

Le cure sanitarie per le persone anziane malate e non autosufficienti: dal PNRR alla Legge Delega 33/2023

Il Coordinamento Nazionale in Difesa della Sanità per gli anziani malati non autosufficienti (CDSA) nasce nel periodo della pandemia, quando la situazione gravissima creatasi nelle RSA e nel domicilio dimostrava tutti i limiti e l'incapacità di un servizio sanitario che negli anni ha ridotto cure, prestazioni e personale.

All'arrivo del Covid non c'era un piano pandemico, non c'erano sistemi di protezione, non c'era personale sanitario in numero adeguato per far fronte alle necessità, non c'era una organizzazione istituzionale nazionale e regionale.

Sono nati così spontaneamente molti comitati di familiari che hanno denunciato le inadempienze e i decessi che vi sono stati.

Il Coordinamento Nazionale Campagna Dico 32 in difesa della salute, del quale Medicina Democratica faceva parte, ha proposto l'attivazione di un gruppo di lavoro sul tema del diritto alla cura per gli anziani. A questo gruppo hanno aderito subito i Comitati dei Familiari, le Associazioni che da anni si occupano di anziani e disabili, rappresentanti degli operatori e sindacati di base (la Cub Sanità, lo Spi Cgil, l'Usb, l'Opposizione a Cgil). Gli Operatori nella prima fase non sono stati molto presenti perché sotto pressione e sotto intimidazioni continue..

E' nato quindi il CDSA che durante la pandemia e anche dopo ha organizzato numerose iniziative per la riapertura delle RSA/RSD, affrontando tutte le condizioni di cura sia per le persone anziane sia per i lavoratori stessi.

In uno dei principali documenti elaborato dal CDSA e inviato a tutte le istituzioni, si individuavano i seguenti principali punti:

- **Promuovere il diritto alle cure sanitarie che deve essere gratuito e universale** come sancito dalla Legge 833/78 e dall'art.32 della Costituzione
- **I servizi sanitari, socio-sanitari territoriali, semiresidenziali e residenziali devono essere in capo al SSN**
- Le cure sanitarie per le persone anziane malate e non autosufficienti devono prevedere un programma **di prevenzione generale, sia la programmazione di prestazioni sanitarie domiciliari, sia una attenta riorganizzazione delle cure sanitarie nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).**

Tutti i massimi esperti del SSN e del Ministero della Salute intervenuti nell'unità di crisi nazionale Covid-19 hanno riconosciuto che **gli anziani malati non autosufficienti, ricoverati nelle RSA o a domicilio sono persone malate, affette da pluripatologie croniche da cui deriva la non autosufficienza.**

Nel 2021 arriva il **Piano Nazionale di Recupero e Resilienza**, dal quale ci si aspettava qualcosa di più per le persone anziane malate non autosufficienti.

Nella **Missione 5 si parla dell'importanza di creare tutte le condizioni per garantire la vita della persona anziana al proprio domicilio**, promuovendo co-housing, comunità alloggio, assistenza domiciliare, socializzazione e telemedicina.

Nella **Missione 6** si parla di incremento dal 6% al 10% della Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), senza modificarne la gestione esternalizzata, le ore di assistenza settimanali, il personale; si parla di avvio delle Case di Comunità, una ogni 40.000 ab. circa e di realizzazione degli Ospedali di Comunità, uno ogni 100.000 ab..

Nulla viene detto per rivedere i requisiti organizzativi e strutturali delle RSA, il personale e che devono essere in capo al SSN. **Oggi l'80% delle RSA è privata accreditata**, con gestione da parte di multinazionali e cooperative che si basano sulla logica del profitto e non certo la salute della popolazione anziana.

Il PNRR ha dato come indicazione di realizzare una importante riforma delle cure e dell'assistenza sociale per le persone anziane, attraverso due Commissioni Ministeriali, una in capo al Monsignor Paglia sulla riorganizzazione dell'assetto sanitario (LEA), una in capo all'Onorevole Turco sulla definizione delle prestazioni sociali (LEPS).

Si arriva quindi alla realizzazione del **Piano sulla Non Autosufficienza attraverso la Legge Delega n. 33/2023** – Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane.

Questa Legge Delega inasprisce e modifica in modo radicale le modalità di presa in carico e di attivazione dei servizi necessari alle persone anziane, affette da pluripatologie, malate e non autosufficienti per le quali si devono prevedere le cure di lungo termine. Si tratta di persone inguaribili, ma curabili!

La Legge Delega n.33 sulla Non Autosufficienza è una controriforma epocale che sposta le cure socio-sanitarie di lungo termine (Ltc) per le persone malate croniche non autosufficienti dal settore sanitario, dove rientrano nei Lea e dove sono previsti diritti esigibili con accesso universalistico, a quello delle politiche sociali, che prevede l'erogazione delle prestazioni sociali (Leps), compatibilmente con le risorse disponibili e in base all'Isee, ossia alla valutazione economica del nucleo familiare.

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

Viene istituito un **Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA)** aggregato al Ministero delle Politiche Sociali e del Lavoro e non più al Ministero della Salute!

