

Come difendersi dalle false notizie sulla legge 33/2023 (legge sulla non autosufficienza)

A partire dall'articolo pubblicato dal Corriere della Sera il 7 giugno 2023, “L’assistenza a 3,5 milioni di non autosufficienti oggi è una vergogna: ecco cosa cambierà”, sfatiamo le più diffuse false notizie sulla nuova legge: non è una norma «a tutela», ma una legge che sottrae ai malati diritti esigibili fondamentali

«Manca una legge sulla non autosufficienza. Gli altri paesi europei l’hanno fatta venti o trent’anni fa, ci sono state 17 proposte finite nel nulla da 26 anni».

Comparare sistemi complessi come quelli sanitari, assistenziali e previdenziali di Paesi diversi è un’operazione molto complicata. Per esempio, il sistema tedesco si regge su un sistema previdenzial-bismarckiano (le prestazioni sanitarie e previdenziali “viaggiano” insieme al lavoro, se esci dal mercato del lavoro, te le paga l’assistenza), quello italiano – pur con tutte le “batoste” cui è stato soggetto – è di derivazione Beveridge (il Servizio sanitario nazionale è universalistico, cioè da tutti indipendentemente da lavoro o condizione sociale, articolo 32 della Costituzione; quello previdenziale funziona sui contributi versati e sull’impegno a liquidazioni future, prevedendo dei meccanismi di perequazione per chi non può versare, per esempio disabili gravissimi; quello assistenziale che interviene per gli inabili al lavoro e gli sprovvisti dei mezzi per vivere, dopo che tutti gli altri settori hanno fatto il loro, articolo 38 della Costituzione).

Quindi, è vero che a noi manca una legge sulla non autosufficienza? Certo che no. Le cure per tutti in malati – compresi i non autosufficienti, che sono tali a causa della gravità della loro malattia – sono garantite in forza dalla legge 833 del 1978 e successive modifiche, che non hanno tolto quel nucleo fondamentale del diritto per cui il Servizio sanitario è tenuto a fornire «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause», malattie acute o croniche, «la fenomenologia», qualsiasi tipo di sintomo e di esito, «e la durata», per tutto il tempo in cui il malato ha ancora bisogni di tutela della salute (articolo 2 della legge 833 del 1978).

L’assistenza sociale è residuale. Deve intervenire per coloro che, avute le prestazioni sanitarie e quelle degli altri settori istituzionali, ancora hanno bisogni, prevalentemente di tipo socio-economico.

L’iter pluridecennale citato dal Corriere (vedi immagine 1) guarda solo quest’ultimo ambito, che è residuale perché hanno le caratteristiche per accedervi meno del 5% del totale degli utenti.

Non è vero che le riforme indicate nella slide del Corriere (immagine 1) non sono andate in porto. Per esempio, il Fondo per la non autosufficienza è attivo dal 2007, ma il settore dell’assistenza sociale è “fatto così”: selettivo (in base alla situazione economica del richiedente), senza diritti esigibili e prestazioni codificate (ancora oggi, pur con i Leps), vincolato a fondi limitati. In sanità, invece è prevalente il fabbisogno sugli stanziamenti di risorse (se preventivo di ingessare 10 persone e poi si rompono le gambe in 12, non rimando gli altri due alla finanziaria dell’anno successivo).

Inoltre, quando le vengono “scaricate” persone non autosufficienti, l’assistenza tratta come “casi sociali” persone malate, favorendo il loro slittamento dal settore garantito e di loro pertinenza della sanità ad uno non tutelato.

Nell’immagine, accanto alla linea blu, settore assistenziale selettivo, tracciamo una bella “autostrada rossa” che dal 1978 arriva fino ad oggi: quella del Servizio sanitario nazionale universalistico, la nostra più valida assicurazione per la tutela della salute, che non a caso la legge 33 punta a far crollare per i malati (per ora solo anziani) non autosufficienti.

