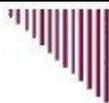


CSA - Coordinamento Sanità e Assistenza fra i movimenti di base

10124 TORINO - Via Artisti, 36
Tel. 011-812.44.69 - Fax 011-812.25.95
e-mail: info@fondazionepromozionesociale.it
Funziona ininterrottamente dal 1970

 **Fondazione
Promozione sociale**

ONLUS

Via Artisti 36 - 10124 Torino
Tel. 011.8124469 - Fax 011.8122595
info@fondazionepromozionesociale.it
www.fondazionepromozionesociale.it

TORINO, 20 marzo 2018

PIANO PER LA CRONICITÀ

Integrazione alla nostra nota del 6 marzo 2018 (“Molto allarmanti le proposte della giunta della Regione Piemonte sulla cronicità”) a seguito della presentazione avvenuta il 12 marzo 2018 a cura dell’Assessorato alla sanità della Regione Piemonte.

Quali cure e a chi sono garantite. Il Piano per la cronicità garantisce le prestazioni sanitarie per quanto riguarda la cura della/e patologia/e ed è altrettanto certo che il malato potrà avere, oltre al medico di medicina generale - che viene incaricato della presa in carico con lo specialista - anche le prestazioni dell’infermiere o del fisioterapista, così come eventuali ricoveri. Non è questa la nostra preoccupazione.

Il problema è la mancata presa in carico da parte della sanità (Asl) delle prestazioni socio-sanitarie previste dai Lea, altrettanto indifferibili, quanto le cure sanitarie, per un anziano malato cronico non autosufficiente (minore, adulto, anziano). E’ questa presa in carico dell’Asl di cui non si trova traccia nel piano della cronicità ed è, come è noto, l’assenza della presa in carico che ha creato i **30.000 piemontesi malati cronici non autosufficienti** in lista d’attesa senza tempi di risposta; sono tutti malati cronici non autosufficienti, che hanno richiesto – e non hanno ottenuto – la presa in carico della sanità (Asl) per le prestazioni Lea. Ovvero **non hanno prestazioni domiciliari, non frequentano centri diurni, non hanno posti letto convenzionati in Rsa.**

Solo i cittadini informati del loro diritto esigibile in base alla legge 833/1978 e all’articolo 54 della legge 289/2002 (definizione dei Lea socio-sanitari) ottengono il diritto alla prestazione Lea, anche se è un diritto esigibile attraverso l’opposizione alle dimissioni con richiesta di continuità terapeutica, mentre il diritto non è immediatamente esigibile per le altre prestazioni richieste dal domicilio, ma pur sempre esigibile.

Tenuto conto che il piano di rientro è concluso e che, come abbiamo scoperto, i miliardi distolti dal settore della sanità sono una causa della mancata erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, ci si attendeva dalla Giunta regionale un cambio di passo e la restituzione del diritto soggettivo alle cure socio-sanitarie, in particolare quelle domiciliari. Ma l’obiettivo della Giunta regionale va in una direzione contraria.

Qual è l’obiettivo del Piano cronicità? Approvare una legge di riforma socio-sanitaria regionale per togliere il diritto esigibile alle cure sanitarie e socio-sanitarie previsto dalle norme sopra citate per i malati cronici non autosufficienti. Tutti: minori, adulti, anziani di qualunque patologia o disabilità. Inoltre, come motiverò in seguito, vi sono oneri rilevanti a carico dei ricoverati, dei congiunti e dei figli anche non conviventi.

Con l'approvazione della legge regionale, che istituisce il settore socio-sanitario (non previsto dalla normativa nazionale), **le Asl potranno trasferire (scaricare) ai Comuni/Enti gestori dei servizi socio-assistenziali le competenze dei malati cronici non autosufficienti.**

In che modo? La valutazione rimane all'Asl (Uvg) così come la responsabilità sulla parte clinica. La prestazione socio-sanitaria (contributi per le cure domiciliari, centri diurni, ricoveri in Rsa) saranno gestiti dai Servizi socio-sanitari con «l'attribuzione agli Enti gestori delle prestazioni socio-assistenziali piemontesi di un ruolo attivo e diretto della presa in carico dei pazienti cronici, specie di quelli caratterizzati da maggior fragilità». Da notare che non si usa la definizione malato cronico non autosufficiente, ma "fragile".

