

“DAL DDL NON AUTOSUFFICIENZA ALLA VERA GARANZIA DELLE CURE”.

Giovedì 26 gennaio 2023

Incontro/seminario c/o Centro Servizi per il Volontariato - Vol.To. (via Giolitti 21, Torino)

Considerazioni sulla proposta di istituire un Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNAA)

Mauro Perino

Nel mese di giugno 2022 le organizzazioni aderenti al “Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza” hanno elaborato un documento intitolato “10 motivi per introdurre il sistema nazionale assistenza anziani” e lo hanno inviato, in forma di lettera aperta¹, al Presidente Draghi ed ai Ministri Orlando e Speranza.

*La lettera ha evidentemente sortito l'effetto sperato visto che il 10 ottobre il Governo Draghi – dimissionario dal 20 luglio – ha approvato la bozza del disegno di legge delega che interviene sul tema della non autosufficienza. La delega è poi stata approvata anche dal nuovo Consiglio dei Ministri lo scorso 19 gennaio e deve ora affrontare l'iter parlamentare. **Nel mio intervento intendo proporre alcune considerazioni prendendo spunto dalle principali motivazioni addotte nel decalogo.***

***Decalogo** che, a mio parere, è l'ennesima **espressione di una sorta di mitologia progressista**, da tempo in voga tra i “politecnici” esperti del settore, tra i quali si annoverano ultimamente anche i Monsignori (un tempo solitamente conservatori). Secondo questa concezione **“tutto il bene arriverà domani e tutto il male c'era ieri”**.*

La storia si ripete.

Sembrano tornati i tempi della legge 328/2000 di cui si disse che era la prima legge nazionale dai tempi della **legge Crispi**, rimuovendo i passi compiuti con il **DPR 616/1977** e con la tutt'ora per fortuna vigente legge **833/1978** che consentirono, fin dai primi anni 80, a molte Regioni di legiferare articolando in modo organico ed integrato i servizi sanitari e sociali regionali.

Ed effettivamente questo DDL delega qualche **analogia con la 328/2000** ce l'ha: ad esempio **non istituisce alcun diritto** che non sia già previsto dalla normativa vigente. Semmai **riprende in qualche modo il vecchio obiettivo della legge Turco** che all'**articolo 24** già prevedeva la delega al governo **per il riordino** degli assegni e delle **indennità**, compresa quella **di accompagnamento** prevista dalla legge 18/1980.

Inoltre giova ricordare anche **l'articolo 26 della legge** per la realizzazione del sistema integrato, intitolato **“Utilizzo di fondi integrativi per prestazioni sociali”**, che recitava testualmente: *“L'ambito di applicazione dei fondi integrativi previsti dall'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni, comprende **le spese sostenute dall'assistito per le prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili**”*.

¹ **Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, “Lettera aperta al Presidente Draghi e ai Ministri Orlando e Speranza: ‘E’ il momento del sistema nazionale assistenza anziani”**, Roma, 20 giugno 2022.

Le assicurazioni sanitarie sono ormai di grande attualità e dunque **l'articolo 9 del 502/1992** (prima contro-riforma della 833/1978) è probabilmente conosciuto, ma vale la pena ricordare che **già in allora venne data la possibilità di istituire fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale** finalizzati a potenziare l'erogazione dei trattamenti e delle prestazioni non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza ma anche – ed è il caso che qui ci interessa – **per prestazioni sanitarie**, comprese nei livelli, per la sola quota posta a carico dell'assistito **e per prestazioni sociosanitarie** erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, **per le quote a carico dell'assistito**.

Successivamente l'articolo 9 è stato integrando prevedendo **inoltre**, tra le altre, **le prestazioni di long term care (LTC)** che non siano a carico del SSN e **le prestazioni sociali** finalizzate al soddisfacimento dei bisogni **del paziente cronico** che non siano a carico del SSN.

Quanto alle **fonti istitutive dei fondi**, vengono indicati i contratti e accordi collettivi, anche aziendali; gli accordi tra sindacati o associazioni dei lavoratori autonomi o di liberi professionisti; le deliberazioni assunte da organizzazioni non lucrative operanti nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o sanitaria e da società di mutuo soccorso ed infine **i regolamenti di Regioni, enti territoriali ed enti locali** (in proposito mi sembra di ricordare che la nostra Regione ha già manifestato l'intenzione di muoversi in questa direzione).

Un sistema emarginante.

A prescindere da come si vuol giudicare questo **scenario – positivamente o come espressione di “tutto il male che c'era (già) ieri”** – è all'interno di esso che si colloca la proposta di introdurre un Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNAA) che comprenda tutte le misure sociali e sanitarie per l'assistenza agli anziani non autosufficienti.

