

PROPOSTE PER UNA PIATTAFORMA SULLE CURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE RIGUARDANTE I MALATI ACUTI O CRONICI, AUTOSUFFICIENTI O NON

Sulla base dei contributi del prof. Mario Bo e del geriatra Gianfranco Fonte, riportati in questo numero, c'è l'urgente necessità di individuare le iniziative da assumere al fine di creare le condizioni per la corretta attuazione delle esigenze dei malati adulti o anziani, acuti o cronici, autonomi o non autosufficienti.

Aspetti costituzionali

Il principio enunciato dall'articolo 32 della Costituzione («*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*») è chiarissimo: tutte le persone malate, nessuna esclusa, hanno il diritto pienamente e immediatamente esigibile alle cure sanitarie. Evidentemente questo diritto riguarda anche le persone colpite da patologie invalidanti e da non autosufficienza, come stabilito dai Lea, Livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

Al riguardo occorre tenere presente che il Tar del Piemonte, con l'ordinanza n. 609/2012, ha respinto il tentativo messo in atto dalla Giunta della Regione Piemonte mediante la delibera n. 45/2012 per ottenere il riconoscimento della legittimità dell'inserimento in liste di attesa di durata indeterminata degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile.

Infatti in detta ordinanza viene rilevato che «*l'istituzione di liste di attesa per la presa in carico dell'anziano (liste di attesa previste nell'ipotesi in cui le risorse richieste dal progetto individualizzato non siano immediatamente disponibili)*» viola le norme relative alle «*prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, Allegato 1.C, punti 8 e 9) i quali devono essere garantiti in modo uniforme su tutto il territorio nazionale*».

Acuzie, cronicità, autonomia e non autosufficienza

Come ha chiarito il Prof. Mario Bo vi sono condizioni di acuzie che determinano la non autosufficienza non solo di breve durata, ma anche per lunghi periodi.

Inoltre vi sono due forme di non autosufficienza che colpiscono sia i malati acuti sia, soprattutto, i cronici. Infatti l'incapacità di svolgere autonomamente gli atti quotidiani della vita e quindi anche le funzioni vitali, può essere totale o parziale.

È totale quando c'è anche l'impossibilità di manifestare le proprie personali esigenze. In questi casi occorre che il personale addetto sia capace di individuare i bisogni vitali (caldo, freddo, fame, sete, ecc.) e di provvedervi tempestivamente e correttamente.

La non autosufficienza può, invece, essere solo parziale qualora la persona, pur avendo la necessità continua di terze persone che provvedano a realizzare le sue richieste, sia in grado di segnalare le proprie esigenze vitali a coloro che lo accudiscono, indicando ad esempio ho fame, ho sete, ho caldo, ho freddo, nonché nei casi meno gravi, anche le proprie preferenze (ad esempio indicando questa o quella bevanda o rifiutando alimenti non graditi).

Diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie

Anche per quanto riguarda la dotazione quantitativa e qualitativa del personale necessario occorre tenere in attenta considerazione le frequentissime riacutizzazioni delle persone malate croniche e non autosufficienti.

Detta questione dovrebbe essere altresì valutata in merito alla localizzazione delle Rsa (Residenze sanitarie assistenziali) e alla dotazione minima delle apparecchiature tecniche in relazione ai necessari e frequenti trasferimenti dei pazienti presso gli ospedali.

Per quanto concerne il personale (medico, infermieristico, operatori socio-sanitari, ecc.) è quindi opportuno che sia in grado di intervenire in modo corretto. Pertanto per quanto possibile, dovrebbe prestare la propria attività non solo negli ospedali e nei servizi territoriali per acuti ma anche, se del caso per periodi di tempo limitati, presso le strutture di deospedalizzazione protetta, le Rsa e nei servizi territoriali per cronici non autosufficienti.

Dalle condizioni sopra riportate ne deriva –

nell'interesse preminente e oggettivo dei malati acuti e cronici – che tutte le prestazioni dovrebbero essere attribuite alla competenza del Servizio sanitario nazionale, ferme restando le differenziazioni riguardanti le sedi degli interventi, l'organizzazione dei servizi e le relative modalità operative.

**La continuità delle cure:
un'esigenza di primaria importanza
anche per gli anziani malati cronici
non autosufficienti**

Come dovrebbe essere logico, tutte le persone malate hanno l'imprescindibile esigenza – e il diritto – di essere curate senza alcuna interruzione fino al superamento delle loro infermità (1).