Cosa cambia per i malati cronici non autosufficienti? Il malato cronico se viene escluso dal settore sanitario non ha più lo status di malato e, quindi, perde il diritto soggettivo ed esigibile alle cure socio-sanitarie; secondo il Piano per la cronicità diventa "persona fragile" (infatti sempre al punto 3b si precisa che si deve evitare «la medicalizzazione dei disagi e delle fragilità sociali»). Con l'intento dispregiativo nei riguardi delle cure mediche, nonostante si sia in presenza di malati complessi e non autosufficienti. Inoltre le competenze umane e relazionali sono e devono essere proprie di tutti i servizi sanitari, al pari di quelli socio-assistenziali.

Il passaggio dalla competenza del settore sanitario a quella socio-assistenziale dei Comuni/Enti gestori dei servizi socio-assistenziali per il malato cronico non autosufficiente **significa la perdita del diritto soggettivo ed esigibile alla cura**, diritto universalistico. Il settore dell'assistenza non prevede diritti soggettivi esigibili, ma interessi legittimi, sempre condizionati alla situazione economica del richiedente e legittimamente negati interamente se il richiedente è oltre la soglia fissata; ovvero giuridicamente in questo campo è previsto il diritto di chiedere ma non di ottenere, perché **le prestazioni sono erogabili compatibilmente alle risorse disponibili dell'ente e in base all'Isee dell'interessato**, che contempla anche il calcolo di una parte della situazione economica dei congiunti e dei figli anche non conviventi (decreto legislativo 159/2013 che ha istituito il nuovo calcolo dell'Isee e lo ha definito un Livello essenziale). Inoltre, il Servizio sanitario ha l'obbligo di intervenire nei confronti del 100% dei malati cronici, non autosufficienti compresi; i Comuni/Enti gestori solo nei riguardi degli inabili e sprovvisti dei mezzi necessari per vivere (1° comma, articolo 38 della Costituzione), che equivale al 4-5% dei malati cronici non autosufficienti che siano anche poveri. Tuttavia in base alla Costituzione la competenza del settore socio-assistenziale concerne esclusivamente la situazione economica.

In sostanza il Piano per la cronicità punta ad escludere la maggior parte dei malati cronici non autosufficienti dal diritto alle prestazioni socio-sanitarie. La Giunta regionale anziché predisporre un piano per l'abbattimento delle attuali illegittime liste d'attesa, punta a legittimare la situazione in atto con l'approvazione di una legge di riforma socio-sanitaria regionale, in violazione della normativa nazionale.

Qual è il vantaggio per la Regione? Può istituire il Fondo socio-sanitario *«in modo da garantire la massima equità nell'accesso alle reti sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali e nella funzione dei relativi servizi e prestazioni».*

Pertanto le risorse della sanità disponibili (sia per le prestazioni sanitarie che per le prestazioni socio-sanitarie rientranti nei Lea), non saranno più quelle del Fondo sanitario regionale (8 miliardi di euro), ma quelle che saranno stanziare e trasferite nel fondo socio-sanitario regionale, in modo discrezionale dalla Giunta regionale; a queste si aggiungeranno le risibili risorse destinate agli Enti locali dal Fondo per le non autosufficienze (circa 50 milioni di euro nel 2017), ma che possono anche non esserci, com'è già capitato. Finite le risorse del fondo, finite le prestazioni.

In tal modo **la Giunta regionale potrà ridurre la platea degli aventi diritto** all'accesso alle prestazioni (Dgr 18/2015 *docet*) e applicare il concetto di "equità" negando la prestazione in base alla valutazione economico/patrimoniale (Isee), che è illegittima in ambito sanitario.

Con l'approvazione della legge socio-sanitaria regionale verrà legittimato quello che già oggi è messo in pratica in modo illegittimo, compresa la richiesta dell'Isee per l'accesso a prestazioni socio-sanitarie.

Il Piano per la cronicità non ne parla, ma ci sono altri due elementi che inquietano e completano il disegno politico in atto:

- I nuovi Lea
- Il Patto per la salute

I nuovi Lea (di cui siamo in attesa della sentenza al ricorso presentato al Tar del Lazio) hanno ridotto il diritto alle cure sanitarie gratuite a tutti i malati cronici non autosufficienti: minori, adulti e anziani. Inoltre condizionano il diritto alle prestazioni socio-sanitarie alla valutazione di una commissione multidisciplinare, i cui criteri saranno definiti dalle Regioni. Il piano della cronicità si inserisce in questo percorso.

Il Patto per la salute finora si è adoperato per limitare la spesa per cui le prestazioni socio-sanitarie sono erogate nei limiti delle risorse disponibili ed è stato il primo atto di applicazione della compartecipazione alla spesa a tutti i malati cronici: minori, adulti e anziani di qualunque patologia o disabilità.

