

Smontare il «Patto» (contro i malati) in dieci mosse

Gli aderenti al “Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza” hanno stilato un decalogo di azioni necessarie per Parlamento e Governo: negazione dei diritti e servizi per pochissimi, obiettivo dichiarato i risparmi delle famiglie e l’eliminazione dell’indennità di accompagnamento. Hanno ottenuto la bozza di legge «sulla non autosufficienza», ma non tutto è perduto. Come smontare i loro argomenti in dieci punti alternativi e rimettere al centro il diritto dei malati non autosufficienti (non solo anziani) alla tutela universalistica del nostro Servizio sanitario

di Mauro Perino

Le oltre cinquanta organizzazioni raggruppate nel “Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza” si sono rivolte, con una lettera aperta datata 20 giugno 2022, al Presidente Draghi ed ai Ministri Orlando (Politiche sociali) e Speranza (Salute) per segnalare che «è il momento del Sistema Nazionale Assistenza Anziani» da realizzare per le motivazioni espresse nei dieci punti elencati in un documento inoltrato a corredo all’appello.

La pressione esercitata sul governo ha sortito l’effetto sperato – nefasto, come abbiamo visto nel servizio di apertura di questo numero di *Prospettive*, per il diritto fondamentale alla tutela della salute di tutti i cittadini – con l’approvazione nell’ultimo Consiglio dei Ministri del governo Draghi della bozza di disegno di legge delega sulla cosiddetta “riforma della non autosufficienza”. È apparsa a non pochi osservatori una forzatura istituzionale senza precedenti, effettuata da un governo in carica per il «disbrigo degli affari correnti», locuzione nella quale, con tutta la buona volontà, non sembra possibile includere un provvedimento che – se giungerà al termine dell’iter di approvazione – avrà impatto decisivo sulla vita di milioni di malati e delle loro famiglie. In

negativo, poiché determinerà nei fatti lo smantellamento del Servizio sanitario nazionale universalistico.

I dieci punti. Passare in rassegna i dieci punti stilati dalle organizzazioni aderenti del “Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza” è utile per capire quali sono gli obiettivi dei proponenti, anche – anzi, soprattutto – quelli finora dissimulati. È un esercizio di interpretazione del testo che richiede di considerare con attenzione quanto scritto, aggiungendo un livello di lettura ulteriore, capace di vedere le conseguenze di quanto scritto.

I percorsi delineati dai dieci punti sono ancora più chiari del testo del disegno di legge e, in definitiva, rappresenterebbero l’«ottimo» per gli aderenti al “Patto”, il punto di arrivo del loro disegno a sfavore dei malati e delle loro famiglie, piegato ad altri interessi. Per questo è imprescindibile conoscerli nel dettaglio. E smontarli, rivelandone il loro contenuto discriminatorio.

Farlo, serve a chi vuole difendere le conquiste del Servizio sanitario nazionale universalistico a contestare gli argomenti del “Patto” sulla base del diritto e della corretta considerazione della condizione

dei malati non autosufficienti, pietra d'inciampo contro la quale capitolano tutte le misure discriminatorie elencate, fondate sull'assunto che i malati "che non si impegnano a guarire" siano degni di appena un po' di assistenza sociale, condizionata alle risorse stanziare e solo per chi ha Isee basso, e non della piena presa in carico sanitaria, con risposta integrale a tutte le loro esigenze di salute.

Punto 1

Un nuovo settore dello stato sociale. Il Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNA)

La proposta di introdurre il Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNA) che comprenda tutte le misure sociali e sanitarie per l'assistenza agli anziani non autosufficienti, viene motivata dalle Organizzazioni proponenti con la necessità di «riconoscere la specificità degli interventi forniti e attribuire al settore, sinora trascurato, la necessaria legittimazione istituzionale e politica». «Come già avvenuto nelle altre riforme europee, la non autosufficienza diventa così un ambito autonomo del welfare».

Si tratta, nei fatti, della creazione di un sistema (e non servizio) parallelo e distinto da quello sanitario, per persone che hanno bisogno di tutela della propria salute. Non ci sarebbe alcun motivo di crearlo se non fosse un sistema il cui accesso è condizionato alle risorse messe a bilancio e alla condizione socio-economica dei malati e le cui prestazioni non sono per tutti. Come in effetti è stato progettato.

