

Milano, 20 febbraio 2023

- al Presidente, ai Vicepresidenti e ai Parlamentari
della Commissione Affari sociali
CAMERA dei Deputati della REPUBBLICA

Oggetto: PROPOSTE DI EMENDAMENTO al DISEGNO DI LEGGE n. 506

“DELEGHE AL GOVERNO IN MATERIA DI POLITICHE IN FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE”

Premesse

La popolazione anziana necessita di interventi di prevenzione per ridurre l'incidenza di malattie. Con l'aumento della durata della vita gli anziani sono affetti da pluripatologie croniche da cui deriva in molti casi la loro condizione di non autosufficienza.

In primo luogo quindi si avanza la richiesta che laddove ci si riferisce a soggetti “non autosufficienti” sia sempre esplicitata **la loro condizione di “malati cronici”**, in quanto la non autosufficienza è sempre conseguente alla perdita di salute a causa di malattie croniche invalidanti irreversibili o da loro esiti. Precisazione dirimente per rientrare a pieno titolo nella titolarità del Servizio sanitario nazionale e del diritto esigibile alle cure sanitarie e socio-sanitarie garantite dalla legge 833/1978 e s.m.i. e dai Lea (dpcm 12 gennaio 2017, servizi e prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali).

Per gli anziani malati cronici non autosufficienti la competenza primaria è della Sanità e, quindi, della “Missione 6” per quanto concerne il PNRR. E' il Servizio sanitario (Asl) che deve garantire la presa in carico e **le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di sua pertinenza (Lea) a tutti gli anziani malati cronici non autosufficienti** e, quando necessario, assicurare coordinamento e collegamento (il continuum) con il settore delle Politiche sociali, ovvero l'accesso ai Leps previsti dalla “Missione 5”, per chi ha diritto alle prestazioni socio-assistenziali.

Chiediamo che nel DDL n. 506 in oggetto, sia richiamata la normativa vigente:

- **Legge 833/1978 e s.m.i.** in base alla quale i servizi e le prestazioni del Servizio sanitario nazionale e le prestazioni socio-sanitarie rientranti nei Lea sono diritti esigibili, con accesso universalistico, nel rispetto del diritto fondamentale alla tutela della salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione;

- Legge 328/2000 e Il «Fondo per le non autosufficienze (FNA)» (articolo 1, comma 1264 della Legge 27 dicembre 2006, n. 296), in base alle quali **i Leps sono interventi aggiuntivi,**

rivolti agli anziani malati cronici non autosufficienti che, ai sensi del 1° comma dell'articolo 38, Costituzione, hanno diritto di richiedere prestazioni socio-assistenziali (contributi, pasti a domicilio, aiuto domestico, ...) o sociali (abitazione a condizioni agevolate, attività socializzanti, aiuto alla mobilità,...) erogati dai Comuni, singoli o associati, nell'ambito delle risorse disponibili. Un interesse legittimo, ma non un diritto esigibile.

Ciò premesso, **ci rivolgiamo al Presidente, ai Vicepresidenti e ai Parlamentari della Commissione Affari sociali della Camera, affinché siano accolti gli emendamenti** di seguito proposti, che hanno lo scopo di mantenere e, semmai, rafforzare i diritti già oggi esigibili in ambito sanitario e socio-sanitario, a carattere universalistico; laddove possibile, avviare un percorso per ottenere l'esigibilità – anche progressiva – dei Leps.

Ai Parlamentari della Commissione XII della Camera, a salvaguardia del carattere universalistico del Servizio sanitario nazionale e del diritto alle cure di tutti i malati, senza distinzione alcuna, **come primo emendamento di carattere generale, chiediamo di sostituire la definizione “Anziani non autosufficienti” con “Anziani malati cronici non autosufficienti”**, indispensabile per la loro collocazione in ambito sanitario, che assicura il diritto esigibile alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di cui necessitano ai sensi della legge 833/1978 e s.m.i.

PROPOSTE DI EMENDAMENTO con le relative motivazioni

Proposta n.1

Articolo 1.1., lettera e) “livelli essenziali di assistenza (LEA)

Viene inserito il richiamo alla normativa nazionale di riferimento dei Lea, coerentemente con quanto previsto alla lettera a) per i Leps.

Proposta n.2

Art. 2.2. lettera d)

Si osserva che il previsto “diritto delle persone anziane alla continuità di vita e di cure al proprio domicilio **“può essere condizionato”** entro i limiti e i termini definiti, ai sensi della presente legge dalla programmazione integrata socio-assistenziale e socio-sanitaria statale e regionale” laddove le prestazioni siano dirette a persone anziane autosufficienti, che non necessitano di cure socio-sanitarie continuative. **Non è corretto invece prevedere limiti di risorse in presenza di anziani malati cronici** e/o persone con demenza o Alzheimer in condizioni di non autosufficienza irreversibile. In questi casi le prestazioni socio-sanitarie **devono essere garantite in quanto i Lea sono diritti esigibili**. Pertanto viene eliminato il riferimento alle prestazioni socio-sanitarie.

