

Incontro/seminario organizzato dalla Fondazione promozione sociale onlus/Ets :
"DAL DDL NON AUTOSUFFICIENZA ALLA VERA GARANZIA DELLE CURE"

Giovedì, 26 gennaio 2023 - ore 10-13
c/o Centro Servizi per il Volontariato - Vol.To. (via Giolitti 21, Torino)

Intervento di Maurizio MOTTA

[Slide presentate]

Tra i molti temi importanti mi concentro solo sull'assistenza domiciliare per non autosufficienti, perché è cruciale potenziarla per ridurre i ricoveri indesiderati o non appropriati in RSA (il PNRR prevede "la casa come primo luogo di cura").

Ma su questo tema CHE COSA MANCA NEL DDL CHE DISCUTIAMO?

Propongo in sintesi 5 questioni:

- 1) POTENZIARE L'ASSISTENZA DOMICILIARE**
- 2) COME OFFRIRE ASSISTENZA DOMICILIARE TUTELARE?**
- 3) L'ASSISTENZA DOMICILIARE AI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI DEVE INCLUDERE RUOLI E SPESA DEL SSN**
- 4) PIU' DIRITTI ESIGIBILI PER I NON AUTOSUFFICIENTI**
- 5) L'ASSISTENZA DOMICILIARE AI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI DEVE PREVEDERE MECCANISMI DI COMPARTICIPAZIONE DEL CITTADINO ANALOGHI ALLA RESIDENZIALITÀ**

1) POTENZIARE L'ASSISTENZA DOMICILIARE

Richiede:

- a) Aumentare le capacità degli interventi sanitari a domicilio: infermieristici, diagnostici (come la radiologia domiciliare e i prelievi per esami), riabilitativi, e il superamento dell'intervento del medico di medicina generale come operatore che lavora da solo.
- b) Ma soprattutto richiede di fornire molti più sostegni per la tutela negli atti della vita quotidiana (andare a letto ed alzarsi, usare il bagno, mangiare, vestirsi, essere lavati). E' la mancanza di questi sostegni che oggi costringe a ricoveri indesiderati in RSA, o ad opporsi alle dimissioni dall'ospedale, o a portare per disperazione i non autosufficienti al Pronto Soccorso, o al crollo od impoverimento delle famiglie.

E (purtroppo) il PNRR finanzia soprattutto il potenziamento dell'ADI come è ora (infermieri a domicilio, in alcune Regioni a volte con poche ore di OSS). E stanno per essere ripartiti alle Regioni circa 3 miliardi di Euro sino al 2025 per l'ADI

Nel ddl non c'è un adeguato impegno strategico per potenziare l'offerta di supporti domiciliari tutelari negli atti della vita quotidiana. C'è solo:

- l'art. 5, al comma 2, lettera a), punto 2) che si limita a rimandare alle successive leggi di bilancio l'art. 4, comma 2, lettera l), che si limita a prevedere "l'integrazione tra ADI e SAD"; ma cosa vuol dire?

2) COME OFFRIRE ASSISTENZA DOMICILIARE TUTELARE?

Non solo con poche ore di OSS o con denaro alle famiglie (perché ci sono quelle che non riescono ad usarlo da sole). Occorre un'assistenza domiciliare con più modalità possibili da concordare con la famiglia, per adattarle alla specifica situazione: assegni di cura per assumere lavoratori di fiducia da parte della famiglia (ma anche con supporti per reperirli e amministrare il rapporto di lavoro, ove la famiglia non sia in grado), contributi alla famiglia che assiste da sé, affidamento a volontari, buoni servizio per ricevere da fornitori accreditati assistenti familiari e pacchetti di altre prestazioni (pasti a domicilio, telesoccorso, ricoveri di sollievo, piccole manutenzioni, trasporti ed accompagnamenti), operatori pubblici (o di imprese affidatarie) al domicilio.

Il meccanismo migliore è:

- 1) la valutazione individua un grado di non autosufficienza abbinato a un budget di cura da usare,
- 2) si compone il budget di cura con 50% del SSN, 50% di utente e/o Comuni),
- 3) si trasforma il budget nell'intervento che è più utile in quel momento, potendo modificarlo nel tempo. Che è ciò già accade per gli inserimenti in Rsa.

Il ddl delega non prevede nessun vincolo ad offrire questa gamma di possibilità. C'è solo:

- All'art. 3, c. 2, lettera c) punto 2) un generico obiettivo di "accesso al continuum di servizi" previsti nella programmazione statale e regionale
- All'art. 4, c. 2, lettera h), punto 2) un generico "Budget di cura e assistenza" che non è descritto.

