

15 febbraio 2024

**Audizione presso la X Commissione del Senato della Repubblica in merito allo “Schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane”.**

*Egr. Presidente, Egr.i Senatori,*

Premettiamo ai rilievi e proposte di emendamento di minima dello schema di decreto in oggetto un’osservazione di maggior dettaglio sul punto specifico e fondamentale per l’intero impianto del provvedimento, della «definizione di anziano non autosufficiente» (articolo 2).

La persona anziana non autosufficiente non può venire automaticamente assimilata alla persona con disabilità anch’essa non autosufficiente. Nella disabilità la non autosufficienza è, in genere, l’effetto della perdita – conseguente a menomazione – della capacità di compiere, in tutto o in parte, gli atti fondamentali della vita quotidiana. Sulla condizione di disabilità non grava necessariamente una patologia in atto ma semmai gli esiti di una pregressa malattia o di un trauma.

Nell’anziano le cose vanno diversamente perché è a causa dell’insorgere della malattia che si può precipitare in una cronica ed irreversibile progressiva perdita di autonomia (demenza, esiti di malattie cerebro vascolari, malattie neurovegetative, malattie onco-ematologiche, malattie metabolico degenerative, malattie cardio vascolari e respiratorie avanzate, ecc.). Giova inoltre osservare che la concomitanza di più patologie, perdita di autonomia, età avanzata fanno sì che il decorso di questi pazienti non autosufficienti è costellato da frequenti episodi di perdita della stabilizzazione acquisita o da riacutizzazione, così come dal sorgere di complicanze o nuove patologie, tali da richiedere frequentemente cure ospedaliere a varia intensità.

Stigmatizziamo pertanto il fatto che l’anziano non autosufficiente – così come definito nell’articolo 2 dello schema del decreto – non venga considerato un malato ma ad esso si imponga lo “status” di disabile. Il termine malattia non viene mai utilizzato nel testo, confermando e formalizzando in tal modo lo “scorporo” degli anziani malati cronici dal novero dei normali malati per includerli, insieme ai disabili, nel sistema sanitario ad universalismo selettivo già previsto dai vigenti LEA afferenti alla cosiddetta area dell’integrazione socio-sanitaria.

In ogni caso – alle persone che necessitano di cure sanitarie come alle persone gravemente disabili anch’esse non in grado di compiere gli atti fondamentali della vita quotidiana – si deve applicare la definizione introdotta dall’OMS nel 2011, che intende la salute come «la capacità di adattamento e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive». Una formulazione dalla quale consegue che se in campo sanitario il concetto di autosufficienza è equiparato a quello di salute, la non autosufficienza, comunque determinata, non può che essere equiparata ad una perdita di salute che – come tale – va affrontata all’interno della rete dei servizi del sistema sanitario, nell’ambito del percorso socio-sanitario delle prestazioni LEA, sia nella fase acuta, sia in quella cronica e delle cure di lunga durata, che spesso si caratterizza per un decorso con frequenti complicanze e riacutizzazioni.

Le prestazioni sociali richiamate nei LEA vanno inoltre considerate come un tutt'uno con quelle sanitarie e socio sanitarie (già assegnate alla titolarità del SSN) in quanto – come correttamente si affermava nel primo DPCM del 2001 sui LEA – si tratta di interventi essenziali che «non risultano operativamente distinguibili» tra loro, e ciò comporta che la responsabilità dell'accesso, della presa in carico e del coordinamento degli interventi debba essere formalmente affidata ad un unico soggetto istituzionale da individuare nel settore sanitario. Il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA), purtroppo istituito dalla legge 33/2023, deve pertanto configurarsi come una semplice modalità operativa dell'attuale sistema integrato dei servizi e non come un duplicato del SSN per cittadini di serie B.

\*\*\*

Richiamato quindi come elemento fondante della presente relazione quanto esposto fin qui, si procede analiticamente nella proposta dei rilievi/emendamenti al testo dello schema di decreto.

- **Articolo 2 Definizioni.** Chiediamo di assumere invece di «persona anziana non autosufficiente» la locuzione di «anziani malati cronici non autosufficienti» e di esplicitare la condizione di «malati cronici» ogni volta che nel testo dello schema di decreto il riferimento è agli anziani «non autosufficienti» o alle «persone non autosufficienti».

Senza tale esplicitazione, il testo del decreto si espone alla paradossale discriminazione proprio delle persone anziane non autosufficienti: con l'attribuire loro «fragilità», «vulnerabilità sociale», funzionamenti psico-sociali e altre caratterizzazioni, si omette la condizione di malattia di tali persone, che ne determina la non autosufficienza e che costituisce – da sola, senza ulteriori specificazioni e limitazioni – elemento per la loro presa in carico da parte del Servizio sanitario in tutti i setting di cura, compresi quelli di lunga durata domiciliari, semi-residenziali e residenziali.