1978 - Servizio sanitario nazionale (legge 833)

Articolo 1 - «Il servizio sanitario nazionale» opera «senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio»

Articolo 2 - Il Servizio sanitario assicura «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata» e persegue «la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione»

Lea - Livelli essenziali delle attività sanitarie e socio-sanitarie (Dpcm 29 novembre 2001 e Dpcm 12 gennaio 2017)

* Network non autosufficienti
** Associazione per la Ricerca Sociale con CAPP e IRS

Le principali proposte di riforma in Italia

1997	Commissione Onofri	Fondo per prestazioni di assistenza ai non autosufficienti
2002	Carlo Hanau	Fondo per la non autosufficienza
2002	Commissione Sirchia-Maroni	Commissione di studio sulla prevenzione e il trattamento delle non autosufficienze
2003	Commissione Affari Sociali della Camera (Zanotti)	Proposta di legge: Fondo nazionale per il sostegno delle persone non autosufficienti
2004	Capp, Cer, Servizi Nuovi	Livelli essenziali per gli anziani non autosufficienti (Lesna)
2005	Cgil- Cisl-Uil Pensionati (integrata nel 2018)	Proposta di legge di iniziativa popolare: piano di interventi integrati sulla non autosufficienza finanziato da un fondo nazionale
2006	Carla Castellani (e altri)	Proposta di legge: Fondo nazionale di solidarietà
2006	Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa	Riforma dell'assistenza ai non autosufficienti
2006	Governo Prodi	Fondo per le non autosufficienze approvato con la Finanziaria 2007 (L. 296/2006)
2007	Ministro Ferrero	Disegno di Legge Delega
2009	Ministro Sacconi	Libro bianco «La vita buona nella società attiva»
2012	Nna *	Fondo per il futuro della non autosufficienza
2012	Sottosegretario Guerra	Tentativo di decreto legge: Programma nazionale per la non autosufficienza
2012-13	Giuseppe Fioroni	Proposta di legge: Fondo per la non autosufficienza
2013	Gerolamo Grassi (e altri)	Proposta di legge: Fondo per la non autosufficienza e delega
2011-13-16	Ars **	Politiche di sostegno e promozione delle persone con disabilità e non autosufficienza
2017	Fnp-Cisl	Proposta di legge: Livelli essenziali per la protezione delle persone non autosufficienti

Provvedimenti del settore socio-assistenziale (Politiche sociali)