Dovrebbe essere altrettanto scontata l'esigenza della continuità delle cure nei casi in cui le condizioni patologiche dei pazienti (giovani, adulti o anziani) si stabilizzano e subentra la fase della cronicità e della non autosufficienza.

Attualmente – e purtroppo assai frequentemente – la cura delle persone anziane e dei soggetti con demenza senile subisce una ingiustificata interruzione a seguito delle dimissioni – di fatto selvagge – dei succitati infermi da ospedali e da case di cura private (2).

Com'è noto, dette dimissioni sono imposte con il pretesto della non idoneità della degenza ospedaliera e dei relativi rilevanti oneri economici.

In merito non abbiamo mai avanzato alcuna riserva sul ruolo degli ospedali rivolto alle cure dei malati acuti, ma continuiamo a sostenere dal 1978 (3) che, in base alle leggi vigenti, compete al Servizio sanitario (e non ai pazienti e ai loro congiunti, salvo loro autonoma differente decisione) garantire la prosecuzione delle cure nelle sedi più idonee anche a coloro che sono affetti da patologie inguaribili, che doverosamente devono sempre essere considerate curabili.

La continuità delle cure successive ad un rico-

(1) Ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge».

(2) Riteniamo selvagge le dimissioni da ospedali e da case di cura delle persone malate (acute o croniche) nei casi in cui sono disposte senza garantire la prosecuzione delle indispensabili prestazioni terapeutiche.

(3) Cfr. l'editoriale n. 44, 1978 di questa rivista: "Gli anziani definiti cronici vengono calpestati nei loro diritti".

vero ospedaliero non deve dunque essere negata. Al riguardo si veda l'articolo del dottor Fonte. E non vale che si motivino le dimissioni con il rinvio del paziente – dopo averlo indotto a rientrare presso il proprio domicilio – all'accertamento della condizione di non autosufficienza da parte delle Uvg (Unità valutative geriatriche) o analoghe commissioni territoriali.

Se per eseguire detto accertamento con la finalità di definire un piano assistenziale in regime di continuità delle cure si rileva – da parte del reparto ospedaliero – la necessità di una valutazione multidisciplinare, è infatti sufficiente che venga prevista la possibilità di utilizzare le figure professionali necessarie. Nei ruoli sanitari sono infatti presenti tutte le professionalità potenzialmente utili, dai geriatri agli assistenti sociali.

Si tratta inoltre di un servizio che non è sempre necessario, in quanto le condizioni di salute e le esigenze terapeutiche dei degenti, che possono essere dimessi dall'ospedale in regime di continuità delle cure, sono evidentemente conosciute e verificate dai curanti che possono efficacemente definire il piano assistenziale coinvolgendo il medico di base del paziente.

In buona sostanza le Uvg territoriali – sistematicamente utilizzate per creare una assurda frattura fra le cure rivolte ai malati acuti e quelle destinate agli anziani cronici non autosufficienti (4) – dovrebbero operare esclusivamente nei confronti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile non ricoverati presso ospedali. In questi casi, per la predisposizione di validi piani individualizzati, dovrebbe sempre essere prevista la presenza nelle Uvg dei medici di base dei pazienti o almeno l'obbligo della presentazione da parte di detti curanti di una relazione scritta riguardante le cure fornite e le indicazioni per la loro prosecuzione.

Inoltre, nelle situazioni di emergenza, dovrebbe essere sufficiente la certificazione del medico di base dell'anziano cronico non autosufficiente per il ricovero urgente presso una Rsa.

Con le proposte dianzi avanzate si potrebbe dare piena attuazione alle esigenze ed ai diritti degli anziani cronici non autosufficienti e delle

(4) Detta assurda frattura non esiste giustamente per gli adulti cronici non autosufficienti, fatto che conferma l'assurdità dell'attuale separazione delle cure sanitarie per i pazienti acuti e le prestazioni socio-sanitarie per gli anziani cronici non autosufficienti.

persone con demenza senile alla continuità delle cure anche nei casi del passaggio dalle prestazioni per le acuzie e quelle per la cronicità e la non autosufficienza.

Competenze improprie assegnate al settore dell'assistenza sociale

Come ripetiamo da anni le competenze del settore dell'assistenza sociale dovrebbero riguardare esclusivamente gli inabili al lavoro sprovvisti dei mezzi necessari per vivere, come d'altronde è stabilito dal 1° comma dell'articolo 38 della Costituzione (5).