- **Articolo 27 Valutazione multidimensionale unificata.** La previsione della stesura di un decreto per l'individuazione delle priorità di accesso ai PUA e la composizione e modalità di funzionamento delle UVM (valutazione multidimensionale unificata) non contiene alcuna salvaguardia per le prestazioni LEA domiciliari, semi-residenziali e residenziali, che hanno natura diversa dal complesso delle prestazioni valutabili nel PUA dall'UVM e devono essere garantite in ragione del solo criterio clinico della non autosufficienza e del fabbisogno sanitario di cure, anche di lunga durata. L'accesso alla prestazione LEA non può essere posto legittimamente sullo stesso livello di «valutazione della priorità» di altre prestazioni sociali o socio-assistenziali, vincolate a criteri socio-economici, ambientali, psico-sociali.

- **Articolo 30 Servizi residenziali e semi-residenziali socioassistenziali.** Chiediamo di eliminare le parole «anche non autosufficienti» dai commi 1 e 3, sostituendole, a maggior rinforzo con quelle «esclusivamente autosufficienti».

Mantenendo intatto il testo dell'articolo si permetterebbe l'inserimento – a carattere privato o, al limite, nell'ambito dell'assistenza sociale comunale – di anziani malati cronici non autosufficienti, quindi soggetti con elevate necessità di tutela sanitaria e di prestazioni di cura e assistenza indifferibili 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, anche di lungo periodo, in strutture residenziali qualificate esplicitamente come «non sanitarie» e che pertanto non potrebbero garantire personale e professionalità necessari. Tra l'altro, ciò vanificherebbe la ratio del positivo protocollo sottoscritto il 19 maggio 2021 tra il Ministero della Salute e il Comando dell'Arma dei Carabinieri (Nas) per la ricognizione delle residenze per anziani presenti sul territorio italiano, di cui sarebbe auspicabile il rinnovo.

- **Articolo 31 Servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari.** Si propone l'aggiunta delle parole «In strutture sanitarie che erogano prestazioni di tipo socio-sanitario» come incipit del secondo periodo dell'articolo (prosegue con: «il SSN garantisce»...).

La qualificazione delle strutture Rsa come facenti parte a tutti gli effetti del *continuum* dell'offerta di cura del Servizio sanitario nazionale è richiesta comune di molte realtà di rappresentanti degli utenti, dei lavoratori e dei gestori di tali strutture, che hanno sottolineato anche in questa sede la necessità di un aumento degli standard sanitari del servizio (p. es. figura del medico responsabile di struttura o dell'équipe clinica).

A tale osservazione, che condividiamo, aggiungiamo una nota riguardo alle modalità di finanziamento, che può trovare legittima collocazione nei decreti ulteriori, previsti al comma 7. Posto che la titolarità della presa in carico del malato cronico non autosufficiente è posta in capo nella sua totalità al Servizio sanitario (come previsto dai LEA) va previsto in parallelo all'aumento degli standard, una diversa ripartizione della copertura del costo della retta tra Servizio sanitario (dal 50% al 60 o al 70%) e Comune/utente (per la restante parte).

- **Articolo 34 e seguenti Prestazione universale.** A fronte di un milione e mezzo di malati non autosufficienti (dato Inps) ai quali vanno aggiunte le persone con disabilità non autosufficienti in situazione di gravità, non può essere definita «universale» una prestazione che riguarda, sulla carta, poco più di ventimila persone.

Chiediamo che per la presa in carico di prestazioni domiciliari universalistiche ed esigibili sia prevista la modifica dell'articolo 22 dei LEA (cure domiciliari), per prevedere l'erogazione di una quota sanitaria, senza valutazione socio-economica, come misura innovativa e sperimentale per la parte che riguarda le prestazioni non professionali di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona (cosiddetta «Adi potenziata»).

Si ravvisa inoltre l'urgenza dello stralcio della misura universale anche per sottrarre la materia a censure costituzionali per la trasformazione di un diritto soggettivo esigibile (indennità di accompagnamento previdenziale) in un beneficio assistenziale e per l'applicazione della misura a fronte di una discrezionale selezione basata sull'età (il 79enne povero e gravissimo, perché non dovrebbe poter accedere alla misura?).

*Andrea Ciattaglia - Delegato della presidente della Fondazione promozione sociale e referente per la Fondazione promozione sociale del Coordinamento per il diritto alla sanità per le persone anziane malate croniche non autosufficienti – Cdsa*

*Mauro Perino - Vicepresidente della Fondazione promozione sociale Ets/Onlus*