

Torino, 24 marzo 2022

CHIEDIAMO IL RITIRO DELLA PROPOSTA DI LEGGE DELEGA SULLA NON AUTOSUFFICIENZA PRESENTATA DAL MINISTRO DELLE POLITICHE SOCIALI ON. ANDREA ORLANDO.

La stragrande maggioranza dei malati cronici e delle persone con disabilità non avrà accesso ai contributi economici per essere curati a casa.

La legge per garantire l'assegno di cura deve scriverla il Ministro della salute, on. Roberto Speranza. L'assegno di cura deve rientrare nelle prestazioni sanitarie domiciliari lea come diritto esigibile a carattere universale.

Maria Grazia Breda

INTRODUZIONE

È stata presentata a fine gennaio 2022 dal ministro Andrea Orlando (politiche sociali), di concerto con il ministero della Salute, la proposta di legge delega "Norme per la promozione della dignità delle persone anziane e per la presa in carico delle persone non autosufficienti".

Il testo, ora all'esame del Governo, è stato elaborato dalla Commissione "Interventi sociali e politiche per la non autosufficienza" istituita presso il Ministero del Lavoro e Politiche sociali e presieduta dall'ex Ministro Livia Turco.

La legge delega sulla non autosufficienza non era necessaria e, come temevamo, non porta nuovi diritti. Anzi, come dimostreremo, mina quelli esistenti in sanità.

Per i malati e le persone con disabilità non autosufficienti il riferimento è la legge 833/1978, che garantisce il diritto alle cure sanitarie e alle prestazioni definite nei Lea, Livelli essenziali di

assistenza socio-sanitaria. Queste ultime, benché in parte a pagamento, assicurano tuttavia l'esigibilità del diritto alle prestazioni per le cure di lunga durata: domiciliari, semi-residenziali e residenziali. La titolarità (ovvero la responsabilità di dare attuazione al diritto alla prestazione) è del Servizio sanitario. L'utente malato o con disabilità non autosufficiente partecipa con una quota alberghiera. Ma l'Asl deve garantire la prestazione. Siamo nell'ambito del diritto esigibile che può essere contestato, se viene negato, in sede giudiziaria.

Nel commento che segue prendiamo in esame gli articoli che più allarmano in quanto gli interventi previsti a sostegno delle cure domiciliari di lunga durata sono solo quelli del settore assistenziale, mentre la Sanità si limita, come oggi, a fornire le prestazioni esclusivamente sanitarie dell'Adi che non assicurano le altre prestazioni indifferibili per le prestazioni vitali di un anziano malato cronico non autosufficiente.

IL NOSTRO COMMENTO ALLA LEGGE DELEGA SULLA NON AUTOSUFFICIENZA

Non prevede diritti esigibili

La legge delega, come vedremo, prevede infatti che siano gli Ats (Ambiti territoriali sociali, afferenti a Comuni) a stabilire chi avrà diritto agli interventi, servizi, attività e prestazioni previste dai Leps, Livelli essenziali delle prestazioni sociali. Diritto che, al contrario delle prestazioni sanitarie Lea, non è esigibile.

Per capirlo è necessario incrociare le due dichiarazioni contraddittorie dell'articolo 3 (Principi). Al punto 4. si legge che *"La Repubblica riconosce il diritto delle persone anziane e delle persone non autosufficienti alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio secondo le previsioni di cui alla presente legge ed entro i limiti e i termini definiti dalla programmazione integrata sociosanitaria e socio assistenziale nazionale e regionale"*.

Per sapere che non c'è nulla di esigibile bisogna **leggere il successivo punto 6.** In base al quale tutto quanto previsto al precedente punto 4. sarà erogato *"entro i limiti e i termini definiti dalla programmazione"*.

Potremmo fermarci qui.

