

Bozza per la presentazione del ricorso al Tar del Lazio entro i 60 giorni successivi alla data di pubblicazione sulla Gazzetta ufficiale del 18 marzo 2017, Supplemento ordinario n. 15.

Torino, 30 marzo 2017

Le nefaste conseguenze dei nuovi Lea per alcuni milioni di cittadini: ampliato il settore socio-sanitario dagli anziani non autosufficienti a tutti gli adulti infermi con autonomia limitatissima o nulla con separazione netta delle cure tra i malati acuti ed i malati cronici; burocratici sbarramenti e liste di attesa per l'accesso alle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali, nonché possibile imposizione di oneri economici anche rilevanti a carico dei malati, dei loro coniugi e dei figli conviventi o non conviventi ¹

1. Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie" stabilisce all'articolo 21 "Percorsi assistenziali integrati" quanto segue:

«1. I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali di cui al presente Capo prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni

¹ Le nostre considerazioni tengono anche conto del documento del Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria "Piano nazionale della cronicità" nel cui capitolo "Organizzazione dell'assistenza ospedaliera" viene segnalato quanto segue: «L'attuale sistema ospedaliero, organizzato in unità operative specialistiche, si rivela particolarmente valido ed efficace per il trattamento di situazioni di acuzie in pazienti privi di comorbidità e soprattutto in assenza di malattie croniche preesistenti, spesso condizionanti l'evento o la malattia che causa il ricovero. Occorre prendere atto, però, che in Italia, come nella maggior parte dei Paesi occidentali, il 70-75% dei degenti ospedalieri appartiene alla categoria dei "cronici acutizzati con poli-morbidità". Per fronteggiare questa situazione e garantire la gestione ottimale della malattia quando la persona con cronicità è ricoverata in ospedale per altra patologia, evento intercorrente o per procedure chirurgiche, elettive o d'urgenza, in molti ospedali è stato adottato un assetto organizzativo basato sulla intensità di cura: le strutture non sono più articolate, come da tradizione, in reparti e o unità operative in base alla patologia e alla disciplina medica ma in aree che aggregano i pazienti in base alla maggiore o minore gravità del caso e al conseguente livello di complessità assistenziale, per garantire la più completa integrazione delle diverse competenze professionali e per trattare le diverse patologie in pazienti riuniti in un'unica piattaforma logistica di ricovero. **L'assetto organizzativo prevede tre livelli: un livello di intensità alta che comprende le degenze intensive e sub-intensive; un livello di intensità media che comprende le degenze per aree funzionali (area medica, chirurgica, materno infantile) e un livello di intensità bassa dedicata a pazienti post acuti.**

Attualmente fanno parte del Csa le seguenti organizzazioni: Associazione Geaph, Genitori e amici dei portatori di handicap di Sangano (To); Agafh, Associazione genitori di adulti e fanciulli handicappati di Orbassano (To); Aias, Associazione italiana assistenza spastici, sezione di Torino; Associazione "La Scintilla" di Collegno-Grugliasco (To); Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie, Torino; Associazione "Odissea 33" di Chivasso (To); Associazione "Oltre il Ponte" di Lanzo Torinese (To); Associazione "Prader Willi", sezione di Torino; Aps, Associazione promozione sociale, Torino; Associazione tutori volontari, Torino; Cogeha, Collettivo genitori dei portatori di handicap, Settimo Torinese (To); Comitato per l'integrazione scolastica, Torino; Ggl, Gruppo genitori per il diritto al lavoro delle persone con handicap intellettivo, Torino; Grh, Genitori ragazzi handicappati di Venaria-Druento (To); Gruppo inserimento sociale handicappati di Ciriè (To); Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, Torino; Utim, Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva, Torino.

afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. Con apposito accordo sancito in sede di Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definite linee di indirizzo

volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali, nonché modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione, anche con riferimento al Fondo per le non autosufficienze di cui all'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni.

«2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Le regioni e le province autonome organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza.

«3. Il Progetto di assistenza individuale (Pai) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'Unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia. Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato.

«4. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali; i trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali, semiresidenziali e residenziali, sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale, quando necessari, in base alla valutazione multidimensionale».

