

Tutti i diritti negati dal ddl non autosufficienza

Il Governo approva il disegno di legge delega «in materia di popolazione anziana» e mette in pericolo i diritti dei malati non autosufficienti. Ora il testo all'esame del Parlamento.

La reazione di Fondazione promozione sociale e Csa, l'elenco dei diritti negati nel caso in cui il ddl venisse approvato senza modifiche radicali. È necessario continuare la mobilitazione in difesa del diritto alla tutela della salute di tutti i malati



Mentre andiamo in stampa, il 20 gennaio 2023 il Governo Meloni approva il disegno di legge delega sulla non autosufficienza, confermando l'approvazione già disposta del governo Draghi, nell'ultimo Consiglio dei Ministri guidato dall'ex presidente della Banca Centrale Europea a ottobre 2022. L'iter del disegno di legge è indicato dal testo stesso: passaggio in Parlamento per l'approvazione (e quindi l'adozione di una specifica legge delega) entro fine marzo 2023, restituzione al Governo per l'approvazione dei decreti attuativi che dovranno essere scritti entro gennaio 2024. Tappe forzate che più di un osservatore ha definito di dubbia costituzionalità, dato che limitano la sovranità del Parlamento, la cui attività viene compressa in scadenza predeterminate e indiscutibili in quanto legate alle risorse del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr).

Immediata la reazione della Fondazione promozione sociale e del Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base che hanno evidenziato i punti critici, nefasti per i diritti dei malati non autosufficienti (per ora over 65, con facile estensione a tutti gli adulti, compresi quelli con grave disabilità).

«Il ddl delega – questo l'appello e l'informazione sul provvedimento di Fondazione e Csa – è in realtà una controriforma epocale che esclude dalle cure sanitarie e socio-sanitarie i malati cronici non autosufficienti: si apra immediatamente un confronto nel merito sul provvedimento che discrimina milioni di italiani negando il loro status di malati (il testo omette sempre la causa della condizione di non autosufficienza, cioè la grave carenza di salute determinata da gravi malattie), sottraendo loro il diritto alla tutela della salute e annullando l'indennità di accompagnamento, sostituita con prestazioni sociali non garantite e gestibili da operatori privati».

Snaa, pilastro dell'emarginazione. Il ddl prevede l'istituzione di un «Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente» (Snaa). Si tratta di un Sistema,

e non di un Servizio come quello sanitario nazionale, «a parte», a cui destinare tutti i malati non autosufficienti ai quali non viene riconosciuto lo status – e i corrispondenti diritti – di malati. Trattati come «casi sociali» al massimo da «accudire» previa valutazione socio-economica (ma se hanno qualche risorsa, nessun servizio sarà attivato perché il settore di riferimento è quello delle politiche sociali e non quello della sanità).

Tappe forzate per il ddl: limitata la sovranità del Parlamento, la cui attività viene compressa in scadenze predeterminate per ottenere i fondi del Pnrr

Indennità di accompagnamento. Il disegno di legge delega insiste sull'invarianza di spesa a carico dello Stato per i provvedimenti disposti dallo stesso ddl. Dove trovare allora le risorse per gli interventi domiciliari per i malati non autosufficienti, argomento centrale del ddl? Da quelle che ci sono già: le risorse Inps dell'indennità di accompagnamento sulle quali malati e famiglie oggi hanno pieno controllo di spesa. Il ddl prefigura una riforma epocale della misura, con l'introduzione per i malati cronici non autosufficienti «di una prestazione universale graduata secondo lo specifico bisogno assistenziale» (articolo 5, comma 2) erogabile in servizi o come trasferimento monetario.

La differenza con l'indennità di accompagnamento attuale è abissale. Questa viene oggi erogata come diritto esigibile a tutti coloro che ne hanno diritto «a solo titolo della minorazione», senza valutazione socio-economica dei richiedenti e senza limitazioni di bilancio. Il ddl vuole invece istituire una «prestazione», falsamente chiamata «universale» perché sarà vincolata alla valutazione del bisogno assistenziale, che negli altri contesti i cui viene utilizzata, per esempio nelle Unità di valutazione multidimensionale regionali, utilizza tra i criteri anche l'Isee per valutare la consistenza economica del richiedente e del suo nucleo familiare. Di più, il ddl impone di erogare la prestazione universale «nei limiti delle disponibilità del Fondo» – l'ennesimo! – che ingloberà

anche «risorse rivenienti dagli eventuali risparmi di spesa sanitaria» fatti sulla pelle degli stessi malati!

