

ESIGENZE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI: TRASFERIMENTI MONETARI O SERVIZI?

Non convincenti e in alcuni casi decisamente fuorvianti sono le affermazioni contenute nell'articolo "Trasferimenti monetari o potenziamento dei servizi per la non autosufficienza" di Marco Noli, docente di politiche sociali presso l'Università cattolica del Sacro Cuore di Milano (1).

L'Autore asserisce che *«il nostro welfare è caratterizzato, rispetto ad altri modelli europei, da eccessivo trasferimento monetario a scapito della produzione di servizi»* e, in merito all'indennità di accompagnamento, sostiene che ha *«il limite di essere erogata solo a titolo della menomazione»* e quindi che *«non tiene conto né del reddito né del grado di non autosufficienza»*.

A nostro avviso l'erogazione dell'indennità di accompagnamento, il cui attuale importo mensile è di euro 508,55, attua – sia pur in modo parziale – le norme del 2° comma dell'articolo 3 della nostra Costituzione secondo cui *«è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli d'ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese»*.

Infatti l'erogazione dell'indennità di accompagnamento ha lo scopo di compensare le maggiori spese che le persone con disabilità devono sostenere rispetto ai soggetti privi di menomazioni. A questo riguardo occorre tener presente che, ai sensi della legge 18/1980, ha diritto a questa prestazione colui che ha una invalidità del 100 per 100 ed è *«nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore»* oppure *«abbisogna di un'assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita»*.

Dunque, una parte delle indennità di accompagnamento è (giustamente) erogata a coloro che non possono deambulare autonomamente: si tratta anche di giovani e adulti che svolgono attività lavorativa proficua; la maggior parte di dette indennità è però versata alle persone non

autosufficienti (non ne beneficiano solo gli anziani, ma anche i giovani e gli adulti) che ricevono lo stesso importo mensile di euro 508,55 anche se le loro esigenze comportano oneri economici di gran lunga maggiori di quelle sostenute dai soggetti non deambulanti.

Per quanto concerne l'affermazione di Marco Noli, secondo cui le risorse relative all'indennità di accompagnamento *«prevalentemente sono andate a sviluppare il mercato delle "badanti"»*, l'Autore non segnala – fatto a nostro avviso assai grave – che numerose sono le Asl che non rispettano le vigenti disposizioni sancite dalla legge 833/1978 e dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 sui Lea, Livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie domiciliari, semiresidenziali e residenziali, le cui norme sono cogenti in base all'articolo 54 della legge 289/2002.

Come più volte abbiamo evidenziato anche su questa rivista, l'articolo 2 della legge 833/1978 stabilisce che il Servizio sanitario nazionale deve assicurare *«la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata»* e deve altresì provvedere *«alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione»*. Inoltre, ai sensi dell'articolo 1 della stessa legge 833/1978, il Servizio sanitario nazionale deve operare *«senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio»* sanitario nazionale (2).

(2) Allo scopo di non creare emarginanti disparità il trattamento tra i malati nel documento approvato il 6 luglio 2015 l'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della Provincia di Torino ha chiesto alla Regione Piemonte *«di predisporre urgenti provvedimenti per il riconoscimento effettivo dell'assoluta priorità degli interventi socio-sanitari domiciliari [e] di riconoscere con apposito provvedimento, ai medici di medicina generale di operare nei confronti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile – per le quali già possono disporre il ricovero presso i Dipartimenti di emergenza degli ospedali – sulla base degli stessi principi riconosciuti per gli altri malati, e quindi di attivare direttamente le cure domiciliari di lunga durata o un ricovero in Rsa, senza condizionamenti all'accesso alle prestazioni legate a valutazione Uvg; di riconoscere, con apposito provvedimento, ai medici ospedalieri e delle strutture di riabilitazione e lungodegen-*

(1) L'articolo è apparso sul n. 3/2015 di "Welfare oggi".

Per quanto concerne i Lea ricordiamo che le Asl devono versare il 50% del costo delle «prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona» fornite ai malati non autosufficienti (e alle persone con disabilità e limitata o nulla autonomia) nell'ambito dei servizi di "Assistenza programmata a domicilio (Adi e Adp)", comprendente anche gli interventi domiciliari gratuiti di medicina generale e specialistica, nonché quelli infermieristici e riabilitativi, come sancito dall'Allegato 1.C concernente l'Area dell'integrazione socio-sanitaria dei Lea al punto 7.

