

Da: Fondazione promozione sociale onlus <info@fondazionepromozionesociale.it>

Inviato: martedì 2 agosto 2022 11:20

A: 'Presidente Consiglio' <presidente@pec.governo.it>; 'ss.garofoli@governo.it' <ss.garofoli@governo.it>; 'seggen@postacert.sanita.it' <seggen@postacert.sanita.it>; 'E.DeFrancisco@governo.it' <E.DeFrancisco@governo.it>; 'capodagl@palazzochigi.it' <capodagl@palazzochigi.it>

Oggetto: STOP alla legge delega per la non autosufficienza

Priorità: Alta

<p>CSA - Coordinamento Sanità e Assistenza fra i movimenti di base</p> <p>10124 TORINO - Via Artisti, 36 <i>In attività ininterrottamente dal 1970</i> Tel. 011-812.44.69 - Fax 011-812.25.95 e-mail: info@fondazionepromozionesociale.it</p>	 <p>Fondazione Promozione Sociale ETS</p> <p>Via Artisti 36 - 10124 Torino Tel. 011.8124469 - Fax 011.8122595 info@fondazionepromozionesociale.it www.fondazionepromozionesociale.it</p>
---	--

Ill.mi:

- *Mario Draghi*
Presidente del Consiglio dei Ministri
- *On. Roberto Speranza*
Ministro della salute
- *On. Andrea Orlando*
Ministro delle politiche sociali e del lavoro
- *Dott. Roberto Garofoli*
Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri
- *Dott. Ermanno De Francisco*
Capo Dipartimento Affari giuridici e legislativi

Oggetto: STOP alla legge delega per la non autosufficienza

La presente è inviata alla Vostra attenzione in quanto siamo vivamente preoccupati per le iniziative legislative riferite al Pnrr in programma per i malati cronici non autosufficienti con particolare riguardo agli anziani.

1. Precisiamo che le organizzazioni scriventi operano dal 1970, il Csa, e dal 2003, la Fondazione Promozione sociale onlus/ets, a tutela dei diritti delle persone non

autosufficienti a causa di malattie o disabilità invalidanti. Interveniamo a livello istituzionale per la piena attuazione delle norme vigenti e per ottenere leggi che introducano nuovi diritti esigibili a tutela delle persone non in grado di difendersi autonomamente. Verifichiamo le carenze della normativa attuale attraverso la consulenza diretta ai casi individuali in tutto il Paese. Non gestiamo servizi né direttamente né in convenzione e non riceviamo finanziamenti pubblici.

Ciò premesso, con la presente segnaliamo con allarme che le proposte di legge all'esame della Presidenza e quella promossa dal Patto per la non autosufficienza, non garantiscono la presa in carico del Servizio sanitario per i malati cronici non autosufficienti, specie anziani, nel momento in cui, superata la fase acuta della malattia, hanno la necessità di cure a lungo termine (le cosiddette *Long term care*) in regime di continuità terapeutica, come stabilisce la legge 833/1978 e s.m.i.

É sbagliato e fuorviante accomunare, come fanno le proposte di legge e i documenti citati, anziani malati cronici non autosufficienti con esigenze di prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e di tutela personale 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno, con anziani che hanno problemi di limitata autonomia economica, abitativa, di mobilità sociale, di rete familiare.

2. Tutte le proposte di cui sopra prospettano interventi di carattere domiciliare, semiresidenziale e residenziale nell'ambito delle politiche sociali (meglio, dei servizi socio-assistenziali comunali, erogati su base Isee) ed escludono totalmente ogni richiamo alla competenza del Servizio sanitario e delle sue prestazioni universalistiche, se non per la parte già oggi normata dai Lea con il dpcm del 12 gennaio 2017, che non è tuttavia sufficiente, così come è emerso con evidenza a tutti e non solo agli operatori del settore dalla pandemia Covid-19.

L'implementazione delle politiche sociali per chi non è abiente, oltre che non autosufficiente, deve essere un intervento aggiuntivo e non sostitutivo delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale universalistico. Come hanno sottolineato le società e associazioni dei geriatri piemontesi^[1] l'impiego di termini come «anziano non autosufficiente», senza riferimento alla condizione di estrema malattia del «paziente anziano affetto da demenza o da altre patologie croniche irreversibili», rientra nel concetto di «ageismo», cioè di discriminazione tra i malati: quelli guaribili e quelli che non lo sono. Ai primi è destinata la sanità d'emergenza urgenza e acuzie, ai secondi un comparto di serie B fuori dalla sanità, senza prestazioni adeguate e con accesso limitato in base all'Isee e alle risorse previste dalle istituzioni – e non dalla domanda effettiva – per il settore (è questa la vera essenza delle valutazioni multidimensionali, strumenti di selezione all'accesso degli utenti).