La condizione di non autosufficienza non è una prerogativa degli anziani ma affligge, purtroppo, anche i minori e gli adulti. Inoltre, è sempre determinata da una o più patologie acute e/o croniche o dagli esiti delle stesse. Come tale va pertanto affrontata nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale (Ssn) che, in attuazione dei primi due articoli della 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» (articolo 1) e deve assicurare «(...) 3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la du-

rata; 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». Emarginazione che verrebbe invece di fatto favorita e legittimata dalla costituzione di «un ambito autonomo del welfare» destinato esclusivamente alla popolazione anziana.

Quanto alle citate riforme europee esse vanno esaminate e valutate con riferimento al modello di sicurezza sociale adottato dal Paese che le ha approvate. La "riforma della non autosufficienza" tedesca – varata nei primi anni '90 del secolo scorso e spesso portata impropriamente ad esempio qui da noi – ha riguardato l'ambito della previdenza in quanto in Germania la sanità afferisce al sistema previdenziale che regola le assicurazioni sanitarie finanziandole con i contributi degli occupati e dei loro datori di lavoro. Con la riforma si è aumentato il prelievo contributivo destinato al fondo previdenziale, finalizzando il nuovo gettito agli interventi socio sanitari per gli assistiti in condizione di non autosufficienza.

In Italia il Servizio sanitario nazionale 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

L'unica vera ed efficace assicurazione pubblica sul benessere e sulla tutela della salute è il Servizio sanitario nazionale, che già finanziamo con Irap e Irpef

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 destinate al comparto sanitario preposto alla tutela della salute su basi universalistiche.

I dieci slogan del Patto

- 1** Un nuovo settore dello stato sociale, il Sistema nazionale assistenza anziani (SNA)
- 2** Dalla frammentazione a un solo sistema
- 3** La tutela pubblica della non autosufficienza
- 4** Servizi riconoscibili e facili da raggiungere
- 5** Accedere al sistema sanitario con una sola valutazione
- 6** La nuova domiciliarità: unitaria, appropriata e continua
- 7** La residenzialità del futuro
- 8** L'accompagnamento rimane per tutti, diventando più equo e appropriato
- 9** Una riforma pensata per le famiglie
- 10** Assistenti familiari non più ai margini

Gli effetti per i malati non autosufficienti

- 1** Il SNA: un sistema (e non Servizio) parallelo, distinto e con **meno garanzie** di quello sanitario per persone che hanno bisogno di tutela della propria salute
- 2** Il «solo sistema» può/deve essere il **Servizio sanitario**. La proposta del Patto prevede in realtà tre sistemi: sanità, assistenza e previdenza. E meno tutele al cittadino malato
- 3** Non occorre il nuovo SNA, ma l'applicazione dei vigenti **Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie** e socio-sanitarie (Lea)
- 4** Buone intenzioni, pessima realizzazione. La presa in carico dei malati non autosufficienti **delegata** ai servizi sociali.
- 5** **Selezione all'accesso** su basi socio-economiche per i richiedenti prestazioni sanitarie, di tutela della salute. Attacco all'universalismo del Ssn
- 6** Delega ai Servizi sociali, prestazioni sanitarie solo Adi (personale professionale), **nessun riconoscimento** delle necessità di cura quotidiane di competenza del Servizio sanitario
- 7** Viene ignorata la necessità di un consistente aumento degli **standard sanitari** delle Rsa, oggi luoghi impropri di degenza per malati gravi
- 8** Le risorse dell'indennità nel nuovo SNA e **compartecipazione** alle prestazioni estesa a tutti gli utenti, in nome dell'equità (contro il vero universalismo del Ssn)
- 9** Per le cure domiciliari prestate da assistenti familiari, **Fondo socio-sanitario** con budget limitato. Nessuna previsione di competenza e di spesa del Servizio sanitario
- 10** Non si riconosce la **valenza sanitaria** dell'assistente familiare. Nel SNA i malati non autosufficienti a casa hanno solo bisogno di "badanza"

Il programma del Servizio nazionale di assistenza (Sna): espulsione delle persone non autosufficienti dalle tutele del Servizio sanitario

