

---

Torino, 22 settembre 2025

## **RSA: GIÀ DIMENTICATE LE MIGLIAIA DI MORTI DURANTE LA PANDEMIA. IL GOVERNO MELONI NON AUMENTA GLI STANDARD E LASCIA MANO LIBERA ALLE REGIONI**

### La gattopardesca bozza del decreto del Ministero della Salute

In data 17 aprile 2025 lo Stato trasmette alle Regioni il decreto del Ministero della Salute che fissa i criteri per l'individuazione dei requisiti di sicurezza e qualità delle strutture pubbliche e private che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali per le persone anziane non autosufficienti (il termine “malati cronici” è sempre assente). Obiettivo è “superare le attuali disomogeneità regionali, creando una cornice unica e coerente per l'intero territorio”<sup>1</sup>. Alla fine, come vedremo, saranno mantenuti i 21 sistemi regionali diversi.

La bozza ha come riferimento l'articolo 31 del d.lgs. 29/2024<sup>2</sup>, attuativo della legge 33/2023, fermo restando quanto stabilito dal DPR 14 gennaio 1997.

Non è previsto nulla di innovativo rispetto alle attese e, anzi, vi è il rischio concreto, se approvato, di arretrare laddove i provvedimenti regionali nel corso degli anni hanno elevato gli standard del personale e migliorato la qualità degli ambienti. Beninteso: grazie alle spinte dal basso delle associazioni di tutela dei diritti dei malati non autosufficienti, delle organizzazioni sindacali, in particolare dei lavoratori e del coinvolgimento dei Gestori privati numerose Amministrazioni regionali hanno innalzato i livelli della norma nazionale, oggi assolutamente insufficienti.

---

<sup>1</sup> Cfr. “Residenze per anziani non autosufficienti. In arrivo i nuovi standard nazionali per qualità e sicurezza”, Quotidianosanità.it, 17 aprile 2025

<sup>2</sup> L'articolo 31, comma 7, del d.lgs. 29/2024 dispone che: «Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, si provvede all'individuazione e all'aggiornamento, secondo principi di semplificazione dei procedimenti e di sussidiarietà delle relative competenze normative e amministrative, di criteri condivisi ed omogenei a livello nazionale per l'individuazione dei requisiti minimi di sicurezza e dei requisiti ulteriori di qualità per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture e delle organizzazioni pubbliche e private, anche appartenenti ad enti del terzo settore, che erogano prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari a carattere sanitario e sociosanitario di cui al comma 2, in coerenza con le previsioni di cui agli articoli 8-ter, 8-quater, 8-quinquies e 8-octies del decreto legislativo n. 502 del 1992. Nell'ambito dei suddetti criteri è dato valore, in particolare:

a) all'attitudine della struttura a favorire la continuità di vita e di relazioni delle persone accolte, rispetto alla comunità in cui la struttura stessa è inserita;

b) alla congruità, rispetto al numero di persone accolte nella struttura, del personale cui applicare i trattamenti economici e normativi dei contratti collettivi di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81;

c) all'attitudine della struttura a contenere al proprio interno più nuclei abitativi diversificati per tipologie di prestazioni, rappresentando un potenziale CRM;

d) alla dotazione da parte della struttura di soluzioni tecnologiche finalizzate a garantire la sicurezza del lavoro di cura e delle persone accolte, anche tramite l'implementazione graduale di sistemi di videosorveglianza nei limiti di quanto previsto dalla normativa del lavoro e dal diritto alla riservatezza della persone e della copertura finanziaria a legislazione vigente, nonché di soluzioni di tecnologia assistenziale volte a favorire l'erogazione di prestazioni sanitarie di telemedicina, televisita, teleconsulta e telemonitoraggio, secondo le vigenti indicazioni di livello nazionale e in coerenza con il sistema di monitoraggio, valutazione e controllo introdotto dall'articolo 15 della legge 5 agosto 2022, n. 118»

Tenuto conto che la legge di riferimento è la 33/2023, che non prevede risorse aggiuntive e non contempla le Rsa, ne consegue che lo Stato non può imporre alle Regioni obiettivi di qualità per le strutture e standard di personale elevati per migliorare le prestazioni socio-sanitarie attuali, senza trasferire i corrispondenti finanziamenti necessari. In particolare, il tentativo – irricevibile – è di abbassare i livelli più elevati per permettere alle “case di riposo” di riconvertirsi in Rsa, ma con standard inferiori a quelli attuali, già ampiamente insoddisfacenti per i bisogni degli attuali ricoverati, i cui bisogni complessi sotto il profilo delle cure sanitarie sono ormai riconosciuti da tutti. Di fatto lo Stato propone di salvaguardare la vecchia casa di riposo e punta a definire un nuovo modello organizzativo per le Rsa, che potrà – forse – essere rispettato per le nuove autorizzazioni di Rsa, lasciando quelle attuali in balia delle scelte e delle risorse che le Regioni vorranno stanziare.

In sostanza la bozza di decreto ha limiti insuperabili e per questo alla fine dell’articolo riportiamo, aggiornata, la proposta radicale di riforma, che il Cdsa, Coordinamento per il diritto alla sanità degli anziani malati non autosufficienti, aveva già avviato durante la pandemia da Covid 19, con documenti via via adeguati in base al confronto con comitati di familiari, associazioni dei malati non autosufficienti di diverse Regioni, organizzazione di rappresentanza dei lavoratori e dei Gestori privati, esperti (giuristi, medici, infermieri, direttori sanitari...)<sup>3</sup>.

Una doccia gelata da questo decreto l’hanno ricevuta anche i Gestori privati e tutti coloro che, come loro, si erano illusi di ottenere una Riforma della non autosufficienza con la legge 33/2023.

Nella videoconferenza del 20 maggio 2025 Sebastiano Capurso, presidente nazionale di Anaste, una delle principali organizzazioni del settore delle Rsa operanti nel Paese, riferisce che tanto le organizzazioni aderenti al Patto per la non autosufficienza<sup>4</sup>, quanto il Coordinamento interaziendale dei Gestori privati delle Rsa, hanno espresso una valutazione negativa sulla bozza del decreto. Ribadisce che il settore dove collocare le Rsa è quello sanitario, perché i ricoverati sono malati cronici non autosufficienti e a sostegno della sua affermazione richiama la dichiarazione del Sottosegretario alla sanità, Marcello Gemmato, da Lavoro e Salute, 5 maggio 2025, secondo cui «*il Fondo sanitario nazionale è deputato a finanziare le sole prestazioni sanitarie rientranti nei Lea per come individuati dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 (in particolare, l’articolo 30), che definisce i livelli essenziali di assistenza*».

