

Assistenza agli anziani: il Patto non autosufficienza (*) promuove il Ddl

Il Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza giudica positivamente l'approvazione del Disegno di Legge Delega di riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti da parte del Governo. Il testo licenziato, infatti, conferma i contenuti di quello predisposto nella precedente legislatura, gran parte dei quali provengono dalle proposte del Patto.

La Delega si articola lungo due direttrici. Da una parte, superare l'attuale frammentazione delle risposte esistenti per costruire un sistema che sia unitario, semplice per anziani e famiglie e riconoscibile per tutta la popolazione: il Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNA). Dall'altra, costruire interventi di qualità e capaci di rispondere in modo appropriato alle eterogenee condizioni degli anziani. Dai servizi domiciliari a quelli residenziali, dai trasferimenti monetari ai sostegni ai caregiver familiari e assistenti familiari ("badanti").

"Esprimiamo soddisfazione per questo passaggio e ringraziamo il Governo - in particolar modo il presidente Meloni, il ministro Calderone e il viceministro Bellucci - per aver valorizzato l'intenso lavoro di elaborazione compiuto dalla società civile nella precedente legislatura", dichiarano le organizzazioni del Patto.

La parte del precedente testo specificamente rivolta ai caregiver familiari è stata tolta perché il Governo vi dedicherà una normativa specifica. I caregiver sono un asse portante dell'assistenza: è necessario, quindi, prevedere tempestivamente azioni organiche e strutturate a loro sostegno, al fine di assicurarne la massima integrazione rispetto alla rete dei servizi erogati.

L'approvazione del DDL è una buona partenza ma, proseguono le organizzazioni del Patto, siamo solo all'inizio. "Ora - sottolineano - è necessario che il tema diventi una priorità politica per il nuovo Governo e il nuovo Parlamento. Solo così, infatti, sarà possibile trovare i fondi necessari per dare sostanza alla riforma. Quella per gli anziani non autosufficienti deve diventare una grande e qualificante riforma della nuova legislatura".

Incontro/seminario organizzato dalla Fondazione promozione sociale onlus/Ets : "DAL DDL NON AUTOSUFFICIENZA ALLA VERA GARANZIA DELLE CURE" Giovedì, 26 gennaio 2023 - ore 10-13 c/o Centro Servizi per il Volontariato - (via Giolitti 21, Torino) ***

M. GRAZIA BREDA

Presidente e legale rappresentante della Fondazione Promozione Sociale

Con il DDL la tutela dei non autosufficienti non sarà più garantita e ipotizza la sostituzione dell'assegno di accompagnamento con misure meno tutelanti.

Questa legge segue la linea delle regioni che non tutti hanno diritto all'assistenza del SSN, la parola malati non viene mai utilizzata, ma "*anziani non autosufficienti*" e tutto è ricondotto alle "*risorse economiche disponibili*".

Con il ridimensionamento dell'indennità di accompagnamento c'è il rischio che le cure diventino "a tempo" e le RSA usate come contenitore temporaneo e gli accessi in base a liste di attesa e reddito.

L'obiettivo è spostare gli anziani su un percorso parallelo al SSN, fuori dal diritto all'assistenza sanitaria = abbandono terapeutico.

Se si allunga la vita bisogna anche garantire un'assistenza dignitosa, altrimenti la mancanza di cure domiciliari diventa un'istigazione al suicidio per carenza di finanziamenti e reddito.

Non servono nuove leggi, basta applicare i LEA, ma anche il 3° settore è favorevole ad un'indennità di accompagnamento spesa per i servizi.

In sintesi:

i non autosufficienti diventano "casi sociali", non più "malati cronici"

le RSA sono espulse dalla filiera del SSN e sono "luogo di passaggio" per scaricare gli ospedali.

MAURIZIO MOTTA

Docente a contratto presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Torino, formatore in percorsi per operatori sociali e sanitari.

Non sono completamente d'accordo con Breda

Tra i molti temi importanti mi concentro solo sull'assistenza domiciliare per non autosufficienti, cruciale potenziarla per ridurre i ricoveri indesiderati o non appropriati in RSA (il PNRR prevede "la casa come primo luogo di cura").