Punto 2

Dalla frammentazione ad un solo sistema

Si sostiene, da parte dei promotori, che il SNA consentirebbe di superare l'attuale frammentazione degli interventi e di modificare le relazioni tra il comparto delle politiche sanitarie e

NOTE

(1) Con la legge finanziaria del 1984 (Legge 730/1983) viene infatti per la prima volta coniata – dal punto di vista normativo – la definizione di «attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali». L'articolo 30 della legge recita testualmente «Per l'esercizio delle proprie competenze nelle attività di tipo socio-assistenziale, gli Enti locali e le Regioni possono avvalersi, in tutto o in parte, delle unità sanitarie locali, facendosi completamente carico del relativo finanziamento. Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali. Le unità sanitarie locali tengono separata contabilità per le funzioni di tipo

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 – a nostro avviso, ipotesi invece decisamente negata dai componenti del Patto – nel Servizio sanitario. La proposta di istituire un SNA, istituzionalmente ed organizzativamente autonomo dal Servizio sanitario, rientra nel disegno di procedere alla progressiva espulsione delle persone non autosufficienti con patologie cronico degenerative dalle tutele del Servizio sanitario e, più in generale, dall'assicurazione della tutela della salute dell'individuo. Vittime di questa esclusione sarebbero i disabili gravi (nei quali comprendiamo anche i malati cronici non autosufficienti); i malati di patologie psichiatriche; quelli dipendenti da alcool, da droga e i malati di Hiv: tutti esclusi – nel discriminante sistema SNA – 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 sono succeduti, attraverso la strumentalizzazione del concetto di integrazione tra sanità ed assistenza sociale con l'unico scopo di ridurre la spesa sanitaria (1).

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)

La responsabilità pubblica della tutela della non autosufficienza non richiede la costituzione di un nuovo settore: c'è il Servizio sanitario nazionale

o addirittura tre (se si mette in campo l'Inps) – che sia tenuto ad assicurare le prestazioni, previste per diritto, dalla fase di valutazione a quella di definizione, attuazione e verifica del progetto di cura. Allo stesso modo occorre che vi sia un unico organismo a governare il sistema onde evitare 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.

Grazie alla legge n. 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, è stata data concreta ed efficace attuazione al diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Carta costituzionale. Solamente tornando a questa legge – letta nella versione originaria e dunque depurata dagli effetti deleteri della aziendalizzazione del sistema sanitario, introdotta dal decreto legislativo n. 502/1992 e sostanzialmente confermata dal successivo decreto legislativo n. 229/1999 – si può recuperare l'ancor oggi valido «comunitarismo» che la ispirava, distante anni luce dalla «comunità» odierna, funzionale allo svuotamento delle garanzie pubbliche a favore del cittadino (2).

Punto 3

La tutela pubblica della non autosufficienza

Come si è evidenziato precedentemente, l'auspicato riconoscimento della «responsabilità pubblica» della «tutela della non autosufficienza» non richiede – come sostengono i promotori dello SNA – la costituzione di un nuovo settore dal quale rivendicare, così sempre gli aderenti al Patto, «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

*socio assistenziale ad esse delegate». Cfr. Mauro Perino, "Con la scusa dell'integrazione", *Appunti sulle Politiche sociali*, n.3, 2002 e Mauro Perino, "Livelli essenziali di assistenza: riduzione della spesa sanitaria e nuova emarginazione", *Prospettive assistenziali*, n.137 gennaio-marzo 2002.*

(2) *Citiamo qui il passaggio d'esordio della legge 833/1978, articolo 1: "Il servizio sanitario nazionale e' costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attivita' destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalita' che*

La selezione all'accesso dei «Punti unificati»: commissioni dell'Inps preposte alla concessione dell'indennità di accompagnamento, unità di valutazione sociale comunali e Unità di Valutazione Multidisciplinari delle Asl

e la riabilitazione fisica e psico-fisica (3).

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, diurne e residenziali).

Punto 4

Servizi riconoscibili e facili da raggiungere

Con la introduzione del SNA 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" presso la "Casa della salute", quale «luogo fisico di facile individuazione che offre informazioni sugli interventi disponibili, orientamento su come riceverli e supporto nelle pratiche amministrative».