---

<sup>3</sup> Tra le principali attività del CDSA si ricordano:

Aprile 2021 – Documento “Per il diritto alla continuità terapeutica, affettiva e relazionale degli anziani, delle persone con disabilità e in generale di tutte le persone malate non autosufficienti”;

26/06/2021 – Manifestazione “Mai più stragi per mancanza di cure sanitarie. Per non dimenticare”, Bologna;

24/03/2022 – Comunicato CDSA “Chiediamo il ritiro della proposta di legge delega sulla non autosufficienza presentata dal Ministro delle Politiche sociali on. Andrea Orlando”;

16/03/2023 – Presidio CDSA fronte Prefettura Milano su DDL Non autosufficienza;

12/04/2023 – Comunicato CDSA “No alla creazione del ghetto degli anziani inguaribili. No al disegno di legge delega sulla non autosufficienza”;

18/05/2023 – Convegno “La non autosufficienza dell’anziano è un problema di salute”, Roma, organizzato dal CDSA presso la biblioteca della Camera dei Deputati;

17/11/2023 – Convegno “Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per le persone anziane malate croniche non autosufficienti nel Servizio Sanitario Nazionale”, Milano, organizzato dal CDSA presso la sede del Consiglio regionale della Lombardia;

25/03/2024 – Convegno “Garantire le cure di lunga durata del Servizio sanitario nazionale a casa, in Rsa e nel fine vita”, organizzato in collaborazione con il CDSA, presso Palazzo Capuleti a Verona;

17/05/2025 – Convegno “Non autosufficienza e cure domiciliari di lunga durata per le persone malate croniche e con disabilità non autosufficienti” a Perugia, organizzato dall’Associazione Umana (CDSA).

<sup>4</sup> Tuttavia, non va dimenticato che la posizione del Patto per la non autosufficienza è contraria al riconoscimento dei diritti esigibili e universalistici sanitari ai malati non autosufficienti. Cfr., tra gli altri, A. Ciattaglia, “Cosa rispondere a chi difende la legge sulla non autosufficienza”, Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali, n. 222, aprile-giugno 2023 e M. Perino, “Attenti a quei «riformisti! L’indesiderabile futuro del Patto sulla non autosufficienza”, Ibidem, ottobre-dicembre 2024.

A questo punto la domanda sorge spontanea: perché allora Anaste ha aderito al Patto per la non autosufficienza e ha chiesto una legge per la non autosufficienza collocata sin dall'inizio nel settore dell'assistenza?

Uno degli errori (voluti?) dai promotori del Patto è proprio l'aver impostato tutta la loro azione fuori dall'ambito sanitario e, nello specifico, dal mancato richiamo alle prestazioni socio-sanitarie rientranti nei Lea, alle quali dovevano aggiungersi i Leps proposti nella riforma richiesta. Per questo, come anche Capurso alla fine riconosce, ogni sforzo deve essere rivolto a rafforzare le Rsa nel settore della sanità, perché siano parte integrante della filiera delle strutture sanitarie.

Le iniziative assunte dalle organizzazioni del Cdsa prima ricordate<sup>5</sup>, hanno puntato invece ad ottenere nel decreto legislativo 29/2024, attuativo della legge 33/2023, il richiamo alla normativa vigente, riportata, in effetti, nell'articolo 26 del succitato decreto. Importante, ma non sufficiente.

Deve preoccupare che, nella *“Premessa e riferimenti normativi”* della bozza di decreto in esame, la Sanità sia richiamata solo per il Piano nazionale della cronicità, approvato il 15 settembre 2016 (Ref. Atti n. 160/CSR) e per il DM 77/2023, che riguarda la Missione 6 del PNRR, ovvero la sanità territoriale rivolta a tutti i malati cronici, autosufficienti e non autosufficienti (Adi, assistenza domiciliare integrata), notoriamente inadeguata peraltro per soddisfare le esigenze di prestazioni informali necessarie 24 ore tutti i giorni dell'anno di un anziano malato cronico non autosufficiente.

Inoltre, è sempre e solo la legge 33/2023, collocata in assistenza, il riferimento per ottenere le risorse (che non ci sono, salvo quelle a legislazione vigente, ovvero il Fondo per le non autosufficienze e poco altro) per il potenziamento dell'assistenza domiciliare (di competenza dei Comuni singoli o associati n.d.r.) e la revisione del sistema residenziale.

Non c'è tempo da perdere per fare chiarezza: le Rsa devono rientrare nel settore della sanità, in quanto afferenti all'articolo 30 del dpcm del 12 gennaio 2017 che definisce i Lea socio-sanitarie.

Le strutture residenziali (già case di riposo o altrimenti denominate dalle Regioni) devono decidere da che parte stare: ministero della sanità, per curare anziani malati cronici non autosufficienti; ministero dell'assistenza, per rispondere ai bisogni di anziani soli, che hanno necessità di interventi assistenziali a causa di limitata autonomia personale o economica o abitativa (ad esempio case inaccessibili). Era già previsto nel documento dell'economista Brizioli (v. riquadro), le *“case di riposo”* dovevano decidere se fare il salto di qualità e riorganizzarsi rinnovando tanto la struttura, quanto la sua organizzazione per trasformarsi in Rsa, ovvero struttura accreditata con il Servizio sanitario nazionale e regionale. Ovviamente con il Governo che garantiva finanziamenti mirati.

Invece, non è stata fatta la scelta e la bozza del decreto del Governo oggetto di questo articolo, non prevede risorse aggiuntive, lascia che sia tutto così com'è: tanto per chi ha camere con quattro posti letto e un solo bagno, quanto per chi ha stanze da un posto letto con servizio interno privato.