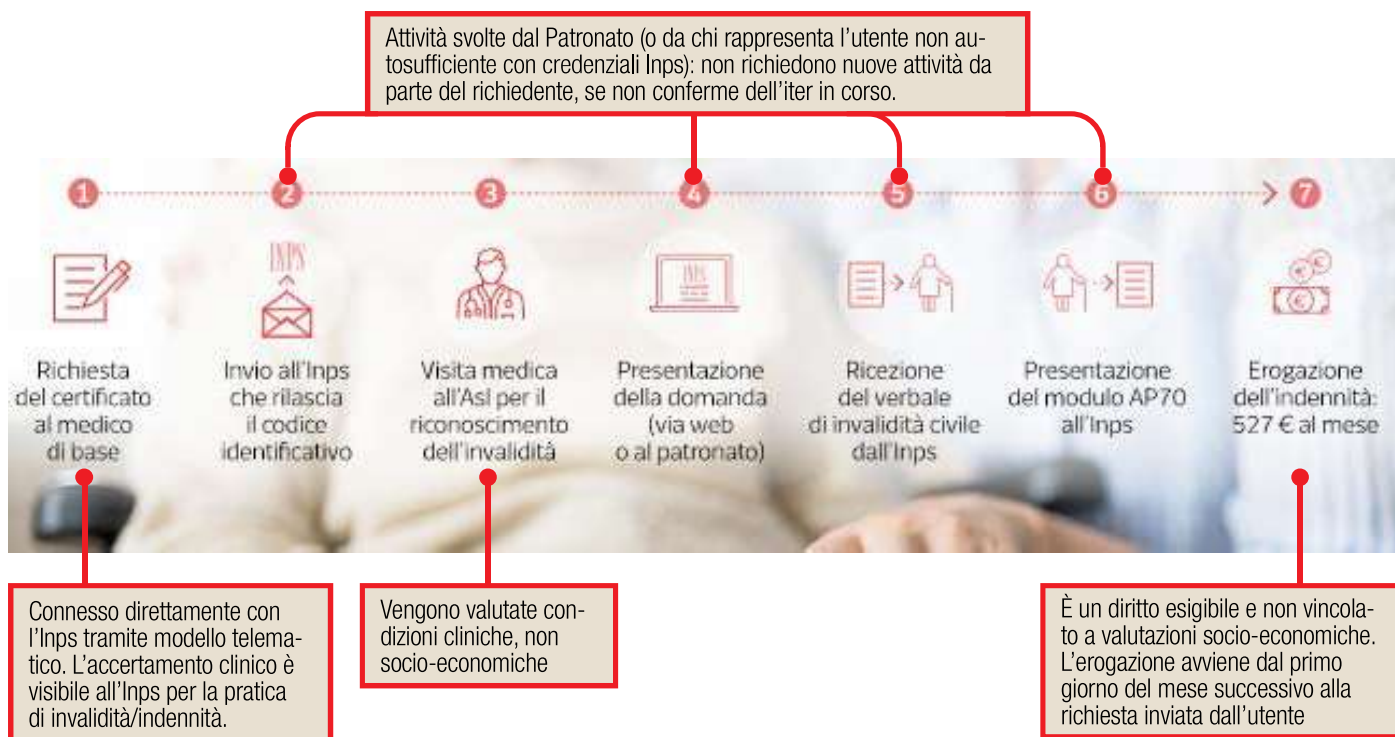
La differenza tra sanità e assistenza: «L'effettività del diritto alla salute è assicurata dal finanziamento e dalla corretta ed efficace erogazione della prestazione (...) mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei Lea» (sentenze 62 e 157/2020 della Corte costituzionale).

«Oggi i passaggi per il riconoscimento dell'invalidità civile e dell'indennità di accompagnamento sono ripetitivi, un'odissea tra sportelli e commissioni. Con la riforma una sola valutazione garantirà l'accesso alle prestazioni di Inps, Asl e Comuni».

Chi lavora nel campo delle istituzioni, della comunicazione e della politica ben conosce l'effetto "bacchetta magica" che si esprime secondo lo schema: «stato dell'arte pessimo» - «provvedimento risolutivo». A questi due momenti segue immanabilmente la «delusione per il mancato avveramento delle aspettative» e il ritorno al punto di partenza. Dovrebbero ben saperlo le giornaliste del Corriere; vediamo perché è facilmente smontabile la loro réclame dei «miracolosi» effetti della legge e come la norma stessa non dice affatto quel che c'è scritto nell'articolo di «Dataroom».

Intanto, la ricostruzione dell'iter di richiesta dell'accertamento dell'invalidità e dell'indennità di accompagnamento. Il Corriere segnala sette passaggi: richiesta del certificato al medico di base; invio all'Inps che rilascia il codice identificativo; visita medica all'Asl per il riconoscimento dell'invalidità; presentazione della domanda via web (o patronato); ricezione del verbale di invalidità Inps; presentazione del modulo AP70 all'Inps; erogazione dell'indennità di 527 euro al mese.

La ricostruzione dell'iter, però, non è dettagliata come dovrebbe. Alla richiesta al medico di base e alla conseguente redazione del certificato Inps di accertamento dell'invalidità (da parte del medico stesso, per via telematica trasmessa immediatamente all'Inps), segue di norma l'affidamento della pratica ad un patronato. L'utente attende la convocazione nella commissione Asl-Inps che, in un'unica seduta, valuta l'invalidità (e le eventuali condizioni di esenzione della legge 104, per le quali non è vero che «serve una domanda diversa») e se sussistono le condizioni per l'indennità di accompagnamento. L'utente riceve l'esito e, se positivo, percepisce l'indennità di accompagnamento.