3) L'ASSISTENZA DOMICILIARE AI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI DEVE INCLUDERE RUOLI E SPESA DEL SSN

Qualunque famiglia od operatore sanitario sa bene che è inutile una buona assistenza sanitaria al domicilio senza sostegni del 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 SSN e con una sua compartecipazione finanziaria, per più ragioni:

- a) Perché già succede: i LEA già prevedono che il costo in RSA sia metà a carico del Servizio sanitario nazionale; costo che copre non 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 SSN? Ma entro i LEA (e non con risorse "extra LEA"). Non prevederlo implica che per le stesse tipologie di non autosufficienti il SSN di fatto incentiva solo il ricovero;
- b) Perché il SSN oggi spende circa 150 euro al giorno per un posto in case di cura post ospedaliere, e per degenze spesso inappropriate perché sono "posteggi" in attesa di un posto in RSA o in assistenza domiciliare. E il SSN spende intorno ai 40 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 robusta assistenza domiciliare tutelare. Non sarebbe un significativo risparmio interno allo stesso SSN? Perché dove questo è accaduto (ad esempio in Torino e in un'altra ASL, col concorso finanziario ASL negli interventi domiciliari) l'offerta ai non autosufficienti diventa più consistente. Garantire a un non autosufficiente poche ore settimanali di OSS al domicilio serve ad evitare il ricovero solo per le famiglie che possono aumentare queste ore con proprie risorse, ed è inutile per le altre che hanno meno risorse proprie. d) Perché i non autosufficienti sono tali perché malati o con esiti di patologie. Dunque è un'area di problemi sulla quale dovrebbe essere chiara la titolarità primaria del SSN, anche nella spesa e nel governare il sistema delle offerte, e non basta invocare una generica "integrazione sociosanitaria" (come purtroppo fanno anche i vigenti LEA).

Il ddl delega non prevede questo ruolo del SSN, né una integrazione dei LEA, ma soltanto impegni sui LEPS. C'è solo:

- All'art. 2), c. 3, lettera b) è prevista una "armonizzazione dei LEPS con i LEA
- All'art. 4), c.1 l'impegno ad attivare un unico centro di spesa entro i LEPS, anche per attuare il PNRR nel supporto ai non autosufficienti
- All'art. 4), c. 2, lettere c), d), f), l): la previsione di un monitoraggio dei LEPS, il coordinamento tra interventi sociali, sociosanitari e sanitari, la promozione di integrazioni funzionali tra distretti sanitari e enti gestori dei servizi sociali

4) PIU' DIRITTI ESIGIBILI PER I NON AUTOSUFFICIENTI

Oggi molte Regioni e ASL utilizzano (specialmente per gli interventi per i non autosufficienti) il criterio di intervenire “solo se e quando ci sono risorse finanziarie”. Perciò occorre che si arricchiscano i contenuti dei LEA sociosanitari:

- a) Per dare agli interventi natura di diritti davvero esigibili (interventi minimi e non solo “un posto in lista d’attesa”),
- b) Ed è bene che ciò avvenga entro i LEA perché:
 - Sono la normativa più consistente prevista a questo scopo, per il profilo giuridico che hanno i diritti entro i LEA;
 - Perché è bene che i LEA restino il principale contenitore che regola il SSN, per non frantumare la normativa e per non depotenziare il loro ruolo;
 - Perché i LEA sono le uniche prestazioni soggette a verifiche annuali del loro adempimento, dalle quali derivano anche risorse per le Regioni. E gli attuali indicatori di adempimento vanno arricchiti proprio per la non autosufficienza
 - Perché i LEA vigenti sono troppo deboli nel definire sia l’assistenza domiciliare per non autosufficienti, sia l’integrazione sociosanitaria: nel Capo IV del loro Dpcm (Assistenza sociosanitaria) ci si limita a prevedere che gli interventi del SSN “... sono integrati da interventi sociali”, il che non spiega nulla.

Il ddl delega non prevede alcun rafforzamento dei LEA, né più diritti entro il SSN. Di fatto (negli articoli citati al punto precedente) il ddl poggia sull’idea che gli interventi domiciliari mirati alla tutela negli atti della vita quotidiana debbano essere compito dei soli servizi sociali, o delle famiglie. E peraltro nulla prevede per una definizione dei loro LEPS.

5) L'ASSISTENZA DOMICILIARE AI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI DEVE PREVEDERE MECCANISMI DI COMPARTICIPAZIONE DEL CITTADINO ANALOGHI ALLA RESIDENZIALITÀ

Due attenzioni:

- a) budget di cura utilizzabile per l'assistenza domiciliare (la spesa dalla quale ricavare il piano di assistenza) deve essere costruito con lo stesso meccanismo di quello per l'assistenza residenziale, perché non deve esistere alcuna forma di "convenienza economica", né per le famiglie né le amministrazioni, che influenzi la scelta tra le due forme/setting di cura, scelta che deve invece derivare solo dall'appropriatezza clinica e dalla preferenza dei cittadini;
- b) inoltre, al contrario di cosa accade ora in norme nazionali e regionali, la valutazione della condizione economica non deve essere usata per determinare l'accesso alle prestazioni (che va previsto soltanto in base alle condizioni di non autosufficienza) ma unicamente per identificare la successiva contribuzione al costo degli interventi che è a carico del cittadino. Altrimenti, come oggi, accade (con l'ISEE) che sia escluso anche solo dalla possibilità di accedere ad interventi un non autosufficiente perché è comproprietario di un terreno invendibile, o perché aveva 12 mesi prima risparmi che quando chiede l'intervento ha già speso per la sua assistenza.

Il ddl delega non prevede nulla su questi temi. Né riordina compiti e impegni del Servizio sanitario nazionale.