Tutto il resto dell'impianto ruota intorno a questo e abbiamo già visto come va a finire. In niente o poco più di niente. La legge di riferimento è la legge 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e non sono bastati oltre 20 anni dalla sua entrata in vigore per capire che non ci sono diritti esigibili in assistenza. Peraltro

lo avevamo già denunciato prima e durante il dibattito parlamentare e nel libro "Le cure negate ai malati cronici non autosufficienti. Ripensare il servizio sanitario universalistico dopo il Covid e la strage nelle Rsa", pubblicato immediatamente dopo. Molti sono gli articoli pubblicati inoltre sulla rivista *Prospettive assistenziali*, reperibili sul sito www.fondazionepromozionesociale.it

Come la legge 328/2000 anche la legge delega in oggetto condiziona i Leps alle risorse disponibili, pomposamente definiti Livelli essenziali delle prestazioni sociali. Il sopra citato punto 4 dell'articolo 3 (Principi) è di una ipocrisia che rasenta la crudeltà: vende l'illusione di avere diritti, che non lo saranno mai per la maggioranza delle persone malate o con disabilità non autosufficienti.

I contributi a sostegno delle cure domiciliari è però anche il nervo scoperto in sanità ed è per questo che insistiamo da tempo perché diventi un diritto esigibile e rientri a pieno titolo nelle prestazioni sanitarie domiciliari, come parte integrante dell'articolo 22 del dpcm del 12 gennaio 2017, di aggiornamento dei Lea socio-sanitari.

E' sbagliato il contenitore. Non sono le politiche socio-assistenziali, ma il settore dei servizi sanitari domiciliari, che devono farsi carico *in primis* delle cure domiciliari che riguardano le prestazioni di cui necessitano i malati cronici e le persone con disabilità non autosufficienti al domicilio, 24 ore su 24 e per 365 giorni l'anno.

Sono prestazioni parte sostanziale della tutela della loro salute ed è per questo che deve essere il Servizio sanitario nazionale a garantirle a tutti i malati, senza distinzione per età, malattia, condizione personale o sociale e senza limiti di durata. Lo affermano gli articoli 1 e 2 della già citata legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, grazie alla quale i malati "poveri" sono stati eliminati dagli elenchi delle persone da assistere dei Comuni. Invece di andare avanti, con la proposta di legge delega che trasferisce la competenza ai Comuni si torna indietro. Abbiamo anche dimenticato i limiti delle mutue e del diritto alle cure, che era in vigore prima dell'entrata in vigore della riforma del servizio sanitario nazionale.

È il Ministro della salute Speranza che deve garantire in *continuum al domicilio*, come in ospedale o in Rsa, cure sanitarie e prestazioni per le funzioni vitali

Con l'approvazione della legge delega, la sanità finirebbe per espellere definitivamente da ogni possibilità di ricevere contributi o assegni di cura, chi non è guaribile, benché continui ad essere curabile. Questo per noi è razzismo, discriminati perché inguaribili.

Il Ministro della salute ha il dovere di garantire in *continuum* oltre alle cure strettamente sanitarie, tutte le altre prestazioni indispensabili per garantire la permanenza al domicilio al malato (anziano e non) e alla persona con disabilità non autosufficiente, anche se non guarirà. Compresa le terapie di contrasto al dolore e le cure palliative.

La sanità al domicilio non è solo medicine e iniezioni: è progetto individualizzato di prestazioni indifferibili – relazioni sociali comprese – per il malato non autosufficiente; prestazioni identiche a quelle a cui ha diritto se la stessa persona è ricoverata in ospedale o in una Rsa accreditata; prestazioni a cui dovrebbe accedere prioritariamente quando può riceverle a casa sua, quando questo è praticabile grazie alla volontaria disponibilità dei suoi congiunti che, direttamente o con l'aiuto di terzi, acconsentono ad accudirlo al domicilio e non vi sono controindicazioni per la persona.

Per avere presente la condizione di questi malati si veda la descrizione del paziente tipo del medico di base Dott. Tiziano Scarpone e tutte le prestazioni che devono essere assicurate dall'accuditore a domicilio nelle 24 ore tutti i giorni dell'anno. Le schede che seguono sono una parte dell'intervento presentato nella videoconferenza del 15 novembre 2021, avvenuta in presenza nella sala del Consiglio provinciale di Perugia, sul tema *"Diritto alle cure sanitarie domiciliari: le richieste al Parlamento per garantire le cure ai malati cronici non autosufficienti accuditi a casa"*, promossa dall'Associazione Umana di Perugia. Il medico ha tenuto a precisare che il caso tipo è stato scelto tra quelli meno compromessi dal punto di vista delle esigenze sanitarie e di necessità di accadimento e sorveglianza.