Emerge, poi, uno scarto tra le intenzioni del Ministero della Salute e le Regioni nei passaggi che seguono:

- 1) Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, per il Governo il riferimento principale è *«il Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, recante “Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private»*.
- 2) *Tale decreto fornisce prima di tutto una definizione delle residenze sanitarie assistenziali (RSA), indicandole quali “presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello*

---

<sup>5</sup> Cfr. nota 3

*medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello “alto” di assistenza tutelare ed alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle Regioni e Province autonome”.*

3) *Lo stesso definisce i requisiti minimi delle Residenze Sanitarie Assistenziali, aggiornando quelli previsti, per la prima volta nella normativa nazionale, con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22 dicembre 1989, recante “Atto di indirizzo e coordinamento dell’attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali”».*

Successivamente le Regioni hanno definito con diverse Intese, adottate in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome<sup>6</sup>, criteri, requisiti ed evidenze condivisi a livello nazionale per il sistema di accreditamento, riferiti alle strutture sanitarie. Ulteriori modifiche o criteri aggiuntivi sono stati apportati con deliberazioni regionali, diversi per ognuna delle 21 Regioni/Province autonome.

Lo Stato ha poi inquadrato le tipologie di prestazioni e di interventi da garantire nelle residenze sopra richiamate.

La bozza di decreto evidenzia che *“In quest’ambito il riferimento fondamentale è rappresentato dal DPCM 12 gennaio 2017 sulla definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza. Tale decreto prevede, prima di tutto, all’art. 21 del capo IV dedicato all’assistenza sociosanitaria, che il Servizio sanitario nazionale garantisce il percorso assistenziale integrato, con “accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale”, da effettuare con strumenti validati e unitari a livello regionale, per la definizione del progetto di assistenza individuale (PAI) da realizzare con il coinvolgimento di tutte le componenti dell’offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, della persona e della sua famiglia. Il decreto individua poi le strutture residenziali per le persone non autosufficienti nell’articolo 29 (assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario) e nell’articolo 30 (assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti)».*

Al riguardo precisa che *«Il presente documento è rivolto alle strutture residenziali e semiresidenziali riferibili all’articolo 30, comma 1, lettera b) e comma 3 del citato DPCM 12 gennaio 2017, tenendo conto che le stesse erogano “trattamenti di lungo assistenza, 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”».*

Ciò nonostante, le Regioni hanno operato per conto proprio. Infatti, il Ministero della Salute *«evidenzia che, nel tempo, la tipologia “lungoassistenza e mantenimento” è venuta a ricoprendere nelle diverse regioni una grande varietà di risposte a tipologie di bisogni assistenziali diversi, i quali non sempre vengono attribuiti in piena coerenza con le tipologie assistenziali previste dal suddetto DPCM 12 gennaio 2017».*

Pertanto, *«Fermo restando le disposizioni del citato DPR 14 gennaio 1997, il presente documento intende introdurre elementi integrativi alla disciplina nazionale in materia, attraverso l’individuazione di criteri essenziali di sicurezza e qualità delle strutture sociosanitarie, residenziali e semiresidenziali, per persone anziane non autosufficienti, come contributo al miglioramento del percorso assistenziale delle stesse. I criteri essenziali, contenuti nel presente documento, costituiscono il*

<sup>6</sup> Il richiamo è alle Intese 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR) e del 19 febbraio 2015 (Rep. Atti n. 32/CSR).

*frutto conclusivo di un percorso di lavoro condiviso, che ha visto una prima fase di attività posta in essere da parte di un gruppo ristretto di lavoro, con esperti e rappresentanti del Ministero della Salute, unitamente a referenti dell’Istituto Superiore di Sanità, di Agenas, delle Regioni e Province Autonome, nell’ambito delle attività del “Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l’applicazione del sistema di accreditamento nazionale”».*

Osserviamo che a nessuno è venuto in mente di sentire anche Associazioni di tutela degli utenti delle Rsa. Comunque, lo scopo iniziale del Governo, di ricondurre i 21 sistemi regionali ad adottare requisiti organizzativi, formativi e strutturali, «con l’obiettivo di rafforzare i livelli di sicurezza e qualità dell’intervento assistenziale a tutela della salute e della dignità delle persone fragili, favorendo la continuità di vita e di relazione delle persone accolte», crolla miseramente sul successivo capoverso.

Infatti, è previsto che «*il criteri e i requisiti sono stati elaborati in modo da poter essere inseriti, in funzione delle scelte organizzative e gestionali del livello regionale, sia nell’ambito del sistema di accreditamento sia nell’ambito del sistema di autorizzazione all’esercizio. Tenendo conto delle effettive condizioni di applicabilità dei suddetti requisiti anche alle strutture già operanti sul territorio, si ritiene che, per le strutture già in esercizio, possa essere prevista un’attuazione graduale per i nuovi requisiti di carattere strutturale».*

In sostanza, però, nella bozza di decreto lo Stato si ritira e lascia mano libera alle Regioni, alle quali ha trasmesso il provvedimento per un loro parere.

**Il Patto per la non autosufficienza prende atto del disastro, ma non sposta la sua azione dai Leps ai Lea. Per la serie “errare è umano, perseverare però...”.**

Il permissivismo autorizzato alle Regioni e quindi alle strutture residenziali che ricoverano anziani malati non autosufficienti, previsto dalla bozza del decreto (che auspichiamo non sia mai approvato, per una volta d’accordo con i Gestori privati delle Rsa presenti nella citata videoconferenza) è tale che persino il documento del “Patto per le non autosufficienze” (Roma, 11 maggio 2025) ci trova in massima parte d’accordo con la loro valutazione.

Resta ovviamente il peccato originale, la critica di fondo, che è l’aver impostato tutta la riforma per le cure di lungo termine per i malati cronici non autosufficienti nel settore dell’assistenza (la legge 33/2023), mentre l’ambito di competenza primario è quello del settore della sanità e delle prestazioni socio-sanitarie rientranti nei Lea; le prestazioni socio-assistenziali dei Leps sono aggiuntive, semmai, ai Leps, se si è in presenza di anziani malati cronici non autosufficienti o di malati/persone con disabilità in condizioni similari.

Il prima richiamato decreto legislativo 29/2024, all’articolo 31, “*Servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari*”, riposiziona tanto le strutture residenziali quanto quelle semiresidenziali sociosanitarie di lungo termine (Ltc) nell’ambito corretto della competenza del Servizio sanitario nazionale. Il richiamo all’articolo 30 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 è netto nel chiarire la titolarità del Servizio sanitario nazionale (cfr. nota 2).

Di fatto la bozza di decreto in esame del Ministro della salute, ai sensi del punto 7 del suddetto articolo 31, doveva essere l’occasione per individuare requisiti minimi di sicurezza e di ulteriore qualità ai fini delle autorizzazioni e accreditamento delle Rsa, uguali per tutte le Regioni, trattandosi di un Lea.

