

I SERVIZI AFFERENTI ALL'AREA SOCIO-SANITARIE SONO E DEVONO RIMANERE DI COMPETENZA DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

MAURO PERINO, FRANCESCO SANTANERA,
FONDAZIONE PROMOZIONE SOCIALE, TORINO

Sul numero 3-4, maggio-agosto 2013, di *Appunti sulle politiche sociali* è stato pubblicato l'articolo «*Politiche e servizi per le persone non autosufficienti. Una storia infinita*» in cui Massimo Campedelli¹ e Alessandro Geria² avanzano la proposta della creazione di «*un pilastro autonomo nell'ambito del welfare, come area sperimentale di un nuovo modo di intendere l'integrazione socio-sanitaria, sottratto alla mediazione costante tra sanità e sociale*»³ e destinato alle attività di cura dei malati cronici non autosufficienti.

Come dovrebbe essere evidente per tutte le persone e soprattutto per gli esperti, gli anziani malati cronici non autosufficienti ed i soggetti colpiti dalla malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile sono persone malate che hanno l'imprescindibile esigenza di essere curate dal Servizio sanitario nazionale, così come impongono il buon senso e le leggi che si sono succedute dal 1953⁴ e che riguardano tutti i cittadini malati.

Ricordiamo che l'articolo 32 della Costituzione stabilisce che «*la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti*». Dunque tutte le persone hanno il pieno e immediato diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie nei casi in cui le relative prestazioni siano indifferibili, ricoveri compresi: gli interventi devono essere assicurati non solo ai pazienti acuti, ma anche a quelli affetti da patologie croniche e da non autosufficienza.

A questo riguardo la legge 833/1978 sanciva e sancisce l'obbligo del Servizio sanitario nazionale di provvedere «*alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione*». Stabiliva e stabilisce inoltre che le prestazioni devono essere fornite agli anziani, come a tutti gli altri cittadini, qualunque siano «*le cause, la fenomenologia e la durata*» delle malattie⁵.

Gli Autori dell'articolo, che riferiscono la loro proposta al «*nuovo modo di intendere l'integrazione socio-sanitaria*», non tengono in alcun modo conto delle esigenze sanitarie degli infermi. Nonostante ricordino «*l'aumento delle malattie croniche, in particolare degenerative*», segnalino che vi sono «*le non autosufficienze determinate da malattie degenerative, di cui la Sla – Sclerosi laterale amiotrofica*» e che «*nel gergo sanitario poi, la non autosufficienza è sempre più associata a cronicità*», nell'argomentare la loro proposta, non fanno infatti alcun concreto riferimento al vigente contesto normativo che – lo ripetiamo – a partire dal 1953 garantisce le cure sanitarie, comprese quelle ospedaliere, non solo ai malati acuti, ma anche agli anziani cronici non autosufficienti⁶. In particolare, non solo vengono ignorate le disposizioni della legge 833/1978 ma anche le norme sui Lea, Livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria⁷.

Del resto la creazione di un «*pilastro autonomo*» (e quindi «*terzo*» tra il settore sanitario e quello socio-assistenziale) ha chiaramente la conseguenza di separare dal Servizio sanitario nazionale la nuova organizzazione preposta alla cura dei malati cronici non autosufficienti. L'obiettivo che si pongono gli autori è infatti quello «*di far diventare la long term care un pilastro autonomo nell'ambito del welfare (...).* Provando così a superare, in una logica di sistema, almeno tre derive», la prima delle quali rappresentata, secondo gli Autori, dall'ospedale «*che per mantenere la sua centralità nel sistema espelle o esternalizza quanto non può gestire perché cronico e non acuto*». In buona sostanza si prende atto che la condizione di inguaribilità esclude oggi dal Servizio sanitario chi in essa versa e si assume tale condizione come «*requisito*» di ingresso

nel nuovo settore: non considerando che è impossibile, in numerose situazioni, accettare con sicurezza una definitiva impossibilità di guarire o di recuperare, anche parzialmente, l'autonomia. Ed inoltre che, molto spesso, le patologie croniche si aggravano ed esigono interventi complessi (spesso analoghi a quelli occorrenti per i malati acuti) e che le persone affette da infermità croniche sono frequentemente colpite da eventi acuti di vario genere.