CHE COSA MANCA NEL DDL CHE DISCUTIAMO? Propongo in sintesi 5 questioni:

1) potenziare l'assistenza domiciliare

È cruciale perché evita i ricoveri inappropriati. La casa è il primo luogo di cura nel DDL ci sono varie inapproprietezze:

- a) Aumentare interventi sanitari a domicilio: infermieristici, diagnostici, riabilitativi, e il superamento dell'intervento del medico di medicina generale come operatore che lavora da solo.
- b) fornire sostegni per la tutela negli atti della vita quotidiana. La loro costringe a ricoveri indesiderati in RSA, o a portare per disperazione i non autosufficienti al Pronto Soccorso e ad opporsi alle dimissioni dall'ospedale, ed al crollo od impoverimento delle famiglie.
- c) Il PNRR finanzia soprattutto il potenziamento dell'ADI come è ora (infermieri a domicilio per pochi). per l'ADI stanno per essere ripartiti alle Regioni circa 3 miliardi di Euro sino al 2025, ma nel ddl non c'è impegno per potenziare l'offerta di supporti domiciliari, solo: l' art. 5, comma 2, lettera a, punto 2 che rimanda alle successive leggi di bilancio e l'art. 4, comma 2, lettera l), che prevede "l'integrazione tra ADI e SAD" senza specificare il significato.

2) come offrire assistenza domiciliare tutelare?

Non bastano poche ore di OSS o soldi alle famiglie (perché spesso da sole non sanno come usarli).

l'assistenza domiciliare è da concordare con la famiglia, per adattarla sua situazione: assegni di cura per assumere lavoratori di fiducia, ma con supporti per reperirli e amministrare il rapporto di lavoro, contributi economici alla famiglia che assiste da sé, affidamento a volontari, buoni servizio per ricevere da fornitori accreditati assistenti familiari e pacchetti di altre prestazioni (pasti a domicilio, telesoccorso, ricoveri di sollievo, piccole manutenzioni, trasporti ed accompagnamenti), operatori pubblici (o di imprese affidatarie) al domicilio. Il meccanismo migliore è:

- 1) valutazione che individua un grado di non autosufficienza abbinato a un budget di cura da usare,
- 2) budget di cura composto: 50% del SSN, 50% di utente e/o Comuni,
- 3) trasformare il budget nell'intervento più utile in quel momento e modificarlo nel tempo.

Il ddl delega e non prevede nessun vincolo ad offrire questa gamma di possibilità. Soltanto: All'art. 3, c. 2, lettera c punto 2: generico obiettivo di "accesso al continuum di servizi" nella programmazione statale e regionale. All' art. 4, c. 2, lettera h, punto 2: generico "Budget di cura e assistenza" che non è descritto.

3) includere ruoli e spesa del SSN nell'assistenza domiciliare ai malati non autosufficienti

L'assistenza sanitaria al domicilio è inutile senza sostegni nelle funzioni della vita quotidiana. Ma questi non possono essere a carico solo delle famiglie o dei servizi sociali; devono essere sotto la titolarità del SSN e con una sua compartecipazione finanziaria, perchè:

- a) i LEA prevedono l'RSA metà a carico del Servizio sanitario nazionale non solo per le spese sanitarie, ma con tutte le prestazioni di tutela della vita in RSA (inclusi pasti, pulizie, etc). Deve accadere lo stesso nell'assistenza domiciliare: la tutela a casa a carico del SSN, entro i LEA (e non con risorse "extra LEA"). Non prevederlo implica che per le stesse tipologie di non autosufficienti il SSN di fatto incentiva solo il ricovero;
- b) il SSN spende circa 150 euro al giorno per un posto in case di cura post ospedaliere, e per degenze "posteggi" in attesa di un posto in RSA o in assistenza domiciliare. E spende circa 40 euro al giorno per la parte sanitaria della retta in RSA. Costa meno coprire il 50% del costo di una assistenza domiciliare con un significativo risparmio per il SSN; dove questo è accaduto (ad esempio in Torino e in un'altra ASL, col concorso finanziario ASL negli interventi domiciliari) l'offerta ai non autosufficienti diventa più consistente.