(nome di fantasia; dati reali)

ROSI ROSINA 86 ANNI

1. Iperensione arteriosa
2. Diabete mellito Tipo 2
3. Postumi di ischemia cerebrale con lieve-moderata diminuzione delle capacità cognitive residue
4. Poliartrosi di tipo limitante con gravi problemi alla deambulazione
5. Osteoporosi grave
6. BPCO Stadio 2

Ora	Farmaci	Altro
Ore 7	Inalazione di ipratropio Alendronato 70 mg/sett	Controllo piedi Stazione eretta per 30 min quando assunto alendronato Misurazione glicemia
Ore 8	Calcio 500 mg e vitamina D 200 UI Idroclorotiazide 12,5 mg Lisinopril 40 mg Gliburide 10 mg ASA 81mg Metformina 850 mg Naprossene 250 mg Omeprazolo 20 mg	Assumere colazione Sodio 2,4 g/die Potassio 90 mmol/die Evitare acidi grassi saturi e colesterolo Adeguata assunzione di magnesio e calcio Dieta per diabetici Dieta per ipertesi
Ore 12		Assumere il pranzo Sodio 2,4 g/die Potassio 90 mmol/die Evitare acidi grassi saturi e colesterolo Adeguata assunzione di magnesio e calcio Dieta per diabetici Dieta per ipertesi
Ore 13	Inalazione di ipratropio Calcio 500 mg e vitamina D 200 UI	
Ore 19	Inalazione di ipratropio Metformina 850 mg Naprossene 250 mg Calcio 500 mg e vitamina D 200 UI Lovastatina 40 mg	Assumere la cena Sodio 2,4 g/die Potassio 90 mmol/die Evitare acidi grassi saturi e colesterolo Adeguata assunzione di magnesio e calcio Dieta per diabetici Dieta per ipertesi
Ore 23	Inalazione di ipratropio	
Al bisogno	Inalazione di albuterolo	

PER ROSINA ABBIAMO PRESCRITTO

- **12** FARMACI IN **21** SOMMINISTRAZIONI GIORNALIERI
 - **4** PRECAUZIONI GIORNALIERE NELL'ASSUNZIONE DEI FARMACI
 - **5** RACCOMANDAZIONI GIORNALIERI PER I **3** PASTI
 - **8** COMPITI PER IL PAZIENTE
 - **10** COMPITI PER IL MEDICO
 - **7** INTERAZIONI TRA FARMACI DA VALUTARE
 - **9** INTERAZIONI DEI CIBI DA VALUTARE
 - **2** INCOMPATIBILITA' DIETETICHE DA CONSIDERARE
 - **3** PRECAUZIONI NELL' ATTIVITA' FISICA DA CONSIDERARE
-

La legge delega non rispetta la Costituzione

Come si evince dalle descrizioni sopra riportate del paziente tipo curato al domicilio dal medico di medicina generale, dott. Tiziano Scarponi ¹, **le persone non autosufficienti a causa di malattie croniche invalidanti sono malati senza ombra di dubbio.**

In quanto malati rientrano pertanto a pieno titolo nell'articolo 32 della Costituzione, che tutela il diritto fondamentale alla salute di tutti i cittadini. Il diritto alla salute non è condizionabile alla disponibilità delle risorse.

La legge delega colloca invece le persone anziane malate croniche non autosufficienti nell'ambito dell'articolo 38 della Costituzione, primo comma, che pone in capo allo Stato, ovvero ai Comuni singoli e associati, gli

interventi di politica sociale e socio-assistenziale. Gli interventi, come i contributi economici per il domicilio, sono limitati agli *"inabili al lavoro e sprovvisti dei mezzi necessari per vivere"*. Il diritto non è esigibile, ma è condizionato alle risorse disponibili e in base alla valutazione personale ed economica del richiedente e del suo nucleo familiare.

