

FUORVIANTI VALUTAZIONI SU DATI STATISTICI E INTERVENTI NECESSARI SUI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI: LA NEGATIVA RELAZIONE DEL DIRETTORE DEL MINISTERO DELLA SALUTE, ANDREA URBANI

Il 16 novembre 2020 il Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base e la Fondazione promozione sociale onlus hanno scritto ai e Componenti della 12^a Commissione Igiene e sanità del Senato della Repubblica, al Ministro della salute e al Direttore generale del ministero, dott. Andrea Urbani, in relazione al documento “Potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale nell’epoca Post Covid” (n. 569), presentato il 20 ottobre 2020 proprio in Commissione igiene e sanità.

Il documento, diffuso a numerose organizzazioni impegnate nella difesa del diritto alle cure sanitarie dei malati non autosufficienti, ha suscitato una generale reazione indignata perché propone soluzioni per affrontare/riformare la presa in carico dei malati non autosufficienti assolutamente inaccettabili dal punto di vista del diritto e dell’operatività pratica.

Il documento del Ministero della salute non affronta in modo corretto la questione del riconoscimento del diritto universalistico alla tutela della salute dei malati (autosufficienti e non, acuti e cronici...) ed è estremamente grave per le pesanti ripercussioni che ne conseguono.

Da un lato non prende atto della mutata condizione degli anziani che nella maggioranza dei casi, pur in presenza di patologie croniche sempre curabili, mantengono l’autonomia molto più a lungo di un tempo, grazie ai progressi della medicina e delle condizioni generali e personali di vita. Dall’altro omette (volutamente?) di considerare come questione da gestire nell’ambito della sanità, la cura a lungo termine dei malati adulti e anziani cronici che sono diventati non autosufficienti a seguito dell’aggravamento delle loro patologie croniche. Si tratta di malati con esigenze indifferibili, almeno un milione e mezzo di cittadini italiani, che dipendono in tutto dall’aiuto di terze persone per il soddisfacimento delle loro funzioni vitali. Esigenze che, se non vengono soddisfatte, possono mettere a rischio la loro stessa sopravvivenza nel giro di pochi giorni (1).

Adi e Ospedali «a tempo»

Le organizzazioni che per voce del Csa e della Fondazione promozione sociale onlus hanno espresso critiche al «documento Urbani» ritengono che la proposta di implementare i servizi territoriali e le prestazioni di assistenza domiciliare integrata non risponda, da sola, alle esigenze di cura di lunga durata dei malati cronici non autosufficienti. È inaudito – dopo la strage registrata nell’anno 2020 in queste strutture – che nulla sia previsto per la riorganizzazione delle cure sanitarie nelle Residenze sanitarie assistenziali – Rsa e inaccettabile la proposta di fantomatici ospedali di comunità a tempo (10-15 giorni!), creati di fatto per limitare l’accesso dei malati non autosufficienti al Pronto soccorso, con l’obiettivo di dimetterli il più in fretta possibile.

La logica del documento è del tutto in linea con la discriminazione dei malati cronici non autosufficienti in atto da anni. Per loro, e solo per loro, si individuano percorsi separati dagli altri malati e ogni sorta di espediente per negare loro l’accesso a ospedali, strutture sanitarie e alle prestazioni domiciliari e residenziali socio-sanitarie (2).

(1) L’Ordine dei Medici della Provincia di Torino ha, per esempio, confermato in due documenti – del 6 luglio 2015 e del 21 marzo 2016 – che «*in ogni caso*» i malati cronici non autosufficienti hanno «*necessità indifferibile di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie*», cioè che non possono considerarsi rinviabili gli interventi terapeutici, di aiuto infermieristico e assistenza tutelare a loro favore, pena l’immediato deterioramento (fino alla morte) della loro già compromessa condizione.

(2) Si tratta, com’è evidente, di una politica in linea con il confinamento non solo degli anziani, ma di tutte le persone, comprese quelle giovani, colpite da patologie e/o da disabilità invalidanti e da non autosufficienza, come stabilito dal devastante decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 in cui è previsto non solo che l’accesso alle prestazioni (articolo 30) è condizionato dalla «*previa valutazione multidimensionale*», ma anche che – in netto contrasto con la realtà – «*la durata del trattamento estensivo [è] di norma non superiore a sessanta giorni*». Allo scopo di non riconoscere la pur palese violazione delle vigenti norme costituzionali e legislative (cfr. la nota 1) il Consiglio di Stato, nella sentenza n. 1858/2019, ha insensatamente affermato che, per tutti o quasi gli infermi cronici non autosufficienti, è valida «*l’idea ordinaria di quello che dovrebbe essere il progressivo percorso di recupero del paziente che viene, dunque,*

