



12 Gennaio 2023

Ill.mi:

- Giorgia Meloni
Presidente del Consiglio dei Ministri
- Alfredo Mantovano
Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri
- Orazio Schillaci
Ministro della Salute
- Marcello Gemmato
Sottosegretario al Ministero della Salute
- Marina Elvira Calderone
Ministro delle politiche sociali e del lavoro
- Maria Teresa Bellucci
Viceministro delle politiche sociali e del lavoro
- Alessandra Locatelli
Ministro per la disabilità
- Carlo Deodato
Capo Dipartimento Affari giuridici e legislativi

Oggetto: richiesta di fermare il DdL del Governo Draghi sulla non autosufficienza e di garantire il diritto alle cure per le persone malate croniche non autosufficienti

Il 10 ottobre 2022 nell'ultimo consiglio dei Ministri del Governo Draghi – dimissionario dal 20 luglio e in carica per gli «affari correnti» –, è stata approvata la bozza di disegno di legge delega sulla non autosufficienza (DdL Non Autosufficienza) il cui titolo per esteso è «Schema di disegno di legge recante deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane, anche in attuazione della Missione 5, componente 2, riforma 2 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) in materia di assistenza agli anziani non autosufficienti».

Si tratta di un testo inaccettabile per le persone malate non autosufficienti e le loro famiglie: un provvedimento che – se approvato – non concederà un solo nuovo diritto alle persone anziane malate croniche non autosufficienti (e alle persone con disabilità grave) e, anzi, sottrarrà clamorosamente diritti a queste categorie di italiani, emarginandole rispetto ai servizi cui hanno diritto gli altri cittadini, in violazione della Costituzione.

Lo scrivente Coordinamento Nazionale (CDSA) in difesa delle persone anziane malate e non autosufficienti ritiene che il DdL sulla non autosufficienza non risponde a quanto ci si aspettava sul tema della integrazione socio-sanitaria e della presa in carico sul versante sanitario e sociale di queste persone con diversi bisogni.

In particolare si osserva quanto segue:

- In base alla normativa nazionale vigente, le persone malate croniche non autosufficienti e le persone con demenza, compresa la malattia di Alzheimer, sono riconosciute come persone con bisogni sanitari e socio-sanitari.

Una volta che ne sia certificata la loro condizione di non autosufficienza, conseguente a patologie croniche invalidanti, è il Servizio sanitario che ha il dovere costituzionale e legale di prestare tutte le

cure necessarie, per tutto il tempo necessario, definite nei Lea sanitari e socio-sanitari (articolo 32 Costituzione, legge 833/1978 e s.m.i).

Invece il DdL sulla non autosufficienza dimostra di non promuovere la preminente competenza del Servizio sanitario nazionale a tutela di queste persone malate e delle loro famiglie. In particolare il DdL non prevede nessun nuovo diritto esigibile a contributi economici a sostegno della domiciliarità in ambito Lea per garantire le cure di cui hanno bisogno le persone malate non autosufficienti curate a casa h24, ogni giorno. E quindi, di fatto, trascura le esigenze sociosanitarie quotidiane di queste persone malate e le crescenti difficoltà dei familiari accuditori (c.d. caregiver), in maggioranza donne, che si assumono sempre più spesso responsabilità e oneri di competenza dell'Asl, sopportando pesanti costi.

La normativa vigente prevede, inoltre, che nel caso in cui emergano necessità di ulteriori prestazioni di natura sociale o assistenziale, rientranti nei Leps, **le persone malate croniche non autosufficienti (e le persone con disabilità in condizioni similari) hanno diritto a prestazioni sociali o di assistenza aggiuntive erogate dagli Enti locali** (Comuni singoli o associati) **che, se rientranti nei Leps, dovrebbero essere esigibili per gli aventi diritto**, previa valutazione economica tramite Isee familiare (articolo 38 Costituzione).

Al contrario nel DdL sulla non autosufficienza non è assicurata l'esigibilità di queste prestazioni previste e indicate come Leps e per ben 13 volte si ribadisce che le stesse possono essere erogate compatibilmente con le risorse stanziare a legislazione vigente (Legge 328/2000, Fondo per le non autosufficienze e Fondo caregiver).