In buona sostanza la presa in carico degli anziani affetti da patologie croniche che determinano condizioni di non autosufficienza è delegata ai servizi sociali, che dovranno curare l'integrazione delle attività con i progetti proposti nel capitolo sanitario del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) ed in particolare con la Misura 6, C1 che prevede investimenti finalizzati alla realizzazione di "Case della Comunità": strutture fisiche in cui opera un

gruppo multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità ed altri professionisti della salute, che dovranno ospitare anche gli assistenti sociali dei servizi sociali territoriali dei Comuni

da adibire alla gestione dei Punti Unici di Accesso (Pua), comunque assegnati alla titolarità sanitaria così come previsto dall'ultimo Dpcm sui LEA.

In proposito è utile conoscere quanto affermato a proposito dei Punti Unici di Accesso dagli esperti del Consiglio Superiore di Sanità del Ministero della Salute in un documento del maggio 2020 (4), sicuramente apprezzato dai promotori del SNA. Il gruppo ministeriale 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 Servizio di assistenza domiciliare (Sad) e le Unità di Valutazione Multidisciplinari delle Asl per l'accesso ai servizi sanitari e socio sanitari quali Assistenza domiciliare integrata (Adi), Centri diurni, Residenze sanitarie assistenziali (Rsa), ecc. Con la significativa precisazione che «la commissione unificata di Unità di valutazione multidimensionale (UVM) per le cure a lungo termine (LTC) deve avere una influenza diretta sull'allocazione del budget dei diversi servizi» che devono costituire un unico portafoglio al quale attingere.

Punto 5

Accedere al sistema sanitario con una sola valutazione

Le Organizzazioni che si riconoscono nei dieci punti dichiarano la necessità di semplificare l'attuale pleora di valutazioni delle condizioni degli anziani prevedendo che «l'accesso allo SNA» venga «determinato dalla sola Valutazione Nazionale

assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio».

(3) I LEA sono stati approvati con il decreto del Presidente del Consiglio del 29 novembre 2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" reso cogente con forza di legge dall'articolo 54 della legge finanziaria 2003. Nel 2017, dopo 16 anni dal primo, viene approvato il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502" che lascia inalterate le percentuali di suddivisione della spesa indicate dal primo decreto e conferma

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».

I promotori si collocano, con tutta evidenza, nella linea indicata dal già menzionato documento del Consiglio Superiore di Sanità del Ministero della Salute, secondo il quale 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 già accade regolarmente, a «giustificare» l'illegittima selezione dei malati sulla base delle loro condizioni sociali ed economiche – da parte di una sanità alla quale non si chiede di operare necessariamente per la guarigione dei malati ma sicuramente per la loro cura finché la malattia persiste e, dunque, anche per tutta la vita dei pazienti – giunge l'immane appello all'integrazione con il comparto dell'assistenza sociale: «Al di là di un intervento a breve termine, qualsiasi proposta di intervento a medio-lungo termine deve porsi il problema di individuare un modello di assistenza territoriale nuovo fondato sull'integrazione socio-sanitaria senza la quale è impossibile rispon-

dere alla domanda assistenziale di persone affette da malattie croniche e prolungate compromissioni dell'indipendenza psico-fisica che l'intervento medico-infermieristico può in genere rallentare nella loro progressione ma non “guarire”».

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 Valutazione multidimensionale (VMD) sia reso obbligatorio, unico e integrato e valga contemporaneamente per le valutazioni del Servizio sanitario nazionale, 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».

Punto 6

La nuova domiciliarità: unitaria, appropriata e continua

I promotori dello SNA affermano di assumere la priorità di favorire la permanenza a casa degli anziani non autosufficienti attraverso «tre mosse per superare le attuali criticità dei servizi domiciliari. Primo, assicurare risposte unitarie da parte di Comuni e Asl. Secondo, offrire un appropriato mix di prestazioni: medico - infermieristico - riabilitative, di aiuto all'anziano nelle attività fondamentali della vita quotidiana e di affiancamento a familiari e badanti. Terzo, garantire l'assistenza per il tempo effettivamente necessario, stabilendone la durata in base ai bisogni di anziani e familiari».