Poche ore settimanali di OSS al domicilio aiuta ad evitare il ricovero solo alle famiglie con risorse disponibili ed è inutile per quelle che ne hanno meno.

c) i non autosufficienti sono malati o con esiti di patologie. Sono un'area di evidente titolarità primaria del SSN, quindi nel governare il sistema delle offerte non basta invocare una generica *"integrazione sociosanitaria"*. Il ddl delega non prevede questo ruolo del SSN, né una integrazione dei LEA, ma soltanto impegni sui LEPS: All'art. 2 c3, lettera b: *"armonizzazione dei LEPS con i LEA"*. All'art. 4, c1: impegno ad attivare un unico centro di spesa entro i LEPS, anche per attuare il PNRR nel supporto ai non autosufficienti. All'art. 4 c2, lettere c, d, f, l: previsione di un monitoraggio dei LEPS, coordinamento tra interventi sociali, e sanitari e promozione di integrazioni funzionali.

4) piu' diritti esigibili per i non autosufficienti

Regioni e ASL utilizzano per i non autosufficienti il criterio di intervenire *"solo se e quando ci sono risorse finanziarie"*. Bisogna ampliare i contenuti dei LEA sociosanitari:

a) dare agli interventi natura di diritti esigibili e non solo *"un posto in lista d'attesa"*,

b) questo deve avvenire entro i LEA perché:

- sono il contenitore che regola il SSN, e per non depotenziare il loro ruolo;
- Perché i LEA soggette a verifiche annuali del loro adempimento, dalle quali derivano anche risorse per le Regioni. Ma devono essere arricchiti per la non autosufficienza: sono troppo deboli nel definire sia l'assistenza domiciliare, sia l'integrazione sociosanitaria: nel Capo IV del loro Dpcm (Assistenza sociosanitaria) ci si limita a prevedere che gli interventi del SSN *"... sono integrati da interventi sociali"*, il che non spiega nulla.

Il ddl delega non prevede alcun rafforzamento dei LEA, né più diritti entro il SSN. Poggia sull'idea che gli interventi domiciliari mirati alla tutela negli atti della vita quotidiana debbano essere compito dei soli servizi sociali, o delle famiglie. E peraltro nulla prevede per una definizione dei loro LEPS.

5) l'assistenza domiciliare ai malati non autosufficienti deve prevedere meccanismi di compartecipazione del cittadino analoghi alla residenzialità

a) Il budget di cura per l'assistenza domiciliare deve essere costruito con lo stesso meccanismo di quello per l'assistenza residenziale, non deve esistere *"convenienza economica"*, per le famiglie e le amministrazioni, che influenzi la scelta tra le due forme di cura: deve derivare solo dall'appropriatezza clinica e dalla preferenza dei cittadini;

b) la valutazione della condizione economica non deve essere usata per determinare l'accesso alle prestazioni (va valutata soltanto la non autosufficienza) ma unicamente per identificare la successiva contribuzione al costo degli interventi che è a carico del cittadino.

Oggi, con l'ISEE, un non autosufficiente è escluso dalla possibilità di accedere ad interventi se è proprietario di un terreno invendibile, di un'abitazione o per risparmi già spesi per la sua assistenza.

Il ddl delega non prevede nulla su questi temi. Né riordina compiti e impegni del SSN.

MAURO PERINO

Direttore del Consorzio dei servizi alla persona dei Comuni di Collegno e Grugliasco (Torino).

Considerazioni sulla proposta di istituire un Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNAA)

Il 10 ottobre il Governo Draghi – dimissionario dal 20 luglio – ha approvato la bozza del disegno di legge delega che interviene sul tema della non autosufficienza. La delega è poi stata approvata anche dal nuovo Consiglio dei Ministri lo scorso 19 gennaio e deve ora affrontare l'iter parlamentare.

Alcune considerazioni su quella che è l'ennesima espressione di una mitologia progressista, in voga tra esperti del settore: *"tutto il bene arriverà domani e tutto il male c'era ieri"*.