Chi ne risponde? All'utente dell'istituendo «Sistema» manca un riferimento unico, che risponda del servizio e sia responsabile – anche di fronte ad un giudice – della sua eventuale mancata erogazione. A questo soggetto – che non c'è, o meglio, che dovrebbe essere il Servizio sanitario nazionale come previsto dalla legge 833 del 1978 – sarebbe opportuno delegare la funzione di centro direttivo, gestionale e di erogazione delle risorse. Il ddl prevede che il nuovo sistema sia governato dal “Coordinamento interministeriale per la popolazione anziana” (tutta, dai vecchi malati senza autonomia a quelli amministratori delegati di aziende multimilionarie!), «presieduto dal Presidente del Consiglio dei ministri o, su sua delega, dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali, è composto dai Ministri del lavoro e delle politiche sociali, della salute, per la famiglia, la natalità e le pari opportunità, per le disabilità, per gli affari regionali e le autonomie, dell'economia e delle finanze o loro delegati». C'è chi ha osservato che c'è dentro «mezzo governo»; è la garanzia che le decisioni saranno al ribasso per chi ha più bisogno e che non sarà individuabile un soggetto responsabile.

La valutazione multidimensionale. La valutazione socio-economica (Isee) e sociale più in generale (famigliari, abitazione...) secondo il ddl dovrebbe caratterizzare l'accesso dei malati non autosufficienti nel «Sistema nazionale per la popolazione anziana

Ricorrente in tutto il testo la pressante disposizione a non spendere un euro in più di quelli previsti attualmente a bilancio, già insufficienti a curare tutti i malati

non autosufficiente». Si tratterà del sistema di esclusione di questa «fetta» importante di malati dal resto dei cittadini con gli stessi bisogni e dal godimento delle prestazioni assicurate in caso di necessità di tutela della propria salute. Ne è un esempio, nel testo del ddl, l'accorpamento – previsto solo per

i malati non autosufficienti – dei servizi di Assistenza domiciliare integrata - Adi (Sanità) e Sad – Servizio di assistenza domiciliare (Comuni), in modo da negare la prestazione sanitaria a chi non avrà i requisiti per quella comunale/sociale. La valutazione avverrà in fantomatici «punti unici di accesso (Pua), collocati presso le Case di Comunità», che lo stesso ministero della sanità ha messo in dubbio per carenza di professionisti.

«Non un euro in più». È ricorrente in tutto il testo del ddl la pressante disposizione di non spendere un euro in più degli attuali. Sappiamo, invece, che la presa in carico dei malati non autosufficienti ha necessità di più risorse (che ci sono, come dimostrano gli stanziamenti per altri capitoli di spesa – anche improvvisi – mai soggetti a limitazione nel bilancio dello Stato) e di un riconoscimento della tutela della salute a casa attraverso un maggiore impegno della sanità, universalistica, accessibile a tutti senza valutazione socio-economica o limitazione preventiva delle risorse, nelle attività di assistenza tutelare.

Quest'ultimo obiettivo è fondamentale per la tutela della salute dei malati non autosufficienti a domicilio e per il rispetto del diritto ad una vita dignitosa dei loro parenti *caregivers*. Si può ottenere con l'inserimento nei Lea (articolo 22 delle prestazioni sanitarie che lo Stato è obbligato a fornire) del riconoscimento delle prestazioni informali di «aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona», con corrispondente assegno di cura sanitario destinato a riconoscere l'attività dei famigliari o di assistenti famigliari regolarmente assunti. È questo l'unico provvedimento utile e decisivo per il riconoscimento della tutela della salute dei malati cronici non autosufficienti a casa loro. Il ddl, invece, vuole attaccare i risparmi del ceto medio togliendo a milioni di italiani le tutele del Servizio sanitario, unica vera assicurazione sulla nostra salute e su quella delle future generazioni.

