

INTERVENTO DI MAURO PERINO

PRESTAZIONI SOCIALI NEI LEA: CRITICITÀ E PROPOSTE

Mauro PERINO

Direttore del Cisap, Consorzio dei servizi alla persona dei Comuni di Collegno e Grugliasco (Torino)

La componente sanitaria e sociale delle prestazioni Lea

Le prestazioni socio-sanitarie sono state definite dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, il cosiddetto "decreto Sirchia"¹ (al quale è stata data forza di legge con l'approvazione dell'articolo 54 della finanziaria 2003). Si tratta di un provvedimento normativo importante che – mentre conferma il trasferimento dei malati cronici non autosufficienti o con gravi disabilità e limitata autonomia nella cosiddetta "area dell'integrazione socio-sanitaria"² – individua le prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali ad essa riconducibili che devono rientrare tra i Livelli essenziali che il Servizio sanitario nazionale è tenuto ad assicurare.

Prestazioni nelle quali – come afferma con apprezzabile onestà intellettuale il testo di legge – *«la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è*

¹Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza". Il provvedimento riprende integralmente, citandolo puntualmente tra le fonti normative di riferimento, il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" conosciuto come "Decreto Veronesi".

²La traduzione, in termini normativi, del concetto di integrazione socio-sanitaria trae chiaramente origine dalla esigenza di contenere la spesa sanitaria. Con la legge finanziaria del 1984 (Legge 730/1983, articolo 30) viene per la prima volta coniata la definizione di «attività di rilievo sanitario connesse con quelle assistenziali» e si demanda ad un apposito decreto il compito di individuarle nell'ambito dell'allora nascente sistema dei servizi socio-assistenziali. A "definire" la nuova tipologia di attività interviene, nel 1985, il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri conosciuto come "decreto Craxi" che, all'articolo 1, recita: «Le attività di rilievo sanitario connesse con quelle assistenziali di cui all'art.30 della legge 27 dicembre 1983, n.730 sono le attività che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purché siano dirette immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo, in assenza dei quali l'attività sanitaria non può svolgersi o produrre effetti». Per questa tipologia di attività le Regioni (destinatari del decreto amministrativo) vengono autorizzate a riconoscere una compartecipazione sanitaria alla spesa mentre «le attività direttamente ed esclusivamente socio - assistenziali, comunque estrinsecantesi, anche se indirettamente finalizzate alla tutela della salute del cittadino» devono gravare esclusivamente sui bilanci dei Comuni. L'obiettivo è, chiaramente, di ricondurre al nuovo regime di finanziamento (compartecipato) le prestazioni sino ad allora attribuite (o comunque attribuibili) per intero al fondo sanitario realizzando, in tal modo, un risparmio di spesa a scapito degli utenti e/o dei Comuni. Sedici anni dopo con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 – che radicalizza la logica di risparmio della spesa sanitaria avviata con il "decreto Craxi" – oltre a ridefinire i confini delle prestazioni socio sanitarie e ad introdurre nuovi criteri di ripartizione della spesa tra Asl e Comuni, si "transitano" le competenze sulle tipologie di cittadini "risparmiate" dal decreto del 1985, dal comparto sanitario a quello socio sanitario (con relativo accollo degli oneri di intervento riferiti alle attività "non strettamente sanitarie" agli assistiti e/o ai Comuni). All'utenza già individuata dalle Regioni in applicazione del precedente atto di indirizzo – rappresentata dall'area materno infantile, dalle persone con handicap, dagli anziani cronici non autosufficienti – si aggiungono: le persone non autosufficienti con patologie cronico degenerative; i soggetti dipendenti da alcool e da droga; gli affetti da patologie psichiatriche; gli affetti da Hiv. A questo decreto fa seguito, nel novembre dello stesso anno, il "decreto Sirchia" in argomento.

convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale. In particolare, per ciascun livello sono individuate le prestazioni a favore di minori, donne, famiglia, anziani, disabili, pazienti psichiatrici, persone con dipendenza da alcool, droghe e farmaci, malati terminali, persone con patologie da HIV».

Che la titolarità degli interventi stabiliti dal decreto sia sanitaria è bene ribadirlo in ogni occasione possibile, visto che ancora nel 2014, a 13 anni dall'approvazione del provvedimento, permangono degli inspiegabili dubbi sul fatto che il socio-sanitario faccia parte del servizio sanitario. Ma questo avviene per una semplice ragione: perché il settore socio-sanitario è stato effettivamente inventato per spostare alcune tipologie di utenza con gravi patologie, dal settore sanitario ad una sorta di zona grigia, caratterizzata dal fatto che una quota degli oneri economici necessari all'assistenza sono posti a diretto carico del cittadino assistito.

