INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO: È COSÌ DIFFICILE CAPIRE CHE LE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI HANNO SALUTE AZZERATA E PIENO DIRITTO ALLE CURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE DAL 1978?

Un'altra solenne cantonata sulla non autosufficienza, peraltro accompagnata da valutazioni gravemente fuorvianti sull'indennità di accompagnamento. Si tratta del documento redatto da Costanzo Ranci, Marco Arlotti e Andrea Parma del Laboratorio di Politiche sociali del Politecnico di Milano. Anche questa volta gli Autori omettono di tener conto che le persone non autosufficienti – questa condizione sia causata o da patologie in atto o da loro esiti, o da disabilità gravemente invalidanti – hanno il pieno e, se del caso, l'immediato diritto alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie stabilite dalla legge 833/1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale e dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 concernente i Lea, Livelli essenziali delle attività sanitarie e socio-sanitarie, che sono esigibili in base all'articolo 54 della legge 289/2002.

È pertanto assai sconcertante che i sopra citati Autori sostengano che «*nonostante la rilevanza che il bisogno di cura delle persone disabili non autosufficienti assume nel caso italiano, il nostro Paese sconta un notevole ritardo nell'attuare processi di riforma o di investimento in politiche di Ltc (Long term care)*». Ma gli Autori non sanno o non vogliono sapere che l'articolo 2 della sopra citata 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*»? Sanno o non vogliono sapere che le prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali sono a carico soprattutto del Fondo sanitario nazionale e, in misura molto ridotta, del Fondo per le non autosufficienze?

Pertanto non è assolutamente vero quel che sostengono Ranci, Arlotti e Parma e cioè che «*l'indennità di accompagnamento rappresenta (...) ad oggi il principale dispositivo di sostegno ai bisogni di cura, in particolare della popolazione anziana non autosufficiente*», poiché la spesa complessiva di detta prestazione era stata nel 2015 di 12 miliardi, mentre lo stanziamento complessivo del Servizio sanitario nazio-

nale ammontava nello stesso anno a 115 miliardi. Per rendersi conto della proporzione fra indennità di accompagnamento e quote sanitarie delle cure per le persone non autosufficienti basti pensare che un solo giorno di ricovero in ospedale costa quanto una mensilità di indennità di accompagnamento, che l'importo mensile coperto dalla sanità nelle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) è di circa il triplo rispetto all'importo dell'indennità stessa e che l'importo delle cure sanitarie e socio-sanitarie domiciliari, laddove sono state attuate con la formula dell'assegno di cura a carico della sanità (dotazione monetaria per il pagamento di parte delle spese vive affrontate dagli accuditori informali), in molti casi equivale a quello della stessa indennità.

Purtroppo da anni sono in atto iniziative volte ad eliminare dalle competenze del Servizio sanitario nazionale le prestazioni per le persone non autosufficienti, nonostante che, com'è incontrovertibile si tratti di nostri concittadini malati o con rilevanti carenze della loro salute fisica e/o psichica (1).

Inoltre, è ovvio che anche le persone non autosufficienti, anzi soprattutto questi infermi, soffrono sovente a causa di riacutizzazioni o per l'insorgere di nuove patologie: un altro motivo per non creare autonomi settori per le prestazioni rivolte alle molteplici esigenze degli aventi diritto alle prestazioni al Servizio sanitario nazionale.

Al riguardo ricordiamo che nel documento dell'Ordine dei Medici di Torino e Provincia del 6 luglio 2015 (2), dopo aver evidenziato l'indifferibilità delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie per tutti gli anziani malati cronici non autosufficienti e per le persone con demenza senile

(1) Ricordiamo che in base all'articolo 32 della Costituzione «*la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*». Ne consegue che i compiti del Servizio sanitario nazionale non possono essere limitati alla prevenzione e alla cura delle malattie.

(2) Il testo integrale è pubblicato sul numero 191, 2015 di questa rivista.

e la necessità del «*riconoscimento effettivo dell'assoluta priorità degli interventi socio-sanitari domiciliari*» (3), aveva chiesto agli organi istituzionali della Regione Piemonte (istanza valida per tutte le Regioni e le Province autonome di Bolzano e Trento): a) «*di riconoscere, con un 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*»; b) «*di riconoscere con un apposito provvedimento ai medici ospedalieri e delle strutture di riabilitazione e lungodegenza, 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 alle vigenti leggi*».