La forma più grave di tale fenomeno è l'«ageismo istituzionale», che si configura quando si mettono in atto discriminazioni all'accesso alle cure sanitarie e socio-sanitarie con procedure sulla base del mero criterio anagrafico o socio-economico.

[1] Cfr. "La non autosufficienza dell'anziano è un problema di salute" a cura delle Organizzazioni dei Geriatri piemontesi, in "Prospettive" n. 217/2022.

Un Servizio sanitario non in linea con la demografia attuale e dunque con le reali esigenze della popolazione anziana, rientra nel concetto di ageismo istituzionale. Anche per chi è sopravvissuto al Coronavirus, oltre che per la memoria di chi è morto a causa delle gravi carenze di prestazioni sanitarie, può avere un senso etico e civile ripristinare, da parte delle Istituzioni destinatarie della presente, il rispetto dei diritti sanciti dalle norme vigenti a tutela della salute di tutti, senza discriminazioni per malattia, per età o per condizione economica o sociale.

3. Con il Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr), ci si attendeva un consistente investimento nelle cure domiciliari con riconoscimento di contributi economici a sostegno della «*prossimità*», analogamente alla quota sanitaria prevista nei Lea per le Rsa, ma non c'è nulla al riguardo nella "Missione 6" del Piano stesso al capitolo dell'Assistenza domiciliare integrata (Adi); non troviamo nulla neppure in merito ai necessari investimenti nella riorganizzazione delle Rsa per trasformarle in strutture sanitarie residenziali adeguate alle esigenze complesse di cura dei ricoverati.

Per tutto quanto premesso

Chiediamo

che venga immediatamente **fermato l'iter della legge delega sulla non autosufficienza** e venga invece approvata dal Parlamento una legge di riordino del sistema e conferma delle disposizioni vigenti di tutela della salute dei malati, **che assicuri agli anziani malati cronici non autosufficienti le tutele del Servizio sanitario nazionale per le cure di lungo termine (Ltc)**. Si tratta di una necessità fondamentale della nostra società, che l'Europa più volte ci rammenta. Continuare il percorso di una proposta di legge emarginante e discriminatoria significherebbe da parte del Governo perseguire scientemente una politica di **ageismo istituzionale**.

La legge necessaria è il riordino degli interventi obbligatori del Servizio sanitario e dovrebbe partire dai seguenti principi:

- riconoscere che la non autosufficienza degli anziani è un problema di carenza di salute conseguente alla presenza di pluripatologie croniche invalidanti, per cui la titolarità delle prestazioni deve restare in capo al Servizio sanitario quale unico ente titolare del diritto alle cure per il cittadino anziano malato e non autosufficiente così come per ogni altra persona che versi nelle medesime condizioni;
- confermare pertanto il pieno e, quando necessario, immediato diritto esigibile alle cure sanitarie e socio-sanitarie già previste dalle norme vigenti, che devono essere esplicitate nel testo: dalle norme costituzionali alle leggi vigenti (articoli 3, 23 e 32 della Costituzione, legge 833/1978, 38/2010 e 24/2017^[2]) e il dpcm del 12 gennaio 2017, aggiornamento dei Lea ai sensi del decreto legislativo 502/1992.

^[2] 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 di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro*

Ricordiamo che i Lea sono diritti esigibili e le prestazioni corrispondenti non possono essere condizionate/negate per una eventuale dichiarata carenza di risorse (Corte costituzionale, sentenza n. 62/2020).

Una legge di riordino generale deve prevedere nell'ambito del comparto sanitario:

- il riconoscimento concreto del diritto alle prestazioni sanitarie domiciliari^[3], comprensive di un contributo economico per assicurare la tutela della salute e le cure di lunga durata di cui necessitano i malati non autosufficienti 24 ore su 24 e per 365 giorni all'anno. Detto contributo deve essere erogato in tutti i casi in cui i congiunti o terze persone sono idonei e volontariamente disponibili a garantire una presenza attiva a sostegno delle persone non autosufficienti a causa di patologie gravemente invalidanti. L'Asl di competenza dovrebbe pertanto predisporre un progetto individualizzato di cure – comprensivo del suddetto contributo economico, se la prestazione è alternativa al ricovero in Rsa – concordando i contenuti e le modalità di attuazione e verifica del piano con il malato non autosufficiente (di ogni età) o con la persona che lo rappresenta giuridicamente.

emarginazione». Ne consegue che il Servizio sanitario deve curare tutte le persone malate siano esse giovani o adulte o anziane, colpite da patologie acute o croniche, guaribili o inguaribili, autosufficienti o non autosufficienti, ricchi o poveri. **In base all'articolo 1 della sopra citata legge 833/1978**, il Servizio sanitario deve operare «*senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio*» sanitario. Ne consegue che violano sicuramente la Costituzione e le leggi vigenti gli ospedali e le case di cura pubbliche e private – che dimettono anziani malati cronici non autosufficienti, appena risolte le patologie acute che avevano determinato il ricovero o al termine del prefissato periodo per la riabilitazione. In base alle norme sopra richiamate il Servizio sanitario è obbligato a garantire la continuità terapeutica fino all'inserimento in convenzione del malato non autosufficiente o al rientro al domicilio, previa presa in carico dell'Asl di residenza e se necessario l'attivazione delle prestazioni domiciliari, nel caso vi siano congiunti volontariamente disponibili.