Al netto dell'ampio capitolo delle valutazioni delle commissioni, che spesso non riconoscono come invalidanti e condizioni per l'erogazione dell'indennità situazioni di demenza grave, e del riorientamento di una consistente parte della spesa Inps per le indennità dagli ultra 65enni ai minori e ai giovani adulti, specialmente con sindromi dello spettro autistico, va sottolineato che il diritto all'indennità di accompagnamento com'è ora è soggettivo, universalistico ed esigibile.

Nell'iter, infatti, non c'è una singola valutazione socio-economica: né Isee, né valutazioni delle condizioni familiari... rileva la condizione del singolo, che ha pieno diritto – se ci sono le condizioni cliniche – per essere titolare dell'indennità. D'altronde, è la stessa legge istitutiva dell'indennità di accompagnamento (la numero 18 del 1980, che la legge 33 vuole "superare", cioè abolire) a precisarlo: l'indennità di accompagnamento è data «al solo titolo della minorazione», senza alcun altro criterio di esclusione, di ritardo nell'erogazione, di «lista d'attesa» sulla base di altri parametri.

Cosa prevede, invece, la legge 33 che – sempre bene ricordarlo – è incardinata nell'ambito delle politiche sociali e quindi dell'assistenza, che strutturalmente non interviene che per un'esigua parte della popolazione, filtrando i richiedenti in base a criteri socio-economici? Vediamo la risposta del Corriere: «La valutazione nazionale unica (Vnu) garantirà l'accesso simultaneo a tutte le prestazioni a cui si ha diritto in base alla gravità». Il messaggio dell'articolo di Gabanelli e Ravizza, che in sintesi è «adesso l'utente deve affrontare numerosi passaggi, domani l'iter condurrà immediatamente alla prestazione», è quanto meno ingannevole, ecco perché.

Intanto, com'è possibile immaginare che la valutazione, l'accertamento della «gravità», l'erogazione di prestazioni avvengano senza una domanda, un iter, il lavoro di commissioni, l'intervento di strutture intermedie (medico di medicina generale, patronati...)? Infatti, la legge non dice questo: leggiamo all'articolo 4, punto 2., lettera l) che prevede «una valutazione multidimensionale unificata (...) finalizzata all'identificazione dei fabbisogni di natura bio-psico-sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare e all'accertamento delle condizioni per l'accesso alle prestazioni di competenza statale, anche tenuto conto degli elementi informativi eventualmente in possesso degli enti del Terzo settore erogatori dei servizi».

Altro che snellimento e accesso diretto alle prestazioni! I bisogni bio-psico-sociali e assistenziali (non quelli sanitari) spaziano su una gamma talmente ampia e generica che risulteranno, com'è nella pratica odierna per le commissioni di valutazione geriatrica (Uvg o Uvm), ridotti a semplici parametri socio-economici in base ai quali determinare «livelli di priorità» nell'accesso a tutte le prestazioni. Con il pretesto dell'unificazione delle valutazioni (di per sé non un valore, per esempio, non chiedo al carrozziere di valutarci lo stato del motore), la valutazione selezionerà gli utenti per le prestazioni previdenziali (l'ex indennità di accompagnamento, ricompresa nel "misto indistinto" delle erogazioni), quelle assistenziali (dei Comuni, politiche sociali) e – gravissimo – quelle sanitarie, che perdono così – solo per i malati non autosufficienti – il loro carattere di universalità: non più garantite a tutti, ma solo a chi soddisfa i criteri delle altre "selezioni".

L'accesso all'indennità di accompagnamento riformata, cioè alla nuova misura universale per la non autosufficienza, e persino alle prestazioni sanitarie (articolo 4, punto 2, lettera l), 3)) che oggi non è vincolato ad altri parametri che a quelli di bisogno clinico della persona, sarà disposto solo in presenza di adeguate condizioni bio-psico-sociali e assistenziali, cioè socio-economiche. Chi resterà fuori – e saranno la grandissima maggioranza dei richiedenti – dovrà provvedere da solo a far fronte ai suoi bisogni.