Ne consegue – aspetto evidente ed indiscutibile – che l'assistenza sociale svolge un ruolo assolutamente improprio in merito agli anziani cronici non autosufficienti poiché si tratta di persone malate (articolo 32 della Costituzione). Ed il fatto che esse siano, a causa dell'età, inabili al lavoro non fa necessariamente di queste persone degli aventi diritto al mantenimento ed all'assistenza sociale (articolo 38, comma 1, della stessa Costituzione). Tale diritto è infatti riservato a quegli inabili che risultano sprovvisti dei mezzi necessari per vivere. Ed è in ogni caso evidente che, anche per questi ultimi soggetti – ove gli stessi siano affetti da patologie che determinano una condizione di non autosufficienza – l'intervento del settore socio-assistenziale non può e non deve (per legge) essere considerato sostitutivo delle cure che la sanità è tenuta ad assicurare.

Inoltre va osservato che – nell'operatività quotidiana dei servizi afferenti alla cosiddetta area socio-sanitaria – le funzioni attribuite all'assistenza sociale concernono, quasi esclusivamente, gli accertamenti relativi alle condizioni economiche dei succitati malati, siano essi curati a domicilio o ricoverati nelle Rsa, con lo scopo di individuare l'importo dell'assegno di cura o l'ammontare della quota alberghiera da porre a carico dell'assistito.

Certo, da un punto di vista formale, gli assistenti sociali vengono coinvolti nella valutazione della condizione dell'utente nel suo contesto di vita e di relazione al fine di predisporre un efficace piano assistenziale. Ma più spesso la valutazione sociale serve, con quella sanitaria, a collocare gli utenti nelle liste d'attesa.

(5) Si veda in questo numero l'articolo di Mauro Perino, "Preoccupanti le proposte della Fondazione Zancan sull'assistenza sociale".

Privandoli illegalmente del diritto soggettivo a prestazioni di livello essenziale la cui erogazione – in quanto materia sanitaria – non può essere condizionata al reddito.

Dunque l'attività degli assistenti sociali è purtroppo spesso riconducibile a quella, di natura contabile, che il personale amministrativo della sanità è pienamente in grado di svolgere. Ed in ogni caso se – come appare assodato – vi è la necessità, in sede di valutazione e di successivo intervento, di utilizzare competenze professionali di matrice sociale (assistenti sociali ed educatori) è auspicabile che siano le aziende sanitarie ad assumere ed a gestirne l'attività degli operatori, nell'ambito di un settore socio-sanitario organicamente inserito nel comparto sanitario.

In sostanza sarebbe doveroso smettere di utilizzare strumentalmente il concetto di integrazione per negare il diritto alle cure ai malati che hanno perso la capacità di adattarsi e di mantenere l'autosufficienza, attribuendo tutte le competenze al settore sanitario. In tal modo non solo non cambierebbe nulla per quanto attiene alle contribuzioni economiche (che continuerebbero ad essere poste a carico dell'utente), ma si realizzerebbe finalmente la piena responsabilità del sistema sanitario in merito alle cure indipendentemente dall'età degli infermi e delle loro situazioni terapeutiche (acuti, cronici, autosufficienti, non autosufficienti). Infine, con riferimento alla componente sociale del processo di valutazione, occorre considerare che tutti i fattori che determinano la condizione di vita di una persona hanno a che fare con la collocazione della stessa nella società e viceversa. Ma non è che sulla base di tale considerazione si può giustificare – da parte del comparto sanitario – la creazione di una area socio-sanitaria come settore "a parte". Se tale motivazione fosse valida dovremmo, per logica, prevedere altrettante aree per i servizi preposti all'istruzione, al lavoro, alla casa, alla promozione culturale e allo sport. Dovremmo cioè teorizzare una collocazione *differenziale* delle persone nei servizi – che la Repubblica nelle sue articolazioni deve fornire per diritto a tutti i cittadini – sulla base della lettura distorta e strumentale dei loro bisogni e delle loro condizioni economiche.