Francesco Pallante, Professore associato di Diritto costituzionale, Università degli Studi di Torino, ha ribadito che *«Il diritto alla salute è l'unico espressamente qualificato dalla Costituzione come "fondamentale" (articolo 32, comma 1). Se ne comprende facilmente la ragione: la salute è precondizione necessaria al godimento di tutti gli altri diritti costituzionali»*. ("Appunto sul diritto costituzionale alla salute dei malati non autosufficienti", Prospettive assistenziali, n. 214, 2021) *«Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale grava essenzialmente sulla fiscalità generale, che – al fine di realizzare i "doveri*

¹ Le tabelle / slide sono state illustrate nella videoconferenza del 15 novembre 2021 "Diritto alle cure sanitarie domiciliari: le richieste al Parlamento per garantire le cure ai malati cronici non autosufficienti accuditi a casa", promossa dall'Associazione Umana di Perugia.

inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale” sanciti dall’articolo 2 della Costituzione e di ottemperare al principio di uguaglianza in senso sostanziale sancito dall’articolo 3, comma 2 della Costituzione – è informata a criteri di progressività». Pallante prosegue con due precisazioni importanti. «La prima: il contenuto minimo essenziale del diritto alla salute è concettualmente altro rispetto ai livelli essenziali delle prestazioni inerenti al diritto alla salute sanciti dalla disciplina sui Lea. Il contenuto minimo essenziale è un riferimento, per così dire, oggettivo: il livello minimo di attuazione del diritto alla salute andando al di sotto del quale il diritto stesso risulta violato. (...) Seconda precisazione: il diritto alla salute – al pari di tutti i diritti costituzionali – ha preminenza logico giuridica sulle esigenze di bilancio».

La Corte costituzionale al riguardo è stata chiarissima. Il costituzionalista ricorda la sentenza n. 275 del 2016 secondo la quale «è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l’equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione».

Infine evidenzia come la stessa Corte Costituzionale nella sentenza 62 del 2020, precisa che «mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali [e quindi tutte quelle dell’assistenza sociale] deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare

la dimensione finanziaria e attuativa dei Lea [Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie], la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa».

Pallante conclude precisando che “Applicato ai malati cronici non autosufficienti e alle persone con demenza, compresa la malattia di Alzheimer, senza dubbio persone coi bisogni sanitari e non di assistenza sociale,” (...) “una volta che ne sia stata certificata la condizione di non autosufficienza conseguente a patologie croniche invalidanti, il Servizio sanitario nazionale ha il dovere costituzionale e legale di prestare loro tutte le cure necessarie per tutto il tempo che sia necessario”. (...) “Sono pertanto lesivi dell’articolo 32 della Costituzione atti normativi – di rango primario o secondario – e, a maggior ragione atti amministrativi che, direttamente o indirettamente, comportino: (...) “iii) l’iscrizione di prestazioni aventi natura sanitaria nell’ambito, legislativamente meno tutelato, delle prestazioni assistenziali e/o sociali (iscrizione, oltretutto, prodromica alla valutazione della situazione economica tramite Isee familiare) erogate dagli enti locali (Comuni singoli e associati) nei limiti delle risorse disponibili; (...)”.

Uscire dalla competenza del comparto sanitario significa perdere il diritto soggettivo ed esigibile alle cure sanitarie e socio-sanitarie che l’art. 32 della Costituzione sancisce e con la quale la legge 833 del 1978 affida al Servizio sanitario nazionale il

compito di tutelare la salute a tutti i malati, acuti o cronici, autosufficienti o non autosufficienti senza alcuna discriminazione.

La programmazione integrata è un'invenzione. Non è prevista né dalla Costituzione, né dalla legge 328/2000.

La legge delega introduce la "Programmazione integrata" che non è prevista dal dettato costituzionale in quanto l'articolo 32 e l'articolo 38, come sopra ricordato, rispondono ai cittadini che hanno esigenze e diritti differenti.

In base alla normativa vigente è il Servizio sanitario che deve garantire le prestazioni sanitarie e socio sanitarie a chi è malato cronico con disabilità non autosufficiente.

Nel caso il cittadino preso in carico dall'Asl, abbia necessità di altri interventi afferenti alle politiche sociali o socio-assistenziali, è il Servizio sanitario ovvero la Asl che, in base al citato articolo 1 della legge 833/1978, assicurerà "il collegamento e il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività".

Pertanto **la titolarità dei malati cronici e delle persone con disabilità non autosufficienti deve restare in capo all'Asl**, che garantirà le prestazioni sanitarie e sociosanitarie rientranti nei Lea, mentre i Comuni collaboreranno per la parte di loro competenza:

interventi economici; inserimento in alloggi di edilizia abitativa, l'eliminazione delle barriere architettoniche, ecc.