Valutazioni fuorvianti sulle indennità di accompagnamento

Come abbiamo già precisato, non solo l'indennità di accompagnamento non è «*il principale dispositivo di sostegno ai bisogni di cura, in particolare della popolazione anziana non autosufficiente*», ma per una quota significativa (non sono a nostra conoscenza disponibili i dati relativi, ma la pratica quotidiana dimostra pienamente ciò) tale prestazione non ha assolutamente nulla a che fare con i «*bisogni di cura*». Infatti viene erogata non solo a coloro che, come stabilisce la legge 18/1980, abbisognano «*di un'assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita*», ma anche alle persone che sono «*nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore*», in sostanza coloro che per spostarsi sono costretti ad utilizzare la carrozzella. Si tratta – si veda come esempio l'ex Ministro delle finanze della Germania, attual-

mente Presidente del Parlamento tedesco – di soggetti che non devono obbligatoriamente né essere anziani, né essere colpiti da malattie e che possono svolgere attività lavorativa proficua.

Inoltre anche il secondo gruppo di beneficiari può essere composto da persone non autosufficienti ma non anziane, nonché da soggetti con gravi infermità invalidanti (ad esempio i malati di Sla) che ricevono le occorrenti prestazioni sanitarie a domicilio o presso strutture ambulatoriali o sono ricoverati per brevi periodi presso ospedali o case di cura private.

Per quanto concerne l'affermazione degli Autori secondo cui l'indennità di accompagnamento è un «*trasferimento monetario indistinto e senza vincoli di rendicontazione*» e quindi una «*erogazione mensile svincolata da qualsiasi condizionalità, una volta certificato il diritto a riceverla*», si tratta di misure perfettamente valide, in quanto è assolutamente corretto che il beneficiario utilizzi gli importi come meglio ritiene, anche perché l'indennità di accompagnamento, erogata in attuazione del secondo comma dell'articolo 3 della Costituzione, ha il semplicissimo ed esclusivo scopo di compensare le maggiori spese che le persone con invalidità 100% sono costrette a sostenere in più rispetto ai soggetti privi di minorazioni (4).

Mentre si può ritenere corretto l'attuale importo di euro 515,43 per le persone che per spostarsi devono utilizzare la carrozzina, detto importo è certamente di gran lunga inferiore alle esigenze delle persone non autosufficienti che, come abbiamo già rilevato, abbisognano «*di un'assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita*».

A nostro avviso tale importo dovrebbe essere aumentato a mille euro mensili. Tuttavia l'erogazione dovrebbe essere sospesa non solo nei casi di degenza presso ospedali e case di cura, ma anche durante il ricovero in Rsa, Residenze sanitarie assistenziali. In questi casi, per evidenti ragioni di giustizia, gli oneri (50% della

(continua a pag. 28)

(3) L'Ordine dei Medici di Torino e Provincia ha predisposto un documento sulla priorità delle prestazioni domiciliari pubblicato integralmente sul numero 193, 2016.

(4) Il secondo comma dell'articolo 3 della Costituzione recita: «*E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza 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*».

retta totale di degenza presso le Rsa), dovrebbero essere posti a carico del ricoverato tenendo conto dei suoi obblighi familiari (ad esempio il mantenimento del coniuge garantendo lo stesso livello di vita precedente al ricovero e/o dei figli) e dei suoi impegni economici (rimborso di prestiti), senza porre alcuna contribuzione finanziaria al coniuge e ai figli conviventi o non conviventi.

Inoltre dovrebbe essere concessa l'esenzione totale per l'abitazione di proprietà utilizzata dal

coniuge e/o dai figli, nonché per una somma, ad esempio di 5mila euro, per il costo del funerale. Infine al ricoverato dovrebbe essere lasciata una somma per le sue spese personali.

Infine dovrebbe essere assegnato alle Regioni e alle Province autonome di Bolzano e di Trento il compito della eventuale erogazione di contributi economici integrativi per la copertura delle spese vive sostenute dalla persona che assicura la gestione domiciliare delle persone non autosufficienti.