Questo DDL delega non istituisce alcun diritto che non sia già previsto dalla normativa vigente. riprende l'obiettivo della legge Turco che prevedeva la delega al governo per il riordino degli assegni e delle indennità, compresa quella di accompagnamento prevista dalla legge18/1980.

Io credo che ci sia molto *"bene"* nella normativa *"di ieri"*: la condizione autosufficienza non è esclusiva degli anziani ma anche di minori e adulti ed è sempre determinata dagli esiti di patologie acute o croniche per

questo va dal SSN. I primi due articoli della legge 833/1978: «(...) è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali e sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio» (articolo 1); e che è tenuto garantire: «(...) 3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata; 4) la riabilitazione degli stati di invalidità e inabilità somatica e psichica; (...) f) la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione» (articolo 2).

La Legge quadro in favore degli anziani non autosufficienti o "DDL Anziani" che il governo Meloni dovrebbe approvare entro marzo, in ottemperanza alla riforma varata da Draghi lo scorso ottobre nel quadro delle misure previste dal PNRR, istituzionalizza l'emarginazione favorita e legittimata da un ambito autonomo: il Sistema nazionale assistenza anziani (SNAA), destinato esclusivamente alla popolazione anziana, nel quale verrebbe negato il diritto soggettivo all'assistenza sanitaria già previsto dai LEA. È esemplificativa la formulazione dell'articolo 2 del DDL delega: «(...) il Governo si attiene ai seguenti principi e criteri direttivi generali: (...) d) riconoscimento del diritto delle persone anziane alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio entro i limiti e i termini definiti, ai sensi della presente legge, dalla programmazione integrata socioassistenziale e sociosanitaria statale e regionale», il diritto viene semplicemente proclamato perché, in realtà, le prestazioni sono contingentate dalle risorse disponibili. **Non più diritti, ma semplici "interessi legittimi"**.

In Italia il SSN che ha il dovere costituzionale e legale di prestare tutte le cure necessarie e per tutto il tempo richiesto a tutte le persone alle quali sia stata certificata la condizione di malattia: compresi ovviamente i malati cronici non autosufficienti ed i disabili gravi di qualunque età. Per queste ragioni l'unica vera ed efficace assicurazione pubblica sul benessere e sulla tutela della salute di noi cittadini è il SSN, che già finanziamo con l'IRAP e con l'IRPEF, quindi le nuove risorse devono andare al comparto sanitario, l'unico preposto alla tutela della salute su basi universalistiche.

il condivisibile obiettivo di realizzare una efficace integrazione delle prestazioni deve essere affidato ad un sistema unitario individuato nel SSN, ma istituire un SNAA, autonomo dal Servizio sanitario, scopre il disegno di espulsione delle persone con patologie cronico degenerative dal SSN verso i servizi sociali. È un disegno lucidamente perseguito da tutti i Governi sin dal 1983 per ridurre la spesa sanitaria, con la strumentalizzazione del concetto di integrazione tra sanità ed assistenza sociale.

Devono essere chiari i diritti delle persone, definiti i soggetti istituzionali deputati a garantirli e certe ed adeguate le risorse. Per questo ci deve essere un solo soggetto istituzionale (l'ASL) e non due (ASL + Comuni) o addirittura tre se si aggiunge l'INPS.

Nel 2017 i nuovi LEA, confermano che il SSN, è titolare delle prestazioni socio-sanitari e deve assicurarne l'esigibilità garantendo i raccordi operativi necessari con gli altri enti, locali o statali, coinvolti negli interventi. Ma oggi i cittadini sono impotenti di fronte al palleggiamento delle responsabilità tra le istituzioni ed i servizi che esse governano.

Con la introduzione del SNAA si vorrebbero superare gli ostacoli che rendono difficile, per familiari ed anziani, l'accesso ai servizi unificando le commissioni dell'INPS preposte alla concessione dell'indennità di accompagnamento. La soluzione sarebbe il "Punto unico di accesso" PUA, da collocare nelle "Case della Comunità".

Inoltre per semplificare la pletora di valutazioni delle condizioni degli anziani l'accesso allo SNAA verrebbe "determinato dalla sola Valutazione Nazionale di Base (VNB)", che definisce la possibilità di ricevere le prestazioni statali.

