

**CSA - Coordinamento Sanità e
Assistenza fra i movimenti di base**

10124 TORINO - Via Artisti, 36
Tel. 011-812.44.69 - Fax 011-812.25.95
info@fondazionepromozionesociale.it
Funziona ininterrottamente dal 1970

 **Fondazione
Promozione
Sociale ETS**

Via Artisti 36 - 10124 Torino
Tel. 011.8124469 - Fax 011.8122595
info@fondazionepromozionesociale.it
www.fondazionepromozionesociale.it
In attività dal 2003

Torino, 27 marzo 2023

ALLEGATO

OGGETTO: Richieste e proposte al Governo per la stesura dei Decreti legislativi di cui alla Legge delega “Deleghe al governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”

Indice

- a) **DEFINIZIONE DI “ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE”**
- b) **RISORSE**
- c) **ACCESSO ALLE PRESTAZIONI LEA**
- d) **ETA’ ANAGRAFICA (rischio di ageismo istituzionale)**
- e) **INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO**
- f) **IL “SISTEMA NAZIONALE ASSISTENZA ANZIANI” (SNAA) RIGUARDA SOLO I LEPS**
- g) **CENTRI DIURNI e RSA**

a) DEFINIZIONE DI “ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE”

Richiesta

Vista la delega al Governo che prevede la definizione della popolazione anziana non autosufficiente, si chiede di **assumere** quella di **“anziani malati cronici non autosufficienti”** e di esplicitare la condizione di “malati cronici” ogni volta che nel testo della legge delega il riferimento è agli anziani non autosufficienti”.

Motivazione

La non autosufficienza è sempre conseguente alla perdita di salute a causa di malattie croniche invalidanti irreversibili o da loro esiti. Precisazione dirimente per rientrare a pieno titolo nella titolarità del Servizio sanitario nazionale e del diritto esigibile alle cure sanitarie e socio-sanitarie garantite dalla legge 833/1978 e s.m.i. e dai Lea (dpcm 12 gennaio 2017, servizi e prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali), di cui all’articolo 1 della legge delega in esame.

In merito al concetto di “fragile” si richiama il documento dell’Accademia di Medicina di Torino “La cura dei malati cronici non autosufficienti: criticità e proposte” (Vedi **Nota 2** al fondo) laddove precisa che: *“Con il termine di “anziano fragile” si è soliti intendere “un soggetto ultra65enne dipendente da altri nello svolgimento della attività della vita quotidiana (...) con difficoltà nel movimento autonomo, anche in assenza di gravi malattie (...) e che richiede continua assistenza medica (...); questi pazienti che richiedono cure differenziate, personalizzate e indifferibili sono spesso portatori di complesse problematiche psico-cognitive come depressione e demenza, e non di*

rado presentano anche bisogni sociali (es. povertà, solitudine, rete amicale / familiare carente o non idonea, perdita del coniuge e di sostegno)”. L’Accademia ricorda altresì che da tempo l’**Ordine dei Medici** della Provincia di Torino ha precisato che gli «anziani malati cronici non autosufficienti e le persone affette da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici».

Da quanto sopra si evince che **la fragilità è una definizione clinica** e pertanto è fondamentale che prioritariamente sia assicurata la presa in carico sanitaria, perché i **Leps sono prestazioni socio-assistenziali aggiuntive** a quelle specifiche di tutela della salute.

La competenza primaria è della Sanità. E’ il Servizio sanitario che deve garantire la continuità terapeutica, la presa in carico e le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (Lea) a tutti gli anziani malati cronici non autosufficienti e, quando necessario, assicurare coordinamento e collegamento (il continuum) con il settore delle Politiche sociali, ovvero l’accesso ai Leps previsti dalla “Missione 5”, per chi ha diritto alle prestazioni socio-assistenziali sono interventi **aggiuntivi**, rivolti agli anziani **malati cronici** non autosufficienti che, ai sensi del 1° comma dell’articolo 38, Costituzione, hanno diritto di richiedere prestazioni socio-assistenziali (contributi, pasti a domicilio, aiuto domestico, ...) o sociali (abitazione a condizioni agevolate, attività socializzanti, aiuto alla mobilità,...) erogati dai Comuni, singoli o associati, nell’ambito delle risorse disponibili. Un interesse legittimo, ma non un diritto esigibile.

b) RISORSE

Richiesta

Il “diritto delle persone anziane alla continuità di vita e di cure al proprio domicilio” **può essere condizionato** “entro i limiti e i termini definiti, ai sensi della presente legge, dalla programmazione socio-assistenziale laddove le prestazioni rientrino nei Leps. Non vi sono limiti di risorse per le prestazioni socio-sanitarie rientranti nei Lea e dirette agli anziani malati cronici non autosufficienti.