Queste prestazioni, che appunto con l'approvazione dell'articolo 54 della legge 289/2002 rientrano, a norma di legge, tra i Livelli essenziali che il Servizio sanitario è tenuto ad assicurare, devono essere fornite con i criteri e le modalità operative proprie di tale Servizio, anche se – come del resto già avviene con i ticket sanitari – è previsto che un onere contributivo debba gravare sull'interessato. Come avrò modo di dire in seguito, solo una quota ridotta di popolazione in condizioni di non autosufficienza ha infatti diritto a beneficiare di una integrazione economica per il pagamento del contributo dovuto. Integrazione che viene, giustamente, riservata a chi è privo di mezzi oltre che inabile al lavoro.

Ma il fatto che la quota di compartecipazione, in caso di indigenza dell'utente, venga assunta in tutto o in parte dal Comune non deve costituire pretesto per negare la titolarità del sistema sanitario alla presa in carico di coloro che necessitano dell'assistenza cosiddetta socio-sanitaria.

L'integrazione socio-sanitaria è un nobile concetto che viene però molto spesso strumentalizzato. E' un concetto cardine del comparto sanitario e di quello sociale: va da sé infatti che la condizione di salute influenza la condizione sociale delle persone e che, viceversa, la condizione sociale delle persone influenza gli aspetti sanitari. Un aspetto che viene parecchio enfatizzato in sanità ma che, a ben vedere, può essere applicato anche ad altri settori, come il lavoro, la cultura, l'istruzione. Per esempio si può tranquillamente dire che il livello di istruzione è spesso condizionato dalla condizione sociale e viceversa.

Ma in nessun caso, fuorché in quello socio-sanitario, si è legittimata “un'area differenziale” a sé stante: non c'è il “socio-istruttivo”, o cose di questo genere. Per ora, fortunatamente, non abbiamo ancora istituito un sistema scolastico differenziale sulla base della constatazione che nel percorso di istruzione ci sono delle componenti sociali condizionanti. Le classi differenziali sono un fenomeno che ha tristemente segnato il nostro passato, speriamo non anche il nostro futuro.

Il settore socio-sanitario è parte integrante del Servizio sanitario

A fronte dell'evoluzione demografica ed epidemiologica degli ultimi decenni – che segnala l'aumento percentuale ed assoluto degli anziani e, tra questi, di una crescente prevalenza dei cosiddetti grandi anziani con un grave carico di patologie acute e croniche che richiedono cure complesse – è stato però necessario modificare le definizioni stesse di malattia e di salute.

Come osserva il Professor Mario Bo «*La precedente definizione di "malattia" come qualsiasi alterazione del benessere fisico, psichico e sociale, nella sua onnicomprensività portava inevitabilmente ad una ingiusta commistione di problematiche sociali e sanitarie, oltre che ad un consistente rischio di ipermedicalizzazione conseguente all'attribuzione di un concetto di malattia per qualsiasi alterazione dello stato di benessere. Attualmente (...) si tende ad identificare la "salute" come "la capacità di adattarsi e mantenere l'autosufficienza" in presenza e a dispetto di danni e compromissioni sociali, fisici ed emotivi*»³.

Ne consegue quindi che se, in campo sanitario, il concetto di autosufficienza è equiparato a quello di salute, la non autosufficienza determinata dalla presenza di una o più patologie e dalla necessità della persona malata di cure sanitarie e socio-sanitarie non può che essere equiparata alla perdita di salute, ovvero ad una condizione di malattia che, come tale, va affrontata all'interno della rete dei servizi del sistema sanitario, nell'ambito del percorso socio-sanitario delle prestazioni Lea, sia nella fase cronica che nel decorso segnato da complicanze e riacutizzazioni.

Abbandonando – come recita il documento che è alla base dei lavori di questa giornata – due comportamenti estremi: da un lato l'eccessiva medicalizzazione nella fase acuta e, dall'altra, la impropria riconduzione dei bisogni di cura dei malati non autosufficienti ad un problema di mera assistenza da delegare alla famiglia e/o al comparto dei servizi socio-assistenziali.

Le prestazioni sociali richiamate nei Lea vanno considerate un tutt'uno con quelle sanitarie e socio-sanitarie: il decreto afferma infatti che *non risultano operativamente distinguibili* tra loro e che competono al sistema sanitario. Perciò devono essere garantite anche ai malati cronici non autosufficienti, compresi gli anziani e le persone con demenza senile, in quanto il diritto alla salute è costituzionalmente tutelato per ogni individuo e per la collettività nel suo insieme.