2. In merito al 1° comma del citato articolo 21, secondo cui viene prevista «l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area dei servizi sociali» precisiamo che si tratta di una affermazione ingannevole in quanto tutte le persone malate, siano esse colpite da patologie acute o croniche ricevono dagli ospedali e dalle case di cura sempre e solo prestazioni sanitarie. In realtà, il richiamo all'area dei servizi sociali è un fuorviante riferimento per imporre contributi economici, come avviene attualmente, ad esempio, per il ricovero nelle Rsa degli anziani malati cronici non autosufficienti.
3. **Fondo sanitario e Fondo per le non autosufficienze.** È significativo che nel medesimo primo comma del sopra riportato articolo 21 venga citato il Fondo per le non autosufficienze in quanto questo Fondo riguarda esclusivamente le spese a carico dei Comuni per l'integrazione degli oneri delle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali non coperti dalle Asl e dagli utenti. Da notare che in base alle leggi vigenti la stragrande maggioranza degli oneri economici è a carico del Fondo sanitario nazionale e che da anni vengono illegittimamente prelevate somme dal Fondo per le non autosufficienze per attività a carico del Fondo sanitario. L'omesso riferimento al Fondo sanitario è un altro espediente per orientare sul settore dell'assistenza sociale (caratterizzato dall'assenza di diritti esigibili e da pagamenti a carico degli utenti) la maggior parte possibile delle prestazioni fornite alle persone

malate croniche non autosufficienti o con rilevanti carenze della loro salute causate da gravi disabilità.

- 4. Indifferibilità delle prestazioni.** È sconcertante che i nuovi Lea vincolino l'accesso alle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali delle persone non autosufficienti alla valutazione multidimensionale dei bisogni (cfr. il comma 2 dell'articolo 21), nonostante che tutte le persone con limitatissima o nulla autonomia abbiano l'esigenza di indifferibili prestazioni sanitarie. Infatti tutti questi infermi sono destinati a morire nel giro di 5- 6 giorni se non ricevono le occorrenti indifferibili prestazioni diagnostiche (rese spesso complesse dall'impossibilità degli infermi di segnalare la durata, l'intensità e a volte anche la localizzazione delle loro sofferenze) e terapeutiche (da monitorare con attenzione e con continuità soprattutto nei casi in cui i pazienti non sono in grado di comunicare l'efficacia dei trattamenti effettuati). Inoltre questi malati hanno l'indifferibile esigenza di essere alimentati (spesso mediante imboccamento), curati nella loro igiene personale (sovente è presente la doppia incontinenza), movimentati (allo scopo di evitare l'insorgere delle piaghe da decubito), nonché di ricevere tutte le prestazioni necessarie in base alle loro personali esigenze. Se, come avviene per i malati posti in illegittime e crudeli liste di attesa, essi non muoiono, ciò è dovuto esclusivamente al fatto che intervengono i congiunti, che non hanno però alcun obbligo giuridico di svolgere le attività assegnate dalla legge al Servizio sanitario nazionale. Infatti l'articolo 23 della Costituzione stabilisce che *«nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge»* e mai il Parlamento ha approvato norme per assegnare ai congiunti degli infermi, comprese le persone con patologie invalidanti e non autosufficienti, compiti attribuiti dalla legge al Servizio sanitario.
- 5. Unitarietà delle prestazioni sanitarie.** Come dovrebbe essere ovvio per tutti coloro che svolgono attività sanitarie, base imprescindibile per la corretta cura delle patologie delle persone non autosufficienti dovrebbero essere:
- a) l'evidente indifferibilità e indispensabilità delle prestazioni sanitarie, che dovrebbero essere fornite da tutti gli operatori sanitari (medici, infermieri, assistenti sociali, ecc.) tenendo conto della fondamentale importanza del rispetto delle valenze sociali e relazionali che contribuiscono in misura rilevante all'efficacia delle prestazioni terapeutiche;
 - b) lo stretto e continuo collegamento degli interventi rivolti alle persone con patologie siano esse acute o croniche, soprattutto nei frequenti casi di riacutizzazioni di condizioni croniche. Al riguardo ricordiamo che nell'allegato documento dell'Ordine dei Medici di Torino e Provincia del 6 luglio 2015 è precisato che *«gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone affette da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto **hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili** in relazione ai loro quadri clinici e patologici»*, situazione che riguarda tutti gli infermi non autosufficienti di qualsiasi età.

Pertanto sulla base dei basilari principi individuati nel sopra citato documento, c'è l'urgentissima necessità che i nuovi Lea non vengano attuati e che venga reintrodotta l'unitarietà delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale eliminando, in primissimo luogo la prevista differenziazione fra prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Occorre altresì che:

- ai Medici di medicina generale venga riconosciuta l'insostituibile esigenza della loro operatività nei confronti di tutti i pazienti, compresi quelli non autosufficienti, sulla base degli stessi principi riconosciuti per gli altri malati e quindi con la possibilità di attivare direttamente le cure domiciliari di lunga durata ed i ricoveri ospedalieri senza condizionamenti per l'accesso alle prestazioni legate alle modalità, procedure e strumenti di valutazione multidimensionale previsti dal 2° comma dell'articolo 21 dei nuovi Lea;
- ai Medici ospedalieri e delle strutture di riabilitazione e di lungodegenza venga assicurata la possibilità di operare nei confronti degli infermi non autosufficienti sulla base dei medesimi criteri riconosciuti per gli altri malati, assicurando a tutti gli infermi la continuità terapeutica sancita dalle leggi vigenti;
- l'intervento delle Unità valutative, com'è stato evidenziato nell'allegato secondo documento dell'Ordine dei Medici di Torino e Provincia del 29 marzo 2016, «*può essere richiesto per accertamenti e approfondimenti, ma non può negare le cure*» soprattutto agli infermi non autosufficienti, le cui esigenze sanitarie – lo ripetiamo – sono indifferibili.

6. Priorità delle prestazioni domiciliari. Concordiamo pienamente con la necessità, riconosciuta dal 4° comma dell'articolo 21 dei nuovi Lea, di privilegiare «*gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite [rectius, malate o con gravi carenze della loro salute] al proprio domicilio*» purché, anche per questi soggetti vengano riconosciuti tutti i diritti e le modalità previste per gli altri malati, in particolare per quanto concerne le condizioni di accesso alle prestazioni. Valutiamo molto positivamente le norme concernenti «*l'attivazione delle risorse disponibili [rectius, occorrenti] formali e informali*» purché vengano riconosciute le competenze dei medici e sia stabilito che la valutazione multidimensionale può agire solo su richiesta dei medici di medicina generale e/o ospedalieri.

Per quanto concerne le risorse informali, sottolineiamo il ruolo fondamentale e imprescindibile della persona, familiare o terzo, che assume volontariamente² l'impegnativo compito di accuditore domiciliare, denominazione da noi preferita rispetto a "caregiver". Al riguardo sottolineiamo l'estrema importanza delle norme della legge della Regione Piemonte n. 10/2010 "Servizi domiciliari per persone non autosufficienti" in cui sono previsti contributi/rimborsi delle spese vive sostenute dagli accuditori domiciliari siano essi familiari o terze persone. Ne consegue che dovrebbero essere opportunamente modificate le disposizioni dell'articolo 22 dei nuovi Lea, nonché quelle concernenti l'articolo 4 "Assistenza sanitaria di base".

7. Necessità di una legge. Poiché i nuovi Lea modificano sostanzialmente la legge 833/1978 ed i Lea (articolo 54 della legge 289/2002) è certamente illegittimo il decreto in oggetto, avente esclusivamente natura amministrativa. Al riguardo è sconcertante che il decreto in oggetto abroghi di fatto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 che ha acquisito il valore di legge in base all'articolo 54 della non citata legge 289/2002.

² Ricordiamo che l'articolo 23 della Costituzione sancisce che «nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge» e che mai il Parlamento ha approvato norme per assegnare ai congiunti degli infermi, compresi quelli non autosufficienti, compiti attribuiti dalla legge al Servizio sanitario nazionale.

8. Eliminazione delle attività socio-sanitarie e loro inclusione nel settore sanitario.

Sulla base dell'evidente necessità di evitare differenziazioni e separazioni fra le attività sanitarie e quelle socio-sanitarie (motivate queste ultime – cfr. il punto 2 – dall'ingannevole riferimento all'area dei servizi sociali (*rectius*, servizi dell'assistenza sociale operanti per «*gli inabili al lavoro e sprovvisti dei mezzi necessari per vivere*» come stabilisce il 1° comma dell'articolo 38 della Costituzione) e quindi fra prestazioni per gli infermi acuti, per gli infermi cronici, per gli infermi cronici con riacutizzazioni, occorre che rientrino fra le attività sanitarie, da caratterizzare positivamente anche per le fondamentali valenze sociali interne, le prestazioni per tutte le persone malate o con gravi carenze della loro salute per disabilità o altri motivi. In merito occorre – fatto importantissimo – che tutti gli operatori della sanità, nessuno escluso, assumano direttamente, come compito di basilare importanza, il rispetto delle esigenze e dei diritti degli utenti, nonché le già richiamate valenze sociali e relazionali di capitale importanza anche sul piano terapeutico. Occorre altresì che agli infermi non autosufficienti – e quindi i più deboli – e alle loro famiglie non vengano imposti, come succede attualmente, contributi che spesso provocano povertà. Inoltre dovranno essere eliminati i presupposti in base ai quali attualmente – con allarmante frequenza – continuano ad essere erogati prestazioni spesso scadenti alle persone non autosufficienti ricoverate nelle Rsa, Residenze sanitarie assistenziali (cfr. le numerose indagini dei Nas). Con l'unificazione proposta verranno eliminate anche le attuali frequenti e deleterie sovrapposizioni ed i nefasti conflitti fra la Sanità e l'Assistenza con i relativi scontri sul prelievo delle risorse del Fondo sanitario nazionale e del Fondo per le non autosufficienze destinato esclusivamente ai Comuni.