L'articolo 5, della proposta di legge delega per la non autosufficienza, fa l'esatto contrario: pone in capo ai Comuni la titolarità di una competenza che è propria del Servizio sanitario.

Così il Ministro della salute si limita "a concertare". L'intervento del Ministero della salute consiste nel destinare risorse che, per quanto concerne il budget di cura e di assistenza, previsto nello stesso articolo 5, sono del tutto discrezionali, in quanto non ci sono norme cogenti in ambito sociale come sopra ricordato, che lo vincoli a garantire l'esigibilità del diritto ai fini del sostegno alla domiciliarità.

Il Ministro della salute, che appartiene al partito "Liberi e Uguali" (Leu), **prosegue il percorso** avviato dall'allora Ministro Paolo Ferrero di Rifondazione Comunista, che ha aperto la via **dell'espulsione dei malati cronici non autosufficienti dalla competenza sanitaria** con l'istituzione del "Fondo per le non autosufficienze" (cfr. legge 296/2006, articolo 1, commi 1264 e 1265), altra definizione ingannevole.

Le risorse stanziare, infatti, sono destinate al comparto socio-assistenziale. Il comma 2 dell'articolo 2 del decreto del Ministro della solidarietà sociale del 12 ottobre 2017 precisa che «2. Le risorse di cui al presente decreto sono finalizzate alla copertura

dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria e sono aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, nonché da parte delle autonomie locali. Le prestazioni e i servizi di cui al comma precedente non sono sostitutivi di quelli sanitari».

La legge delega ripropone la formula del cosiddetto “Fondo sociosanitario”, già fatto proprio da alcune amministrazioni regionali: un po' di risorse dalla Sanità e quelle del Fondo per le non autosufficienze. Lo scopo è limitare la platea degli aventi diritto e contenere al massimo le risorse stanziare a carico del Servizio sanitario, mai calcolate in base al fabbisogno, ma frutto di scelte discrezionali della politica. Per queste ragioni **non ci possono essere diritti esigibili** nella proposta di legge per la non autosufficienza: finiti i soldi finite le prestazioni.

Sarebbe questa la novità? Non è più, né meno di quanto è già purtroppo in atto. Dovrebbe far riflettere il fatto che in più di vent'anni nessuno è mai riuscito a far funzionare l'integrazione socio-sanitaria, oggi ribattezzata “Programmazione integrata”. Sbagliare è umano, ma perseverare è una pratica razzista.

Un esempio di come non funziona l'integrazione sociosanitaria, ovvero il Fondo socio-sanitario

Prendiamo a titolo di esempio la legge della Regione

Toscana n. 66 del 2008, con la quale è previsto nel comparto dell'assistenza un fondo nel quale confluiscono risorse provenienti dal Fondo regionale sanitario, oltre a quelle del Fondo per le non autosufficienze. Come la proposta di legge delega che stiamo commentando, anche la legge per la non autosufficienza della Regione Toscana non riconosce che un anziano è non autosufficiente a causa della presenza di pluripatologie croniche irreversibili. Come nel testo della legge delega anche in questo caso il malato cronico non autosufficiente anziano è declassato ad “assistito” per poterlo escludere dall'esigibilità delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie rientranti nei Lea, condizionate alla valutazione socio-economica, e quindi all'Isee del nucleo familiare nonché alla disponibilità delle risorse. La lista d'attesa è sicura e, salvo opposizione alle dimissioni, non ci sono tempi certi di presa in carico. Molto meglio – per la Regione – se pagano i diretti interessati e le loro famiglie. Il Fondo socio sanitario è infatti il trucco o, meglio, il metodo truffaldino utilizzato dalle Amministrazioni regionali per scaricare oneri e responsabilità di cura sui cittadini malati non autosufficienti e sulle loro famiglie².