Motivazione

Al riguardo è intervenuta la Corte costituzionale con la sentenza 62/2020 precisando che «*mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali [e quindi tutte quelle dell’assistenza sociale] 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 [Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie], la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa (sentenza n. 62/2020)*» (si veda il contributo di Francesco Pallante, vedi **Nota 1** al fondo).

c) ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE (LEA)

Richieste

Richiamare nel testo **il diritto soggettivo ed esigibile all’accesso** a carattere universalistico, alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di lungo termine (Ltc) previste dalla legislazione vigente per l’anziano malato cronico non autosufficiente, nel rispetto degli articoli 1 e 2 della legge 833/1978 e previste dal Dpcm 12 gennaio 2017.

Ribadire il diritto soggettivo ed esigibile all’**accesso alle cure palliative** e alle terapie di contrasto al dolore, ai sensi della legge 38/2010, con diritto esigibile e a carattere universalistico alle

prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in ogni luogo di cura: ospedale, case di cura, lungodegenze, Rsa, abitazioni...)

Introdurre un contributo economico (o assegno di cura) come Lea (con integrazione 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.

Motivazione

Nel documento allegato "La non autosufficienza dell'anziano è un problema di salute" **le Società di geriatria piemontesi** precisano che *«non esiste un confine al di là del quale il malato cessa di essere un "paziente" e diventa un "problema socio-assistenziale", a qualsiasi età. Tuttalpiù si può affermare che un paziente, di qualsiasi età, in ragione della perdita di autonomia conseguente a determinate patologie, ad un certo punto del suo decorso sia dipendente da terzi, in tutto o in parte, per l'espletamento delle funzioni vitali quotidiane, altrettanto indifferibili per la sua salute.*

«Va considerato quindi che, in questo caso, oltre alle prestazioni assicurate dal personale sanitario, sono altrettanto indifferibili per la cura, tanto in ospedale quanto a domicilio, gli interventi di igiene personale, l'alimentazione compreso, se occorre, l'imboccamento, le medicazioni semplici, la somministrazione di medicinali, la pulizia degli ambienti e delle attrezzature, nonché la presenza attiva per le emergenze.

*«Appare quindi superfluo ma doveroso ribadire che, in ambito sanitario, non esiste alcuna differenza in termini di esigenze cliniche e di supporto alle funzioni vitali, in malati affetti da scompenso cardiaco o malattia oncologica o osteoarticolare siano essi adulti o anziani, così come non dovrebbe esistere alcuna differenza nelle esigenze e nell'accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari e di supporto alle funzioni vitali quotidiane tra il malato giovane affetto da una malattia neurodegenerativa cronica (demenza precoce, sclerosi multipla o SLA) ed il paziente anziano affetto da una forma di demenza o qualsivoglia altra patologia neurodegenerativa (Parkinson). Si tratta sempre di **malattie croniche, per definizione inguaribili, ma con necessità di cure sanitarie continuative nel tempo e, laddove necessario, coordinate con il settore sociale (...)**»*

Si rammenta che i familiari non hanno obblighi di cura, posti dalla legge 833/1978 in capo al Servizio sanitario.

È l'anziano malato cronico non autosufficiente titolare del diritto a ricevere una quota sanitaria (così come è prevista nei Lea per il ricovero in Rsa) a copertura degli oneri sostenuti a domicilio per assicurare le stesse prestazioni che riceverebbe in Rsa, ospedale o casa di cura.