Proposta motivata con la necessità di far diventare la **non autosufficienza un ambito autonomo** del welfare come già avvenuto, a detta dei proponenti, nelle altre riforme europee ed al fine di riconoscere la specificità degli interventi e **attribuire ad un settore, sinora trascurato, la necessaria legittimazione istituzionale e politica**.

Questo sarebbe, dunque, “il male di ieri”, almeno secondo le Organizzazioni del Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza. Io credo invece di essere in buona compagnia quando **penso che ci sia molto “bene”** da conservare e difendere **nella normativa “di ieri”** che regola il settore: normativa che deve essere però pienamente applicata e possibilmente migliorata senza stravolgerla.

Mi riferisco al fatto che **non essendo la condizione autosufficienza una prerogativa esclusiva degli anziani** – in quanto affligge, purtroppo, anche i minori e gli adulti – ed essendo inoltre sempre **determinata da una o più patologie acute e/o croniche o dagli esiti delle stesse**, essa vada affrontata nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Servizio che, come ricordano i primi due articoli della già citata legge 833/1978:

*«(...) è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica **di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali e sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio**» (articolo1);*

e che è tenuto garantire:

*«(...) 3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata; 4) la riabilitazione degli stati di invalidità e inabilità somatica e psichica; (...) f) **la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione**» (articolo 2).*

Emarginazione che verrebbe invece di fatto favorita e **legittimata dalla costituzione di un ambito autonomo** quale il Sistema nazionale assistenza anziani (SNAA), destinato esclusivamente alla popolazione anziana, nel quale verrebbe negato il diritto soggettivo all'assistenza sanitaria già previsto dai livelli essenziali di assistenza sanitari. E' esemplificativa in tal senso la formulazione dell'articolo 2 del DDL delega che così recita:

*«(...) il Governo si attiene ai seguenti principi e criteri direttivi generali: (...) d) riconoscimento del diritto delle persone anziane alla **continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio entro i limiti e i termini definiti, ai sensi della presente legge, dalla programmazione integrata socioassistenziale e sociosanitaria statale e regionale**».*

Siamo alle solite, anche l'**articolo 2 della 328/2000**, sul "Diritto alle prestazioni", al comma 2, affermava il carattere di **universalità del sistema** di interventi e servizi sociali **fatto salvo**, tra gli altri principi della programmazione, quello della **copertura finanziaria e patrimoniale**. Come allora, il diritto viene semplicemente proclamato perché, in realtà, le **prestazioni sono contingentate dalle risorse disponibili. Non diritti, dunque, ma semplici interessi legittimi.**

Quanto alle citate riforme europee esse vanno esaminate e valutate con riferimento al modello di sicurezza sociale adottato dal Paese che le ha approvate. In Italia è **il SSN che ha il dovere costituzionale e legale di prestare tutte le cure necessarie e per tutto il tempo richiesto a tutte le persone** alle quali sia stata certificata la condizione di malattia, sia essa fisica e/o psichica: **compresi ovviamente i malati cronici non autosufficienti ed i disabili gravi** di qualunque età.

Per queste ragioni dovrebbe essere del tutto evidente che l'unica vera ed efficace **assicurazione pubblica sul benessere e sulla tutela della salute di noi cittadini è il Servizio sanitario nazionale**, che già finanziamo con una componente specifica del gettito dell'Imposta Regionale sulle Attività Produttive (**IRAP**) e con l'addizionale regionale dell'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche (**IRPEF**).

Ben venga dunque la destinazione di nuove risorse purché vengano assegnate al comparto sanitario, l'unico preposto alla tutela della salute su basi universalistiche.

I livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie vengono a stento menzionati.

Si sostiene, da parte dei promotori, che il SNAA consentirebbe di **superare l'attuale frammentazione degli interventi** e di modificare le **relazioni tra il comparto delle politiche sanitarie e quello delle politiche sociali** pubbliche e tra queste ed il **privato e il terzo settore**. Inoltre l'utilizzo dell'insieme delle risorse verrebbe definito e programmato congiuntamente dai soggetti coinvolti a livello statale, regionale e locale.

La condivisibile assunzione dell'obiettivo di **realizzare una efficace integrazione delle prestazioni** – sia per quanto attiene alle diverse valenze specialistiche sanitarie che per quelle sociali – **presuppone** che esse siano affidate ad **un sistema di servizio unitario** che deve essere correttamente **individuato**, come ho già detto, **nel sistema sanitario**.