Al riguardo è intervenuta la Corte costituzionale con la sentenza 62/2020 precisando che «mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali [e quindi tutte quelle dell'assistenza sociale] deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei Lea [Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie], la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa (sentenza n. 62/2020)» “Dal ché si ricava la conferma che nessuna esigenza di

carattere finanziario può essere fatta valere a giustificazione della mancata attuazione dei Lea”.

Proposta n.3

Articolo 2.2., lettera e)

- In base alla normativa vigente l'accesso alle prestazioni sanitarie erogate ai sensi della legge 833/1978 è diretto e non prevede valutazione alcuna da parte di commissioni.

Il “paziente anziano” **anche** nel caso in cui rientri nella condizione di **malato cronico non autosufficiente**, ha diritto all'accesso ai percorsi sanitari senza filtri, se non quelli previsti per tutti i cittadini malati.

E' quindi passibile di ricorso per discriminazione introdurre la valutazione per le prestazioni sanitarie dirette agli anziani malati cronici non autosufficienti; discriminazione tra malati, vietata dall'articolo 1 della sopra richiamata legge 833/1978.

Pertanto si chiede di sopprimere la valutazione riferita a bisogni sanitari, mentre si propone di inserire una modifica all'art. 22 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 (Lea) ai fini del riconoscimento di un contributo economico in ambito ADI.

- Per quanto riguarda gli interventi rientranti nei **Leps, vanno definite le caratteristiche degli utenti che avranno diritto** a richiederli già nel disegno di legge delega, come indirizzo del Parlamento al Governo.

Si osserva che l'utilizzo della locuzione **persona anziana “fragile”** lascia aperta ampia discrezionalità.

La fragilità è una definizione clinica e pertanto è fondamentale che prioritariamente sia assicurata la presa in carico sanitaria, perché i **Leps sono prestazioni socio-assistenziali aggiuntive** a quelle specifiche di tutela della salute.

Proposta n.4

Articolo 2,2 lettera f)

È indispensabile richiamare la piena attuazione della **legge 38 in vigore dal 2010**, ma applicata a macchia di leopardo nel Paese e assente nelle Rsa anche dai Lea 2017.

Proposta n.5

Articolo 4.2. lettera a)

L'articolo 1 della legge 833/1978 prevede, tra le altre cose, 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. Pertanto vieta di considerare l'età anagrafica; motivo per cui va cancellata. Si inserisce una precisazione della condizione di “fragilità” e di funzioni vitali.

Nell'anziano malato cronico non autosufficiente **le funzioni vitali sono parte integrante della tutela della salute e non prestazioni di assistenza sociale.**

Le Società di geriatria sostengono:

«Va considerato quindi che, in questo caso, oltre **alle prestazioni assicurate dal personale sanitario, sono altrettanto indifferibili per la cura, tanto in ospedale quanto a domicilio**, gli interventi di igiene personale, l'alimentazione compreso, se occorre, l'imbroccamento, le medicazioni semplici, la somministrazione di medicinali, la pulizia degli ambienti e delle attrezzature, nonché la presenza attiva per le emergenze.

«Appare quindi superfluo ma doveroso ribadire che, **in ambito sanitario, non esiste alcuna differenza in termini di esigenze cliniche e di supporto alle funzioni vitali**, in malati affetti da scompenso cardiaco o malattia oncologica o osteoarticolare siano essi adulti o anziani, così come non dovrebbe esistere alcuna differenza nelle esigenze e nell'accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari e di supporto alle funzioni vitali quotidiane tra il malato giovane affetto da una malattia neurodegenerativa cronica (demenza precoce, sclerosi multipla o SLA) ed il paziente anziano affetto da una forma di demenza o qualsivoglia altra patologia neurodegenerativa (Parkinson). Si tratta sempre di **malattie croniche, per definizione inguaribili, ma con necessità di cure sanitarie continuative nel tempo e, laddove necessario, coordinate con il settore sociale (...)**».

Proposta n.6

Articolo 4. 2., lettera b)

Il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (**SNAA**), la cui non autosufficienza è determinata dall'aggravarsi delle malattie croniche irreversibili, **non deve avere competenza in materia sanitaria e socio-sanitaria**.

È l'articolo 32 della Costituzione che tutela il diritto fondamentale alla salute e, mediante la legge 833/1978 e i Lea sanitari e socio-sanitari, assicura i servizi e le prestazioni a tutti i malati, nessuno escluso.