In sintesi il piano per la cronicità:

- trasferisce la competenza dei malati cronici non autosufficienti ai Medici di medicina generale, riconoscendo loro - se ho compreso bene - una erogazione economica aggiuntiva per la presa in carico, ma che dovranno sobbarcarsi la cura di malati sempre più complessi che l'ospedale (mediante il tutor) dimetterà sempre prima;
- scaricherà sulla maggioranza dei malati e dei loro familiari, il peso degli oneri delle cure socio-sanitarie, senza le quali il malato cronico non autosufficiente non può sopravvivere.

Ovvero si decide che il 3% dei malati cronici non autosufficienti più gravosi e complessi sono "a perdere"; li lasciamo al loro destino con le loro famiglie. Non interessano i dati sull'impovertimento dei nuclei familiari, né sulle pesanti ripercussioni per le donne, i principali accuditori in campo come familiari (figlie, sorelle, mogli o madri).

Conclusioni. Non ci sembra che sia chiedere troppo che un malato cronico non autosufficiente, specie se con demenza o Alzheimer, sia trattato come ogni altro malato: come prevede la legge 833/1978 curato in ospedale o altra struttura sanitaria fin che è necessario; in base ai Lea (art. 54, legge 289/2002) al domicilio con le prestazioni dell'Adi integrate - come previsto dal piano della cronicità - dalle altre figure professionali; un contributo della sanità che gli permetta di avvalersi dell'aiuto di un'altra persona, avendo la necessità di essere accudito 24 ore su 24 e di poter contare per una parte delle ore sull'aiuto di un familiare; avere la certezza di un ricovero adeguato in Rsa, nel momento in cui viene meno il supporto dell'accuditore o la persona resta sola. Vale anche per i minori e per gli adulti, con qualunque patologie o disabilità cronica invalidante.

E' un problema di sostenibilità del Servizio sanitario nazionale? Se si considera che il Sistema sanitario deve garantire equità nell'accesso alle prestazioni chiediamo che si tenga conto di quanto stabilito dall'articolo 1 della legge 833/1978 che sancisce che il Servizio sanitario nazionale deve

fornire le prestazioni domiciliari e residenziali «senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio» sanitario nazionale. Ne consegue che **i costi devono essere distribuiti su tutti i malati** e non solo sui malati cronici non autosufficienti, **con criteri che non siano punitivi**, come abbiamo indicato nella nostra prima riflessione già a Vostre mani.

Senza dimenticare che le risorse potrebbero derivare da molti altri settori: evasione ed elusione fiscale in primis (vedere allegato). **Il piano di rientro dovrebbe avere insegnato che non è un problema di scarsità di risorse, ma di come vengono utilizzate.**

Per concludere riprendo le conclusioni della XII Commissione Igiene e sanità del Senato ¹: **«Il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia». Da queste conclusioni è utile ripartire: non si tratta di un problema economico (quante risorse sono necessarie); la sostenibilità del diritto alla salute è prima di tutto un problema culturale e politico: fino a che punto siamo disposti a salvaguardare i principi fondanti del nostro sistema sanitario nell'interesse della collettività, garantendo a tutti coloro che ne hanno bisogno un'elevata qualità di accesso alle cure, e nonostante la crisi economica? Quali cure il nostro sistema può riuscire a garantire nel modo migliore ai cittadini? Una questione di equità e quindi di giudizi di valore, prima ancora che di sostenibilità economica. In sostanza, **la sostenibilità della spesa può e deve essere affrontata come una sfida di pubblica priorità nella riallocazione delle risorse per soddisfare al meglio i bisogni della popolazione».****

La Regione Piemonte dovrà quindi decidere se proseguire sulla scelta dell'eugenetica sociale² o promuovere una politica sanitaria inclusiva, in cui tutti i malati acuti e cronici, autosufficienti o non, abbiano diritto alle cure di cui hanno necessità e secondo le loro esigenze.

Questo dipenderà anche dal ruolo che ciascuno vorrà assumere per orientare le scelte politiche di chi ci amministra.

Siamo a disposizione per ogni confronto. Cordiali saluti

Maria Grazia Breda, Andrea Ciattaglia

¹ Relazione della 12ª Commissione permanente (Igiene e sanità) sullo stato e sulle prospettive del Servizio sanitario nazionale, nell'ottica della sostenibilità del sistema e della garanzia dei principi di universalità , solidarietà ed equità.

² In Treccani.it alla voce eugenetica si legge «Sotto il profilo etico, l'eugenetica moderna presuppone un'eliminazione sistematica, programmata di esseri umani, nella maggior parte dei casi motivata da ragioni e pressioni di origine economica (etica utilitarista)».