Anche in questo caso il riferimento è agli intendimenti del Governo, enunciati nel Pnrr, secondo il quale le azioni previste nell'ambito socio-sanitario dalla Missione 5 “Inclusione e coesione” e dalla Missione 6 “Salute” possono essere considerate come l'avvio di una riforma organica degli interventi in favore degli anziani

l'istituzione nei fatti di una sanità di serie A – destinata ai malati acuti o comunque alle situazioni di malattia che rivestono un qualche interesse scientifico e/o economico sul piano della ricerca e della sperimentazione – e una sanità di serie B che viene estesa a tutte le persone malate non autosufficienti o gravemente disabili con esigenze di assistenza continuativa.

(4) Ministero della Salute. Consiglio Superiore della Sanità. Sezione I, “*Invecchiamento della popolazione e sostenibilità del SSN*”, 15 maggio 2020.

(5) Dalla ricerca realizzata nel 2017 dalla società Innovation Team e presentata nel primo Rapporto

La presa in carico degli anziani malati croniche che determinano condizioni di non autosufficienza è affidata ai servizi sociali: ma è la sanità ad avere competenze e risorse adatte

non autosufficienti da approvarsi con apposito provvedimento legislativo entro la fine della legislatura.

In buona sostanza la presa in carico degli anziani affetti da patologie croniche che determinano condizioni di non autosufficienza è affidata ai servizi sociali, che dovranno curare l'integrazione delle attività con i progetti proposti nel capitolo sanitario del Piano nazionale ed in particolare con la Misura 6, C1: "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" che «intende perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei e che consideri, sempre più, il Servizio sanitario nazionale come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario».

I promotori del SNA si allineano evidentemente alle suddette indicazioni del Piano, che perpetua la logica di riconoscere la piena competenza del Servizio sanitario nazionale esclusivamente sulle prestazioni dell'Assistenza domiciliare integrata (Adi) consistenti in cure infermieristiche che vengono fornite al domicilio del paziente, in genere dopo le dimissioni di quest'ultimo dall'ospedale, per il tempo strettamente necessario alla somministrazione di terapie e/o medicazioni.

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 coordinamen-

to con le prestazioni sanitarie domiciliari e territoriali.

Si tratta di una collocazione istituzionale dei bisogni in contrasto con l'effettiva condizione

dei malati e con la natura delle prestazioni che a loro vengono assicurate da famigliari o da terzi incaricati dalle famiglie in totale supplenza di un servizio pubblico sanitario latitante. 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 e che – massimo dei paradossi – viene invece riconosciuto, per gli stessi malati e per gli stessi bisogni, in struttura residenziale attraverso l'erogazione della quota sanitaria, che non si esaurisce nelle prestazioni specialistiche di medico e infermiere.

Punto 7

La residenzialità del futuro

I servizi residenziali per gli anziani che non possono essere seguiti a domicilio richiedono, secondo gli estensori del decalogo, «un'azione di aggiornamento sostanziale. (...) S'intende assicurare la qualità degli ambienti di vita, privilegiando modelli costruttivi e organizzativi amichevoli, domestici e familiari, la tutela dei diritti e della privacy. Si prevede l'integrazione delle residenze con le comunità locali e con l'intera filiera dei servizi del territorio». In proposito è da segnalare che le proposte di cui sopra risultano già pienamente previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza che – nella descrizione della Missione 5: "Inclusione sociale" – così si esprime sul tema: «Nella definizione ed esecuzione dei progetti a valenza sociale e territoriale di questa missione sono protagonisti i comuni e in particolare le aree metropolitane (...). Il coinvolgimento degli enti locali è fondamentale per assicurare anche il finanziamento a regime dei nuovi servizi forniti che dovrà, nel corso della programmazione del bilancio dello Stato dei prossimi

anni essere opportunamente rafforzato. L'azione pubblica potrà avvalersi del contributo del Terzo settore. La pianificazione in coprogettazione di servizi sfruttando sinergie tra impresa sociale, volontariato e amministrazione, consente di operare una lettura più penetrante dei disagi e dei bisogni al fine di venire incontro alle nuove marginalità e fornire servizi più innovativi, in un reciproco scambio di competenze ed esperienze che arricchiranno sia la Pubblica amministrazione sia il Terzo settore». Anche l'auspicio di una stretta integrazione con le comunità locali ed i servizi del territorio trova puntuale risposta nella componente C.2: «infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore» della missione «Inclusione sociale»; non a caso infatti il «sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti» viene collocato tra le misure afferenti a «Servizi sociali, disabilità e marginalità sociali» ove «in coerenza con gli interventi del Piano, si prevede l'accelerazione della riforma del Terzo settore, al cui completamento mancano ancora importanti decreti attuativi. Si intende inoltre valutare gli effetti della riforma su tutto il territorio nazionale».