La proposta di **istituire un SNAA**, istituzionalmente ed organizzativamente autonomo dal Servizio sanitario, rientra invece nel disegno di procedere alla **progressiva espulsione delle persone non autosufficienti con patologie cronico degenerative e dei disabili gravi dal diritto** ad usufruire pienamente delle prestazioni che il Servizio sanitario fornisce alla generalità dei propri assistiti. **Disegno lucidamente perseguito sin dal 1983, da tutti i Governi nazionali** che si succeduti, **attraverso la strumentalizzazione del concetto di integrazione** tra sanità ed assistenza sociale con l'unico scopo di **ridurre la spesa sanitaria**.

Occorre in sostanza che siano **chiari i diritti delle persone, definiti i soggetti istituzionali** deputati a garantirli e **certe ed adeguate le risorse** di cui questi ultimi devono poter disporre. Per arrivare a ciò è indispensabile indicare **un solo soggetto istituzionale ed organizzativo (l'ASL)** – e non due

(ASL e Comuni) o addirittura tre se si mette in campo l'INPS) – quale **titolare della presa in carico** e della **responsabilità di assicurare le prestazioni**, previste per diritto, dalla fase di valutazione a quella di definizione, attuazione e verifica del progetto di cura.

A tal fine si deve **dare piena attuazione al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 relativo ai nuovi LEA**, che conferma che il Servizio sanitario nazionale, in quanto titolare delle prestazioni socio-sanitarie, deve assicurarne l'esigibilità fornendo gli interventi socio-sanitari territoriali, domiciliari e residenziali alle persone con disabilità intellettiva e/o autismo, agli anziani malati cronici non autosufficienti, alle persone con demenza senile, alle persone con rilevanti disturbi psichiatrici e limitatissima autonomia, che usufruiscono di prestazioni socio-sanitarie (domiciliari, semiresidenziali e residenziali).

Nell'ambito dell'esercizio di tale titolarità da parte dei servizi sanitari, **andrebbero naturalmente garantiti tutti i raccordi operativi necessari con gli altri enti, locali o statali**, coinvolti o da coinvolgere negli interventi. Evitando in tal modo che si verifichi ciò che oggi accade: **l'impotenza dei cittadini di fronte al palleggiamento delle responsabilità tra le istituzioni ed i servizi che esse governano**.

In buona sostanza, l'auspicato riconoscimento della *«responsabilità pubblica»* della *«tutela della non autosufficienza»* non richiede – come sostengono i promotori dello SNAA – la costituzione di un nuovo settore dal quale rivendicare *«un incremento delle risorse dedicate in grado di assicurare adeguati livelli essenziali sanitari (LEA) e sociali (LEPS) per la non autosufficienza»*. **Occorre invece garantire l'accesso ai livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (LEA)** e cioè il diritto soggettivo di tutti i malati ad usufruire delle prestazioni indispensabili per la prevenzione, la cura e la riabilitazione fisica e psico-fisica.

Punto unico di accesso e semplificazione del sistema di valutazione per contenere la spesa sanitaria

Con la introduzione del SNAA si vorrebbero superare gli ostacoli che rendono difficile, per familiari ed anziani, **l'accesso ai servizi**. La soluzione sarebbe rappresentata dal **“Punto unico di accesso”** da collocare nelle “Case della Comunità”. Inoltre Le Organizzazioni che si riconoscono nei dieci punti intendono **semplificare l'attuale pletora di valutazioni** delle condizioni degli anziani prevedendo che l'accesso allo SNAA venga *«determinato dalla sola Valutazione Nazionale di Base (VNB), che assorbe le diverse valutazioni nazionali esistenti e definisce la possibilità di ricevere le prestazioni statali. Alla VNB è collegata la successiva valutazione multidimensionale territoriale, di competenza di Regioni e Comuni, per ottenere le prestazioni di loro responsabilità: svolta la prima, gli anziani sono indirizzati alla seconda, che parte dalle informazioni raccolte in precedenza»*.

In proposito è utile conoscere quanto affermato dagli esperti del **Consiglio Superiore di Sanità del Ministero della Salute** in un **documento** del maggio 2020 (Ministero della Salute. Consiglio Superiore della Sanità. Sezione I, **“Invecchiamento della popolazione e sostenibilità del SSN”, 15 maggio 2020**). Documento che non può non aver orientato sia la Commissione per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana che quella interministeriale voluta dal Presidente Draghi.