È **incostituzionale** prevedere l'istituzione di questo "Sistema nazionale di assistenza anziani", 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 D. Lgs. n. 29 del 15 marzo 2024 conferma tutte le nostre preoccupazioni.

Questo Decreto è stato respinto dalla Conferenza Stato Regioni, criticato dal Terzo Settore e dalle stesse Associazioni facenti parte del Patto sulla Non Autosufficienza.

Tutti difendono la bontà della Legge Delega e contestano il D. Lgs. n. 29. La Legge Delega n.33 è ingiusta, non rispetta i diritti alle cure di lungo termine, non garantisce risorse, non rispetta i criteri universali della L. 833/78 e della Costituzione.

Il D. Lgs. n. 29 è il suo frutto e riprende i temi della privatizzazione così come sono posti nella Legge Delega n. 33.

Vediamone alcuni:

- **La nascita dello SNAA e del CIPA** (il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana), in capo cmq al Ministero delle Politiche Sociali e del Lavoro e non al Ministero della Salute..

Il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA) e' costituito dall'insieme integrato dei servizi e delle prestazioni sociali, di cura e di assistenza necessari a garantire un adeguato e appropriato sostegno ai bisogni della popolazione

- **Nel D. Lgs. 29** si riprende il leit motive della Legge Delega 33/2023: numerose volte si ripete che le condizioni indicate **si attuano a risorse disponibili** (13 volte ripetuto nella Legge Delega), così nel D. Lgs. 29 si parla di “mancanza di previsione di risorse economiche aggiuntive e strutturali”..
- Oltre a questo **la definizione di anziano non autosufficiente** è insoddisfacente, non vi è alcun richiamo alle condizioni di malattia, di pluripatologie che determina la non autosufficienza e richiede cure sanitarie preventive e curative..
- *Art. 30, comma 2. I servizi residenziali sono offerti presso strutture residenziali non sanitarie in possesso di requisiti operativi e di sicurezza, tali da garantire alle persone ospitate adeguati livelli di intensità assistenziale e una adeguata qualità degli ambienti di vita, nonché il diritto alla continuità delle cure e il diritto al mantenimento delle relazioni sociali ed interpersonali, mediante l'accoglienza in ambienti di tipo familiare caratterizzati da formule organizzative rispettose delle esigenze personali e di riservatezza.*
- Si parla di **invecchiamento attivo, di turismo accessibile, di tele medicina..di housing e cohousing, di servizio civile, di informazione digitale, di telemedicina, di affezione animale..ecc e poi si propone “l’inganno delle cure domiciliari: la cosiddetta prestazione universale (art.34) che riguarda meno di 25.000 persone anziane su 14 milioni di persone anziane, dei quali circa 4 milioni hanno necessità di cure e assistenza socio-sanitaria.**

La prestazione universale (sperimentale per due anni) riguarda persone con più di 80 anni, con gravissima disabilità e ISEE sotto i 6.000 euro.

Se una persona ha 79 anni, con le stesse caratteristiche non ha diritto ad alcuna cura!!

Che fare?

- **Petizione online** “Fermiamo la legge 33 sulla non autosufficienza

-La **Sigot invita a potenziare, negli ospedali, le Unità Operative Ospedaliere di Geriatria per acuti**, reparti che utilizzano un modello clinico-assistenziale bio-psico-sociale, incentrato sulla funzione e non solo sulla malattia.

-Rivedere i requisiti delle RSA, potenziare il personale e aumentare la quota sanitaria a carico del SSR

Giovanni Maria Flick, presidente emerito della corte costituzionale, a commento della norma disse:

“Uscire dal terreno sicuro del sanitario e del socio-sanitario, come prospettato dalla legge 33, equivale a una sottrazione di tutele per i malati cronici non autosufficienti, che invece devono essere mantenuti nella dimensione di tutela sanitaria per tutte le loro esigenze”

Il CDSA quindi chiede che per le persone anziane, malate e non autosufficienti:

- venga mantenuta la **competenza sanitaria sulla cura e sui bisogni clinici assistenziali di lungo termine, senza distinzione alcuna (art. 32 della Costituzione)**

- **si potenzino i servizi sanitari territoriali e il diritto alle prestazioni sanitarie domiciliari di lungo termine** anche attraverso l'attivazione concreta e ben organizzata delle Casa della Comunità

- **si ripensi ad un modello di RSA con cure sanitarie adeguate**, cure assistenziali e riabilitative, lungodegenza, hospice, con personale adeguato, formato e assunto correttamente. Non più un unico operatore socio-sanitario x 20-30 ricoverati! Non si deve più calcolare la presenza degli operatori sulla base di un minutaggio definito a priori, ma sulla base dei bisogni delle persone!

- si modifichi **la quota sanitaria che compete alle Regioni passando almeno al 70% della retta totale**, come è già per le strutture per le persone con disabilità.

Su questi punti e su altri che riguardano i requisiti e la riorganizzazione delle RSA, il CDA intende lavorare e mobilitarsi.