non autosufficienti in carico in assistenza domiciliare integrata sociosanitaria (3,8 per 1.000 anziani vs 3 per 1.000 in Italia), mentre in merito alla prevalenza di anziani non autosufficienti in RSA ha una media più bassa di quella nazionale, 11,7 ogni 1.000 rispetto a 14,6 a livello nazionale;

- storicamente la nostra regione ha valori più bassi per l’assistenza residenziale perché l’orientamento del servizio sanitario regionale è quello di mantenere l’anziano al proprio domicilio il più possibile, quando le condizioni di salute lo permettono. (fonte: Piano sanitario e sociale integrato regionale 2018 – 2020, Destinatari E, Dedicato agli anziani);

Evidenziato che: “Il percorso di presa in carico dell’anziano non autosufficiente rappresenta però solo una parte dell’assistenza erogata agli anziani, quella contraddistinta da un bisogno socio sanitario complesso che necessita di una presa in carico integrata (a seguito di una valutazione multidimensionale che certifichi il quadro clinico e sociale della persona) e prevede la redazione di un Progetto assistenziale personalizzato (PAP) che può prevedere un intervento domiciliare diretto o indiretto, semiresidenziale (Centro Diurno), residenziale (Residenza sanitaria assistenziale - RSA) temporaneo o permanente (l.r. 66/2018)”. (fonte: : Welfare e salute in Toscana 2023)

Rilevato che:

- l’articolo 30 della sopracitata legge 730/1983 recita: “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”;

- l’articolo 1, comma 7 del sopracitato decreto legislativo 502/1992 recita: “Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:

a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2;

b) non soddisfano il principio dell’efficacia e dell’appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;

c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell’economicità nell’impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell’assistenza”;

- l’articolo 3-septies al comma 1 (Integrazione sociosanitaria) del decreto legislativo 502/1992 recita: “Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività 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”;

Rilevato, altresì, che il sopracitato DPCM 12 gennaio 2017 all'articolo 30 (Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti) recita:

“1. Nell'ambito dell'assistenza residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti, previa valutazione multidimensionale e presa in carico:

a) trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti, erogati mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al caregiver. La durata del trattamento estensivo, di norma non superiore a sessanta giorni, è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalità definite dalla regioni e dalle province autonome;

b) trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al caregiver, con garanzia di continuità assistenziale, e da attività di socializzazione e animazione;

2. I trattamenti estensivi di cui al comma 1, lettere a) sono a carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti di lungoassistenza di cui al comma 1, lettera b) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera;

3. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti di lungoassistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protesico, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria.

4. I trattamenti di lungoassistenza di cui al comma 3 sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera”;

Considerato che il legislatore con il decreto legislativo 502/1992, in combinato disposto con il suo atto di coordinamento (DPCM 14 febbraio 2001) e con il DPCM 12 gennaio 2017 ha ritenuto di dare forma alle cosiddette “prestazioni sociosanitarie”, riconoscendo normativamente alcuni interventi chiamati a rispondere ai bisogni di persone con necessità di assistenza ed anche di prestazioni più prettamente sanitarie (ad esempio prestazioni infermieristiche, riabilitative), assicurando tali “prestazioni sociosanitarie” anche mediante il riconoscimento dei Livelli Essenziali di Assistenza;

Ricordato che in sede di X Commissione Sanità del Senato con i voti della maggioranza di centro-destra veniva approvato l'emendamento n. 13.0.400 al disegno di legge (AS n. 1241) recante “Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria”; provvedimento volto a modificare, tra l'altro, anche l'attuale regolamento in materia di rette per le RSA, prestazioni di assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale;

Preso atto che:

- con l'emendamento sopracitato veniva approvata una proposta di modifica all'articolo 1, della legge 27 dicembre 1983, n. 730 così come di seguito formulata: " le parole: ‘Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali’ sono sostituite dalle seguenti:

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

Considerato che:

- l'emendamento sopracitato risulta finalizzato a circoscrivere le possibilità di finanziamento da parte del Servizio Sanitario Nazionale alle sole prestazioni di tipo sanitario escludendo tutto ciò che non abbia una rilevanza prettamente sanitaria e pare, altresì, non tenere conto che gli effetti del provvedimento andranno ad intervenire proprio su particolari prestazioni (ad oggi interamente a carico del SSN) nelle quali la componente sanitaria e quella sociale (strumentale ad assicurare al paziente la migliore e completa assistenza) sono da ritenersi tra loro inscindibili;
- qualora la norma dovesse essere definitivamente approvata con tale formulazione, una serie di prestazioni potrebbero non risultare più completamente a carico del SSN con una quota parte che andrebbe a ricadere sul sistema sociale, con la concreta possibilità: 1) che si creino possibili contenziosi tra il sistema sociale e quello sanitario; 2) che i relativi costi di parte sociale possano essere “scaricati” sui beneficiari delle prestazioni e sulle famiglie di appartenenza, traducendosi in un ulteriore aumento delle tariffe e rendendo i servizi ancora più inaccessibili per le persone con disabilità gravi e per le loro famiglie;

Ricordato che nel corso degli anni la Regione Toscana:

- ha dimostrato con i fatti il suo impegno concreto nel garantire un sistema di welfare inclusivo e sostenibile destinando risorse significative al settore socio-sanitario, aumentando i finanziamenti per l'assistenza domiciliare, potenziando le strutture residenziali e investendo nella formazione degli operatori;
- ha messo in campo strategie innovative per il sostegno alle persone con disabilità e per alleggerire il carico sulle famiglie, con misure mirate a migliorare l'accessibilità ai servizi e a garantire una presa in carico adeguata da parte del sistema sanitario pubblico;

IMPEGNA LA GIUNTA REGIONALE

ad attivarsi nei confronti del Governo e del Parlamento affinché il contenuto dell'emendamento citato in narrativavenga stralciato nel prosieguo dell'iter parlamentare, salvaguardando così il principio del finanziamento da parte del Servizio Sanitario Nazionale dei servizi socio-sanitari e garantendone la fruibilità senza oneri insostenibili, in particolare per le persone anziane ospiti nelle RSA e per quelle con specifiche condizioni di disabilità.

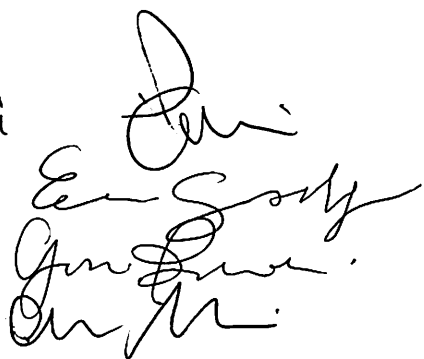
I Consiglieri

VINCENZO CECCHARELLI

ENRICO SOSTEGNI

GIACOMO BUGIANI

CRISTIANO BENUCCI



LUCA DE NOBENIS

Luca De Nobilis

FEDERICA FRATTONI

F. Frattoni

ANNA PANS

Anna Pans

ANDREA PIERONI

Andrea Pieroni