La risposta delle associazioni

Pronta è stata la risposta delle organizzazioni e associazioni (alcune nate a fronte della strage degli anziani malati non autosufficienti deceduti a casa e nelle Rsa a causa della pandemia da Covid-19, molte altre operanti da tempo) che operano nell'ambito della tutela della salute, dei comitati vittime e sopravvissuti delle Rsa e che si sono riunite nel "Coordinamento Nazionale delle Associazioni e dei Comitati delle Famiglie delle vittime delle Rsa" (3). Con un proprio documento le associazioni hanno fatto proprie le istanze sostenute nella nota diffusa dalla Fondazione e a sua volta ha avanzato richiesta di audizione alla Commissione del Senato che, a tutt'oggi, non è ancora stata concessa. L'azione di sollecitazione proseguirà con il coinvolgimento dei Parlamentari di riferimento delle rispettive Regioni.

Qui di seguito riportiamo per intero quanto è stato richiesto dal Coordinamento:

«Il Coordinamento Nazionale si è riunito più volte per conoscere e individuare le principali criticità che hanno determinato una situazione così grave in tutto il territorio nazionale a riguardo delle persone ricoverate nelle RSA in primis, ai loro familiari e agli operatori sanitari che lavorano in queste strutture.

L'analisi fatta ha evidenziato prioritariamente:

- a) l'inadeguatezza delle cure sanitarie all'interno delle RSA dove sono presenti anziani, malati cronici affetti da diverse patologie in gran parte non autosufficienti;*
- b) la carenza delle cure territoriali sanitarie,*

accompagnato, per progressivi passaggi, verso forme sempre più ridotte di impegno sanitario fino all'auspicabile recupero della piena autosufficienza». In merito si ricorda che nel volume di Costantino Cipolla, Manuale di sociologia della salute, Franco Angeli, 2005, viene puntualizzato che «una malattia cronica è una malattia che presenta sintomi che non si risolvono nel tempo né giungono a miglioramento. Secondo la disposizione della National Commission in Chronic Illness, sono croniche tutte quelle patologie caratterizzate da un lento e progressivo declino delle normali funzioni fisiologiche».

(3) Questo l'elenco delle organizzazioni che hanno appoggiato l'appello e la richiesta di audizione: Medicina democratica Onlus, Comitato familiari e operatori "Libro Verde", Associazione Lodi Comune solidale, Di.A.N.A. Associazione diritti non autosufficienti onlus, Riconquistiamo Tutto, ADINA – Associazione per la difesa dei diritti delle persone non autosufficienti, Fondazione promozione sociale onlus, Comitato regionale familiari delle vittime e degenti delle Cra/Rsa Emilia-Romagna, ANCHISE – Comitato nazionale famiglie Rsa-Rsd sanità, Associazione Umana, Comitato diritti e dignità nelle Rsa.

assistenziali e sociali che, in determinati casi, potrebbero garantire un loro mantenimento appropriato al proprio domicilio, quindi nel proprio contesto di vita, evitando non dovute istituzionalizzazioni.

Il Coordinamento Nazionale desidera esprimere le proprie osservazioni in riferimento al Documento "Potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale nell'epoca post-Covid" presentato il 20 ottobre 2020 dal Dr. Andrea Urbani, Direttore Generale della Programmazione del Ministero della Salute, alla XII Commissione del Senato.

Nel Documento presentato vengono esposti 4 importanti punti individuati per il potenziamento dei servizi:

- 1) Assistenza domiciliare*
- 2) Case di comunità*
- 3) Ospedali di comunità*
- 4) Aggiornamento standard delle Rsa.*

Su questi punti il Coordinamento Nazionale esprime alcune considerazioni e propone:

1. La medicina del territorio

Va complessivamente riorganizzata, non è sufficiente pensare al potenziamento dell'Assistenza Domiciliare considerando che allo stato attuale è generalmente molto limitata perché si basa su un concetto di prestazioni da fornire e non di presa in carico globale.

Attualmente è insufficiente per mancanza di risorse e di personale.

Deve essere invece organizzata con una reale integrazione dei servizi sanitari, assistenziali e sociali, per garantire le risposte nelle 24 h per 7 giorni alla settimana all'interno di un progetto individuale complessivo.

