

Torino, 15 novembre 2023

PEC

Gent.mi

- *On. Giorgia Meloni*, Presidente del Consiglio dei Ministri
- *On. Raffaele Fitto*, Ministro per le Politiche europee
- *Prof. Orazio Schillaci*, Ministro della Salute

Oggetto: Proposta ADI potenziata per le cure di lunga durata (LTC) per i malati anziani non autosufficienti. Richiesta audizione sui decreti attuativi legge 33/2023 (con riferimento alla Missione 5 e 6)

Facciamo seguito alle nostre comunicazioni ⁽¹⁾ in merito ai decreti attuativi della legge 33/2023 “Delega al Governo in materia di politiche per le persone anziane” approvata il 21 marzo 2023, collegata ai finanziamenti del PNRR. Desideriamo richiamare la Vostra attenzione sulla proposta, di seguito illustrata, di un’ADI potenziata per chi è anziano malato cronico non autosufficiente, che ripristini una quota sanitaria per coprire i costi delle prestazioni di aiuto tutelare alla persona ⁽²⁾.

Precisiamo che le scriventi organizzazioni aderenti al CDSA, Coordinamento nazionale per il diritto alla sanità per le persone anziane malate e non autosufficienti (*), non sono portatori di interessi economici diretti o indiretti: la nostra finalità è la tutela del diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie, che in questo caso sono quelle di lungo termine rientranti nei Lea, rivolte ai malati cronici non autosufficienti, specie se anziani, di cui al citato Dpcm 12 gennaio 2017 (legge 833/1978, d.lgs. 502/1992). Non gestiamo servizi, né direttamente, né in convenzione, ma interveniamo con la nostra consulenza gratuita per aiutare i congiunti ad ottenere le prestazioni Lea garantite dal Servizio sanitario nazionale per i loro familiari malati cronici e non più autosufficienti.

Possiamo sostenerli perché le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie Lea sono diritti esigibili, come più volte ha confermato la Corte costituzionale ⁽³⁾. Tuttavia, sono perfettibili, soprattutto per quanto riguarda le prestazioni sanitarie domiciliari.

⁽¹⁾ Ci riferiamo agli invii Pec del 27 marzo, 13 e 26 giugno 2023.

⁽²⁾ La copertura del Servizio sanitario nazionale era stata introdotta con il Dpcm 29 novembre 2001, Allegato 1C, Assistenza domiciliare integrata (ADI), che il Dpcm 12 gennaio 2017 ha abrogato.

⁽³⁾ La sentenza della Corte Costituzionale n. 62/2020, dopo aver ricordato la consolidata giurisprudenza secondo cui «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 incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione” (sentenza n. 275 del 2016)» ha precisato 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». Pertanto, «la piena realizzazione dei doveri di solidarietà e di tutela della dignità umana deve essere assicurata attraverso la qualità

In questo momento, la normativa vigente ci consente infatti di ottenere ricoveri in convenzione nelle Rsa, con quota sanitaria del Servizio sanitario (articolo 30, Dpcm 12 gennaio 2017), ma non prevede contributi della Sanità se il malato non autosufficiente, con le stesse esigenze di cura, può essere curato al domicilio, grazie alla volontaria disponibilità di una rete familiare. L'assistenza domiciliare prevista dalla Missione 5 del PNRR riguarda solo chi è non abbiente; quindi, una parte minima di chi è malato e non autosufficiente, che sarà selezionata in base all'Isee e alle risorse disponibili, perché il settore di competenza è quello delle Politiche sociali.

La mancanza di sostegni economici delle Asl e della loro presa in carico continuativa è un problema che ha assunto un peso rilevante nel determinare l'impovertimento dei nuclei familiari, con conseguenze per le generazioni future e del ricorso ospedaliero anche con accessi più volte durante l'anno.

Mantenere il proprio congiunto al domicilio resta ancora la scelta preferita, ma per i malati non autosufficienti e le loro famiglie è necessario che il settore della Sanità intervenga con aiuti economici a sostegno dei costi importanti che comporta la cura a casa.

La nostra proposta, anticipata nella comunicazione del 27 marzo 2023, chiede di inserire nelle prestazioni Lea un contributo sanitario per il domicilio, di cui all'articolo 22 del Dpcm 12 gennaio 2017, per coprire una parte dei costi sostenuti per tutte le prestazioni che devono essere garantite, oltre a quelle strettamente sanitarie.