Perché le valenze sociali dovrebbero essere assunte direttamente dal settore sanitario

Per raggiungere questo obiettivo occorre, a mio avviso, sconfiggere l'impostazione "culturale" secondo la quale è prerogativa del Servizio sanitario assicurare la cura della malattia nelle sue fasi acute, mentre la cronicità, in tutte le sue manifestazioni, viene espulsa dalla pienezza del diritto alla salute. Ed è inoltre profondamente sbagliato che vengano considerate di competenza sanitaria solamente le prestazioni afferenti alle tradizionali professioni del comparto e non tutto l'insieme degli interventi di assistenza tutelare alla persona, indispensabili per una efficace cura della persona malata cronica non autosufficiente.

Al settore della sanità va richiesto – in sintesi – di assumere direttamente tutte le valenze umane, relazionali e sociali nell'ambito delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione che il sistema sanitario è chiamato a svolgere a beneficio di tutta la popolazione assistita, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti dei servizi.

L'anziano malato cronico non autosufficiente è sempre un malato, in qualunque luogo di cura

³Mario Bo, "La tutela della salute dei malati non autosufficienti acuti e cronici", *Prospettive assistenziali*, n.182, 2013.

esso si trovi: a casa, in ospedale o in Rsa. Se per assisterlo e curarlo saranno necessarie competenze proprie dell'assistente sociale, ebbene, questa professionalità dovrà essere reperibile nell'ambito del distretto socio-sanitario per le cure domiciliari, tanto quanto all'interno del servizio ospedaliero. Ed anche le funzioni oggi svolte dagli assistenti sociali appartenenti all'organico degli enti gestori dei servizi socio-assistenziali – utilizzati nell'ambito delle Unità di valutazione geriatriche per definire e pianificare gli interventi assistenziali – dovrebbero essere assunte direttamente dalle Aziende sanitarie nei cui ruoli queste figure professionali sono notoriamente presenti.

Questo permetterebbe di semplificare le procedure e, soprattutto, di avere personale che dipendendo da una stessa amministrazione non rischia, come avviene oggi, di venire strumentalizzato nel permanente conflitto tra gli enti sulla ripartizione degli oneri delle prestazioni.

A tal proposito va detto che la normativa nazionale sui Lea non richiede ai Comuni altro intervento che non sia quello di accollarsi in tutto o in parte la percentuale di spesa per le prestazioni che la legge pone a carico del cittadino. Per finanziare questo tipo di interventi è stato istituito anche un Fondo per le non autosufficienze nazionale destinato ai Comuni. La qual cosa implicherebbe che, come direttore di un ente gestore, non dovrei impiegare personale consortile per consentire all'Azienda sanitaria di assolvere (senza oneri di spesa) all'obbligo che ad essa compete di valutare persone che – in quanto malate gravemente – hanno comunque il diritto soggettivo alla prestazione Lea, con relativa quota sanitaria, e che solo in misura di circa un terzo risultano poi aver diritto all'integrazione assistenziale perché, per fortuna (loro e nostra), hanno redditi sufficienti.

In tal modo si libererebbero risorse in termini di personale che si potrebbero spendere in modo più consono per seguire le sempre più dimenticate problematiche di chi invece rientra tra gli utenti dei servizi socio-assistenziali.

In sintesi il settore sanitario (ospedale) e quello socio-sanitario (servizi delle cure domiciliari, centri diurni e Rsa) dovrebbero assumere in proprio anche tutti i complementari aspetti sociali in quanto parte fondante dei progetti di cura dei malati cronici non autosufficienti.

Non fa un buon servizio al cittadino ed a se stesso chi sostiene che è solo il comparto socio-assistenziale ad avere in sé connaturata la missione di umanizzare le altrui prestazioni e che, pertanto, solo con la presenza di operatori degli enti gestori nelle Uvg si possono tutelare per davvero i deboli e i sofferenti.

Ogni figura professionale (medico, infermiere, assistente sociale, educatore, Oss, ecc.) dovrebbe operare con le stesse modalità eticamente e professionalmente valide a prescindere dal comparto nel quale lavora. L'umanizzazione delle prestazioni è una componente imprescindibile in ogni settore istituzionalmente preposto alla tutela dei diritti sociali fissati dalla nostra Costituzione: dunque in sanità, ma anche negli ambiti di scuola, lavoro, cultura, e quant'altro.

Accade invece che si confonda la necessità di una integrazione delle competenze professionali e delle relative prestazioni (sanitarie e sociali, quando necessarie) con la delega – o “scaricamento” – al settore socio-assistenziale (e quindi ai Comuni) di prestazioni socio-sanitarie (e dei relativi oneri), quando queste non sono strettamente mediche o infermieristiche, benché rientranti nei Lea e imprescindibili per la tutela della salute del malato cronico non autosufficiente (ad esempio al cambio dei pannoloni come prevenzione alle piaghe da decubito).