La linea di attività più corposa (300 milioni di investimento) viene inoltre finalizzata dal Piano a finanziare la riconversione delle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) e delle Case di riposo per gli anziani (strutture residenziali alberghiere e assistenziali, ma non accreditate con il Servizio sanitario nazionale) in gruppi di appartamenti autonomi, dotati delle attrezzature necessarie e dei servizi attualmente presenti nel contesto istituzionalizzato. Gli ambiti territoriali potranno proporre progetti diffusi, con la creazione di reti che servano gruppi di appartamenti, assicurando loro i servizi necessari alla permanenza della persona anziana sul proprio territorio a partire dai servizi domiciliari. Con l'obiettivo dichiarato «di assicurare la massima autonomia e indipendenza della persona in un contesto nel quale avviene una esplicita presa in carico dai servizi sociali e vengono assicurati i

relativi sostegni. Elementi di domotica, telemedicina e monitoraggio a distanza permetteranno di aumentare l'efficacia dell'intervento, affiancato da servizi di presa in carico e rafforzamento della domiciliarità, nell'ottica multidisciplinare, in particolare con riferimento all'integrazione sociosanitaria e di attenzione alle esigenze della singola persona».

Come si possa – con un sistema di protezione domiciliare che continua a scaricare sulle famiglie e/o sul mercato la cura a lungo termine delle persone con patologie croniche e non autosufficienza (5) – realizzare l'obiettivo, proclamato con enfasi dal Pnrr, di «de – istituzionalizzare» le persone non autosufficienti ricoverate nelle RSA non è dato sapere. Vengono comunque stanziati 500 milioni da utilizzare per la riconversione, attraverso la rete comunitaria, delle Rsa in appartamenti protetti, «garantendo anche in tali contesti una vita dignitosa» (bontà dei pianificatori) agli assistiti.

Certo è che i termini della questione della domiciliarità e della residenzialità – ed in particolare dell'accesso a Rsa che siano organicamente inserite nel Ssn – così come vengono posti sia dal documento sullo SNA che dal Pnrr, non sembrano minimamente considerare come gli «investimenti nelle strutture residenziali siano necessari anche soltanto per mantenere un livello adeguato di copertura della popolazione con elevati livelli di bisogno assistenziale, dato il rapido invecchiamento della popolazione. Evidenziano inoltre, come residenzialità e domiciliarità non siano strade alternative ma da percorrere parallelamente» (6).

Il sistema di presa in carico domiciliare continua a scaricare sulle famiglie o sul mercato la cura a lungo termine delle persone con patologie croniche e non autosufficienza: così è impossibile «de – istituzionalizzare» i ricoverati

euro. Le spese di cura per la non autosufficienza incidono significativamente sul bilancio familiare: molto o moltissimo per il 31 per cento delle famiglie che vi ricorrono, abbastanza per il 44,4 per cento, poco o niente per il restante 25 per cento. Complessivamente, tra le famiglie che hanno sostenuto spese per l'assistenza di congiunti non autosufficienti, solo il 23 per cento ha potuto coprirle interamente con il proprio reddito (14,3 per cento) o intaccando i risparmi (29,1 per cento) o ricorrendo all'aiuto di amici o parenti (56,6 per cento). Nella stragrande maggioranza dei casi (76,2 per cento) le famiglie hanno invece dovuto rinunciare ad un maggiore livello di assistenza per

Punto 8

L'accompagnamento rimane per tutti, diventando più equo e appropriato

Il SNA prevede la riforma dell'indennità di accompagnamento (7) che così viene enfaticamente presentata: «Tramutata nella prestazione universale per la non autosufficienza. (...) La prestazione con-

Da dove arriverebbero i soldi del Sistema nazionale di assistenza? Fondi Inps, spesa socio-sanitaria e spesa degli enti locali: 34 miliardi che fanno gola ai privati

ferma 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».