I limiti dell'ADI

Al riguardo, sono note le carenze di personale da dedicare all'implementazione dell'ADI, per raggiungere almeno la percentuale del 10% della popolazione anziana non autosufficiente, come prevede il PNRR. Vi è però il rischio concreto che le Asl sprechino le risorse del PNRR con prestazioni non indispensabili.

L'ADI, inoltre, non può essere erogata a malati anziani cronici non autosufficienti, se non viene garantita la presenza di un accuditore familiare (caregiver), 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

Al momento, il percorso ADI che rientra nei Lea si interrompe una volta conclusa la fase acuta, ma potrebbe non essere praticabile neppure in questa fase, in assenza della presenza di un caregiver, con maggiori costi per l'Asl, che dovrebbe garantire il prolungamento del ricovero in una struttura sanitaria di riabilitazione o lungodegenza, che si conclude (nei casi che seguiamo in tutto il Paese) inevitabilmente con il ricovero in convenzione in Rsa. Un ricovero forzoso per il malato, mentre l'Asl è tenuta a garantire la convenzione.

Per essere un'alternativa, la prestazione sanitaria al domicilio deve contare su una proposta robusta di aiuto, che oggi non c'è. Per questo la nostra proposta prevede che il contributo dell'Asl si integri all'indennità di accompagnamento, che resta una prestazione immutata sia nell'esigibilità, sia nell'importo. I Lepi potranno prevedere interventi aggiuntivi, per le persone anziane malate croniche con ulteriori bisogni sociali o socio-assistenziali a cui i richiedenti avranno diritto in base alla valutazione socio-economica. Le risorse del Fondo per la non autosufficienza e di tutti gli altri fondi unificati concorrono al finanziamento.

Il contributo dell'Asl è erogato, come avviene già per la quota sanitaria di compartecipazione della retta in Rsa, con i criteri della legge 833/1978, articoli 1 e 2, in quanto siamo in presenza di malati, aventi quindi un diritto esigibile soggettivo a carattere universalistico.

Per avviare la sperimentazione, la platea di riferimento dell'ADI potenziata potrebbe essere il target degli ultraottantenni, malati cronici non autosufficienti, da individuare in base ai dati Inps tra i detentori del diritto all'indennità di accompagnamento, con priorità per promuovere le dimissioni protette da ospedali o altre strutture sanitarie e socio-sanitarie, in alternativa al ricovero in Rsa.

e l'indifettibilità del servizio, ogniqualvolta 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».

La proposta sperimentale di un'ADI potenziata per i malati non autosufficienti

Si chiede di introdurre un contributo economico (o assegno di cura) come Lea (con modifica dell'articolo 22, Prestazioni e servizi sanitari domiciliari, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017), a carico del Servizio sanitario e quindi a carattere universalistico. Il contributo è finalizzato a garantire le prestazioni indifferibili e indispensabili per il soddisfacimento delle funzioni vitali quotidiane dell'anziano malato cronico non autosufficiente, dipendente in tutto dall'aiuto di terzi ⁽⁴⁾.

La richiesta è di prevedere nei decreti legislativi che il piano di assistenza domiciliare tutelare obbligatoriamente si possa articolare in più modalità possibili, da concordare con il congiunto volontariamente disponibile per adattare alla specifica situazione: contributo per assumere operatori di fiducia (comprensivi di supporto dei Servizi sanitari per reperirli e per gestire il rapporto di lavoro, ove la famiglia non sia in grado); contributo al congiunto che si prende cura direttamente del malato anziano non autosufficiente; affidamento a volontari; buoni servizio per ricevere da fornitori accreditati altre prestazioni (pasti a domicilio, telesoccorso, ricoveri di sollievo, piccole manutenzioni, trasporti ed accompagnamenti).

Il piano di assistenza individualizzato messo a punto dall'Asl definisce il budget di cura, graduato per crescere all'aumentare del grado di non autosufficienza, ed è composto per il 50% da risorse del Servizio Sanitario Nazionale, indipendentemente dalla condizione economica del malato non autosufficiente, e per il restante 50% da risorse dell'utente o degli enti gestori dei servizi sociali, quando l'interessato non ha capacità economiche sufficienti. Nel budget di cura rientrano le prestazioni di assistenza tutelare al domicilio, indispensabili per assicurare alla stessa gli atti della vita quotidiana e le prestazioni vitali ai fini della sopravvivenza ⁽⁵⁾.

In questo modo si estenderebbe alle prestazioni di assistenza sanitaria domiciliare il dispositivo che da sempre è in opera nelle RSA, dove questo budget di cura è calcolato nella retta e a carico della sanità, almeno per il 50% del costo totale. Oggi vi è un trattamento discriminatorio da parte del Servizio sanitario nazionale rispetto ai malati, nelle medesime condizioni, ricoverati in Rsa.