Il Sistema nazionale assistenza anziani dovrà limitarsi alla programmazione delle politiche sociali e socio-assistenziali e garantire i LEPS con riferimento alla "Missione 5".

Il **Servizio sanitario nazionale** e regionale **dovranno garantire correttamente il collegamento e il coordinamento** con il settore dell'assistenza sociale così come previsto dall'articolo 1 della legge 833/1978, che stabilisce che «nel Servizio sanitario è assicurato il collegamento e coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale, attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività».

Il Sistema nazionale per la popolazione anziana non è un servizio, come quello sanitario e **non deve acquisire competenze** in termini di programmazione e organizzazione sanitaria e socio-sanitaria.

Così come è previsto nel DDL risulta un sistema separato (un ghetto per gli inguaribili?) dove collocare tutti i malati cronici non autosufficienti? Oggi gli anziani, domani chiunque non "si impegni a guarire"?

Non è un caso che nel testo non sia associato il sostantivo "malato cronico" all'anziano non autosufficiente; per non riconoscere il loro "status" di malati - e i corrispondenti diritti - sono trattati come "casi sociali" con accesso alle prestazioni

previa valutazione socio-economica (Isee), perché il settore di riferimento è quello delle politiche sociali (art. 38 Cost.) e non quello della Sanità di tutti i malati (articolo 32, Cost.).

Così come proposto **lo SNAA toglierebbe diritti esigibili agli anziani malati cronici non autosufficienti e finirebbe per sostenere la cultura dello scarto dei malati inguaribili - che sono sempre curabili - e la cui competenza deve restare in capo al Servizio sanitario nazionale anche per le cure di Lungo termine (LTC) che sono LEA.**

Non può essere il costituendo CIPA a decidere sulle esigenze indifferibili di cure sanitarie e sociosanitarie dei malati anziani non autosufficienti, comprese le persone con demenza o Alzheimer.

Non è accettabile la prospettiva di emarginazione (ageismo istituzionale?) in evidente violazione di principi contenuti negli articoli 1 e 2 della legge 833/1978.

Chiediamo alla XII Commissione della Camera della Repubblica di salvaguardare la tutela della salute degli anziani (anche per la prevenzione e le cure di lunga durata) nell'ambito della competenza del Servizio sanitario nazionale "anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione" (articolo 2, lettera F, Legge 833/1978).

Nel sopra citato documento i Geriatri piemontesi mettono in guardia **dall'ageismo istituzionale che discrimina gli anziani malati cronici non autosufficienti**. Al riguardo evidenziano che "Da questo punto di vista l'impiego di termini come «anziano con perdita di autonomia» o «anziano non autosufficiente» per il paziente anziano affetto da demenza **rientra appieno nel concetto di «ageismo»** (l'insieme di stereotipi, pregiudizi e atteggiamenti discriminatori messi in atto **sulla base dell'età anagrafica**, cfr. Busca M. T., Nave E., Le parole della bioetica, Il Pensiero Scientifico Editore, 2021). Nel caso degli anziani la specifica forma di ageismo di cui sono oggetto più frequentemente riguarda la loro presunta perdita di autonomia dovuta a fattori anagrafici. **In questo ambito si configura la forma più grave di ageismo**, che viene definita «ageismo istituzionale», **quando si mettono in atto discriminazioni nell'accesso alle cure sanitarie o procedure sulla base del mero criterio anagrafico.**

«Rientra inoltre nell'ageismo istituzionale anche il mantenimento di un Servizio sanitario non in linea con la demografia attuale e con le reali esigenze della popolazione anziana, che richiederebbe una maggiore disponibilità territoriale e domiciliare di assistenza sanitaria e sociale. Infine, tale forma di ageismo è oltremodo diseducativa e socialmente deviante perché implicitamente induce gli altri stakeholders a vedere nell'anziano non più un malato ma un mero carico assistenziale».

Proposta n.7

Art. 4.2. h) 1), 2)

Questo punto è cruciale perché intacca il diritto oggi esigibile all'indennità di accompagnamento quale risarcimento per la perdita della condizione di non autosufficienza e la conseguente dipendenza per le funzioni vitali.

Si condivide la proposta di semplificare le procedure, ma sarebbe **irricevibile il trasferimento della competenza in capo ad una commissione di valutazione collocata nel settore delle politiche sociali**, che è obbligato a valutare non solo i bisogni, ma anche

le risorse personali e familiari del richiedente (articolo 38 cost. Dpcm 159/2013 e s.m.i. ISEE).

L'indennità di accompagnamento deve restare un diritto esigibile in base alle condizioni accertate ai sensi della legge 18/1980, nell'ambito della previdenza e pertanto non va modificata.