Si ricorda che **ai sensi dell'articolo 23** della Costituzione «*nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge*». Lo Stato, come sopra richiamato, ha posto in capo al servizio sanitario l'obbligo delle cure e non ai familiari.

La legge n. 38/2010 «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore», riguarda anche i malati cronici non autosufficienti ricoverati nelle Rsa, dove non ci risulta che sia attuata come dovrebbe la terapia del dolore, né tanto meno praticate le cure palliative nella fase terminale.

L'articolo 1 della legge 8 marzo 2017, n. 24 «Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie», precisa che «*la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività*», che «*si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso alla erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative*» e che «*alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale*».

^[3] All'interno delle prestazioni domiciliari sanitarie e socio-sanitarie, ovvero di «tutela della salute» (articolo 32 della Costituzione), vanno riconosciute anche quelle prestate da soggetti cosiddetti «informali», familiari e/o assistenti familiari regolarmente assunti, volontari... che riguardano l'idratazione e l'alimentazione (spesso imboccamento), la mobilitazione, il monitoraggio delle condizioni cliniche generali del malato, la somministrazione e il controllo dell'assunzione della terapia. Si tratta di prestazioni eseguite sotto indicazione medica o infermieristica che riguardano la tutela della salute della persona non autosufficiente, che attualmente sono fuori dai Livelli essenziali delle prestazioni domiciliari (articolo 22 dei Lea) e che invece vengono riconosciute a pieno titolo sanitarie e socio-sanitarie nei ricoveri residenziali per gli stessi pazienti. Le prestazioni domiciliari sanitarie e socio-sanitarie non devono limitarsi a quelle «professionali» dell'attuale Adi (Assistenza domiciliare integrata) o Adp (Assistenza domiciliare programmata), comunque a totale carico sanitario. Esse sono infatti esigue per quantità (una media di 18 ore all'anno – Fonte Ministero della Salute) e inappropriate per qualità (il malato cronico non autosufficiente ha necessità del soddisfacimento delle esigenze succitate, per corrispondere alle quali è obbligatoria una prestazione continuativa nell'arco delle 24 ore).

- il riconoscimento concreto del diritto alla frequenza di Centri diurni per i malati di Alzheimer o altre forme di demenza, sia per assicurare programmi di mantenimento dei livelli di autonomia attraverso prestazioni riabilitative, sanitarie e socio-sanitarie, sia di supporto ai nuclei familiari, per ritardare il più possibile l'eventuale ricovero.
- la riforma radicale dell'organizzazione delle Rsa, affinché siano riconosciute a pieno titolo come strutture del Servizio sanitario nazionale. Chiediamo norme che prevedano: 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 facente capo per le funzioni dirigenziali al Direttore sanitario, assicurando una presenza medica nelle 24 ore, prestazioni riabilitative, terapie del dolore e le cure palliative ai sensi della legge 38/2010; aumento degli standard del personale con verifica dei contratti e della regolarità dei versamenti, tabelloni o registri visibili con il numero, la qualifica, la collocazione del personale in servizio per il controllo da parte dei familiari/rappresentanti legali dei ricoverati, forte incentivo all'apertura alla cittadinanza e garanzie di accesso e relazione tra utenti e familiari/conoscenti/rappresentanti legali.
- la restituzione alle Unità di valutazione comunque denominate (Unità di valutazione geriatrica, Unità di valutazione multidimensionale, Unità di valutazione multidisciplinare, ecc.) della loro funzione originale di presa in carico e di definizione dei bisogni della persona malata e, sulla base delle necessità rilevate di predisporre il progetto individualizzato di cura assicurando l'accesso immediato, quando necessario, alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in continuità terapeutica, senza interruzione delle cure e senza tempi di attesa. Oggi le Unità di valutazione sono essenzialmente dei controllori di spesa che limitano l'accesso alle prestazioni a seconda della dotazione di budget, con valutazioni inattendibili scientificamente perché esclusivamente funzionali al risparmio economico.

Si ringrazia per l'attenzione.

Cordiali saluti.

p. Csa, *Andrea Ciattaglia*

p. Fondazione promozione sociale onlus/ets, *Maria Grazia Breda*

Allegato 1

