

Il 17 aprile 2025 lo Stato ha trasmesso alle Regioni il decreto del Ministero della Salute che fissa i criteri per individuare i requisiti di sicurezza e la qualità delle strutture pubbliche e private che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali per le persone non autosufficienti. Nel testo non compare mai il termine "malati cronici". Alla fine saranno mantenuti 21 sistemi regionali diversi, tenendo conto che la legge di riferimento è la 33/2023, che non prevede risorse economiche aggiuntive e non contempla le Rsa. La bozza del decreto del Ministero, ai sensi del punto 7 dell'articolo 31, doveva essere l'occasione per individuare requisiti minimi di sicurezza e di ulteriore qualità ai fini delle autorizzazioni ed accreditamento delle Rsa, uguali per tutte le Regioni italiane, trattandosi di Lea (Livelli essenziali di assistenza). Invece il Ministero, non trovando l'accordo con le Regioni, chiamate a dover aumentare i costi di gestione senza ricevere dal Governo finanziamenti aggiuntivi, ha gettato la spugna, lasciando le Regioni libere di proseguire con propri provvedimenti. Con questi palleggi di leggi e decreti, oltre alla confusione, si creano vuoti di responsabilità nel garantire la piena tutela dei cittadini. I gestori pubblici e privati delle Rsa si sentono liberi di agire secondo la loro discrezionalità con regolamenti a volte confusi ed inadeguati.

Si rilevano criticità circa i requisiti strutturali e gli aspetti organizzativi sui quali il Ministero della Salute, che ha obblighi vincolanti in materia di Lea, deve intervenire trovando risorse, uscendo dalla legge 33/2023. Le Rsa sono rimaste fuori dal Recovery Plan e, di fatto, non hanno trovato attenzione concreta nei processi della nuova sanità territoriale post Covid.

La riforma per l'assistenza agli anziani (legge delega 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 è stata esclusa dal processo di definizione dei Leps (scelta ribadita dal Dlgs 29/2024) ed 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 residenzialità per gli anziani avrebbe bisogno di riqualificazioni e sostegno per : 1) adeguare gli standard alla sempre maggiore complessità clinica ed assistenziale ; 2) remunerare adeguatamente il lavoro in questo settore, evitando fughe di personale verso altri comparti es. ospedali ; 3) consentire l'universalismo nell'accesso, rafforzando i sostegni per evitare che i degenti 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 dettato dall'urgenza al pagamento di rette sempre più elevate ma talvolta non appropriate alle reali e gravi necessità dei degenti. Sarebbe utile che le Rsa si trasformassero in strutture sanitarie residenziali polifunzionali, inserite a pieno titolo nella filiera del Servizio sanitario nazionale e regionale, assicurando prestazioni sanitarie e socio sanitarie rientranti nei Lea, si organizzassero in nuclei di cure differenziati in base alle esigenze dei degenti anziani malati cronici non autosufficienti o con esiti di 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 lungoassistenze, ricoveri di sollievo o degenze a tempo indeterminato. Sarebbe corretto prevedere un ticket sanitario in sostituzione dell'attuale percentuale di compartecipazione a carico del degente, poichè l'aggravamento dovuto al peggioramento delle sue condizioni di salute va ad aumentare i costi sanitari. Il finanziamento delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie deve essere garantito attraverso il Fondo sanitario nazionale e la titolarità degli Assessorati regionali, sia per la parte sanitaria, sia per quella socio sanitaria, entrambe nei Lea, quindi esigibili, perché rappresentano il nucleo

irriducibile del nostro diritto alla salute garantito dalla Costituzione. Il Servizio sanitario (Asl di residenza) deve garantire il diritto di accesso alla prestazione (Lea art. 30 Dpcm 12.01.2017) ed 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 inserimento/dimissione ed il rispetto del diritto soggettivo ed esigibile del malato anziano non autosufficiente alla prestazione garantita dai Lea.

La convenzione non obbliga il degente a sottoscrivere contratti privati, salvo per prestazioni extra preventivamente concordate. La tutela del diritto alla salute è pienamente in capo al Servizio sanitario. E' pieno diritto dei degenti o di chi li rappresenta legalmente ricevere dalle Rsa copia di un regolamento di struttura con indicati diritti/doveri, prestazioni sanitario e socio sanitarie erogate a carico del Servizio sanitario, le prestazioni alberghiere a carico del degente / Comune, le prestazioni extra approvate dall'Asl e liberamente scelte e sottoscritte. Per non dilungarci con dettagli circa la stesura di una bozza di regolamento, a titolo esemplificativo è possibile esaminare il regolamento dell' Asl TO5, Rsa La Tour, sul relativo sito internet.

Trino, ottobre 2025

Associazione culturale  
Gruppo senza Sede