2. Le case della comunità

Queste strutture dovrebbero, a nostro avviso, essere chiamate Case della Salute. Vanno per primo ripristinati i distretti socio-sanitari che prevedono la presenza del Medico di Medicina Generale unitamente agli altri settori (medicina preventiva, scolastica, del lavoro..) a presupposto di una organizzazione multispecialistica indispensabile per affrontare i diversi problemi ed è per questo che si devono organizzare le Case della Salute, già attivate in alcune Regioni con buoni risultati.

3. Gli Ospedali di Comunità

Non si possono stabilire a priori i giorni di rico-

vero. Devono esserci reparti ospedalieri (medicines, geriatrie..) con professionisti competenti ed esperti sulla specificità delle persone anziane con pluripatologie, in grado di affrontare sia la situazione clinica che quella sociale e assistenziale. Queste strutture devono saper garantire una continuità terapeutica, organizzata nel territorio di appartenenza, nelle degenze riabilitative o nelle strutture che si rendono necessarie per i bisogni di quella persona.

4. Standard delle Rsa

Non è sufficiente dire che le Rsa devono essere più moderne e all'avanguardia!

Si deve ripensare in modo radicale alle strutture residenziali assistenziali, le cosiddette Rsa.

Anzitutto le Rsa devono far parte del Servizio Sanitario Nazionale, devono occuparsi della cura sanitaria, assistenziale e sociale delle persone malate con patologie croniche e non autosufficienti.

Devono essere ridefiniti i criteri organizzativi riguardanti le figure professionali operanti all'interno delle strutture, salvaguardando il lavoro in equipe multiprofessionali.

Devono essere attivate le modalità formative e di aggiornamento continuo del personale, ivi compresi quelli relativi ai piani pandemici e per la prevenzione delle infezioni in ambito di ricovero.

Devono essere rivisti anche i requisiti strutturali delle Rsa, a partire anche da una ridefinizione di numero di posti letto; deve che essere salvaguardato un approccio curativo e riabilitativo più adeguato, individuando spazi sia terapeutici che socializzanti, indispensabili per la miglior qualità di vita di queste persone, prevenendo ulteriore deterioramento e abbandono.

Alla luce di quanto esposto il Coordinamento Nazionale chiede di poter essere audito dalla XII Commissione del Senato, con l'intento di avviare un dialogo propositivo e costruttivo sulle cure sanitarie delle persone anziane, malate, con patologie croniche non autosufficienti.

La proposta che il Coordinamento Nazionale ha descritto in un proprio documento che intende portare alla discussione con la XII Commissione si basa sui seguenti punti:

1. Cure assistenziali, sociosanitarie con una

vera e propria medicina del territorio, includendo anche l'Ospedalizzazione a Domicilio (sono presenti alcune esperienze);

2. Centri Semiresidenziali facenti parte del Servizio Sanitario Nazionale;

3. Strutture Residenziali a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, rivedendo i requisiti organizzativi e le modalità di cura;

4. Comunità di Territorio, Co-abitazioni, anche in collaborazione con i Comuni;

5. Reparti ospedalieri dedicati con possibilità di formazione e aggiornamento continuo per il personale».

Per quanto riguarda le prestazioni domiciliari va evidenziato che il Coordinamento non ha recepito nel documento la richiesta, sostenuta dalla Fondazione e dalle associazioni del Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base), Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base, di un progetto individualizzato di cure, predisposto dall'Asl di residenza del malato cronico non autosufficiente, comprensivo di un contributo economico, mediamente non inferiore al 70% dell'onere a carico del Servizio sanitario nei casi di degenza presso le Rsa, residenze sanitarie assistenziali, di infermi aventi analoghe esigenze diagnostiche e terapeutiche.

Nel caso si ottenga l'audizione in Senato, il tema sarà ovviamente affrontato da Fondazione e Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base, mentre con le associazioni del Coordinamento nazionale si è deciso un percorso di approfondimento a partire dai contenuti dell'editoriale del n. 211/2020 pubblicato sulla rivista. L'obiettivo è ottenere la piena collaborazione di tutti per iniziative congiunte verso i Parlamentari e le Regioni.

In sintesi, i Fondi del *Recovery Fund* (o *Next generation Eu*) che saranno destinati alla sanità, in base al dettato Costituzionale e alla legge 833/1978, devono essere impiegati per riorganizzare radicalmente le cure per i malati adulti e anziani cronici non autosufficienti, morti a causa delle gravi carenze riscontrate nel corso della pandemia Covid-19 (tuttora in corso), nel nostro sistema sanitario nazionale e regionale. Carenze che non solo non sono state finora affrontate, ma neppure individuate

con proposte di soluzione nella stesura dei progetti del Ministero della salute e del Governo.

