

Continuo a preferire  
la severa giustizia  
alla generosa solidarietà.  
*Norberto Bobbio*

## RECOVERY PLAN: NON SI DIMENTICHI LA STRAGE DEI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI

Mentre andiamo in stampa, sullo sfondo di una delicata crisi di Governo, aleggia lo spettro di un Recovery Plan – o Nex Generation Eu o, ancora, Piano nazionale di Resilienza e Ripresa – che non faccia tesoro delle evidenti, marchiane e drammatiche illegittimità e carenze che hanno aggravato l'esito della pandemia da Covid-19, determinando direttamente migliaia di morti, soprattutto tra i più deboli.

Innanzitutto, nelle bozze del documento che entro il mese di aprile dovrà essere inviato all'Europa manca qualsiasi riferimento al mancato rispetto delle norme sul Piano pandemico nazionale e sulle sue declinazioni regionali, che ha portato ad aberrazioni come il trasferimento nelle Residenze sanitarie assistenziali, a contatto con degenti non autosufficienti polipatologici, malati Covid ancora infettivi. In secondo luogo, nulla viene scritto a proposito della necessaria riforma del sistema di presa in carico sanitaria dei malati non autosufficienti, oggi vittime di un'estesa e diffusissima negazione delle cure fondamentali alla loro sopravvivenza e "scaricati" su famiglie sempre più in difficoltà e più impoverite da un insostenibile peso.

La soluzione non è la «telemedicina», che sembra essere uno dei capitoli irrinunciabili del Recovery Plan, ma che ha scarsi se non nulli effetti sulla presa in carico dei malati non autosufficienti; e nemmeno possono esserlo gli «ospedali di comunità», strutture per ricovero temporaneo – anzi, dalla durata predefinita – con scarsissima copertura clinica, più simili a «filtri» per rendere difficoltoso l'accesso al Pronto Soccorso, oppure per velocizzare la dimissione dagli ospedali, ma di fatto incapaci di rispondere alle esigenze di cura senza limiti di durata dei malati cronici non autosufficienti e anzi, illegittimi, nella

loro configurazione di «cure a tempo», già cassata dal Consiglio di Stato (1).

Per la riforma radicale delle Rsa – nelle quali si è misurata una strage ancora non ufficialmente quantificata, ma nell'ordine delle migliaia, probabilmente decine di migliaia, di morti – è necessario che queste strutture siano a tutti gli effetti a pieno titolo parte del Servizio sanitario regionale e in esse siano garantite prestazioni sanitarie e socio-sanitarie adeguate alle esigenze dei malati ricoverati, con la necessaria revisione degli standard del personale, attualmente assolutamente sottodimensionato e insufficiente. Basti pensare che sono rarissimi i casi in cui il medico – uno solo, anche per più di cento pazienti – è presente sulle 24 ore e sono molte le strutture in cui la sola presenza medica è garantita dai medici di medicina generale, per di più, per i pazienti non convenzionati con il Servizio sanitario, «a chiamata»!

Se vorrà segnare una svolta sul tema, il Recovery Plan dovrà prevedere risorse affinché venga assicurata la presenza in tutte le Rsa di un Direttore sanitario, di medici, infermieri e personale socio-sanitario, che operino secondo i principi del lavoro di gruppo, assicurando una presenza medica nelle 24 ore e funzioni dirigenziali del Direttore sanitario; come avviene in tutti i reparti ospedalieri e le strutture sanitarie è da prevedere una visita medica quotidiana. Inoltre, è indi-

(1) Nella pur negativa sentenza 8699/2018 il Consiglio di Stato ha escluso la legittimità di una «sanità a tempo» osservando che «appare illogico, oltre che non consentito, immaginare una brusca interruzione o modifica delle specifiche necessità assistenziali, ben potendo in astratto esigersi, come fatto palese dalla stessa piana lettura del comma 1 dell'articolo 3 septies del d. lgs. 502/1992, anche nel lungo periodo, prestazioni sinergiche, sanitarie e di protezione sociale, per garantire il dovuto trattamento di cura e riabilitativo».

spensabile che siano garantite le prestazioni riabilitative indispensabili per il recupero o il mantenimento delle autonomie e delle funzioni; le terapie del dolore e le cure palliative a tutti gli infermi che ne hanno diritto ai sensi della legge 38/2010; l'esclusione del ricovero nelle Rsa di infermi con patologie non stabilizzate e persone malate che hanno necessità di prestazioni ospedaliere continue.