- È **incostituzionale** prevedere – come fa il DdL sulla non autosufficienza - **l'istituzione di 'Sistema nazionale di assistenza anziani'**, (con la conseguente costituzione del CIPA), nel quale emarginare le persone anziane malate non autosufficienti sottraendole alla titolarità del Servizio sanitario nazionale quando hanno necessità di cure di lungo termine (tutte le fasi post acuzie o cure estensive). "La tutela della salute delle persone anziane" deve rimanere di competenza del SSN "anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione" come previsto dalla legge istitutiva del SSN (articolo 2, secondo comma, lettera F della legge n. 833 / 1978)
- Il DdL sulla non autosufficienza **contiene l'assalto al diritto oggi esigibile, universalistico e non vincolato all'Isee o ai redditi disponibili all'indennità di accompagnamento**, unico risarcimento certo dello Stato, erogato «al solo titolo della minorazione» (legge 18 del 1980) per chi dipende in tutto e per tutto dall'aiuto di altri per le funzioni vitali.

Nel testo della legge delega il diritto all'indennità (non più tale, ma uno degli elementi del budget di cura) perde carattere di universalità ed è sottoposto alla valutazione discrezionale (e non più su elementi oggettivi) di una commissione unica, il cui scopo è il recupero di risorse "rinvenienti dai risparmi di spesa" che si prevede di realizzare riducendo gli importi e gli aventi diritto.

- Il DdL sulla non autosufficienza **dimentica quanto previsto dal PNRR, Missione 6 – Salute:**
reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

Per quanto sopra al nuovo Governo guidato dall'On. Giorgia Meloni il Coordinamento Nazionale (CDSA) chiede:

- di **ribadire la competenza sanitaria sulla cura** (in fase di acuzie, così come a lungo termine e per le loro specifiche esigenze di tutela della salute) delle persone malate croniche non autosufficienti
- di **assicurare con i necessari provvedimenti il pieno rispetto e attuazione dei diritti delle persone malate non autosufficienti (di tutte le età) di essere curate dal Servizio sanitario nazionale** «senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio» (articolo 1 della legge 833 del 1978) e «senza limiti di durata» (articolo 2 della legge 833 del 1978)
- di **non consentire la creazione di Sistemi alternativi «al ribasso» rispetto al Servizio sanitario nazionale** (come sarebbe il 'Servizio nazionale assistenza anziani')

- di **difendere l'impianto fondamentale della conquista previdenziale dell'indennità di accompagnamento** (sancito dalla legge 18/1980), somma che viene erogata «al solo titolo della minorazione» e che consente di considerare tale cifra (eventualmente, e a nostro avviso fondatamente, da elevare per le persone malate non autosufficienti) come un vero strumento di riequilibrio rispetto alla disabilità.
- di **finalizzare la valutazione multidimensionale dei bisogni "di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale"** della persona anziana unicamente alla elaborazione del PAI. In quella sede non deve rientrare la valutazione delle capacità economiche della persona perché queste andrebbero a modificare o condizionare l'offerta pubblica dei servizi necessari.

E quindi, operativamente **chiede di fermare l'iter del DdL sulla non autosufficienza** (previsto in Conferenza Unificata Stato Regioni e poi di nuovo in CdM e in Parlamento) e di non ritenere concluso l'iter del percorso di riforma della normativa in merito alla non autosufficienza.

Nello specifico il Coordinamento Nazionale **chiede l'apertura di un confronto mirato alla stesura di un testo di legge di riordino degli interventi sanitari e socio-sanitari** obbligatori del Servizio sanitario a garanzia delle cure di lungo termine (Ltc) di cui necessitano tutte le persone anziane malate e non autosufficienti.

È necessaria una legge di riordino, che apporti i necessari miglioramenti al sistema di presa in carico di queste persone. Per questo proponiamo alcuni punti che il Coordinamento Nazionale (CDSA) ha elaborato in un documento nazionale con il quale vorrebbe aprire una costruttiva e operativa collaborazione. Nel documento del Coordinamento Nazionale (CDSA) i punti principali riguardano:

- Avviare un programma generale di **prevenzione territoriale**
- Assicurare il **potenziamento dei servizi sanitari territoriali e il diritto alle prestazioni sanitarie** domiciliari di lungo termine (LTC) quali: l'ospedalizzazione a domicilio e l'ADI (Assistenza domiciliare integrata). Inoltre è indispensabile inserire il riconoscimento nei LEA di **un contributo economico con oneri a carico del Servizio Sanitario**, garantito in modo universalistico, così come già previsto in ambito LEA per i ricoveri convenzionati in RSA, nell'ambito di un progetto assistenziale individualizzato (PAI) di cure sanitarie e socio-sanitarie predisposto dall'ASL di residenza con la persona malata (adulta o anziana) non autosufficiente e/o con la persona che lo rappresenta giuridicamente.
- Attivazione concreta e reale delle **Case della Comunità per la più completa presa in carico** della persona
Le Case della Comunità sono lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi, con all'interno il Punto Unico di Accesso. Prevedono un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri di comunità, riabilitatori e altri professionisti della salute e dove sono presenti gli assistenti sociali.
- **Devono essere inoltre attivati nel territorio di residenza della persona anziana altri servizi** che possano concorrere come azione di prevenzione al ricovero, attraverso interventi diretti al sostegno dei suoi familiari o che permettano all'interessato la permanenza in contesti di tipo familiare. Ci si riferisce in particolare ai:
 - o **Centri Diurni socio-sanitari** che dovranno essere potenziati con interventi terapeutici, riabilitativi, educativi/abilitativi e di socializzazione, indispensabili per il mantenimento delle autonomie e il controllo delle malattie, specie in caso di demenza;
 - o **Co-Housing o comunità familiari** per promuovere la convivenza di persone anziane ancora autosufficienti o con limitata autonomia, con prestazioni domiciliari assicurate da parte dell'ASL/ATS.
- Premessa la necessità di incrementare e riorganizzare le cure domiciliari, si ritiene necessario **ripensare un modello di RSA** e strutture simili che si occupi in modo globale della cura delle persone anziane malate e non autosufficienti, con la previsione di cure sanitarie adeguate, cure assistenziali e riabilitative, lungodegenza, hospice.

Queste strutture sanitarie devono essere a prevalente gestione pubblica, si devono occupare della cura, della riabilitazione e di tutte le prestazioni di cui necessitano le persone anziane, malate croniche e non autosufficienti. Le prestazioni devono rientrare nell'ambito di quelle sanitarie e socio-sanitarie garantite dal Servizio Sanitario Nazionale ai sensi della L.833/78, e del DPCM n.15 del 12.1.2017 (Livelli Essenziali di Assistenza socio-sanitaria), della legge 38/2010.

In considerazione dell'aumento delle problematiche cliniche e della necessità di prestazioni di tutela personale dei degenti, si ritiene indispensabile aumentare dal 50 al 70% la quota sanitaria che compete alle Regioni sulle rette di degenza.

Andrà altresì richiesto il pieno rispetto della legge 24/2017 (sul rischio di salute) e del nuovo piano pandemico.

All'interno delle RSA e strutture simili devono essere previsti dei **Comitati di partecipazione dei Familiari**, che possano avvalersi del contributo di figure esterne indipendenti e competenti. I Comitati devono operare sulla base di un Regolamento tipo definito con delibera regionale e concordato anche con le rappresentanze dell'utenza.

Andrà in oltre rivisto il criterio attraverso il quale si quantifica il numero adeguato di operatori sanitari/assistenziali all'interno delle strutture (RSA) che ad oggi viene demandato alle regioni e perlopiù utilizza il criterio del "minutaggio".

Si ringrazia per l'attenzione e si rimane in attesa di un Vostro cortese riscontro.

Cordiali saluti,

Coordinamento per il Diritto alla Sanità per le Persone Anziane malate e non autosufficienti – CDSA
rappresentato dalle/dai seguenti Associazioni/Comitati/Sindacati:

- Associazione per la Difesa dei Diritti delle Persone Non Autosufficienti OdV (ADINA) - Firenze
- Associazione Diritti Non Autosufficienti Onlus (Di.A.N.A.) - Verona
- Associazione Umana OdV – Unione per la difesa dei diritti dei malati anziani non autosufficienti – Perugia
- Associazione Vita Indipendente Bassa Val Di Cecina APS - Livorno
- Comitato Diritti per la Disabilità (DIXDI) – Massa Carrara
- Comitato Libro verde (Comitato Regionale Familiari e Operatori) – Modena
- Cub Sanità Nazionale (Operatori Socio Sanitari delle RSA/RSD) – Milano e Firenze
- Fondazione Promozione Sociale Onlus/Ets - Torino
- Gruppo FB "Focus demenza diritti dignità" - Bologna
- Medicina Democratica Onlus – Milano
- Opposizione CGIL: il sindacato è un'altra cosa – Milano
- RSA Unite – Comitato del Trentino - Trento
- Unione Sindacale di Base (Operatori dei CRA) - Parma

Riferimenti:

Maria Grazia Breda: info@fondazionepromozionesociale.it

Laura Valsecchi: l.valsecchi@medicinademocratica.org