La nostra proposta prevede che l'indennità di accompagnamento sia considerata parte integrante del PAI e del budget di cura nel momento in cui **l'anziano malato cronico** non autosufficiente a seguito di patologie invalidanti o loro esiti chiederà una prestazione sociosanitaria LEA o una prestazione sociale o socio-assistenziale mediante la valutazione della competente commissione dell'Asl (collocata presso i PUA) che si collegherà con il Servizio sociale del Comune (presente nel PUA) per definire la prestazione Leps, nel caso l'interessato ne abbia diritto avendone i requisiti. Solo in questo caso vanno applicati i criteri socio economici per stabilire il diritto all'accesso.

Il personale Inps sarà funzionalmente integrato per l'accertamento dei requisiti ai fini dell'indennità di accompagnamento.

In tal modo verrà comunque assicurata la prestazione universale graduata, composta da Indennità di accompagnamento (Inps), prestazioni socio sanitarie Lea (SSN); prestazioni sociali e socio assistenziali (Leps) nel rispetto dell'articolo 1, legge 833/1978, e viene individuato l'ente titolare responsabile del percorso (l'asl) che deve garantire il coordinamento delle prestazioni a cui ha diritto l'anziano malato cronico non autosufficiente.

Si chiede alla Commissione parlamentare di indirizzare il Governo affinché siano mantenuti i diritti oggi esigibili, quale è l'indennità di accompagnamento, agli anziani malati cronici non autosufficienti e alle persone con demenza o malattia di Alzheimer, con la proposta di modificazione degli interventi in capo all'Asl.

Non si può proporre una riforma al ribasso, che verrebbe ad escludere almeno un milione di malati cronici non autosufficienti dal diritto certo ed esigibile dell'indennità di accompagnamento, peraltro insufficiente come già motivato, a sostenere tutti gli oneri a cui devono far fronte per assicurarsi le prestazioni atte a soddisfare le funzioni vitali.

Sarebbe assai devastante se il DDL avesse lo scopo di togliere prestazioni esigibili ai malati non autosufficienti anziani per allargare i beneficiari selezionando in base all'Isee. In questo modo la condizione di malattia (peraltro devastante in caso di demenza o Alzheimer) sarebbe altresì causa di impoverimento dei nuclei familiari (anche del ceto medio) oltre di quello medio basso, già più volte segnalato dal Censis. **E' necessario contrastare la povertà a causa di carenza di salute e non incentivarla.**

Secondo la ricerca di Welforum del maggio 2018 l'indennità è una prestazione che viene riconosciuta come "risarcimento" agli anziani che sono affetti da patologie croniche irreversibili e dipendono dall'aiuto di altre persone per il soddisfacimento delle funzioni vitali.

Nel 2016 risultavano 1,4 milioni gli anziani over-65 malati non autosufficienti, beneficiari dell'indennità di accompagnamento. La stessa ricerca segnalava tuttavia – con preoccupazione – che **già dal 2011 sono stati introdotti criteri molto più selettivi** allo scopo di ridurre il diritto e, conseguentemente, le risorse stanziare, da cui il conseguente impoverimento sopra richiamato.

Proposta n.8

Articolo 5, punto 2, a), 1) e 2)

L'introduzione di una misura come quella prospettata equivarrebbe ad annullare l'universalismo dell'indennità di accompagnamento, riconosciuta «a solo titolo della minorazione», **senza ulteriori vincoli socio-economici** o di altra natura.

La prevista «prestazione universale» sarebbe riconosciuta e **«graduata secondo lo specifico bisogno assistenziale»** e non esclusivamente di accertamento clinico, cioè anche secondo parametri socio-economici e non esclusivamente in relazione alla condizione di menomazione del richiedente.

Per il punto 2, a), 2), si rammenta che i familiari non hanno obblighi di cura, posti dalla legge 833/1978 in capo al Servizio sanitario.

È l'anziano malato cronico non autosufficiente titolare del diritto a ricevere una quota sanitaria (così come è prevista nei Lea per il ricovero in Rsa) a copertura degli oneri sostenuti a domicilio per assicurare le stesse prestazioni che riceverebbe in Rsa, ospedale o casa di cura. Pertanto si rinvia al riconoscimento di un contributo economico a carico del Servizio sanitario nazionale per sostenere le prestazioni domiciliari, inserito come proposta di emendamento all'articolo 2. 2. di cui ne beneficiano indirettamente i caregiver che accudiscono direttamente o mediante l'aiuto di terzi.

Proposta n.9

Articolo 8, punto 1, a)

Prima tra le fonti finanziarie del provvedimento è il Servizio sanitario nazionale, tramite le risorse trasferite alle Regioni e alle Province autonome per il concreto riconoscimento dei Livelli essenziali sanitari e socio-sanitari (Lea). Inserendo il punto 1, a) come emendato, si può sopprimere il punto 3.

Il Presidente di Medicina Democratica

Marco Caldiroli