Sarà pur vero che a pensar male si fa peccato, però 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 miliardi, 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, come lo SNA per gli anziani non autosufficienti, consentirebbe «di definire una politica unitaria sulla partecipazione 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».

Per dirla più chiaramente: l'impressione è 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 SNA. 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 in accesso e nella presa in carico si intenda estenderla al campo sanitario che, stante il vigente quadro normativo, non la prevede affatto.

Punto 9

Una riforma pensata per le famiglie

Eppure lo SNA persegue, a detta dei promotori, il sostegno ai familiari che si prendono cura degli anziani: «(...) ne è un esempio la previsione di un'assistenza a domicilio che garantisca un appropriato pacchetto di prestazioni e una durata adeguata. Nondimeno, si prevedono specifiche misure rivolte ai familiari quali supporto psicologico, forme di conciliazione tra impegni di cura e di lavoro, tutele previdenziali e altre».

la persona non autosufficiente (40,4 per cento), oppure hanno ridotto le spese per la salute (26,4 per cento) o per i consumi alimentari (33,2 per cento).

(6) Barbara Da Roit, Costanzo Ranci, "La riforma del Long-term care e il PNRR", *welforum.it*, 27 aprile 2021.

(7) L'indennità di accompagnamento istituita dalla legge 11 febbraio 1980, n.18, è una prestazione economica erogata a domanda, a favore dei soggetti mutilati o invalidi totali per i quali è stata accertata l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore oppure l'incapacità

Ma questi familiari sono quelli che quotidianamente assistono dei malati cronici o persone con disabilità 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 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 SNA 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 SNA 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.

Punto 10

Assistenti familiari non più ai margini

Ed è proprio degli assistenti familiari che si occupa l’ultimo punto del decalogo. «La riforma

deve collocare la figura delle assistenti familiari (“badanti”) all’interno dello SNA. Da un lato prevedendo incentivi economici per lo svolgimento della loro attività in modo regolare. Dall’altro, mettendo a punto un profilo professionale nazionale che precisi l’insieme di competenze necessarie e il relativo iter formativo. L’obiettivo è un lavoro di cura di qualità, per chi lo compie e per chi lo riceve». Tutto molto condivisibile ma a questo punto ci si domanda – con riferimento alle osservazioni di cui al precedente punto 9 – cosa ancora osterebbe al riconoscimento, anche da parte del comparto sanitario, della “valenza sanitaria” degli interventi svolti da questa “nuova” figura professionale?

Occorrerebbe a quel punto riconoscere che «le prestazioni domiciliari sono una alternativa al ricovero a condizione che il medico di medicina generale, valutata l’assenza di controindicazioni per il malato, assicuri il coordinamento delle cure che l’Asl di residenza attiva in base alle sue esigenze, compresi gli interventi in caso di eventuali emergenze; l’Asl (e non il Comune) deve erogare inoltre un contributo economico, all’utente o a chi lo rappresenta, finalizzato alla copertura dei costi che dovrà sostenere per le prestazioni indifferibili, non assicurate dai servizi sanitari, per l’espletamento delle funzioni vitali quotidiane». La richiesta è stata avanzata al Governo e al Parlamento dalla Fondazione promozione sociale e dalle associazioni del Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base: il riconoscimento di una somma erogata per le cure a domicili, mediamente non inferiore al 70% dell’onere a carico del Servizio sanitario nei casi di degenza presso le Rsa, Residenze sanitarie assistenziali».

Non ci sarebbe il riconoscimento di un diritto soggettivo alla prestazione (al contrario di quanto previsto in sanità), ma erogazione in base della «prova dei mezzi»

di compiere gli atti della vita quotidiana. Spetta a tutti i cittadini in possesso dei requisiti sanitari residenti in forma stabile in Italia, indipendentemente dal reddito personale annuo e dall’età. L’indennità viene corrisposta per 12 mensilità ed il pagamento viene sospeso in caso di ricovero a totale carico dello Stato per un periodo superiore a 29 giorni. Per il 2021 l’importo dell’indennità è di ben 522,10 euro (6.268,8 euro annui corrispondenti a 17,17 euro al giorno).

(8) Maria Grazia Breda, Perché va fermata la legge sulla non autosufficienza”, *Prospettive. I nostri diritti sociali e sanitari*, n.217 gennaio-marzo 2022.