Futuro antico. È impressionante come per individuare i nodi critici del ddl e dell'impostazione culturale che lo sostiene si possano utilizzare pari pari le parole che su questa ri-

vista utilizzammo oltre vent'anni fa nel condannare la proposta di legge che poi portò all'approvazione della legge 328/2000. Anche allora, la negazione dei diritti per i malati non autosufficienti era palese. Moltissime associazioni e organizzazioni non vollero vederla e denunciarla, scaricando sui cittadini più deboli le conseguenze drammatiche di «una legge senza diritti» che però – proprio come il ddl – confinava i non autosufficienti in un settore senza tutele.

«Il testo in esame – scrivevamo su *Prospettive assistenziali* 128, ottobre-dicembre 1999 – prevede il trasferimento della competenza ad intervenire, nei confronti degli anziani colpiti da malattie invalidanti (cancro, demenza, pluripatologie, ecc.) e da non autosufficienza, dalla sanità (che attualmente deve curarli in base a leggi vigenti dal 1955) all'assistenza, con le seguenti conseguenze: 1) passaggio dalla gratuità al pagamento da parte dei degenti di rette ammontanti anche a 100-140 mila lire al giorno; 2) perdita del diritto esigibile alle cure sanitarie, ricoveri compresi, e assegnazione degli interventi alla discrezionalità dell'assistenza e quindi con l'inserimento nelle liste di attesa, anche di 2-3 anni, per il ricovero in case di riposo e altre strutture assistenziali (residenze protette, ecc.)».

E ancora: «Per quanto riguarda i malati di Alzheimer e sindromi correlate e gli anziani sofferenti a causa di altre infermità inguaribili (circa 500-800 mila persone), riprendendo quanto abbiamo già affermato, ricordiamo che l'articolo 15 del testo in esame prevede che restino ferme 'le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione per le patologie acute e croniche, particolarmente per i soggetti non autosufficienti'. Questa formulazione non conferma, come potrebbe apparire a prima vista, la totale (o almeno la primaria) competenza del Servizio sanitario nazionale, così come avviene per i malati giovani e adulti. Stabilisce, invece, che il Servizio sanitario nazionale deve intervenire esclusivamente per quanto concerne le prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative e non in merito a tutti gli altri aspetti». Veniva allora evidenziato, fatto di rilevante importanza, che «per le altre competenze

riguardanti il soggetto malato (ammissione, scelta del posto letto, dimissione, norme sulla idoneità dei locali, qualificazione e numero degli addetti, oneri economici a carico dell'utente, ecc.) le disposizioni di riferimento non sono più quelle del Servizio sanitario nazionale, ma del settore assistenziale. Di conseguenza, l'utente non ha più il diritto esigibile alle cure del Servizio sanitario nazionale, ma le sue istanze rientrano nel settore dell'assistenza/beneficenza, le cui prestazioni sono – salvo casi del tutto eccezionali – di gran lunga meno valide rispetto a quelle che la legge impone alla sanità».

Meno diritti per i malati non autosufficienti, come nella legge 328: il Servizio sanitario nazionale interviene solo per le attività professionali di breve periodo

Diritti per combattere l'emarginazione.

Sull'efficacia del provvedimento, la lunga esperienza acquisita nella lotta contro l'emarginazione sociale dei più deboli dimostra – ancora citando l'articolo – «in modo incontrovertibile che le iniziative che sono state di maggior aiuto per le persone in gravi condizioni personali e sociali non sono state quelle relative all'assistenza o ai servizi sociali, bensì quelle riguardanti la riabilitazione, l'inserimento scolastico degli allievi con handicap, la costruzione di case dell'edilizia economica, la non creazione e l'abbattimento delle barriere architettoniche, il collocamento obbligatorio al lavoro, l'adozione dei minori privi di sostegno morale e materiale da parte dei genitori e dei parenti tenuti a provvedervi, l'erogazione della pensione sociale, ecc.».

Era questa, ed è oggi senza differenze con ieri, un'ulteriore conferma che la vera prevenzione dell'esclusione non si realizza quasi mai con gli interventi dei servizi sociali e dell'assistenza (preposti proprio alla gestione delle persone e dei nuclei familiari posti ai margini della società), ma operando affinché tutti i settori di interesse sociale (sanità, scuola, ecc.) siano predisposti in modo da accogliere pienamente e insieme agli altri, anche le persone più deboli.