In tutti questi casi, a nostro avviso, vi è la necessità di evitare in tutta la misura del possibile il cambiamento della sede del ricovero e quindi anche del relativo personale, situazione che rischia fortemente di provocare disorientamento e quindi negative conseguenze di natura psico-fisica nei ricoverati, in particolare tra quelli affetti da demenze senili. Da ciò consegue l'esigenza che, se possibile, gli eventi acuti vengano curati nella sede in cui il malato cronico non autosufficiente è ricoverato (domicilio o Rsa, Residenza sanitaria assistenziale).

Occorrerebbe infine interrogarci sui motivi etici e sociali in base ai quali il «pilastro autonomo» è previsto solo per gli anziani malati cronici non autosufficienti e non per tutti gli adulti che si trovano nelle medesime condizioni di salute. Considerando inoltre che la creazione di una organizzazione separata determinerà deleteri e continui conflitti sia per quanto concerne la competenza ad intervenire, sia in merito all'attribuzione dei relativi costi.

È ben vero che quasi tutte le istituzioni (Regioni, Asl, Comuni, ecc.) operano per non attuare le vigenti disposizioni sui Lea – e che detto negativo comportamento è attuato da tutte le forze politiche, dai Sindacati Cgil, Cisl e Uil (con la sola lodevole eccezione dello Spi-Cgil di Torino), nonché da numerose organizzazioni sociali e di volontariato – tuttavia questa situazione non può e non deve essere accettata. Va perciò compiuto ogni sforzo per ottenere il rispetto delle esigenze e dei diritti di tutte le persone malate siano esse affette da patologie acute o da malattie croniche.



Note

¹ Responsabile del Laboratorio di epidemiologia di cittadinanza del Consorzio Mario Negri Sud.

² Dipartimento delle politiche sociali e della salute della Cisl nazionale.

³ Gli Autori si sono forse ispirati all'ipotesi avanzata da Vittorio Mapelli con il documento "Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi", curato da Cristiano Gori, le cui proposte non sono mai state riprese dallo stesso Gori e da altri esperti. Cfr. l'editoriale del n. 173, 2011 di *Prospettive assistenziali* "Altre iniziative dei negazionisti dei diritti alle cure socio-sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti".

⁴ Cfr. le leggi 841/1953, 692/1955, 132/1968 e 386/1974.

⁵ Le succitate norme della legge 833/1978 erano state precedute dalle disposizioni della legge 132/1968 il cui articolo 29 stabiliva che «ogni Regione deve programmare i propri interventi nel settore ospedaliero (...) in relazione al fabbisogno di posti letto distinti per acuti, **cronici**, convalescenti e **lungodegeniti**».

⁶ Per fornire un oggettivo quadro di insieme a coloro che per la prima volta si interessano del problema delle persone colpite da patologie invalidanti e da non autosufficienza ricordiamo che: - per la concessione ai pensionati del settore pubblico (legge 841/1953) e del settore privato (legge 692/1955), nonché ai loro coniugi conviventi di qualsiasi età, del diritto alle cure sanitarie comprese quelle ospedaliere gratuite e senza limiti di durata, il Parlamento aveva imposto ai lavoratori un consistente aumento dei contributi allora definiti previdenziali, incrementati dalla legge 386/1974 e finora mai ridotti; - le contribuzioni a carico degli ultrassettantacinquenni ricoverati presso le Rsa e strutture similari (e dei soggetti con handicap in situazione di gravità) sono state introdotte dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, le cui norme sono cogenti in base all'articolo 54 della legge 289/2002. Le relative disposizioni confermano il diritto pienamente e immediatamente esigibile alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari e residenziali. Al riguardo si vedano le sentenze del Tar del Piemonte n. 381/2012 e 326/2013, nonché le ordinanze dello stesso Tribunale n. 609/2012 e 141/2013.

⁷ Gli Autori segnalano solamente che: «in realtà, non mancano nella legislazione sociale, e in particolare in quella che riguarda le prestazioni monetarie, misure effettivamente esigibili sulla base di determinate condizioni di bisogno, con o senza la prova dei mezzi» e che «di recente la discussione parlamentare sul tema è stata affrontata solo a seguito della Petizione riguardante il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza (Lea) per le persone non autosufficienti promossa dalla Fondazione promozione sociale onlus, approvata come risoluzione dalla Commissione affari sociali della Camera e [affermazione non corrispondente al vero, n.d.r.] purtroppo solo incidentalmente a seguito della conversione in legge del già citato decreto legge 158/2012». Inoltre nella nota (1) gli Autori hanno ricordato «la predisposizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria» senza però segnalare che essi stabiliscono diritti esigibili in base all'articolo 54 della legge 289/2002.