I cittadini malati cronici sono titolari di diritti costituzionalmente garantiti e si deve operare concretamente per rendere esigibile il loro diritto alle cure.

Occorre che siano chiari i diritti delle persone, definiti i soggetti istituzionali deputati a garantirli e certe le risorse. Per arrivare a ciò è indispensabile indicare un solo organismo (l'Asl), e non due (Asl e Comuni), che sia tenuto ad assicurare le prestazioni previste per diritto dalla fase di valutazione a quella di definizione e attuazione del progetto di cura. Oggi, in Piemonte, ci sono invece ben due presidenti dell'Unità valutativa multidimensionale disabili: in perenne conflitto tra loro per tutelare gli interessi delle rispettive organizzazioni. Da nessun'altra parte funziona così: c'è un solo Presidente del Consiglio, così come vi è un solo amministratore delegato in un'azienda. Allo stesso modo occorre che sia un unico organismo a governare il sistema onde evitare che si verifichi quello che oggi accade: l'impotenza dei cittadini di fronte al palleggiamento delle responsabilità tra istituzioni⁴.

A questo proposito giova ricordare che i servizi socio-assistenziali dei Comuni singoli o associati sono chiamati ad operare per assicurare ad «ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere» il «diritto al mantenimento e all'assistenza sociale». Un diritto, sancito dall'articolo 38 della Costituzione, che ha caratteristiche molto diverse dal complesso di quelli afferenti alla «sicurezza sociale».

A differenza del diritto alla salute che, in base al dettato dell'articolo 32 della Costituzione, deve essere obbligatoriamente rivolto a *tutti* gli individui malati, compresi quindi *tutti* gli anziani cronici riconosciuti non autosufficienti, il diritto all'assistenza ha (e deve avere), invece, un carattere selettivo e riguarda, nel caso specifico, solamente quegli anziani non autosufficienti la cui situazione economica non consente il pagamento della quota cosiddetta alberghiera prevista a loro carico in base ai Lea. L'assistenza sociale è quel «di più» che serve, quando tutto il resto funziona, per chi ha bisogno di qualcosa in più.

Ciò rende necessario che, sul piano normativo, sia sempre definito in modo puntuale il rapporto che deve intercorrere tra diritti esigibili solamente da coloro che – anche volendo – non possono utilmente provvedere ai propri bisogni vitali ed i diritti che vanno invece assicurati alla cittadinanza in generale. Il diritto alle cure socio-sanitarie – vale la pena di ribadirlo con forza – appartiene a questa seconda fattispecie e non certo alla prima.

Conclusione

In conclusione auspico l'adozione di norme che chiariscano in modo inequivocabile che i servizi socio-assistenziali e quelli sanitari – nella opportuna distinzione di compiti e ruoli – rappresentano due componenti essenziali del complesso dei servizi preposti ad assicurare l'effettività dei diritti posti a fondamento dello Stato sociale.

⁴La creazione di un doppio riferimento sul piano istituzionale – favorita da un impianto normativo che prevede «prestazioni sanitarie a rilievo sociale», «prestazioni sociali a rilievo sanitario», «prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria», a loro volta articolate in fasi curative «intensive», «estensive» e «lungo assistenziali» – costituisce, per i cittadini colpiti da malattie invalidanti, uno sbarramento insuperabile per l'acquisizione della conoscenza di quali sono i diritti che possono essere rivendicati per accedere, senza ostacoli, ai servizi ed alle prestazioni.

Uno Stato sociale che può essere definito tale proprio perché assegna la finalità di “*essere sociale*” alla Repubblica nel suo complesso e, pertanto, ad una pluralità di settori istituzionali e non ad uno solo.

Alla luce delle considerazioni che ho cercato di proporre in questo intervento, credo sia arduo non definire “sociale” l’esercizio quotidiano – da parte degli operatori dei servizi del comparto sanitario – del compito di tutelare la salute «*come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività*» garantendo le cure necessarie anche agli anziani malati non autosufficienti e alle persone con demenza senile.

Questo non significa che noi del settore resteremo disoccupati. C’è molto da fare in campo socio-assistenziale (comparto di cui non ci si occupa invece come si dovrebbe) ad esempio per la costruzione di una rete volta a far sì che l’anziano resti in salute il più a lungo possibile, per svolgere gli interventi sulle diffuse solitudini e per far fronte alle sempre più gravi emergenze economiche.

Insomma, il potenziamento del settore socio-assistenziale può essere realizzato anche attraverso un uso appropriato delle (scarse) risorse finanziarie e di personale nel doveroso rispetto del quadro normativo in vigore.