La conferma indiretta dell'impianto emarginante della valutazione nazionale unica come prevista dalla legge 33, viene dal sunto dell'articolo di «Dataroom»: «La valutazione sarà eseguita da una commissione comparabile alle attuali commissioni Asl». La prospettiva è presentata come positiva, ma chi – come la Fondazione promozione sociale - lavora quotidianamente con i casi individuali di malati non autosufficienti cui viene negato il diritto alla prestazione domiciliare, semi-residenziale (centro diurno) o residenziale (Rsa o altro ricovero in struttura), sa che proprio la valutazione delle commissioni Asl-Enti locali è lo strumento di esclusione dei malati dalle cure sanitarie, cioè della violazione da parte delle istituzioni (Asl in primis) dell'articolo 32 della Costituzione, della legge 833 del 1978, dei Lea.

Se la quota sanitaria in Rsa – prestazioni sanitarie e quindi per legge universalistica per tutti i malati – viene assoggettata a vincoli "sociali" (valutazione Isee, della presenza di familiari, delle loro consistenze economiche...) è chiaro il risultato: l'istituzione esclude dalle cure tutti quei richiedenti che, seppur malati che sono talmente gravi da avere perso la loro autonomia, non soddisfano le condizioni socio-economiche fissate. Quest'ultimo è esattamente il modo di operare dei servizi sociali trasferito al campo sanitario, dove ha l'effetto devastante di negare le cure. In che misura? Per esperienza, sappiamo che solo il 5% circa dei ricoverati in Rsa ha i parametri socio-economici per usufruire anche degli interventi assistenziali di integrazione comunale. Il 95% non rientra nei parametri.

È lapidario in questo senso l'allarme lanciato dal geriatra Piero Secreto, componente del direttivo della Società italiana di geriatria ospedale territorio (Sigot): «Negli ultimi anni la tipologia dei pazienti ricoverati nelle strutture geriatriche si è progressivamente modificata e questo vale per tutti i setting di cura, in termini di condizioni cliniche in continua evoluzione verso l'aggravamento, sia dal punto di vista cognitivo che dal punto di vista funzionale. In tre parole: sono sempre peggio. Ma a questo continuo peggioramento delle condizioni cliniche, fa invece di scontro un progressivo prevalere dei parametri socio-economici, come selezione per poter afferire ai servizi sanitari. E noi vediamo il rischio che una fascia sempre più elevata di pazienti anziani malati cronici, anche gravi, non autosufficienti, venga tagliato fuori da una serie di servizi sanitari a loro indispensabili». È la realtà discriminante che oggi possiamo combattere con l'affermazione del diritto sanitario e che la legge 33 invece vuole «istituzionalizzare» come pratica di esclusione legittima dalle cure dei malati anziani non autosufficienti.



«Non ci sono risorse. Dobbiamo riformare l'assistenza domiciliare».

Abbiamo già spiegato che proprio per la sua collocazione giuridica nell'ambito dei provvedimenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali (e non di quello della Salute), il fatto che non ci siano le risorse sufficienti è strutturale, non contingente. È tipico del settore socio-assistenziale il finanziamento con fondi limitati, soggetti a continue revisioni e ad estenuanti trattative per la loro conferma e consistenza. Ne sono esempi il Fondo dopo di noi, il Fondo per la non autosufficienza, il Fondo caregivers... ogni anno si ripete il balletto delle cifre, dei tagli annunciati e poi in parte recuperati, dell'esclusione dei richiedenti perché strutturalmente i fondi non coprono tutti...

È chiaro che la politica clientelare vive esattamente di questo modo di finanziare gli interventi: togliendoli dall'universalità del diritto, e quindi dall'obbligatorietà delle istituzioni di erogare la prestazione, e ponendoli nella categoria della discrezionalità dell'azione politica. In questo modo l'erogazione di prestazioni viene proposta come «favore» della politica verso alcuni e non come diritto esigibile per tutti, cui le istituzioni devono semplicemente rispondere con l'ordinaria amministrazione e con prestazioni concrete a tutte le domande di servizio.

