

Convegno

Venerdì 23 ottobre 2015, c/o Molinette
Torino

"ANZIANI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI E/O CON DEMENZA Il diritto alle cure e la riorganizzazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie intra ed extra ospedaliere"

INTERVENTO DI ANDREA CIATTAGLIA DEL CSA (COORDINAMENTO SANITÀ E ASSISTENZA FRA I MOVIMENTI DI BASE)

Buongiorno a tutti, mi presento, sono Andrea Ciattaglia del Csa Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base, direttore delle pubblicazioni *Prospettive assistenziali e Controcittà*.

Il Coordinamento collabora da sempre con la Fondazione promozione sociale nella promozione e tutela dei diritti delle persone non autosufficienti e nella tutela dei casi individuali. Le nostre associazioni non gestiscono servizi, ma svolgono attività di volontariato dei diritti, cioè di informazione e consulenza sui doveri delle Istituzioni (per esempio sull'obbligo di cura delle malattie, che dev'essere garantita senza limiti di durata dal Servizio sanitario nazionale) e sulla rimozione delle cause dell'emarginazione e dell'esclusione sociale.

Alcune delle nostre associazioni hanno promosso i ricorsi al Tar del Piemonte e al Consiglio di Stato contro le delibere della Regione Piemonte - Giunta Cota, confermate dalla Giunta Chiamparino - sulle liste di attesa e sulle prestazioni sociosanitarie domiciliari che questa amministrazione, come la precedente, considera illegittimamente extra Lea. Le stesse prestazioni che, se prestate in struttura, è pacificamente accettato che rientrino nei livelli essenziali. Sono ricorsi - dei quali più volte abbiamo pubblicamente chiesto il ritiro da parte della Regione - di cui credo abbiate avuto notizia, poiché una ventina di Comuni ed Enti gestori (ConSORZI) oltre al Comune di Torino hanno fatto ricorso sulle stesse materie.

Qual è oggi la situazione in Piemonte? Ad ogni appuntamento di questo genere è obbligo, informativo e di giustizia, ricordare che oltre trentamila anziani malati cronici sono in lista di attesa, non presi in carico dal Servizio sanitario nazionale (circa 200mila in tutta Italia).

Pensateci, oltre a quelli che conoscete nei servizi, ne conoscete senza dubbio qualcuno nelle vostre famiglie, o in quelle dei vostri conoscenti o amici. Il fatto che quest'appuntamento sia così partecipato rivela un interesse anche personale che so esserci in molti di voi per il tema, perché ci tocca da vicino, nell'intimo.

Quello che vediamo e che ci riferiscono le famiglie delle persone malate croniche non autosufficienti che per forza di cose si rivolgono ai servizi del

territorio è un panorama di negazione dei diritti, disorientamento, disinformazione e impoverimento di famiglie che da sole fanno fronte – a volte consigliate dai servizi o scoraggiate nel rivendicare i propri diritti – alle cure dei loro cari.

Situazioni inaccettabili di fronte ad un diritto forte, a prestazioni sanitarie e socio-sanitarie definite e codificate, a percorsi che ci sono e che devono essere attuati (senza pretesti di scarsità di risorse o di obblighi familiari a curare i malati che non esistono e che anzi non tengono in conto le risorse che volontariamente nelle famiglie ci sono e che con l'intervento del Servizio sanitario nazionale possono essere attivate in modo proficuo).

Ho parlato di liste di attesa, ma avrei fatto meglio a dire liste di abbandono. Per farvi capire la differenza: se prenoto una visita o un'operazione, io che sono pienamente in grado di proseguire la mia vita di tutti i giorni nell'attesa, ho una data certa dell'intervento. Invece, la signora Ines che ha fatto l'Uvg tre anni fa e che non è in grado di fare più nulla da sola, nemmeno di esprimere le sue esigenze, aspetta ancora adesso che la chiamino – aspetta ancora adesso l'erogazione di un diritto esigibile – mentre i suoi parenti sono in inchiodati alla sua malattia, alle spese che questa comporta e a quella frase riportata sotto la valutazione Uvg, cioè sotto la fotografia della Sig.ra Ines tre anni fa, 1100 giorni fa. “Sarà cura del servizio contattarla quando l'intervento sarà erogabile”, cioè senza alcun termine di tempo, senza speranza. E comunque

anche in caso di pazienti gravissimi – ma qual è quel paziente che non sa provvedere alle sue esigenze vitali che non è gravissimo? – ci vogliono 90 giorni per la richiesta e 90 per la presa in carico. Questo tutti noi non lo possiamo accettare.

Esistono dei metodi per accedere alle prestazioni, a quella continuità di cura di cui hanno necessità per sempre in quanto colpiti da malattie inguaribili, gli anziani malati cronici non autosufficienti?

Certo che esistono, perché esistono i diritti (e non perché lo diciamo noi): la lettera di opposizione alle dimissioni e richiesta della continuità terapeutica, sempre efficace, permette ai malati ed ai loro familiari di ottenere immediatamente la prosecuzione delle cure sanitarie e socio-sanitarie (a casa, in struttura...) di cui hanno pieno diritto (e per le quali hanno pagato una vita di tasse e contributi e saranno chiamati a pagare, unici tra i malati, il 50% della retta).