Perché tanto insistere nei Lea? Perché, come ha precisato il Prof. Giovanni Maria Flick, «*è pericoloso decolorare e disperdere la tutela dei Lea in un ambito non ancora definito, tuttora in discussione e gravido di problemi, come quello dei Lep. Il rischio sembra proprio quello che i malati inguaribili vengano via via considerati non più nella loro individualità come tali e quindi sotto l’articolo 32 della Costituzione, ma un ‘problema sociale’ da affidare al settore dell’assistenza sociale che discende*

dall'articolo 38 della Costituzione. Esso si fonda su presupposti diversi e assicura tutele meno intense». Il Prof. Flick ha inoltre sottolineato che «l'obiettivo principale dovrebbe essere il mantenimento sotto l'ombrelllo dell'articolo 32 della Costituzione di tutto ciò che attiene all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, anche nelle sue caratteristiche e nelle sue ricadute in termini di capacità, incapacità, autodeterminazione, fragilità»<sup>7</sup>.

Invece, il Ministero della salute, non trovando l'accordo con le Regioni, chiamate ad aumentare i costi senza avere dal Governo alcun finanziamento aggiuntivo, ha gettato la spugna e di fatto lasciato le Regioni libere di proseguire con propri provvedimenti.

È per tali ragioni che non possiamo perdonare alle organizzazioni aderenti al “Patto per la non autosufficienza” di avere agito per espellere i malati non autosufficienti dal settore della sanità, che garantisce il diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie, proponendo addirittura un Sistema nazionale per la popolazione anziana fuori dal Servizio sanitario nazionale, che garantisce le prestazioni socio-sanitarie (domiciliari, semiresidenziali e residenziali) nei Lea; peraltro non totalmente gratuite, ma con una compartecipazione al 50% del costo a carico dell'utente o Comune in caso di sua incapienza totale o parziale in base alla sua situazione economica (Isee).

Tanto la riorganizzazione, quanto l'implementazione delle prestazioni socio-sanitarie rientranti nei Lea, andava discussa con il Ministro della salute. Una volta definiti al rialzo i Lea in ambito socio-sanitario, sarebbe stato più semplice spostare la richiesta di approvare uno o due Lep nel settore dell'assistenza.

Il Patto ha scelto invece di puntare a recuperare le risorse dell'indennità di accompagnamento (erogata dall'Inps), anziché dare battaglia per un finanziamento delle prestazioni socio-sanitarie Lea.

Ciò detto, entrando nel merito dello schema della bozza di decreto del Ministero della salute, l'analisi del documento citato del “Patto per la non autosufficienza” ci trova in massima parte concordi, ma le nostre proposte continuano ad essere improntate sul ruolo determinante del Servizio sanitario nazionale, il solo che ha l'obbligo di garantire le cure sanitarie e socio-sanitarie, in virtù dell'articolo 32 della Costituzione e della legge 833/1978 e s.m.i. che, come la Corte costituzionale ha più volte ribadito, sono spese obbligatorie che lo Stato non può eludere, financo andando a recuperare risorse dalle spese non obbligatorie<sup>8</sup>.

### **Le criticità più rilevanti sulle quali è indispensabile intervenire nei confronti delle Regioni e del Ministero della salute**

Nella bozza di decreto, c'è una criticità di fondo che inficia il quadro delle proposte contenute nello schema “Requisiti Rsa – Aspetti organizzativi”. Il Ministero della salute, anziché fissare verso l'alto i nuovi parametri degli standard delle prestazioni per tutte le Rsa, che avrebbe obbligato al rialzo tutte

---

<sup>7</sup> Cfr. Giovanni Maria Flick, *La tutela costituzionale del malato non autosufficiente: le garanzie sanitarie dei Lea, il “pericolo” dei Lep, Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali*, n. 222, aprile-giugno 2023

<sup>8</sup> Con la sentenza n. 62/2020, esprimendo un principio che verrà richiamato anche nella successiva sentenza n. 157/2020, la Corte costituzionale ha chiarito che «“una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [fondamentale] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali [...]. È la garanzia dei diritti incomprimibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione” (sentenza n. 275 del 2016)» con la precisazione che «mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei LEA, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa».

Inoltre, la stessa sentenza ha sottolineato che «È evidente che se un programmato, corretto e aggiornato finanziamento costituisce condizione necessaria per il rispetto dei citati parametri costituzionali, la piena realizzazione dei doveri di solidarietà e di tutela della dignità umana deve essere assicurata attraverso la qualità e l'indefettibilità del servizio, ognqualvolta un individuo dimorante sul territorio regionale si trovi in condizioni di bisogno rispetto alla salute. È in quanto riferito alla persona che questo diritto deve essere garantito, sia individualmente, sia nell'ambito della collettività di riferimento. Infatti, il servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale è, in alcuni casi, l'unico strumento utilizzabile per assicurare il fondamentale diritto alla salute».

le strutture esistenti, lascia aperte più opzioni e, come rileva anche il Patto<sup>9</sup> “per le sole residenze sanitarie assistenziali ci sono addirittura dei passi indietro relativamente all’unico aspetto che si può attribuire agli standard di personale. Per la notte, nelle Rsa, non viene più richiesta la presenza dell’infermiere anche se prevista nella normativa vigente. Per contro potrebbero aumentare da 9 a 12 le ore di presenza infermieristica nelle strutture residenziali diverse dalle Rsa (residenze protette ed assimilati), ma il testo confuso della bozza di Decreto non permette di avere certezze su questo aspetto (...) Viene anche previsto il responsabile medico di struttura ma a cui non sono affidati compiti clinici/assistenziali sul paziente, compiti che rimangono al medico di medicina generale (se non diversamente individuato). Il primo obiettivo sulla definizione di adeguati livelli d’intensità assistenziale, dunque non solo non è stato colto ma addirittura non è stato perseguito. Se di dovesse valutare il solo standard certo previsto di riduzione della presenza infermieristica nelle Rsa la valutazione non potrebbe essere che gravemente negativa”.

Siamo d'accordo, ma il problema per il Governo è non scontentare le Regioni e i Gestori privati delle strutture residenziali, specialmente coloro che hanno parametri molto al di sotto di quella che dovrebbe essere una soglia adeguata a soddisfare le esigenze di cura di malati anziani, in maggior parte con demenza o malattia di Alzheimer, totalmente dipendenti nelle funzioni vitali e con rilevanti problemi clinici.