Si veda il **contributo/proposta del Prof. Maurizio Motta**, Università di Torino (allegato) sulle ragioni (e convenienza) per il Servizio sanitario nazionale dell'introduzione in ambito Lea di un contributo domiciliare a sostegno delle prestazioni indispensabili per assicurare le funzioni vitali ai malati cronici non autosufficienti al domicilio.

d) ETA' ANAGRAFICA (rischio di ageismo istituzionale)
--

Richiesta

Ai sensi dell'articolo 1 della legge 833/1978 il Servizio sanitario nazionale deve fornire le prestazioni *«senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio»* sanitario nazionale.

Per quanto sopra si chiede di cancellare l'età anagrafica dalle condizioni di accesso alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, a titolarità sanitaria, riferite agli anziani malati cronici non autosufficienti.

Chiediamo la salvaguardia della tutela della salute degli anziani (anche per la prevenzione e le cure di lunga durata) nell'ambito della competenza del Servizio sanitario nazionale *“anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione”* (articolo 2, lettera F, Legge 833/1978).

Motivazione

Nel sopra citato documento i Geriatri piemontesi mettono in guardia dall'**ageismo istituzionale che discrimina gli anziani malati cronici non autosufficienti**. Al riguardo evidenziano che *“Da questo punto di vista l'impiego di termini come «anziano con perdita di autonomia» o «anziano non autosufficiente» per il paziente anziano affetto da demenza rientra appieno nel concetto di «ageismo» (l'insieme di stereotipi, pregiudizi e atteggiamenti discriminatori messi in atto sulla base dell'età anagrafica, cfr. Busca M. T., Nave E., Le parole della bioetica, Il Pensiero Scientifico Editore, 2021). Nel caso degli anziani la specifica forma di ageismo di cui sono oggetto più frequentemente riguarda la loro presunta perdita di autonomia dovuta a fattori anagrafici. In questo ambito si configura la forma più grave di ageismo, che viene definita «ageismo istituzionale», quando si mettono in atto discriminazioni nell'accesso alle cure sanitarie o procedure sulla base del mero criterio anagrafico.*

«Rientra inoltre nell'ageismo istituzionale anche il mantenimento di un Servizio sanitario non in linea con la demografia attuale e con le reali esigenze della popolazione anziana, che richiederebbe una maggiore disponibilità territoriale e domiciliare di assistenza sanitaria e sociale. Infine, tale forma di ageismo è oltremodo diseducativa e socialmente deviante perché implicitamente induce gli altri stakeholders a vedere nell'anziano non più un malato ma un mero carico assistenziale».

e) INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

Richiesta

L'indennità di accompagnamento deve restare un diritto esigibile nell'ambito della previdenza e pertanto la legge 18/1980 non va modificata.

Motivazione

Il diritto oggi esigibile all'indennità di accompagnamento è un risarcimento per la perdita della condizione di non autosufficienza e la conseguente dipendenza per le funzioni vitali dall'aiuto di altri.

Secondo la ricerca di *Welforum* del maggio 2018 (si veda **Nota 5**), l'indennità è una prestazione che viene riconosciuta come “risarcimento” agli anziani che sono affetti da patologie croniche irreversibili e dipendono dall'aiuto di altre persone per il soddisfacimento delle funzioni vitali.

Nel 2016 risultavano 1,4 milioni gli anziani over-65 malati non autosufficienti, beneficiari dell'indennità di accompagnamento. La stessa ricerca segnalava tuttavia – con preoccupazione – che **già dal 2011 sono stati introdotti criteri molto più selettivi** allo scopo di ridurre il diritto e, conseguentemente, le risorse stanziare, da cui il conseguente impoverimento sopra richiamato.

È irricevibile il trasferimento della competenza in capo ad una commissione di valutazione collocata nel settore delle politiche sociali, che è obbligato a valutare non solo i bisogni, ma anche le risorse personali e familiari del richiedente (articolo 38 cost. Dpcm 159/2013 e s.m.i. ISEE).

L'indennità (circa 0,73 centesimi di euro all'ora) **deve aggiungersi al contributo economico dell'Asl** per le motivazioni indicate in precedenza, per tutti i malati cronici non autosufficienti che concorrono con il versamento delle imposte al diritto soggettivo ed esigibile alla prestazione universalistica del Servizio sanitario nazionale.