L'unico serbatoio di risorse al quale punta ad attingere la nuova legge è quello dell'Indennità di accompagnamento riformata. Non sono risorse nuove, ma sono fondi che la legge punta a orientare diversamente: dalle tasche delle famiglie a quelle dei gestori privati. La legge intende confondere le risorse dell'indennità di accompagnamento riformata nel calderone della «misura universale per la non autosufficienza», favorendo la concessione di servizi ai privati (profit o no-profit), che oggi – e per qualcuno è «un problema» – non vengono scelti dalle famiglie, che preferiscono ricevere i soldi direttamente e gestirli per tutelare la persona non autosufficiente, anziché ricevere prestazioni incerte, calate dall'alto e in parte drenate dallo stesso gestore privato.

Cosa manca



Tra ciò «che manca», Gabanelli e Ravizza indicano «la riforma dell'assistenza domiciliare, per usare meglio i fondi del Pnrr». Ci trovassimo di fronte ad un articolo equilibrato, l'esaltazione della legge 33 crollerebbe qui: quella che è stata presentata (e inserita nel Pnrr) come «LA» riforma per la non autosufficienza in Italia non affronta «IL» tema principe del settore, cioè le cure domiciliari? Solo questo basterebbe per squalificarla totalmente.

Tuttavia, il fatto che la legge non intervenga sulle cure domiciliari garantendo risposte adeguate ai bisogni dei malati non autosufficienti, è parte coerente del disegno di emarginazione che rappresenta. I fondi del Pnrr sulle cure domiciliari prevedono esclusivamente un allargamento della platea dell'Adi (Assistenza domiciliare integrata), non una sua riforma.

L'Adi oggi – dati Ministero della Salute – garantisce una copertura di 17 ore all'anno in media per ogni paziente preso in carico con personale medico e infermieristico. Nulla.

Per fare in modo che le esigenze cliniche e tutte quelle legate alla tutela della salute del malato non autosufficiente trovino risposte, l'Adi va potenziata con un riconoscimento sanitario – non soggetto a Isee – dell'attività dell'assistente personale o dell'accuditore familiare. Per farlo basterebbe un'integrazione dell'articolo 22 dei Lea "Prestazioni e servizi sanitari domiciliari" di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. Un intervento puntuale, chirurgico che riconosca come di rilievo sanitario, e quindi compartecipate dall'Asl, le prestazioni indifferibili e indispensabili per il soddisfacimento delle funzioni vitali quotidiane dell'anziano malato cronico non autosufficiente, tra cui vanno comprese idratazione, alimentazione, mobilitazione, controllo nella somministrazione e nell'assunzione della terapia, monitoraggio delle condizioni di salute generali e dei parametri vitali fondamentali, comunicazione con gli operatori domiciliari professionali.

Dal punto di vista finanziario, il piano di presa in carico dell'utente dovrebbe prevedere un «budget di cura e assistenza», graduato per crescere all'aumentare del grado di non autosufficienza, composto per il 50% da risorse del Servizio Sanitario Nazionale, indipendentemente dalla condizione economica del non autosufficiente, e per il 50% da risorse dell'utente o degli enti gestori dei servizi sociali quando egli non ha capacità economiche sufficienti.

Tale budget dovrebbe inoltre poter essere trasformato a totale scelta dell'utente o di chi lo rappresenta nella retta per l'inserimento in strutture residenziali, oppure nella gamma di interventi di assistenza tutelare al domicilio per supportare il non autosufficiente negli atti della vita quotidiana. Solo così si estenderebbe alle prestazioni di assistenza sanitaria domiciliare il dispositivo che da sempre è in opera nelle Residenze sanitarie assistenziali, dove questo budget di cura è appunto la quota sanitaria della retta, e non, viceversa, uno slittamento anche delle Rsa nel settore assistenziale