Non va meglio con i requisiti strutturali, dove si propone qualche timida innovazione (stanze a due letti, anziché 4, con bagno interno), ma solo per le strutture che si realizzeranno in futuro. Come ribadisce il documento del Patto “si fa un passo indietro rispetto a tante normative regionali e alla necessità di garantire una dignitosa qualità della vita degli anziani accolti nelle strutture”.

Il problema non è però, come sostiene il Patto, di “prevedere un tempo congruo per l’adeguamento e lo stanziamento di un fondo di sostegno per supportare i presidi”. È imprescindibile un cambiamento strutturale: così come non si accetterebbe mai l’abbassamento degli standard di personale di un reparto ospedaliero, non si deve accettare che i malati gravissimi, ricoverati in strutture residenziali socio-sanitarie, abbiano standard di personale e requisiti organizzativi non idonei alle loro esigenze di cure e di assistenza alla persona. Le risorse la sanità le deve trovare. Bisogna uscire dalla legge 33/2023 e andare a discutere di risorse solo con il Ministero della salute che, come prima ricordato, ha obblighi di legge vincolanti in materia Lea.

Il Governo, visti i limiti imposti dalla legge 33/2023, ha colto la palla al balzo e non ha previsto risorse aggiuntive da stanziare, facendo leva sulla legge 33/2023, mentre è tenuto ai sensi del dpcm 12 gennaio 2017 a garantire *in primis* prestazioni rientranti nei Lea. Le Regioni, che non vogliono assumere oneri a loro carico, anziché dare battaglia per garantire le innovazioni non più rinviabili, a difesa dei diritti dei loro cittadini ricoverati in strutture residenziali socio-sanitarie inadeguate, hanno preferito mantenere lo *status quo*.

Concludendo con le parole del Patto “Ci troviamo dunque di fronte ad un intervento parziale, che per gli aspetti più importanti lascia le cose come stanno per tutte le strutture esistenti ed innova in modo contenuto per le nuove Rsa che verranno realizzate in futuro. In sostanza, non cambia in nessun modo la qualità della vita degli anziani (malati cronici non autosufficienti n.d.r.) accolti oggi nelle Rsa ed ovviamente anche nelle altre strutture che potrebbero non essere toccate dallo schema di decreto (...)”.

A questo proposito ci ritroviamo con quanto scrive Laura Pelliccia, in Welforum del 31 marzo 2025 “Il mondo della residenzialità per gli anziani avrebbe avuto bisogno di riqualificazione/sostegno per:

1. adeguare gli standard alla sempre maggiore complessità clinica e assistenziale degli ospiti (degenti, n.d.r.);

---

<sup>9</sup> Cfr. “Schema di Decreto sui requisiti delle strutture per anziani. Un contributo per il confronto”, Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza – Roma, 11 maggio 2025.

2. *remunerare adeguatamente il lavoro in questo settore, evitando le fughe di personale verso altri comparti es. ospedali);*
3. *consentire l'universalismo nell'accesso, rafforzando i sostegni per evitare che gli ospiti (da sostituire con degenti oppure utenti n.d.r.) siano costretti a rinunciare al servizio per motivi economici;*
4. *adeguare il numero dei posti convenzionati con il Servizio sanitario nazionale all'aumento del bisogno, per evitare i lunghi tempi di attesa o il ricorso alla solvenza.*

Osserva poi che “Queste politiche sono storicamente mancate e anche i processi di riforma in atto non hanno riservato attenzione al tema. Infatti:

- *le Rsa sono rimaste fuori dal Recovery Plan e, di fatto, non hanno trovato attenzione concreta nell'ambito dei processi della nuova sanità territoriale;*
- *la riforma per l'assistenza agli anziani (legge delega 33/2023) è stata concepita a costo zero e, al momento, anche le relative previsioni in materia di residenzialità non sono state accompagnate da finanziamenti aggiuntivi (...);*
- *la questione della residenzialità anziani è stata esclusa dal processo di definizione dei Leps (scelta ribadita dal Dlgs 29/2024) e i Comuni che oggi intervengono sulla quota sociale lo fanno a loro carico, senza che nei processi di assegnazione delle risorse vengano adeguatamente riconosciuti questi sforzi”.*

### **La proposta di riforma radicale delle Rsa della Fondazione promozione sociale Ets**

Negli ultimi due anni la Fondazione ha proseguito il confronto con alcune delle organizzazioni aderenti al Cdsa, in particolare Associazione Diana (Verona), Umana (Perugia) e Familiari Rsa di Trento. Si è confrontata con numerosi esperti del settore sanitario e socio-sanitario. Abbiamo partecipato inoltre a incontri promossi dall'Università di Bologna, settore Politiche sociali, a seminari che hanno previsto la presenza anche di Gestori privati sul tema delle Rsa e, sempre ai sensi dell'articolo 31, del d.lgs. 29/2024, con riguardo alla proposta di Crm, ovvero Centri residenziali multiservizi.

Questa definizione non richiama l'appartenenza al Servizio sanitario, che è parte sostanziale della riforma che si chiede.

Per inquadrare correttamente il tema della residenzialità è basilare partire dalle esigenze degli anziani a cui saranno destinate le strutture residenziali e, conseguentemente, a seconda della tipologia degli utenti, operare in base alle norme vigenti per assicurare i loro diritti in materia sanitaria e sociale.

Pertanto:

- a. le strutture residenziali previste dalla Mission 5 del Pnrr, organizzate ad esempio in cohousing o gruppi appartamenti, rivolte a **persone anziane autonome**, ma sole, vanno preferibilmente realizzate in normali condomini di abitazione; da prevedere esperienze intergenerazionali, non solo con giovani, ma anche con coppie giovani con minori; la tipologia deve riguardare anziani, anche malati cronici, ma autosufficienti, curabili con intervento del medico di medicina generale e occasionali prestazioni adi temporanee, in grado di svolgere da soli tutte le funzioni vitali: igiene, vestizione, assunzione pasti, ridotto uso di farmaci, utilizzo del telefono, capacità di chiedere aiuto e di avere interessi propri.

Sono tassativamente esclusi da queste residenze gli anziani malati cronici NON autosufficienti con necessità di prestazioni di aiuto indifferibili 24 ore su 24 x 365 giorni all'anno.