Ne consegue, a nostro avviso, che le valutazioni oggettive relative ai servizi domiciliari e alle prestazioni delle badanti, se analizzate in modo corretto, devono tener conto delle vigenti disposizioni di legge, anche perché operando in questo modo si forniscono agli operatori, agli amministratori, ai sindacati, alle organizzazioni sociali e alle persone interessate informazioni adeguate alle esigenze e quindi si favorisce anche l'avvio e lo sviluppo delle attività sanitarie e socio-sanitarie domiciliari.

La legge della Regione Piemonte n. 10/2010

Un riferimento concreto che «rende effettiva la possibilità di scelta tra cure domiciliari e inserimento in strutture socio-sanitarie» è fornito dalle norme della legge della Regione Piemonte n. 10/2010 "Servizi domiciliari per le persone non autosufficienti", riguardanti «le persone in varie condizioni o età che soffrono di una perdita permanente, parziale o totale, dell'autonomia fisica, psichica o sensoriale con la conseguente incapacità di compiere atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone». Pertanto hanno diritto agli interventi domiciliari tutti i soggetti colpiti da patologie e/o da disabilità invalidanti e da non autosufficienza.

Per quanto concerne le prestazioni (articolo 5) esse «sono assicurate attraverso:

za, di operare nei confronti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile sulla base degli stessi principi riconosciuti per gli altri malati, e quindi di assicurare a tali malati la continuità terapeutica prevista dalle vigenti leggi». (Cfr. l'articolo "Documento dell'Ordine dei medici di Torino per il riconoscimento dei prioritari interventi socio-sanitari a domicilio e contro le liste di attesa per le prestazioni agli anziani malati cronici non autosufficienti", *Prospettive assistenziali*, n. 191, 2015).

a) servizi congiuntamente resi dalle aziende sanitarie e dagli enti gestori dei servizi socio-assistenziali con gestione diretta o attraverso soggetti accreditati;

b) contributi economici o titoli per l'acquisto, riconosciuti alla persona non autosufficiente, finalizzati all'acquisto di servizi da soggetti accreditati, da persone abilitate all'esercizio di professioni sanitarie infermieristiche e sanitarie riabilitative, da operatori socio-sanitari, da persone in possesso dell'attestato di assistente familiare;

c) contributi economici destinati ai familiari, finalizzati a rendere economicamente sostenibile l'impegno di cura del proprio congiunto;

d) contributi economici ed affidatari e rimborsi spese a volontari.

Inoltre «sulla base delle preferenze di scelta espresse dalla persona non autosufficiente o dai suoi familiari, le aziende sanitarie e gli enti gestori dei servizi socio-assistenziali congiuntamente definiscono l'articolazione delle prestazioni nell'ambito di un Piano di assistenza individuale (Pai), da adottarsi entro sessanta giorni dalla presentazione della domanda. Qualora il Pai non sia adottato nei termini di cui al comma 2 sono comunque assicurati i primi interventi di cura».

Anche se le Giunte della Regione Piemonte, succedutesi dall'approvazione della legge 10/2010 ad oggi, non hanno mai voluto predisporre il relativo regolamento attuativo, poiché il Governo non aveva a suo tempo contestato le norme mediante ricorso alla Corte costituzionale, resta assodato che la legge è pienamente valida ed operativa e che anche i familiari possono beneficiare delle sopra citate disposizioni riguardanti le contribuzioni economiche a carico del Servizio sanitario nazionale e, nei casi previsti dalle norme vigenti, dei Comuni.

La ricerca di soluzioni individuali da parte delle famiglie

Marco Noli sostiene che «le famiglie di oggi, sempre più lunghe e strette, non riescono più a reggere il carico assistenziale che le vede impegnate nella cura dei figli, dei nonni anziani e nell'ambito lavorativo».

Pur tenendo conto dei cambiamenti intervenuti nelle composizioni dei nuclei familiari, notevoli sono ancora e – per molti anni lo saranno –

le concrete possibilità di sviluppo delle prestazioni che possono essere svolte a domicilio alle persone non autosufficienti, non solo gli anziani malati cronici, ma anche gli infermi colpiti dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile e i soggetti con disabilità intellettiva o con autismo e limitata o nulla autonomia.