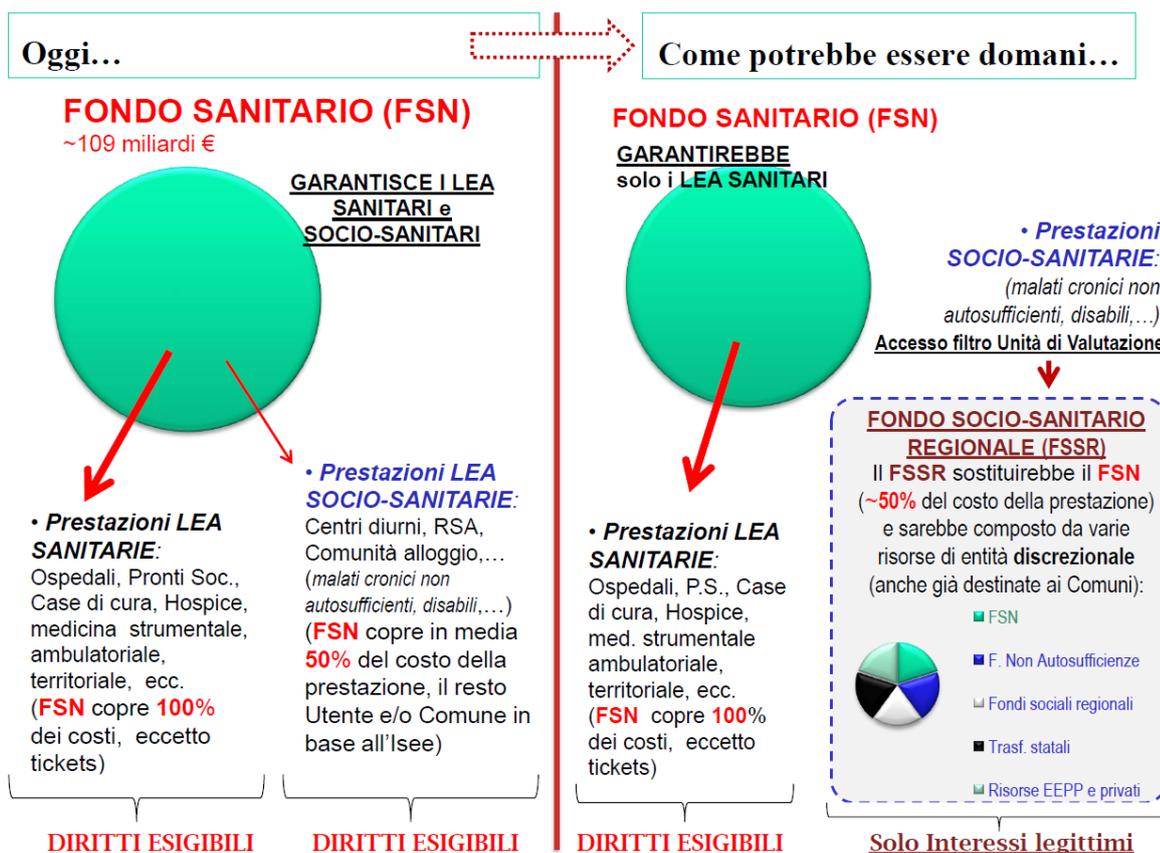
Si veda a titolo di esempio lo schema qui riportato di Fondo socio-sanitario secondo l'ipotesi predisposta dalla Giunta regionale

² Cfr. “Fondo socio sanitario regionale. Ecco come esclude i malati dalla presa in carico dell'Asl e delle prestazioni sanitarie. L'esempio della Toscana” in Prospettive assistenziali, n. 214/2020.

del Piemonte (anno 2018). Grazie alla mobilitazione delle associazioni del Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base e di molte amministrazioni comunali, nonché di consiglieri regionali afferenti all'area politica della Giunta, il disegno di legge di allora è stato ritirato, ma verrebbe immediatamente riproposto in

caso di approvazione della legge delega.

Merita notare la profonda differenza dell'ammontare delle risorse destinate alle prestazioni Lea se considerate a carico del Servizio sanitario rispetto alla disponibilità che si avrebbe con il Fondo socio-sanitario in assistenza, come è previsto nella proposta di legge delega.



Nella lettera inviata il 24 giugno 2021 al Ministro del lavoro e delle politiche sociali Andrea Orlando e all'On. Livia Turco, Presidente del Gruppo di lavoro, abbiamo chiesto invano di operare secondo il dettame costituzionale e la legge 833/1978.

Il budget di cura e di assistenza: la partecipazione ingannevole (o truffaldina) della Sanità.

Significativo delle intenzioni del Ministero della salute è il punto 5. dell'articolo 5 (Programmazione integrata). E' previsto di "sostenere adeguatamente l'attuazione dei progetti individualizzati di

assistenza integrata (Pai) per le persone anziane e per le persone non autosufficienti”.