## **Risorse e Regioni**

La ricaduta dei maggiori oneri che deriverebbero da una simile articolazione del servizio devono essere imputate al Servizio sanitario e non scaricate sui malati e sulle famiglie, che negli ultimi vent'anni, dall'approvazione dei Livelli essenziali di assistenza del 2001 (decreto del Presidente del Consiglio del 29 novembre e, prima ancora, del 14 febbraio, tutt'ora vigente), hanno pagato una quota rilevantissima degli oneri – anche sanitari – delle cure ai malati non autosufficienti. Le risorse non basteranno? La pandemia sta insegnando che si tratta di scelte politiche. È necessario che si apra una trattativa in Conferenza Stato-Regioni per chiamare alle proprie responsabilità il Servizio sanitario, così come è necessario che i contributi europei vadano spesi in questa direzione, che va esplicitata in modo che sia un impegno concreto. Se c'è la volontà politica, si può fare.

Per questo motivo il Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base e la Fondazione promozione sociale onlus hanno scritto al Direttore generale del Ministero della Salute, Andrea Urbani, allarmati da quanto c'è (e soprattutto da quanto non c'è) nelle bozze di Recovery Plan e nelle su dichiarazioni al Parlamento. Il testo del messaggio inviato e la richiesta di incontro urgentissimo – condivisa con altre associazioni – è riportata nel servizio che segue.

## **Cure domiciliari, un altro disegno di legge**

Nel contesto descritto, si fa sempre più

urgente il concreto riconoscimento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari per i malati cronici non autosufficienti, così come per le persone con disabilità intellettiva grave e limitata o nulla autonomia. In materia, in aggiunta ai disegni di legge presentati sul numero 211 di questa rivista, a firma del Senatore Laus (Pd) e della Deputata Ruffino (Forza Italia, oggi Cambiamo), alla Commissione Igiene e Sanità del Senato è stato depositato il disegno di legge 1990, "Misure dirette alla incentivazione delle cure sanitarie e socio-sanitarie domiciliari per le persone non autosufficienti". Prima firmataria la Senatrice Elisa Pirro (2). Come per i disegni di legge già citati – e confidando in un esame comune da parte della Commissione, con l'obiettivo di arrivare ad un testo unico – riportiamo integralmente il testo del disegno di legge.

### Articolo 1 (Finalità)

1. Il Servizio sanitario nazionale riconosce la priorità delle prestazioni domiciliari per i malati cronici non autosufficienti e le persone con disabilità invalidanti tali da determinare la condizione di non autosufficienza irreversibile, di seguito denominate «persone non autosufficienti».

2. Le persone non autosufficienti, in alternativa al ricovero in strutture sanitarie o socio-sanitarie, hanno il diritto di scegliere le prestazioni domiciliari previste dalla presente legge, allo scopo di poter beneficiare dei vantaggi terapeutici e psicologici che derivano dal poter proseguire le cure al proprio domicilio, in presenza di familiari o di conoscenti che si assumano il compito di svolgere, direttamente o mediante l'aiuto di terzi, il ruolo di accuditore domiciliare.

---

(2) Gli altri firmatari sono i Senatori: Marco Pellegrini, Corrado Castellone, Marinello, Mautone, Giuseppe Pisani, Trentacoste, Accoto, Botto, Romano, Vanin, Pavanelli, Croatti, Naturale, Taverna, Mollame, Angrisani, La Mura, Gaudiano, Donno, Giannuzzi, Moronese, Gallicchio e Matriciano. Il Disegno di legge è stato comunicato alla Presidenza il 28 ottobre 2020.

## Articolo 2 (Prestazioni domiciliari)

1. Le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari sono disposte dall'azienda sanitaria locale (Asl) di residenza della persona non autosufficiente, previa accettazione da parte dell'interessato o della persona che lo rappresenta e la valutazione positiva delle prestazioni domiciliari ai fini della cura, dell'adeguatezza dei locali di vita della persona non autosufficiente e dell'idoneità dell'accuditore domiciliare.

2. La condizione di non autosufficienza è certificata dalla commissione medico-legale dell'Asl prevista dalla legge 5 febbraio 1992, n.104, integrata da un medico dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (Inps) di cui all'articolo 20, comma 1, del decreto-legge 1° luglio 2009, n.78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n.102.