Però alla VNB è collegata la successiva valutazione multidimensionale territoriale, di competenza di Regioni e Comuni, per ottenere le prestazioni di loro responsabilità.

In realtà si vogliono mettere le mani sui fondi INPS dell'indennità di accompagnamento e far pagare, parte delle prestazioni che verranno fornite dai soggetti privati (profit e non profit) individuati dallo SNAA.

Si estende la selezione economica in accesso del sistema socio-assistenziale (doverosamente selettivo) alla presa in carico sanitaria, cosa che, il vigente quadro normativo, non prevede affatto.

Le risorse a livello nazionale e locale, vengono ricondotte all'unica finalità di sgravare la sanità di ogni onere per gli interventi socio sanitari di livello essenziale destinati ai malati cronici non autosufficienti ed ai disabili gravi.

E si trasforma l'indennità di accompagnamento (attualmente erogata a prescindere dal reddito) in un "assegno di cura" socioassistenziale di importo variabile finalizzato alla remunerazione di quella parte delle prestazioni definite dalle Unità di Valutazione che l'utente non è in grado pagare direttamente.

Alle necessità di cura quotidiane e continuative nel tempo, si dà la esclusiva competenza ai Servizi sociali dei Comuni, ai quali è assegnata la responsabilità della presa in carico e l'onere di favorire il coordinamento con le prestazioni sanitarie domiciliari e territoriali.

Viene così illegalmente negato il diritto soggettivo alle cure sanitarie e socio sanitarie in lungo assistenza, alle quali è tenuto il SSN.

È Una riforma pensata per scaricare la spesa sanitaria sulle famiglie (spesso non in grado di comunicare dolore e sofferenza) e sui Comuni, non "una riforma pensata per le famiglie".

In sintesi: **"non avrete nulla e sarete felici"**

Si tratta di interventi che erogati nell'ambito di un ricovero in RSA danno luogo al riconoscimento di una spesa a carico della sanità del 50% della retta.

Ma agli stessi interventi, quando vengono svolti al domicilio dai familiari, non viene riconosciuto alcun contributo dal Fondo sanitario. Perché?

Lo SNAA pone tutti gli oneri economici dei contributi alle famiglie a carico di un Fondo socio sanitario al quale sarà possibile attingere nei limiti di un budget prefissato.

Dunque non vi è il riconoscimento di un diritto soggettivo alla prestazione (al contrario di quanto previsto in sanità, in assistenza **finiti i soldi finito il diritto**) e la stessa verrà erogata sulla base della "prova dei mezzi" dell'assistito e dei suoi familiari: cosa che non avviene per la quota sanitaria delle rette in struttura. La richiesta avanzata in proposito dalla Fondazione promozione sociale e dalle associazioni del CSA – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base – è di una somma erogata per le cure a domicilio, mediamente non inferiore al 70% dell'onere a carico del Servizio sanitario nei casi di degenza presso le Residenze sanitarie assistenziali.

MICHELE ASSANDRI

Presidente Anaste Piemonte e Consigliere Nazionale

Resta soltanto la speranza che si tratti solo di fumo per fragare l'UE e ricevere i soldi del PNRR.

È evidente il passaggio dal SSN ai servizi sociali, in più si considerano anziani dagli over 65 (anziché 75), allargando la quota di persone espulse dalla sanità.

La possibilità che le ASL finanzino budget di cura con propri soldi ai comuni sono solo illusioni.

MIMMO LUCÁ

Presidente del Consorzio Intercomunale di Servizi Orbassano

In tutto questo si sottovalutano i costi delle unità di valutazione con il personale tecnico adibito a valutazioni quotidiane che sono molto alti

Il DDL precisa i costi devono essere "nei limiti di spesa precedenti" inoltre non definisce con precisione i soggetti, definiti genericamente "anziani", la delega è lasciata in seguito al governo.

I firmatari del progetto welfare non hanno capito il senso della legge, che assegna un carico insostenibile ai servizi sociali con una "riforma a costo 0", mentre i consorzi ormai ricevono i finanziamenti da stato e regioni più di un anno dopo averli spesi, in pratica operando a debito.