Continua l'uso distorto delle definizioni, ma come è noto, le parole contano. Anche in questo caso **per eliminare la competenza del settore sanitario (e negare il diritto esigibile ai malati cronici e alle persone con disabilità non autosufficienti) scompare dal testo la condizione di “malati”:** diventano “persone anziane” o “persone non autosufficienti”. Viene nascosta la causa che determina la non autosufficienza.

La conseguenza è che nel previsto “budget di cura e di assistenza” **le risorse economiche del Ministero della Salute sono sempre e solo:**

“a) le risorse derivanti dal trasferimento alle regioni e alle province autonome delle relative quote del fondo sanitario nazionale specificamente destinate per tali finalità nell'ambito dei livelli essenziali dell'assistenza sanitaria”.

Come già ricordato **non sono previsti all'articolo 22 (“Cure domiciliari”) del Dpcm del 12 gennaio 2017, contributi o assegni di cura per la copertura delle prestazioni di aiuto al malato cronico o alla persona con disabilità non autosufficiente** a causa di patologie croniche invalidanti indispensabili per il soddisfacimento delle funzioni vitali.

Inserire un contributo nel cosiddetto “budget di cura e di assistenza” nell'ambito delle politiche assistenziali non cambia la situazione esistente che, come

già sopra ricordato, non prevede diritti esigibili. Inoltre, proprio perché non siamo nell'ambito del Servizio sanitario – che interviene nei confronti di tutta la popolazione – il budget di cura e di assistenza risponde solo a una percentuale assai limitata di anziani malati e/o persone con disabilità non autosufficienti (si stima un 2-3%). I Comuni potranno in ogni caso limitare il contributo in base alla valutazione della situazione economica e personale e alle risorse disponibili. Siamo nell'ambito dell'interesse legittimo a chiedere, ma non del diritto Costituzionale che abbiamo in sanità di esigere. In questo caso le risorse sono quelle già note (anche per la loro esiguità) del Fondo per le non autosufficienze.

Come sempre: **si fa finta di cambiare tutto. In realtà non si cambia nulla;** anzi, si va spediti verso l'affossamento del diritto alle cure sanitarie domiciliari come alternativa al ricovero. È questa l'innovazione che non è entrata nel Pnr del Ministro Speranza.

Il Ministro della salute, che per tutto il periodo della pandemia ha sbrodolato con la “prossimità” come mantra su cui impostare un nuovo servizio domiciliare, si è in realtà tirato indietro, più ancora di quanto già lo fosse.

Il Servizio sanitario non aggiunge nulla di più di quanto c'è oggi. È quindi ingannevole (truffaldino) affermare sempre all'articolo 5.1 che *“A decorrere dall'entrata in vigore del presente provvedimento il Governo, le Regioni e gli Enti locali adottano il principio della programmazione*

integrata al fine di garantire l'universalità di accesso ai servizi alle prestazioni e ai trattamenti in relazione alle necessità delle persone e degli anziani non autosufficienti".

Saranno remunerate le prestazioni dell'Adi, Assistenza domiciliare integrata, il cui finanziamento è stato incrementato per le prestazioni professionali, **mentre continua a non essere previsto nessun contributo della parte sanitaria** nella formazione del "budget di cura e assistenza domiciliare" (art.5, punto 5 del disegno di legge delega), **al pari di quanto già oggi è previsto a carico dell'Asl, come diritto esigibile in caso di ricovero** in Rsa in convenzione (o altra struttura residenziale socio-sanitaria per le persone con disabilità non autosufficienti) per il pagamento della retta di ricovero (articoli 30 e 34, dpcm 12 gennaio 2017, aggiornamento Lea).

Come ricordano Carlo Pontillo, Franco Cirio e Fabiano Zanchi, in *"Le cure domiciliari alla popolazione della città di Torino. L'analisi della prassi per una nuova progettualità"* (Welforum.it, 10 Dicembre 2021), il problema principale dell'Adi *"non risiede solo nella copertura (il numero di utenti raggiunti), bensì nell'intensità (quante visite riceve l'utente) e nella durata della presa in carico (quanto è esteso il periodo nel quale l'anziano viene assistito a domicilio. L'intensità media nazionale è estremamente ridotta: dai dati Agenas circa 18 ore di assistenza annuali procapite; questo significa, ad esempio, che circa il 40% degli interessati riceve*