3. L'Asl provvede periodicamente alla verifica del buon andamento delle prestazioni domiciliari e sospende i contributi economici di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b), nei casi in cui l'accuditore domiciliare non rispetti le indicazioni previste per gli interventi di urgenza a garanzia delle prestazioni sanitarie e le altre attività indifferibili per le persone non autosufficienti.

4. L'accuditore domiciliare assicura direttamente, o con l'aiuto di terze persone, la vigilanza ventiquattr'ore su ventiquattro per fornire le prestazioni occorrenti alla persona non autosufficiente e per richiedere, anche nei casi di urgenza, gli interventi indispensabili. Queste attività sono svolte, su specifico mandato dell'interessato o della persona che lo rappresenta, nel pieno rispetto delle disposizioni di legge vigenti.

## Articolo 3 (Ricovero in ospedale)

1. Nei casi in cui insorgano esigenze sanitarie acute della persona non autosufficiente curata a domicilio oppure l'accuditore domiciliare sia nell'impossibilità di provvedere direttamente o tramite altri soggetti, si prov-

vede indifferibilmente al ricovero presso l'ospedale competente o altra struttura sanitaria idonea.

## Articolo 4 (Contributo economico alle persone non autosufficienti)

1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute sono definiti i criteri per stabilire:

a) le prestazioni da assicurare alla persona non autosufficiente nei casi di cui all'articolo 3 garantendo la dovuta continuità diagnostica e terapeutica, se necessario anche con il ricovero tempestivo in idonea struttura sanitaria o socio-sanitaria;

b) le modalità di erogazione dei contributi per le prestazioni domiciliari di assistenza tutelare informale quali:

1) contributi economici forfettari destinati a familiari o conoscenti, finalizzati a rendere economicamente sostenibile l'impegno di accuditore della persona non autosufficiente;

2) contributi economici ad affidatari e rimborsati spese a volontari;

3) contributo economico mensile da erogare alla persona non autosufficiente curata a domicilio, o a chi la rappresenta, tenendo conto delle spese vive documentate sostenute per stipendi e contributi del personale non sanitario che assicura le indispensabili attività di vigilanza e di sostegno, nonché gli interventi necessari per la degenza domiciliare sulla base delle intese stipulate con l'Asl.

2. Le prestazioni sanitarie erogate al domicilio dagli operatori delle professioni sanitarie sono a carico del Servizio sanitario nazionale. Le risorse per le prestazioni domiciliari di assistenza tutelare informale alla persona di cui al comma 1, lettera b), indispensabili ai fini della tutela della salute e del mantenimento a domicilio della persona non autosufficiente, sono a carico del Servizio sanitario nazionale nella misura del 60 per cento dell'importo, sostenuto in caso di ricovero in una residenza assistenziale sanitaria per lo stesso utente, calcolato in base al progetto di

assistenza individuale (PAI) di cui all'articolo 22, comma 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n.65 del 18 marzo 2017. Tali prestazioni sono erogate in via prioritaria, nel caso vi sia la disponibilità dell'interessato e della persona che deve assicurare le prestazioni ventiquattr'ore su ventiquattro, direttamente o mediante l'aiuto di terzi, previo accertamento di idoneità da parte dell'Asl. I costi residui sono a carico dell'utente e in subordine del comune di residenza dell'utente stesso.

**Articolo 5**  
*(Incremento del Fondo  
per le non autosufficienze)*

1. Le prestazioni domiciliari di cui alla presente legge rientrano nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, sono parte integrante dell'assistenza domiciliare integrata e sono finanziate con le risorse del Servizio sanitario nazionale.

2. Al fine di garantire la copertura degli oneri a carico degli enti gestori dei servizi socio-assistenziali, il Fondo per le non autosufficienze di cui all'articolo 1, commi 1264 e 1265, della legge 27 dicembre 2006, n.296, è incrementato di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023.

3. Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 2, pari a 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023, si provvede

mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del Fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2020-2022, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2020, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

**Articolo 6**  
*(Inserimento nei LEA delle prestazioni  
di assistenza tutelare informale  
nell'ambito delle cure domiciliari)*

1. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sentito il Ministro della salute, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono adottate le modifiche al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n.65 del 18 marzo 2017, al fine di ricomprendere, nell'ambito delle cure domiciliari di cui all'articolo 22, comma 4, del suddetto decreto, le prestazioni di assistenza tutelare informale alla persona, comprese quelle fornite volontariamente dai familiari o dai conoscenti sia direttamente sia mediante terzi, secondo le disposizioni di cui all'articolo 4, comma 2, della presente legge.

[www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it)