Il gruppo del ministero della Salute ritiene vi sia la necessità, a breve, di costituire un unico **«Punto di accesso unificato inter-istituzionale con responsabilità sul budget»** per accedere ai servizi **unificando le commissioni dell'INPS** preposte alla concessione dell'indennità di accompagnamento, **le unità di valutazione sociale comunali** che regolano le presa in carico SAD e **le Unità di Valutazione Multidisciplinari delle ASL** per l'accesso ai servizi sanitari e socio sanitari quali ADI, Centri diurni, RSA, ecc. Con la significativa precisazione che **«la commissione unificata di UVM per la LTC** (cure a lungo termine) **deve avere una influenza diretta sull'allocazione dei budget dei diversi servizi»** che devono costituire un **unico portafoglio al quale attingere**.

Inoltre secondo il documento del Consiglio Superiore di Sanità del Ministero della Salute, l'unità di valutazione – cardine per regolare l'accesso al «*sistema della assistenza socio-sanitaria*» – è lo strumento individuato per «*misurare il bisogno specifico ed il livello di intensità assistenziale necessario*», nonché, «*la quota di aiuto pubblico necessaria nello specifico caso. La valutazione multidimensionale (VMD) permette di dimensionare la domanda assistenziale a partire dalle 5 dimensioni base: salute fisica, salute mentale, stato funzionale, risorse sociali e risorse economiche. Su questa base è possibile individuare i soggetti che hanno bisogno di un intervento assistenziale urgente (sia esso sanitario, sociale o combinato) in circa il 7-8% della popolazione degli ultra65enni, con una ovvia predominanza degli oltre75enni*».

Come accade regolarmente, a “giustificare” l'**illegittima selezione dei malati sulla base delle loro condizioni sociali ed economiche** giunge l'immane **appello all'integrazione** con il comparto dell'assistenza sociale. Il coinvolgimento in sede di valutazione non solo del comparto sociale, ma anche di quello previdenziale, viene previsto per assicurare la “**copertura**” **giuridica ed istituzionale necessaria per selezionare l'accesso alle prestazioni** «*(...) su basi di equità, di obiettività e di attenzione ai meno abbienti*». A tal fine «*si raccomanda che il processo di VMD sia reso obbligatorio, unico e integrato e valga contemporaneamente per le valutazioni del SSN, dell'INPS e dei Comuni. Si sottolinea la necessità che venga utilizzato un “sistema” di valutazione scientificamente validato e standardizzato, modulato in modo tale da valutare identicamente le diverse aree problematiche nei diversi set assistenziali*».

Una indennità di accompagnamento di fatto abolita

Il SNAА prevede anche la **ristrutturazione dell'indennità di accompagnamento** che verrebbe «*tramutata nella prestazione universale per la non autosufficienza. (...) La prestazione conferma l'universalismo, mantenendo la possibilità di riceverla esclusivamente in base al bisogno di assistenza. Incrementa l'equità, graduando l'ammontare in modo che aumenti al crescere del bisogno. Migliora l'appropriatezza, prevedendo la scelta tra utilizzarla come contributo economico o per ricevere servizi alla persona e incentivando questi ultimi*».

Anche in questo caso vengono in mente alcuni passaggi del già citato documento elaborato dagli esperti del Consiglio Superiore di Sanità del Ministero della Salute, secondo i quali: «*Deve nascere un Servizio nazionale per la LTC (cure a lungo termine) che ha come missione le politiche socio-assistenziali e socio assistenziali per la LTC, escludendo le prestazioni sanitarie che rimangono in capo al SSN. Esso potrebbe dedicarsi sia al target anziani, sia al target disabili adulti. Esso può essere finanziato ricomponendo tutte le risorse pubbliche in gioco: fondi INPS per la LTC, spesa socio-sanitaria SSN per LTC e spesa degli enti locali, ovvero 34 Mld, diventando quindi uno dei pilastri finanziariamente più rilevanti del nostro sistema istituzionale*».

Un servizio nazionale per le cure in lungo assistenza scollegato dal sistema sanitario che (guarda caso) come lo SNAА per gli anziani non autosufficienti, consentirebbe «*di definire una politica unitaria sulla compartecipazione economica delle famiglie, su criteri di eleggibilità ai servizi e sui criteri di accesso alle misure di sostegno monetario. Questo permetterebbe di ricreare ordine ed equità nella distribuzione dei benefici garantiti dal sistema di welfare pubblico, potendo inserire anche maggiori profili redistributivi. A titolo di esempio è immaginabile definire un percorso di co-partecipazione per tutti in funzione del reddito in modo da eliminare le barriere di accesso alle strutture protette per la classe media, così come il valore dei trasferimenti potrebbe essere modulato su reddito e patrimoni dell'anziano, aumentando il valore dei contributi pubblici ai meno capienti e abbassandolo ai più benestanti*».