Le residenze devono essere autorizzate e inserite nella vigilanza dell'Asl e degli enti locali.

b. la Rsa dovrebbe trasformarsi in struttura sanitaria residenziale polifunzionale, inserita a pieno titolo nella filiera delle strutture del Servizio sanitario nazionale e regionale; prevedere il ricovero di anziani malati cronici non più autosufficienti e pertanto sostituire “ospiti”, con degenti o utenti; dovrà assicurare prestazioni sanitarie e socio-sanitarie rientranti nei Lea ed esercitare le funzioni in regime di accreditamento con il Servizio sanitario nazionale; essere organizzata in nuclei di cure differenziati in base alle esigenze dei degenti anziani malati cronici non autosufficienti o con esiti da patologie invalidanti.

Ad esempio, nella stessa Rsa possono essere presenti nuclei per prestazioni totalmente sanitarie quali *hospice*, ospedali di comunità, nuclei Alzheimer e per gravi demenze, cure palliative e di contrasto al dolore, riabilitazione di 2° e 1° livello, lungodegenze e nuclei per anziani malati cronici non autosufficienti che richiedono prestazioni di lungoassistenza (dpcm 12.1.2017, comma 1, lettera b): ricoveri di sollievo oppure per degenze a tempo indeterminato.

Si propone la previsione di un ticket sanitario in sostituzione della attuale percentuale di compartecipazione a carico utente, perché se l’aggravamento del degente è dovuto al peggioramento delle condizioni della sua salute, è inevitabile che debba subentrare maggiormente la sanità a coprire i costi del suo ricovero. Così superiamo le percentuali e i problemi connessi.

Il finanziamento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie deve essere garantito attraverso il Fondo sanitario nazionale e la titolarità degli assessorati alla sanità delle Regioni sia per la parte sanitaria, sia per quella socio-sanitaria, entrambe nei Lea e quindi esigibili, in quanto rappresentano il nucleo irriducibile del nostro diritto costituzionalmente garantito alla salute.

c. Il Servizio sanitario (ovvero l’Asl di residenza) dovrà garantire il diritto all’accesso alla prestazione, che rientra nei Lea (art. 30, dpcm 12.1.2017) e il rispetto dei principi e criteri di cui agli articoli 1 e 2 della legge 833/1978 senza distinzioni sociali e personali e senza limiti di durata delle cure;

la convenzione con il Servizio sanitario nazionale assicura la piena titolarità dell’Asl nella gestione di inserimenti/dimissioni e, quindi, il rispetto del diritto soggettivo ed esigibile del malato anziano non autosufficiente alle prestazioni garantite dai Lea;

La convenzione, inoltre, non obbliga il degente a sottoscrivere contratti privati, salvo per prestazioni extra preventivamente concordate. La tutela del diritto alla sua salute è pienamente in capo al Servizio sanitario;

ai degenti e/o a chi li rappresenta (Ads, tutori) si consegnerà un Regolamento di struttura con indicati diritti/doveri dei degenti, le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a carico del Servizio sanitario, le prestazioni alberghiere a carico utente/Comune, le prestazioni extra approvate dall’asl e liberamente scelte (si allega a titolo esemplificativo il Regolamento dell’Asl T05, Rsa La Tour).

d. Il nuovo modello di Rsa, ovvero struttura residenziale sanitaria polifunzionale prevede:

- Una capienza massima di 120 posti letto organizzati con prestazioni sanitarie e socio-sanitarie
- Una adeguata revisione degli standard del personale superando il parametro del minutaggio per garantire prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali adeguate alle esigenze degli utenti;

- la presenza in tutte le Rsa di un direttore sanitario che coordina il lavoro in equipe di medici, infermieri e personale socio-sanitario, assicurando lavoro di gruppo e presenza medica nelle 24 ore;
- Esposizione di tabelloni con indicata la presenza del numero e della qualifica degli operatori nelle 24 ore per ogni reparto; è una modalità facile da introdurre, ma che facilita le operazioni di vigilanza in quanto chiunque acceda alla Rsa ha la possibilità di verificare il personale presente;
- la trasmissione dati presenze e contributi versati all’Inps e Inail, nonché delle fatture rilasciate dagli operatori non dipendenti;
- la scelta accurata del personale, in quanto la qualità delle prestazioni dipendono in massima misura dalla professionalità e quantità del personale. Non è sufficiente la qualifica: considerato che i degeniti sono malati non autosufficienti, sovente neppure in grado di esprimere i propri bisogni, è necessario evitare per quanto possibile che venga assunto personale con gravi disturbi della personalità”. La proposta è di sottoporre tutti gli operatori, prima di essere assunti, con le garanzie di riservatezza del caso, a un esame approfondito della loro personalità”. Ad esempio si individui un centro scientificamente riconosciuto valido, scelto di comune accordo dagli Enti gestori e dai Sindacati dei lavoratori, con l’incarico di rilasciare una semplice dichiarazione attestante che l’operatore è adeguato a svolgere quella specifica attività di cura alla persona non autosufficiente.
- pasti soddisfacenti pur considerando le diete;
- ambienti confortevoli che richiamino l’ambiente domestico sale lettura per visioni film, attività di relazione e per il mantenimento di capacità cognitive anche se ridotte, giardini esterni e invernali, attività stabili per i cittadini del quartiere e con il coinvolgimento di associazioni esterne: culturali, musicali, per il giardinaggio, teatrali...
- apertura massima degli orari di visita
- orari di incontro con i medici responsabili dei malati e il Direttore sanitario e facilitare i rapporti con i responsabili amministrativi attraverso norme scritte nel regolamento visionato da Asl/Enti locali in fase di accreditamento
- visite – non programmate – di comitati civici esterni organizzati e autorizzati con delibere degli enti locali con obbligo di riferire solo a questi ultimi;

e. La Rsa in regime di accreditamento con il Servizio sanitario può:

- gestire centri diurni per malati cronici non autosufficienti o per malati di Alzheimer ai sensi articolo 34 del dpcm 12.1.2017;
- gestire attività sanitarie domiciliari (adi).

La titolarità resta in capo all’Asl di residenza e il coordinamento e monitoraggio del malato non autosufficiente è affidato al medico di medicina generale.

È ammesso un nucleo per Rsa di 6-8 monolocali con angolo letto, area soggiorno e cucinotta, ingresso e bagno accessibile per grandi anziani (+ 85 anni) malati cronici, ma con 1-2 patologie controllate con ridotta assunzione di medicinali, ancora autonomi nelle funzioni vitali. Il nucleo ha ingresso separato dalla Rsa, ma con servizi fruibili (infermeria, fisioterapia, animazione...).