meno di una visita alla settimana. Anche la presa in carico perlopiù dura molto poco e si riferisce spesso a specifici periodi, ad esempio ai giorni immediatamente successivi all'uscita dall'ospedale (Tidoli, 2021), in contrasto con l'incremento delle condizioni di cronicità della popolazione anziana (...)". A parere degli Autori *"L'incremento della cronicità e della non autosufficienza necessita di interventi domiciliari (...) "sanitari se necessari, ma soprattutto di tutela negli atti di vita quotidiana: gestione dell'igiene della persona, della sua mobilitazione vestizione, gestioni dell'alimentazione e dell'incontinenza, ecc. Questi bisogni che richiedono plurimi interventi durante la giornata, difficilmente sono assicurati dall'Adi, tuttavia il Pnrr prevede sostanzialmente solo un potenziamento di questa tipologia di cura e assistenza"*.

Conclusioni: la legge per il domicilio deve scriverla il Ministro Speranza

Se per l'On. Roberto Speranza "prossimità" è la parola chiave della riforma del Pnrr, è il Ministro della salute (e non quello delle politiche sociali, Orlando) che deve farsi promotore di una legge che riconosca la priorità delle prestazioni domiciliari ai malati cronici, anziani e non, nonché delle persone con disabilità non autosufficienti.

Le prestazioni domiciliari per i malati e le persone con disabilità non autosufficienti, che richiedono cure domiciliari di lunga durata, devono rientrare nei Lea e, quindi,

serve una norma di legge che introduca all'articolo 22, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017. la presa in carico dell'Asl in continuum. Tutto il contrario di quanto si propone oggi nella Missione 6 del Pnnr, che dispone il passaggio ai servizi sociali del malato cronico che diventa non autosufficiente, salvo le prestazioni strettamente sanitarie.

Chiediamo invece che sia approvata una legge che riconosca, in ambito sanitario, la priorità delle prestazioni domiciliari per tutte le persone non autosufficienti, a causa di malattie croniche o disabilità invalidanti irreversibili, in tutti i casi in cui congiunti o terze persone siano volontariamente disponibili a garantire una presenza attiva. e ad accettare il ruolo di accuditore direttamente, o mediante l'aiuto di altre persone.

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 di una somma, mediamente non inferiore al 70% dell'onere a carico del Servizio sanitario nei casi di degenza presso le Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, di utenti con analoghe esigenze di cura

Le Regioni dovrebbero assumere le necessarie iniziative per l'organico collegamento delle prestazioni sanitarie domiciliari con i servizi di ospedalizzazione a domicilio per i malati non autosufficienti con patologie acute.

Solo così si realizzerebbe finalmente la piena responsabilità del Sistema sanitario in merito alle cure, indipendentemente dall'età degli infermi e delle loro situazioni cliniche (malati acuti, cronici autosufficienti, non autosufficienti) e si garantirebbe la continuità terapeutica anche al domicilio.

A sostegno di una norma con le caratteristiche di cui sopra ricordiamo le tre proposte di legge depositate in Parlamento: al Senato, Disegno di legge n. 868/2018 (Sen. Laus) e Disegno di legge n. 1990/2020 (Sen. Pirro); alla Camera, Progetto di legge n. 2596/2020 (On. Ruffino) ³.

Merita ricordare che una delle cause di impoverimento dei nuclei familiari e dei cittadini malati cronici o con disabilità non autosufficienti è dovuta alla

³ Sul sito internet della Fondazione promozione sociale onlus / Ets www.fondazionepromozionesociale.it è possibile accedere alla pagina della Petizione on-line "Diritto alle prestazioni sanitarie domiciliari per i malati cronici non autosufficienti" al cui interno sono anche riportate le citate tre proposte di legge depositate in Parlamento.

necessità di assumere in proprio responsabilità e oneri di cure, a causa dell'abbandono del Servizio sanitario una volta superata la fase di acuzie, se permane la situazione di non autosufficienza.

Resta salva, ovviamente, la facoltà per i cittadini non autosufficienti e non abbienti, che hanno ulteriori esigenze di prestazioni aggiuntive a carattere assistenziale o sociale, di rivolgersi ai Comuni singoli e associati, che valuteranno la loro richiesta in base ai criteri previsti dalla normativa di settore.