Motivazione: la proposta si basa su esperienze pluriennali realizzate in Piemonte

Nel contributo del Prof. Maurizio Motta, Università di Torino ⁽⁶⁾ sono argomentate le ragioni a sostegno della richiesta di includere nei Lea titolarità e spese del Servizio sanitario nazionale. Egli spiega che «Qualunque famiglia, od operatore sanitario, sa bene che è inutile una buona assistenza sanitaria al domicilio senza sostegni del malato non autosufficiente nelle funzioni della vita quotidiana. Ma questi sostegni non possono essere a carico solo delle famiglie o dei servizi sociali dei Comuni; devono invece essere sotto la titolarità del Servizio sanitario nazionale e con una sua compartecipazione finanziaria, per più ragioni.

Come già ricordato, i Lea già prevedono che il costo in Rsa sia metà a carico del Servizio sanitario nazionale. Costo che copre non solo 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 che, se la stessa persona è assistita a casa, la tutela sia in parte a carico del Servizio sanitario nazionale? Non prevederlo implica che per le stesse tipologie di malati non autosufficienti il Servizio sanitario nazionale di fatto incentiva solo il ricovero o il lavoro in nero delle badanti.

Inoltre, il Servizio sanitario nazionale oggi spende circa 150 euro al giorno per un posto in case di cura post ospedaliere (per degenze che spesso sono solo "posteggi" in attesa di un posto in Rsa o in assistenza domiciliare). E il Servizio sanitario nazionale spende mediamente 45/50 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

⁽⁴⁾ Alessandra Pioggia, Professoressa ordinaria di Diritto amministrativo, Università degli Studi di Perugia, "Ingiustizia è lasciare sole le famiglie", in "Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali", n. 216/2022 (Cfr. www.fondazionepromozionesociale.it).

⁽⁵⁾ "La non autosufficienza dell'anziano è un problema di salute" (Società di geriatria Piemonte-Val d'Aosta), in "Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali", n. 217/2022 (Cfr. www.fondazionepromozionesociale.it).

⁽⁶⁾ Maurizio Motta – Presentazione tenuta al seminario on-line svolto il 30/3/2023 ed organizzato dal Coordinamento Enti Gestori delle funzioni socioassistenziali della Regione Piemonte, sulla legge "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane" (Cfr. www.fondazionepromozionesociale.it).

robusta assistenza domiciliare tutelare. Sarebbe un significativo risparmio interno allo stesso Servizio sanitario nazionale e un freno all'impoverimento delle famiglie italiane.

Segnaliamo all'attenzione del Ministro Schillaci che, ad esempio, in Torino e in un'altra Asl del Piemonte è stato sperimentato per molti anni, a partire dal 2009, col concorso finanziario Asl negli interventi domiciliari. L'esperienza ha dimostrato l'efficacia del provvedimento, che ha implementato la scelta delle cure domiciliari, la regolarizzazione degli assistenti familiari, la drastica riduzione del ricorso all'ospedale e dei ricoveri forzati in Rsa, che si verificano causa mancanza di aiuti al domicilio⁽⁷⁾.

I malati non autosufficienti sono tali perché malati o con esiti di patologie. Dunque, è un'area sulla quale dovrebbe essere chiara la titolarità primaria del Servizio sanitario nazionale, anche nella spesa e nel governare il sistema delle offerte.

Conclusioni e richiesta di audizione

Preso atto delle audizioni già concesse ad altri gruppi e coordinamenti di associazioni, ci permettiamo di chiedere di essere ascoltati in un'audizione, per presentare la proposta di modifica dell'articolo 22 del Dpcm 12 gennaio 2017, al fine di dimostrare che una alternativa al ricovero è possibile, con vantaggio per i malati non autosufficienti (o persone con disabilità in condizioni analoghe) e con un ritorno di risorse importanti per la Sanità, perché si allontana nel tempo il ricovero in Rsa, oltre ad evitare ricorsi frequenti all'ospedale.

Si tratta di un aumento di risorse che avranno un ritorno, per cui, come aveva dichiarato il Presidente del Consiglio dei Ministri Meloni, saranno risorse investite in modo produttivo.