Mi sembra fin troppo chiaro che **si vogliono mettere le mani sui fondi destinati dall'INPS a finanziare le indennità di accompagnamento e che si intenda inoltre far pagare, agli assistiti ed alle loro famiglie, una parte consistente delle prestazioni** che verranno fornite dai soggetti privati (profit e non profit) individuati dalle norme istitutive del nuovo SNAА. **All'universalismo egualitario**

che caratterizza la vigente normativa sanitaria viene contrapposto il concetto di equità tipico di un settore – quello **socio-assistenziale** – **doverosamente selettivo**. Peccato però che la selezione economica in accesso e nella presa in carico si intenda estenderla al campo sanitario che, stante il vigente quadro normativo, non la prevede affatto.

Con tutta evidenza le pressioni in atto sul legislatore mirano a far sì che tutte le risorse oggi in campo a livello nazionale e locale, vengano ricondotte all'unica finalità di **sgravare la sanità di ogni onere per gli interventi** socio sanitari di livello essenziale **destinati ai malati cronici non autosufficienti ed ai disabili gravi**.

Non solo, ma si vorrebbe addirittura **trasformare l'indennità di accompagnamento** (attualmente erogata a prescindere dal reddito dell'avente diritto) **in una sorta di "assegno di cura" socio-assistenziale** di importo variabile finalizzato alla remunerazione di quella parte delle prestazioni – previste dai PAI definiti dalle Unità di Valutazione – che l'utente non è in grado pagare direttamente.

Quanto alle necessità di **cura quotidiane e continuative nel tempo**, espresse dai malati cronici non autosufficienti, si dà ancora una volta per assodata la **esclusiva competenza dei Servizi sociali dei Comuni**, ai quali è assegnata la **responsabilità della presa in carico e l'onere di favorire il coordinamento con le prestazioni sanitarie domiciliari e territoriali**. Viene così illegalmente negato, per l'ennesima volta, il diritto soggettivo alle cure sanitarie e socio sanitarie in lungo assistenza, alla cui doverosa fornitura è tenuto il Servizio sanitario nazionale

Una riforma pensata per scaricare la spesa sanitaria sulle famiglie e sui Comuni

E questa sarebbe – a detta dei promotori – **una riforma pensata per le famiglie**. Persone che quotidianamente assistono i propri congiunti malati cronici o con disabilità e non autosufficienti. Che **assicurano** cioè tutti quegli **interventi per il soddisfacimento delle funzioni vitali**: idratazione, alimentazione, igiene personale, mobilitazione, somministrazione delle terapie e dei trattamenti sotto prescrizione e controllo clinico, monitoraggio delle condizioni generali del paziente, spesso non in grado di comunicare dolore e sofferenza.

Si tratta di **interventi che** – quando vengono erogati nell'ambito di un ricovero **in RSA** – **danno luogo**, in base ai LEA, **al riconoscimento di una spesa a carico della sanità del 50 per cento della retta** che ne comprende il costo. **Perché se gli stessi interventi vengono svolti al domicilio dai familiari**, nell'ambito di una doverosa presa in carico sanitaria, **non viene riconosciuto alcun contributo** a valere sul Fondo sanitario?

Lo SNAA non fa menzione del problema e pone tutti gli **oneri economici** dei contributi alle famiglie **a carico di un Fondo socio sanitario al quale sarà possibile attingere nei limiti di un budget prefissato**. Dunque non vi è il riconoscimento di un **diritto soggettivo alla prestazione** (al contrario di quanto previsto in sanità, in assistenza finiti i soldi finito il diritto) e la stessa verrà **erogata sulla base della "prova dei mezzi"** dell'assistito e dei suoi familiari: **cosa che non avviene per la quota sanitaria delle rette** in struttura in quanto prevista dai LEA socio-sanitari.

A tutto ciò il SNAA non pone alcuna attenzione. Eppure basterebbe **intervenire in sede legislativa sull'articolo 22 del Dpcm 12 gennaio 2017 per far sì che vengano riconosciuti contributi ed assegni di cura a carico delle ASL** per la copertura delle spese di intervento quotidiano e continuativo delle famiglie che operano direttamente e/o avvalendosi di assistenti familiari. La richiesta avanzata in proposito dalla Fondazione promozione sociale e dalle associazioni del CSA – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base – è di una **somma erogata per le cure a domicilio, mediamente non inferiore al 70% dell'onere a carico del Servizio sanitario nei casi di degenza** presso le Residenze sanitarie assistenziali.