D'altra parte le situazioni di non autosufficienza sono soggette a frequenti cambiamenti clinici come hanno precisato il prof. Bo, il dott. Fonte e la Commissione nazionale per la defini-

zione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, istituita dal Ministero della salute nel documento "Prestazioni residenziali e semi-residenziali per gli anziani non autosufficienti" del 30 maggio 2007 in cui viene in particolare affermato che «*gli stessi principi di "cronicità" e "stabilizzazione" meritano del resto un approfondimento, assumendo che un paziente anziano affetto da una patologia cronica invalidante non potrà essere definito stabile in senso assoluto e rilevando che le strutture residenziali devono essere in grado di affrontare la relativa instabilità clinica connessa alla patologia, o polipatologia, che accompagna le condizioni di non autosufficienza nell'anziano, nonché problematiche intercorrenti, anche acute, gestibili in ambiente extra-ospedaliero*».

Inoltre viene precisato che «*è opportuno sottolineare che la prestazione "residenziale" non si differenzia necessariamente da quella "ospedaliera" per un minore gradiente di assistenza*», anche per il fatto che «*condizioni di cronicità che impongono significativi e continui trattamenti di natura sanitaria, anche per il supporto alle funzioni vitali (respirazione, nutrizione), nelle quali il gradiente assistenziale globale richiesto può risultare anche superiore a quello di alcune prestazioni di ricovero in condizioni di acuzie*» (6).

Con l'attribuzione di tutte le funzioni al Servizio sanitario nazionale – eventualmente prevedendo il contestuale trasferimento nei ruoli sanitari del personale sociale degli Enti gestori oggi impropriamente utilizzato per l'erogazione dei servizi ad essi afferenti – si realizzerebbero rilevanti risparmi di tempo e denaro pubblico: si pensi ad esempio alle continue sedute di coordinamento per la programmazione degli interventi e per il funzionamento dei servizi appartenenti ad Enti diversi.

Attualmente i rinvii delle decisioni sono infatti molto frequenti e onerosi, nonché spesso contrastanti con il diritto degli anziani malati cronici non autosufficienti alla continuità delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche.

Altri notevoli aspetti negativi dell'attuale situazione sono dovuti dalle differenti posizioni esistenti fra gli uffici (Ministeri, Assessorati regionali, Asl e Comuni) della sanità e dell'assisten-

za sociale, sia nei riguardi delle rispettive competenze sia per quanto concerne i costi a carico dei due settori.

Questa situazione è aggravata dalla creazione di due fondi nazionali (il Fondo sanitario e il Fondo per le non autosufficienze previsto dall'articolo 1, comma 1264 della legge 296/2006), nonché dei relativi separati finanziamenti statali, regionali e locali.

Infine occorre ancora una volta ricordare che compete ad ogni settore di intervento (sanità, scuola, casa, cultura, ecc.) assumere direttamente le valenze relazionali e sociali delle prestazioni fornite e tenere in continua attenzione le esigenze globali delle persone (ed in particolare di quelle che non sono in grado di autodifendersi).

Fondi delle Regioni e delle Province autonome di Bolzano e Trento relativi alla non autosufficienza

Sulla base delle considerazioni sin qui svolte (principi costituzionali, competenza primaria o esclusiva della sanità, esigibilità del diritto alle cure non limitabile in relazione all'ammontare degli stanziamenti economici, frequente alternanza delle condizioni riferibili all'acuzie e alla cronicità, ecc.) non dovrebbe in alcun modo essere ammessa la costituzione di Fondi per la non autosufficienza istituiti dalle Regioni o dalle Province autonome di Bolzano e di Trento.

Infatti detti fondi hanno lo scopo di limitare le prestazioni in base agli stanziamenti economici assegnati – fatto che contrasta nettamente con la piena esigibilità del diritto alle prestazioni socio-sanitarie – nonché quello di portare a termine la separazione, da tempo avviata, del settore relativo alle cronicità da quello dell'acuzie per giungere al trasferimento di tutte le competenze al settore socio-assistenziale.

È invece assolutamente necessario che, nell'ambito dei Fondi regionali o provinciali per la sanità, vengano previsti appositi capitoli di spesa per le prestazioni rivolte alle persone non autosufficienti a seguito di patologie o di handicap invalidanti. Inoltre è indispensabile un costante monitoraggio riguardante il concreto utilizzo delle somme attribuite all'area della non autosufficienza, la cui principale caratteristica, da non ignorare, è quella di essere significativamente più debole dei molteplici ambiti che intervengono per la cura delle patologie acute.

(6) Il testo è stato integralmente pubblicato sul n. 159/2007 di questa rivista con il titolo "Ottimo documento del Ministero della salute sugli anziani non autosufficienti".