Le organizzazioni scriventi hanno osservato che la strage degli anziani malati cronici non autosufficienti è avvenuta tanto nelle Rsa quanto al domicilio nella prima fase della pandemia – e che purtroppo è proseguita drammaticamente nella seconda. Tale drammatico fenomeno richiede interventi profondi e radicali dell'organizzazione delle cure sanitarie e socio-sanitarie per questa fascia di popolazione, che purtroppo non sono presenti nel documento in oggetto.

Eppure, le dichiarazioni dei massimi esperti del nostro Servizio sanitario e del Ministero della salute hanno riconosciuto che gli anziani ricoverati nelle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) sono malati affetti da pluripatologie croniche. Gli stessi esperti hanno inoltre ammesso che è indispensabile sviluppare prestazioni di presa in carico domiciliare per i malati cronici non autosufficienti e una riorganizzazione delle cure sanitarie nelle Rsa.

Ingigantire il problema per non affrontarlo

Va poi riscontrato come elemento non marginale l'eccessiva rilevanza data ai dati statistici sul numero degli anziani nel «documento Urbani». Vengono infatti strumentalmente forniti, allo scopo di evidenziare le difficoltà – a volte addirittura la concreta impossibilità – di garantire loro tutte le prestazioni sanitarie previste dalle leggi vigenti, in particolare quelle concernenti le cure palliative, le terapie contro il dolore e il sostegno psico-sociale dei loro congiunti (4).

Al riguardo nel corso della citata audizione in Senato, Andrea Urbani ha sostenuto che *«una delle sfide che il sistema sanitario ha davanti a sé è legata all'evoluzione demografica»*, segnalando che *«nel 2032, secondo le previsioni Istat, la quota degli anziani over 65 sul totale della popolazione dovrebbe raggiungere, nello scenario mediano, il 28% con circa 17.600.000 anziani in valore assoluto»*, che *«in tale assetto demografico risulta ampiamente*

probabile un incremento della prevalenza e incidenza delle patologie croniche che, aumentano al crescere dell'età e per questo presenti soprattutto tra gli anziani over 75» e che *«l'invecchiamento della popolazione e l'incremento delle malattie croniche impongono una riorganizzazione della medicina sul territorio»*.

Come gli addetti alla programmazione sanitaria dovrebbero avere ben presente, una delle caratteristiche salienti dell'invecchiamento è il continuo aumento dei livelli di autonomia degli ultrasessantenni.

La questione era stata affrontata quasi vent'anni fa da "Prospettive assistenziali" (n. 138/2002) con la pubblicazione dell'articolo di Barbara Maero e Fabrizio Fabris della Cattedra di Geriatria dell'Università di Torino "Invecchiamento, malattia e disabilità", in cui veniva precisato che *«la popolazione che aumenta di più, in proporzione, è la popolazione di età più avanzata»*, che *«gli anni di vita aggiunti sono almeno in parte liberi da malattia e disabilità, risultando così un incremento del periodo di autonomia del soggetto»*, per cui *«si sta assistendo ad una diminuzione della disabilità cumulativa nel tempo»* e quindi non solo si riscontra *«una netta riduzione della prevalenza di limitazioni della popolazione anziana dal 1984 al 1993»* ma anche che *«il maggior guadagno si è verificato per i soggetti con più di 80 anni»*.

A conferma dell'estrema importanza dei dati sopra riferiti, si ricorda che la Sigg, Società italiana di gerontologia e geriatria, a seguito del 63° Congresso nazionale tenutosi a Roma nel novembre 2018, ha proposto di portare a 75 anni l'età di riferimento per definire una persona come anziana.

L'età, quindi, non è il solo criterio utile (e nemmeno il principale) a individuare le prestazioni sanitarie da garantire ai malati, di cui invece è fondamentale conoscere le esigenze cliniche, diagnostiche, terapeutiche, nonché le autonomie di cui dispongono. Profondamente diversa è la situazione di un malato cronico, autosufficiente in grado comunque di provvedere ai propri bisogni vitali, rispetto a un malato cronico, della stessa età, che a causa delle patologie croniche di cui soffre è diventato anche non autosufficiente.

(4) Cfr. la legge n. 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".