Ma chi accetterebbe le liste di attesa per i bambini che devono iniziare la scuola? Qual è quel genitore che si riporterebbe indietro un figlio perché "ci deve pensare lei", come si sentono rispondere tantissimi parenti delle persone non autosufficienti alla scadenza dei giorni fissati arbitrariamente e contro la legge come termine della presa in carico da parte del Servizio sanitario? Come tutti gli altri malati, anche gli anziani non autosufficienti o con demenza hanno diritto fondamentale (lo dice la Costituzione ed è l'unico caso) alla

salute e alla tutela del Servizio sanitario nazionale.

Il loro diritto non è stato messo nemmeno in discussione dalla sentenza 604/2015 del Consiglio di Stato (pronuncia molto negativa perché ha confermato le delibere che istituiscono le liste di attesa) – non vi annoierò con citazioni di provvedimenti giudiziari, che pure sono importanti, ma concedetemi di fare due eccezioni: questa è la prima – Pagina 42 di 48: nel caso di prestazioni per gli anziani malati cronici non autosufficienti, sempre indifferibili, il Servizio sanitario *«assicura la presa in carico di tutti gli anziani non autosufficienti attraverso progetti semiresidenziali e domiciliari»* e *«consente a qualsiasi anziano non autosufficiente di accedere alla struttura residenziale ove questa soluzione venga giudicata la più appropriata»* e percorribile – dato che il criterio per l'erogazione delle cure alternative al ricovero, quelle domiciliari, è la disponibilità e non inidoneità da parte dei familiari a sostenere oneri di cura insieme al Servizio sanitario nazionale, e solo marginalmente e in secondo piano la gravità del paziente.

Proprio in questo senso le cure socio-sanitarie domiciliari – compreso il contributo a casa dell'Asl per le prestazioni svolte dai familiari o dai badanti, perché svolgono attività di rilievo sanitario! Quel contributo sul quale la Regione insiste nella inaccettabile (e in contrasto con le leggi nazionali) posizione di considerarlo assistenza ai poveri e non cura ai malati – sono un'occasione che la Regione

Piemonte, che era capofila e punto di riferimento nazionale, e l'Italia intera non possono mancare. La sentenza del Tar del Piemonte, vi avevo annunciato la seconda citazione, che confermava il diritto esigibile delle prestazioni socio-sanitarie domiciliari era stata chiarissima: *«Il dilemma se le prestazioni non professionali debbano essere o meno ricomprese nella generica definizione (prestazioni di «aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona») del decreto che definisce i Lea non può che essere risolto in senso positivo»* e cioè che il decreto stesso si riferisce *«alle prestazioni fornite da persone prive di un attestato professionale (e quindi diverse dall'oss: ad esempio assistente familiare, badante, familiari medesimi)»* il cui costo nella misura del 50% *«deve essere posto a carico del Servizio sanitario e non certo accollato al comparto assistenziale»*.

La scelta, politica e non tecnica, della Regione Piemonte, Giunta Chiamparino, è stata quella di fare ricorso contro queste parole, cioè di considerarle illegittime, sbagliate.

La petizione popolare nazionale lanciata dalla Fondazione promozione sociale chiede espressamente questo riconoscimento concreto delle cure socio-sanitarie domiciliari di lungo periodo (long-term care). A nostro avviso l'occasione, anche politica, di porre al Governo e al Parlamento questa questione di legalità e di tutela della salute c'è. L'appello a sollecitare formalmente Roma è diretto al presidente Chiamparino, anche Presidente della Conferenza delle

Regioni – eletto con il sostegno di un Partito che fino a due anni fa si era scagliato violentemente contro le politiche sulle cure domiciliari della Giunta Cota, che oggi sta invece ricalcando – al Sindaco di Torino e Presidente dell’Anci, Piero Fassino. È intenzione di questa amministrazione percorrere questa strada, così come le è stato anche chiesto a mo’ di impegno dal Consiglio regionale?

Noi associazioni un appello in questo senso lo rivolgiamo, da tempo. Un appello – che riprende quello che vede come primo firmatario il Prof. Gustavo Zagrebelsky – che parte dal punto fermo che non c’è “traversata del deserto che tenga” per l’uscita dal disavanzo economico della Regione o dei Comuni che giustifichi l’abbandono terapeutico degli anziani malati cronici non autosufficienti.

Lo sappiamo che andare a trattare ai tavoli nazionali con altre Regioni non è semplice.

Ma andare a quei tavoli senza evidenziare il fabbisogno delle quote sanitarie che le asl devono garantire per le prestazioni lea significa non fare presente il reale fabbisogno della popolazione malate e non autosufficiente della regione.

Così come non si possono confrontare partite non uguali tra le Regioni.

Non si possono incassare penalità sulla spesa sanitaria regionale perché il Piemonte non regge il confronto con la Lombardia – dove la quota sanitaria versata dalle Asl il Rsa è ben al di sotto del 50%, al di fuori della legge – o con

l’Emilia Romagna, dove gli interventi domiciliari del Servizio sanitario nazionale per le persone non autosufficienti sono l’Adi sanitaria, senza contributi duraturi delle cosiddette long term care.

Le risorse devono essere distribuite con criteri di priorità, che spetta alla politica indicare, ma sempre nel rispetto delle disposizioni costituzionali: garantire i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie rientra tra le priorità che uno Stato democratico deve assicurare a tutti i malati, a maggior ragione se incapaci di difendersi autonomamente e dipendenti in tutto e per tutto dagli altri.

p. Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base)