## Conclusioni

Resta aperto il tema della copertura della quota sanitaria che, a partire dal Dpcm 14 febbraio 2001, ha riconosciuto che le Rsa erogano prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di lungoassistenza e, quindi, soddisfano insindibilmente bisogni sanitari, socio-sanitari e assistenziali. Motivo questo per cui si è stabilito un concorso forfettario alle spese totali, poste al 50% a carico del Servizio sanitario nazionale e regionale e in uguale percentuale a carico di Comuni/cittadini.

Non entriamo in merito in questa sede delle pronunce della giurisprudenza che riconoscono la copertura al 100% della retta di ricovero a carico della sanità<sup>10</sup>.

Riteniamo tuttavia che sia giunta l'ora di aumentare la quota sanitaria dal 50 al 70%, in considerazione dell'aggravamento clinico dei ricoverati oramai riconosciuto da coloro che, con onestà intellettuale, si relazionano con la realtà delle Rsa e dei malati anziani che vi sono ricoverati.

È sufficiente la modifica dell'articolo 30, punto 1, lettera b) del dpcm 12 gennaio 2017 che può essere decisa in sede di Conferenza Stato Regioni e proposta al Governo e Parlamento. Si porrebbe fine alla discriminazione in atto tra persone con disabilità non autosufficienti, alle quali è già riconosciuta la compartecipazione del Servizio sanitario nazionale e regionale al 70% del costo totale della retta di ricovero.

Adesso è il momento di intervenire per le associazioni di difesa dei malati non autosufficienti, aderenti al Cdsa e per tutte le organizzazioni che interagiscono o sono parte integrante del settore socio-sanitario Bisogna aprire vertenze tanto con le Regioni, quanto con il Governo e il Ministero della salute. Chiediamo il ritiro della bozza del decreto e la riapertura del Tavolo di lavoro con l'apertura al confronto con le proposte dei cittadini organizzati in associazioni riconosciuti nella legge del terzo settore per ottenere le innovazioni necessarie tanto per la riforma delle Rsa, quanto per le rette di ricovero.

È anche l'occasione per riaprire il tema con le organizzazioni aderenti al "Patto per la non autosufficienza", se saranno disponibili s riconoscere che la non autosufficienza deriva da una carenza rilevante di salute e che, conseguentemente, le funzioni vitali, di cui necessita la persona dipendente in tutto e per tutto dall'aiuto di altri, sono parte delle cure e, quindi, indiscutibilmente di competenza del Servizio sanitario tanto a casa quanto in Rsa (art. 32 Cost.). I Leps sono importanti da ottenere, ma devono essere aggiuntivi alle prestazioni Lea sanitarie e socio-sanitarie e sono rivolti alle persone non abbienti (art. 38 Cost., 1° comma).

---

<sup>10</sup> Sulla questione, si veda di Maria Luisa Tezza, "Ricoveri di lunga durata a totale carico del Servizio sanitario", Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali n. 225, gennaio-marzo 2024.

## Approfondimenti

### **URGE LA MODIFICA DELL'ARTICOLO 30 DEL D.LGS. 29/2024 CHE MANTIENE IN VITA RESIDENZE ABUSIVE<sup>11</sup>**

#### La definizione di non autosufficienza dell'Asl Città di Torino

Con la delibera prot. 0000856/B2.08/2025 del 23/06/2025, l'Asl Città di Torino ha recepito il verbale della Commissione di vigilanza, redatto in seguito alla visita presso il Pensionato "Santissimo Natale" di Torino, struttura residenziale per persone anziane autosufficienti (RAA - Residenza assistenziale alberghiera).

Durante il sopralluogo, la Commissione, oltre a ravvisare alcune criticità strutturali, ha sollevato il problema del «*verosimile disallineamento tra la natura della struttura (alberghiera per autosufficienti) e la reale condizione di alcuni ospiti che parrebbero non autosufficienti o almeno bisognosi di assistenza*».

La Commissione di vigilanza dell'Asl Città di Torino ha quindi richiesto «*che ogni ospite accolto nella struttura sia in possesso di un Certificato di Autosufficienza rilasciato dal Medico di Medicina Generale (MMG)*». Ha quindi specificato che tale certificato «*dovrà attestare: Capacità di deambulazione autonoma, con o senza l'ausilio di presidi (bastone, girello). Capacità di gestione dell'igiene personale e della vita quotidiana senza necessità di assistenza continuativa. Assenza di patologie invalidanti che richiedano assistenza sanitaria costante o interventi infermieristici regolari. Idoneità alla vita in comunità senza necessità di sorveglianza sanitaria o supporto socio-sanitario continuativo*

Viene quindi data di fatto una definizione di non autosufficienza, che si avrà allora in tutti quei casi in cui la persona, a seguito della valutazione clinica risulti:

- non in grado di deambulare autonomamente;
- non capace di gestire l'igiene personale e la propria vita quotidiana;
- affetto da patologie invalidanti, bisognose di prestazioni sanitarie (mediche e/o infermieristiche);
- con necessità di sorveglianza sanitaria o socio-sanitaria continuativa.

Per la struttura in questione, la Commissione di vigilanza dell'Asl ha quindi disposto, oltre alla richiesta di produzione del certificato di autosufficienza sopra richiamato, la diffida temporanea di nuovi inserimenti fino alla risoluzione delle criticità riscontrate. Inoltre, ha auspicato l'attivazione di una procedura di monitoraggio sanitario periodico degli utenti, così da poter arrivare all'adozione di un «*protocollo di valutazione dell'autosufficienza per determinare quando un ospite non è più idoneo a una struttura alberghiera e deve essere trasferito in una Rsa*

#### Nelle case di riposo non possono essere inseriti anziani malati cronici non autosufficienti

Con un colpo di mano dell'ultima ora, i Gestori privati delle vecchie e superate "case di riposo" o altra tipologia similare sono riusciti ad inserire la presenza di "ospiti anche non autosufficienti", non previsti nel testo precedente.

La lobby si è mosso nei confronti dei parlamentari, perché essendo priva dei requisiti necessari per rientrare nelle strutture residenziali socio-sanitarie previste nei Lea (di cui agli articoli 29 e 30 del Dpcm 12 gennaio 2017) avrebbe dovuto ridurre di molto il numero dei ricoverati e forse anche chiudere, non avendo risorse autonome per i necessari adeguamenti richiesti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle Rsa.