Premesso che eventuali contributi economici a carico degli utenti (ma mai dei loro congiunti) possono essere istituiti e riscossi dalle Asl, dovrebbero essere ricondotte al settore sanitario le seguenti norme del decreto in oggetto: articolo 24. "Assistenza socio-sanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie"; 25 "Assistenza socio-sanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo", 26 "Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali", 27 "Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità", 28 "Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche", 29 "Assistenza residenziale extra-ospedaliera ad elevato impegno sanitario", 30 "Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti", 31 "Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita", 32 "Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo", 33 "Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali", 34 "Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità" e 35 "Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche". **Al riguardo si allega l'articolo di Mauro Perino, "Perché le valenze sociali dei livelli essenziali dovrebbero essere assunte direttamente dal Servizio sanitario" pubblicato sul n. 195, 2016 di "Prospettive assistenziali", rivista trimestrale che esce ininterrottamente dal 1968, consultabile, esclusi gli ultimi otto numeri, sul sito www.fondazionepromozionesociale.it ³.**

³ Nell'articolo di Mauro Perino viene giustamente evidenziata l'assoluta necessità che per ottenere prestazioni valide, occorre che ciascun settore sociale assuma direttamente le fondamentali valenze sociali e relazionali: la Sanità per la Sanità, la Scuola per la Scuola, il Lavoro per il Lavoro, la Cultura per la Cultura, l'Assistenza per l'Assistenza, e così via.

9. Reale pericolo dell'estensione degli oneri economici a carico degli utenti e delle loro famiglie. Come previsto dal decreto in oggetto l'estensione del settore socio-sanitario dagli anziani malati cronici non autosufficienti a tutti gli infermi e a tutti i soggetti con disabilità grave adulti (anche ai minori?) con limitatissima o nulla autonomia pone la preoccupante questione degli oneri economici a carico di detti utenti. Al riguardo occorre tener conto che l'articolo 30 del decreto in oggetto stabilisce che i trattamenti di lungoassistenza (una volta erano correttamente denominati di lungodegenza) di cui al comma 1, lettera b) ⁴ riguardanti tutte le persone non autosufficienti (e non solo più gli anziani non autosufficienti) sono a carico del Servizio sanitario nella misura del 50%, per cui è evidente che il restante 50% deve essere versato dal malato sulla base delle sue risorse (redditi e patrimoni mobiliari e immobiliari). **Da notare che in base al vigente Isee, nei casi in cui gli utenti non coprano la quota a loro carico può essere chiesto l'intervento economico dei coniugi e dei figli conviventi e non conviventi.**

Le prestazioni residenziali delle persone con disturbi mentali di cui al comma 2, lettera c), dell'articolo 33, sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 40%.⁵

I trattamenti residenziali delle persone con disabilità di cui al comma 1, lettera c), punto 1 dell'articolo 34 sono a carico del Servizio sanitario per una quota del 70% della tariffa giornaliera, mentre per le attività di cui al comma 1, lettera c) punto 2 dello stesso articolo 34 la quota di competenza del Servizio sanitario è del 40% ⁶.

I trattamenti di cui al comma 3, lettera b) del citato articolo 34 sono a carico della Sanità nella misura del 70% ⁷.

Occorre tener altresì presente che – com'è ovvio – è estremamente facile porre gli utenti nella categoria in cui gli oneri di competenza del Servizio sanitario sono minori e quindi più consistenti quelli a carico degli utenti (e dei loro coniugi e figli conviventi o non conviventi?).

Allegati: due documenti dell'Ordine dei Medici di Torino e Provincia e l'articolo di Mauro Perino.

⁴ Il comma 1, lettera b) dell'articolo 30 riguarda i «trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al caregiver, con garanzia di continuità assistenziale, e da attività di socializzazione e animazione».

⁵ Il comma 2, lettera c) dell'articolo 33 è così redatto: «c) trattamenti socio-riabilitativi, rivolti a pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, che richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa. La durata dei programmi e' definita nel Progetto terapeutico riabilitativo individuale. In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in più moduli, differenziati in base alla presenza di personale sociosanitario nell'arco della giornata».

⁶ I punti 1 e 2 del comma 1, lettera c) dell'articolo 34 concernono i «trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate. In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alla gravità delle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in moduli, differenziati in base alla tipologia degli ospiti: 1) disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare; 2) disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare».

⁷ Il comma 3, lettera b) dell'articolo 34 si riferisce ai «trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, anche in laboratori e centri occupazionali».