Non si può proporre una riforma al ribasso, che verrebbe ad escludere almeno un milione di malati cronici non autosufficienti dal diritto certo ed esigibile dell'indennità di accompagnamento, peraltro insufficiente come già motivato, a sostenere tutti gli oneri a cui devono far fronte per assicurarsi le prestazioni atte a soddisfare le funzioni vitali quotidiane, 365 giorni all'anno.

Sarebbe assai devastante se la legge delega avesse lo scopo di togliere prestazioni esigibili ai malati non autosufficienti anziani per allargare i beneficiari selezionando in base all'Isee. In questo modo la condizione di malattia (specie in caso di demenza o Alzheimer) continuerebbe ad essere causa di impoverimento dei nuclei familiari (anche del ceto medio) oltre di quello medio basso, già più volte segnalato da numerose ricerche. **E' necessario contrastare la povertà a causa di carenza di salute e non incentivarla.**

f) IL “SISTEMA NAZIONALE ASSISTENZA ANZIANI” (SNAA) RIGUARDA SOLO I LEPS

Richiesta

Il Sistema nazionale assistenza anziani dovrà limitarsi alla programmazione delle politiche sociali e socio-assistenziali e garantire i LEPS con riferimento alla “Missione 5”.

Il Servizio sanitario nazionale e regionale deve continuare a garantire il diritto alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (Lea), nonché come previsto dall'articolo 1 della legge 833/1978, assicurare *«il collegamento e coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale, attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività».*

Il Sistema nazionale per la popolazione anziana non è un servizio e non deve acquisire competenze in termini di programmazione e organizzazione sanitaria e socio-sanitaria.

Non deve essere il costituendo CIPA a decidere sulle esigenze indifferibili di cure sanitarie e socio-sanitarie dei malati cronici anziani non autosufficienti, comprese le persone con demenza e i malati di Alzheimer, ma il Servizio sanitario nazionale e regionale nelle sue articolazioni.

Motivazione

La non autosufficienza, come già argomentato, è determinata dall'aggravarsi delle malattie croniche irreversibili. È l'articolo 32 della Costituzione che tutela il diritto fondamentale alla salute e, mediante la legge 833/1978 e i Lea sanitari e socio-sanitari, assicura i servizi e le prestazioni a tutti i malati, nessuno escluso, compresi gli anziani malati cronici non autosufficienti.

Gli anziani malati cronici non autosufficienti **non sono casi sociali** ma persone gravemente malate, inguaribili ma sempre curabili.

I decreti legislativi dovranno **inserire il sostantivo “malato cronico”** nella definizione di “anziano non autosufficiente”; per garantire il loro “status” di malati - e i corrispondenti diritti - sono trattati come “casi sociali” con accesso alle prestazioni, secondo i criteri stabiliti per tutti i malati.

Così come proposto **lo SNAA toglie diritti oggi esigibili** agli anziani malati cronici non autosufficienti e **di fatto sostiene la cultura dello scarto dei malati inguaribili-** che sono sempre curabili - e la cui competenza deve restare in capo al Servizio sanitario nazionale anche per le cure di Lungo termine (LTC) che sono LEA.

g) CENTRI DIURNI e RSA

Richiesta

Vi è la necessità di prevedere **prestazioni semiresidenziali** (Centri diurni) nei casi in cui la permanenza a domicilio di anziani malati cronici non autosufficienti, in particolare malati di

Alzheimer o con altre forme di demenza senile, possa essere attuata solamente con il sostegno delle prestazioni semiresidenziali, che devono essere potenziate con interventi terapeutici e riabilitativi finalizzati al mantenimento delle autonomie.

Da valutare altresì la possibilità di ricoveri di sollievo.

In merito alle prestazioni residenziali, occorre operare contemporaneamente per ottenere che le Rsa siano a pieno titolo parte del Servizio sanitario e siano pertanto inserite nelle convenzioni tra Servizio sanitario ed enti privati norme per rendere obbligatorie:

- prestazioni sanitarie e socio-sanitarie adeguate alle esigenze dei malati ricoverati, con la necessaria revisione degli standard del personale, la posa in ciascuna Rsa dei tabelloni concernenti la presenza del numero e della qualifica degli operatori nelle 24 ore per ogni reparto; la richiesta di trasmissione da parte delle Rsa al Servizio sanitario incaricato del pagamento delle rette sanitarie, delle copie dei versamenti effettuati dalle Rsa all'Inps e all'Inail delle fatture rilasciate dagli operatori non dipendenti. Andrà inoltre rivisto il criterio attraverso il quale si quantifica il numero adeguato di operatori sanitari/assistenziali all'interno delle strutture (Rsa) che ad oggi viene demandato alle regioni e perlopiù utilizza il criterio del "minutaggio";
- la presenza in tutte le Rsa di un Direttore sanitario, di medici, infermieri e personale socio-sanitario, che operino secondo i principi del lavoro di gruppo, assicurando una presenza medica nelle 24 ore e funzioni dirigenziali del Direttore sanitario; come avviene in tutti i reparti ospedalieri e nelle strutture sanitarie;
- le prestazioni riabilitative indispensabili per il recupero o il mantenimento delle autonomie e delle funzioni; le terapie di contrasto al dolore e le cure palliative ai sensi della legge 38/2010;
- l'esclusione dal ricovero nelle Rsa di pazienti con patologie non stabilizzate e di malati che hanno necessità di prestazioni ospedaliere continuative;
- la ricaduta dei maggiori oneri che ne derivano vanno imputati al Servizio sanitario, affinché le rette alberghiere siano sostenibili dall'interessato, che è tenuto ad assolvere prioritariamente gli obblighi verso i congiunti privi di mezzi propri. In considerazione dell'aumento delle problematiche cliniche e della necessità di prestazioni di tutela personale dei degenti, si ritiene per questo indispensabile aumentare almeno dal 50 al 70% la quota sanitaria che compete alle Regioni sulle rette di degenza e riconoscere il 100% per i malati di Alzheimer o con prevalenti esigenze sanitarie, come riconosciuto da molteplici sentenze della Cassazione.

Andrà altresì richiesto il pieno rispetto della legge 24/2017 (sul rischio di salute) e del nuovo piano pandemico.

Infine, all'interno delle RSA e strutture simili dovranno essere previsti **Comitati di partecipazione dei Familiari**, che potranno avvalersi del contributo di figure esterne indipendenti e competenti e operare sulla base di un Regolamento tipo definito con delibera regionale e concordato anche con le rappresentanze dell'utenza.

Motivazione

La legge delega affronta il tema delle strutture semiresidenziali e residenziali per gli anziani con autonomia limitata, parzialmente non autonomi, con riferimento al Pnnr, Missione 5.

Al Ministro della Salute, si chiede di predisporre un provvedimento di riordino complessivo delle riforme necessarie in materia di Prestazioni domiciliari e assegni di cura, Centri diurni e Rsa per la tutela della salute degli anziani malati cronici non autosufficienti, compresi gli anziani malati di Alzheimer o con altre demenze, la cui titolarità ricade nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, in quanto sono prestazioni socio-sanitarie rientranti nei Lea (Dpcm 12 gennaio 2017).

NOTE

- Nota 1** – Francesco Pallante, “Appunto sul diritto costituzionale dei malati cronici non autosufficienti”, in “Prospettive assistenziali”, n. 214/2020 (Cfr. www.fondazionepromozionesociale.it)
- Nota 2** – Torino, “L’Accademia di Medicina sulle cure ai malati cronici non autosufficienti”, in “Prospettive. I nostri diritti sanitarie e sociali”, n. 216/2021 (Cfr. www.fondazionepromozionesociale.it)
- Nota 3** – Maurizio Motta – “Che cosa manca al DDL che discutiamo?” - Seminario "DAL DDL NON AUTOSUFFICIENZA ALLA VERA GARANZIA DELLE CURE" – Torino, 26/01/2023 (Cfr. www.fondazionepromozionesociale.it)
- Nota 4** – “La non autosufficienza dell’anziano è un problema di salute” (a cura delle Società di geriatria Piemonte-Val d’Aosta) - “Prospettive. I nostri diritti sanitarie e sociali”, n. 217/2022 (Cfr. www.fondazionepromozionesociale.it)
- Nota 5** – Laura Pelliccia – “Indennità di accompagnamento: un’analisi delle recenti tendenze evolutive”, www.welforum.it, 2 maggio 2018.