La Regione Umbria che, citiamo a titolo di esempio, non ha perso tempo. Il 15 ottobre 2024, con la legge regionale n. 21/2024, è stato aggiunto il seguente comma nell'articolo 320 del Testo unico regionale "Sanità e Servizi sociali": «*5 bis. Accertata la condizione di non autosufficienza delle persone anziane inserite nei servizi socio assistenziali di cui all'articolo 344, le stesse sono iscritte nelle liste per l'inserimento nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano*

<sup>11</sup> L'articolo 30 del d.lgs. 29/2024, rubricato "Servizi residenziali, semiresidenziali e diurni socioassistenziali", prevede quanto segue: «*1. Gli ATS, allo scopo di contrastare l'isolamento sociale e i processi di degenerazione delle condizioni personali delle persone anziane, anche non autosufficienti, offrono, secondo le previsioni della programmazione integrata regionale e locale, servizi socioassistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e diurno che garantiscano la continuità delle condizioni di vita e abitudini relazionali di tipo familiare.*

*2. I servizi residenziali sono offerti presso strutture residenziali non sanitarie in possesso di requisiti operativi e di sicurezza, tali da garantire alle persone ospitate adeguati livelli di intensità assistenziale e una adeguata qualità degli ambienti di vita, nonché il diritto alla continuità delle cure e il diritto al mantenimento delle relazioni sociali ed interpersonali, mediante l'accoglienza in ambienti di tipo familiare caratterizzati da formule organizzative rispettose delle esigenze personali e di riservatezza.*

*3. I servizi sociali diurni e quelli semiresidenziali sono offerti presso centri di servizio accreditati anche per l'offerta di interventi di integrazione e animazione rivolti a persone anziane anche non autosufficienti e non residenti presso la struttura, al fine di favorire la socializzazione e le relazioni interpersonali e di contrastare l'isolamento sociale e il processo degenerativo fisico e cognitivo. Le strutture di cui al presente articolo non sono ricomprese nelle strutture residenziali e semiresidenziali di cui agli articoli 29 e 30 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017.*

*4. All'attuazione del presente articolo si provvede a valere sulle risorse del Fondo politiche sociali di cui all'articolo 20 della legge 8 novembre 2000, 328, nei limiti delle risorse disponibili».*

*prestazioni in regime residenziale per anziani non autosufficienti disciplinate ai sensi dell'articolo 117. Il periodo di permanenza delle persone anziane nelle strutture socio assistenziali di cui all'articolo 344 non può superare i trecentosessanta giorni dall'accertamento della condizione di non autosufficienza. La maggiore intensità assistenziale socio-sanitaria delle persone anziane nei trecentosessanta giorni è garantita dall'Azienda USL competente per territorio attraverso la presa in carico con programma di assistenza domiciliare integrata».*

La segnalazione ci è stata inoltrata dall'Associazione Umana di Perugia con una nota della presidente Elena Brugnone, che osserva:

«La Giunta regionale ha di fatto previsto che:

- se viene accertata la non autosufficienza di persone anziane malate croniche ricoverate in strutture socio-assistenziali (quindi non accreditate per il ricovero di malati non autosufficienti), non stabilisce che i malati vengano immediatamente presi in carico dall'Asl – in convenzione – presso idonee strutture sanitarie e socio-sanitarie, ma si limita a disporre che siano iscritti nelle liste di attesa per l'inserimento nelle strutture sanitarie e sociosanitarie;
- nel periodo di "illegitima" permanenza nelle strutture assistenziali (rispetto a quanto previsto dalla legge nazionale) l'Asl non assicura la presa in carico in Adi<sup>12</sup> di tutti questi malati, ma solo di quelli che presentano una "maggiore intensità assistenziale socio-sanitaria"».

\*\*\*

SI VEDANO SUL SITO [WWW.FONDAZIONEPROMOZIONESOCIALE.IT](http://WWW.FONDAZIONEPROMOZIONESOCIALE.IT)

GLI ARTICOLI PUBBLICATI IN PROSPETTIVE. I NOSTRI DIRITTI SANITARI E SOCIALI:

- *Le cure di lunga durata per i malati cronici non autosufficienti*, n. 228/2024;
- Mauro Perino, *L'indesiderabile futuro del Patto per la non autosufficienza e Il Welfare che fa male ai diritti: l'inganno della previdenza integrativa e dei benefit*, n. 228/2024;
- *Convegno Cdsa di Milano, analisi e proposte per le nuove Rsa e Adi potenziata, proposta del Cdsa: «Solo così, vere cure domiciliari per i malati non autosufficienti»*, n. 224/2023;
- Avv. Antonio Caputo, *Covid e Rsa, strage annunciata*, n. 223/2023;
- Mauro Perino, *Come siamo passati dalla "sicurezza" alla "coesione sociale"*, n. 222/2023;
- Giovanni Maria Flick, *La tutela costituzionale del malato non autosufficiente: le garanzie sanitarie dei Lea, il "pericolo" dei Lep*, n. 222/2023;
- Alessandra Pioggia, *I «pregiudizi» e i rischi per l'assistenza sanitaria alle persone anziane non autosufficienti della legge 33 e Sad e Adi: quali le differenze*, n. 222/2023;
- Francesco Pallante, *Il quadro costituzionale del diritto alla salute dei malati non autosufficienti*, n. 221/2023;
- Andrea Ciattaglia, *Cosa serve davvero nelle cure domiciliari e Se questa è libertà: chiedo di morire perché non mi curano*, n. 220/2022;
- *Che fine ha fatto la commissione Brizioli? e Nelle Rsa lager dei "becchini" di Orpea*, n. 218/2022;
- *Accuditori familiari a una dimensione*, n. 218/2022;
- *La non autosufficienza dell'anziano è un problema di salute*, documento delle Associazioni di Geriatria del Piemonte, n. 217/2022;
- Cdsa, *Per non dimenticare. Per non ripetere la strage nelle Rsa*, n. 216/2021;
- *Torino, l'Accademia di Medicina sulle cure ai malati cronici*, n. 216/2021;
- Alessandra Pioggia, *L'intollerabile macchia delle famiglie abbandonate e Malati non autosufficienti, raccolta firme per le cure a casa*, n. 216/2021.

<sup>12</sup> Adi, Assistenza domiciliare integrata, di cui all'articolo 22 del Dpcm 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei Lea.