Come ha ricordato invece il Ministro Raffaele Fitto, si possono utilizzare altri fondi dell'Unione Europea per garantire, in via sperimentale, un contributo economico ai fini della copertura parziale dei costi sostenuti a domicilio per tutte le prestazioni non coperte dal personale ADI. Lo possiamo confermare, in quanto abbiamo avuto rapporti con la Commissione europea preposta a fronte di una petizione popolare, presentata al Parlamento europeo nel 2016, per cui eravamo stati seguiti come Fondazione dall'ufficio dell'allora europarlamentare piemontese On. Alberto Cirio.

Nei fondi europei stanziati per l'ADI potrebbero rientrare in quota del 50% del budget di salute quelle prestazioni informali erogate da congiunti e da assistenti familiari, con la supervisione del personale professionale (medico, infermiere, OSS, fisioterapista, etc.).

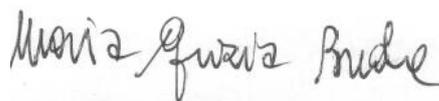
L'ADI diventerebbe una prestazione potenziata e, in questo modo, sarebbe più facile per le Regioni raggiungere la percentuale stabilita con il PNRR, in quanto si tratta di far emergere il lavoro sommerso di congiunti e badanti/assistenti familiari, che verrebbe formalizzato con il riconoscimento della supervisione, formazione e monitoraggio del personale professionale ADI, già in carico all'Asl.

Nell'ambito della presa in carico dell'ADI potenziata dovrebbero rientrare anche i malati anziani oncologici, assicurando il necessario coordinamento con le cure palliative, di cui all'articolo 23 del Dpcm 12 gennaio 2017, quando è praticabile il domicilio, in alternativa all'Hospice.

Grati di un cortese riscontro, con l'auspicio di ricevere una proposta di incontro, inviamo cordiali saluti.

p. CDSA

Maria Grazia Breda
Presidente
Fondazione promozione sociale onlus/Ets



⁽⁷⁾ La proposta si basa sull'esperienza del Piemonte, oggi sospesa purtroppo a causa del piano di rientro (2010-2017) e non più attivata a causa dell'abrogazione del Dpcm 29 novembre 2001, intervenuta con il Dpcm 12 gennaio 2017.

(*) Coordinamento per il Diritto alla Sanità per le Persone Anziane malate e non autosufficienti – CDSA

rappresentato dalle/dai seguenti Associazioni/Comitati/Sindacati:

Associazione per la Difesa dei Diritti delle Persone Non Autosufficienti OdV (ADINA) – Firenze Associazione

Diritti Non Autosufficienti Onlus (Di.A.N.A.) – Verona

Associazione Familiari RSA Unite – Trento

Associazione Umana OdV (Unione per la difesa dei diritti dei malati anziani non autosufficienti) – Perugia

Associazione Vita Indipendente Bassa Val Di Cecina APS – Livorno

Comitato Diritti per la Disabilità (DlxDI) – Massa Carrara

Comitato Libro verde (Comitato Regionale Familiari e Operatori) – Modena

Comunità “Progetto Sud” – Lamezia Terme (Cz)

Cub Sanità Nazionale (Operatori Socio Sanitari delle RSA/RSD) – Milano e Firenze

Focus Demenza Diritti Dignità - Bologna

Fondazione Promozione Sociale onlus/Ets – Torino

Gruppo Accoglienza Disabili – Cinisello Balsamo (Mi)

Gruppo FB “Focus demenza diritti dignità” – Bologna

Medicina Democratica Ets – Milano/Firenze/Ferrara/Roma/Napoli

Area Cgil: Le Radici del Sindacato – Milano Unione Sindacale di Base (Operatori dei CRA) – Parma.

Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) a cui aderiscono:

Agafh, Associazione genitori di adulti e fanciulli handicappati di Orbassano (To);

Aias, Associazione italiana assistenza spastici, sezione di Torino;

Associazione “La Scintilla” di Collegno-Grugliasco (To);

Associazione “Luce per l’autismo” ODV, Torino;

Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie, Torino;

Associazione “Odissea 33” di Chivasso (To);

Associazione “Oltre il Ponte” di Lanzo Torinese (To);

Associazione “Prader Willi”, sezione di Torino;

Associazione tutori volontari odv, Torino;

Cogeha, Collettivo genitori dei portatori di handicap, Settimo Torinese (To);

Comitato per l’integrazione scolastica, Torino;

Ggl, Gruppo genitori per il diritto al lavoro delle persone con handicap intellettuale, Torino;

Grh, Genitori ragazzi handicappati di Venaria-Druento (To);

Gruppo inserimento sociale handicappati di Ciriè (To);

Ulces, Unione per la lotta contro l’emarginazione sociale, Torino;

Ups, Unione per la promozione sociale, Torino;

Utim odv, Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva, Torino.