In primo luogo – lo ripetiamo – è assolutamente necessario, oltretutto molto urgente che le istituzioni (Governo, Regioni, Province autonome, Comuni, ecc) riconoscano finalmente l'esigenza e il diritto delle persone colpite da patologie e/o da disabilità invalidanti e da non autosufficienza (oltre un milione di nostri concittadini) alle cure sanitarie e socio-sanitarie e promuovano concretamente l'assoluta priorità delle prestazioni domiciliari.

Le positive esperienze del servizio di ospedalizzazione a domicilio di pazienti acuti e cronici, funzionante ininterrottamente dal 1985 (3), nonché quelle dell'assistenza domiciliare integrata (4), dimostrano senza ombra di dubbio che le cure domiciliari sono estremamente positive per i pazienti (oltre che vantaggiose sotto il profilo economico per il Servizio sanitario nazionale) a condizione che il o i familiari, che volontariamente accettano questo frustrante impegno di accudimento 24 ore su 24, siano idonei e ricevano dai medici e dagli infermieri e, occorrendo, dai riabilitatori i necessari sostegni tecnico-operativi. Inoltre, come dovrebbe essere ovvio anche per le istituzioni, questi familiari, spesso aventi più di 80-90 anni, dovrebbero ottenere dalle Asl il rimborso delle spese vive sostenute, com'è stabilito dai Lea.

(3) Cfr. il volume di Fabrizio Fabris e Luigi Pernigotti, "Cinque anni di ospedalizzazione a domicilio. Curare a casa malati acuti e cronici: come e perché", Rosenberg & Sellier, Torino, seconda edizione aggiornata, 1990.

(4) Cfr. Massimo Mao, "Il ruolo della medicina di famiglia nella gestione delle patologie croniche", *Prospettive assistenziali*, n. 184, 2013.

Partendo dalle esigenze dell'infermo curato a domicilio non ci sembra plausibile la contrapposizione fra trasferimenti monetari e servizi. Infatti, a nostro avviso, non c'è (o non ci dovrebbe essere) differenza alcuna sul piano amministrativo fra le prestazioni domiciliari fornite, ad esempio, da una cooperativa di operatori oppure da un familiare: infatti in entrambi i casi viene assicurato un servizio.

E' invece di fondamentale importanza – com'è evidente – la qualità delle prestazioni fornite che deve essere verificata puntualmente dal sistema sanitario in quanto responsabile della presa in carico e del controllo del Piano di assistenza personale.

Poiché le esigenze delle persone colpite da patologie invalidanti e da non autosufficienza sono continue nelle 24 ore della giornata, è di gran lunga preferibile che detta attività sia svolta da un familiare, che non è tenuto al vincolo delle ore settimanali stabilite dai contratti di lavoro.

Ne consegue che a questi congiunti/accuditori che hanno la responsabilità di svolgere le funzioni assegnate dai medici e dagli infermieri (somministrazione degli alimenti e dei farmaci, esecuzione delle attività concernenti l'igiene personale, valutazione delle condizioni di salute dell'infermo, richiesta degli interventi di emergenza, ecc.) dovrebbe essere riconosciuto anche il compito di scegliere le eventuali altre persone occorrenti per assicurare le prestazioni domiciliari. Il relativo onere economico dovrebbe essere a carico della Sanità nella misura del 50%, con l'eventuale integrazione da parte del Comune.

Com'è logico il Servizio sanitario nazionale dovrebbe svolgere non solo un'azione promozionale a favore delle cure domiciliari di infermi acuti cronici, ma anche esercitare le opportune attività di controllo.

UNA SPECULAZIONE INDEGNA SUL SUPER FARMACO CONTRO L'EPATITE C?

Secondo l'articolo di Paola Italiano pubblicato su *La Stampa* del 24 giugno 2015 il Sofosbuvir, il "super farmaco" contro l'epatite C viene venduto in India «al prezzo di un dollaro», mentre la stessa compressa «negli Stati Uniti viene venduta a mille dollari, in Italia a 600 euro». È questo «uno degli aspetti su cui si sta concentrando l'inchiesta aperta nei mesi scorsi dalla Procura di Torino in seguito alle difficoltà ad accedere alle cure da parte di molti pazienti».