(*) **Legge delega / DDL non autosufficienza – ELENCO COMUNICAZIONI INVIATE DALLA FONDAZIONE PROMOZIONE SOCIALE A GOVERNO/PARLAMENTO TRA GLI ANNI 2020-2023**

Anno 2023

20/01 – Mail a Presidente Senato, Presidente Camera dei Deputati e Capigruppo Senato e Camera con inoltro del Comunicato stampa sul ddl non autosufficienza

Anno 2022

02/08 – Mail a Presidente Consiglio Ministri (Draghi), Ministro Salute, Ministro Politiche sociali, Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio, Capo Dipartimento Affari giuridici e legislativi, richiesta stop alla legge delega sulla non autosufficienza

12/09 – Mail a Presidente Consiglio Ministri, Ministro Salute, Ministro Politiche sociali, Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio, Capo Dipartimento Affari giuridici e legislativi, conferma richiesta stop alla legge delega sulla non autosufficienza e proposte di riforma del settore

09/11 – Mail a Presidente Consiglio Ministri (Meloni), Sottosegretario Presidenza Consiglio Ministri, Ministro Salute, Sottosegretario Ministero Salute, Ministro Politiche sociali, Viceministro Politiche sociali, Ministro per la disabilità, Capo Dipartimento Affari giuridici e legislativi, richiesta stop alla legge delega sulla non autosufficienza

Anno 2021

04/03 – Mail a componenti XII Commissione Senato Igiene e Sanità, rinnovo richiesta audizione ed inoltro documento inviato a Presidenza Consiglio ed intervento a Commissione Paglia del 3 febbraio

15/04 – Presidenti Senato e Camera, Commissione Igiene e Sanità Senato, Commissione Affari sociali Camera, Parlamentari Piemontesi, Presidente Consiglio Ministri, Ministro Salute inoltro editoriale

28/05 – Mail a Sen. Taverna e Mons. Paglia con oggetto “Riflessioni in merito alle missioni 5 e 6 del PNRR presentati nelle videoconferenze dell’11 e 25 maggio u.s.”

24/06 – Mail ad Orlando e Turco per gruppo di lavoro “Interventi sociali e politiche per la non autosufficienza”, con precisazione diritti previsti dalle norme vigenti e necessità cure domiciliari ed attuazione legge 38/2010 su cure palliative e terapia del dolore

02/08 – Mail a Sen. Taverna (Vicepresidente Senato), Mons. Vincenzo Paglia, Componenti Commissione per la riforma dell’assistenza sanitaria e socio-sanitaria della popolazione anziana con nostro contributo per stesura provvedimento di riordino per interventi indirizzati ad anziani malati cronici non autosufficienti

Anno 2020

28/02 – Mail a Presidente Senato, Capigruppo Senato Ministri Salute e Politiche sociali su osservazioni in merito a ddl Nannicini per modifiche a legge 18/1980 e introduzione nuovo assegno di cura, richiesta urgente di ritiro

16/11 – Richiesta di audizione alla XII Commissione Igiene e Sanità del Senato per utilizzo risorse Recovery fund per malati cronici, adulti e anziani, non autosufficienti

19/02 – Mail a Consiglio superiore sanità, audizione in qualità di esperto per confronto su bozza documento su cure malati non autosufficienti per lungodegenza

27/02 – Consiglio Superiore Sanità, invio osservazioni Csa e Fondazione su documento “Invecchiamento della popolazione e sostenibilità del SSN”

17/03 – Mail a Presidente Comitato interministeriale Diritti umani su situazione anziani cronici non autosufficienti

10/04 – Mail a Viceministro sanità per segnalare necessità di riconsiderare collocazione Rsa come strutture appartenenti a pieno titolo al SSN

23/04 – Documento linee guida Alzheimer inviata a Governo e Parlamentari per contestare mancanza richiamo alle norme vigenti

18/09 – Mail a Ministro Speranza segnalazione per mancanza iniziative per riorganizzazione cure sanitarie e socio-sanitarie per malati non autosufficienti

15/10 – Invio a Presidente Consiglio dei Ministri e Ministro Salute del documento “Serve un cambiamento radicale delle cure sanitarie nelle residenze sanitarie assistenziali – Rsa! Diventino subito strutture sanitarie residenziali e forniscano standard adeguati ai ricoverati”