



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

## Commenti e Proposte al Decreto Anziani del 31.01.2024

Andrea Ungar – Presidente SIGG

(Audizione 14.2.2024)

Nel recente decreto legislativo della Legge 33/2023, è stata delineata e riconosciuta la base giuridica per una seria riforma assistenziale rivolta all'anziano e per il complessivo riordino del settore socio-assistenziale e sociosanitario con l'obiettivo di garantire un'assistenza adeguata al bisogno e valorizzare la centralità della persona.

Al fine di facilitare l'iter parlamentare che trasformerà il decreto in legge e di proseguire sulla strada del confronto e collaborazione tra istituzioni politiche, società scientifiche, associazioni ed enti del settore La SIGG propone i seguenti punti (in particolare, oltre a considerazioni generali, evidenziate in giallo, si riportano le proposte di modifiche ai vari articoli):

- 1) ART II (Definizioni) - capo C:** in merito alla definizione di non-autosufficienza si propone di tener conto della nota SIGG, *Età e non autosufficienza, analisi dei dati disponibili*, del mese di settembre 2023 (in allegato). Inoltre, l'applicazione e l'operatività di strumenti di VMD basati su ICF richiedono formazione specifica e sperimentazione su campo orientata per singoli outcome di prevenzione (screening di perdita della autonomia al fine di intercettare precocemente quelle persone in cui è ancora possibile promuovere un invecchiamento di successo) e di cura e assistenza (individuazione dei criteri di accesso ai servizi in base al fabbisogno assistenziale individualizzato).

La SIGG si propone come società di riferimento per redigere linee guida per l'applicazione della VMD sia in ambito di prevenzione per promuovere l'invecchiamento di successo (Screening della perdita della Capacità Intrinseca ed implementazione della cura integrata multiprofessionale nella popolazione a rischio) sia in ambito della profilazione del fabbisogno socio-assistenziale e socio-sanitario per un congruo e appropriato accesso ai servizi, anche attraverso la realizzazione di sperimentazioni locali.

- 2. ART. 9 (Misure per la promozione di strumenti di sanità preventiva e di telemedicina presso il domicilio delle persone anziane)** In coerenza con le progettualità dei servizi sanitari erogati in telemedicina, così come stabiliti dall'Agenas, si propone di promuovere la cultura e l'approccio geriatrico della presa in carico globale in tutti i servizi territoriali e domiciliari integrati sociali e sanitari. A tal fine la SIGG propone di **inserire nei programmi di formazione delle professioni tecnico-sanitarie che saranno impiegati in telemedicina, moduli formativi per l'acquisizione di competenze geriatriche sia teorici che pratici attraverso programmi di formazione su campo nei diversi setting assistenziali rivolti all'anziano (ospedale-residenze-domicilio)**



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

3. **ART. 10 (Valutazione multidimensionale unificata in favore delle persone anziane)** Aggiungere al testo de decreto: *Nell'ambito dei punti unici di accesso (PUA) e nelle Case delle Comunità dove verrà eseguita la VNU deve essere garantita la presenza di un geriatra come coordinatore dell'equipe multidisciplinare.*
4. **ART. 13 (Misure per incentivare la relazione con animali da affezione)** La SIGG propone piani di formazione degli operatori che si prendono cura delle persone anziane riguardo alle esigenze degli animali con i quali vivono in collaborazione con le associazioni già operative al fine di strutturare e codificare gli "interventi assistiti da animali" (IAA).
5. **ART. 21 (Definizione e articolazione multilivello del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente)** La creazione del SNAA mira ad una programmazione coordinata di tutte le misure pubbliche, si raccomanda che il coordinamento non riguardi solo i servizi sociali comunali ma coinvolga le ASL e l'INPS. Infatti se le tre prestazioni rimanessero scollegate, pur avendo uno sportello unico, il beneficio sarebbe minore

**ART. 27 (Valutazione multidimensionale unificata)** Si ribadisce quanto già espresso al punto 3 e cioè la necessità di specificare, in relazione al punto 13. B, che il professionista sanitario designato dalla azienda sanitaria o dal distretto sanitario, sia un geriatra. A questo proposito ci permettiamo di sottolineare l'importanza della figura dello specialista geriatra quale esperto della complessità e professionista di sintesi della polipatologia e di suggerire la sua integrazione organica nella Unità Valutativa Multidimensionale per i casi di maggiore complessità.

Proponiamo quindi di aggiungere all'articolo 27, comma 13, il seguente paragrafo lettera c.:

*"Nei casi di severità e prevalenza di una patologia rispetto alle altre farà parte dell'Unità Valutativa Multidimensionale il medico specialista che segue la cronicità prevalente. Per i livelli di complessità da 3 a 5 compreso, descritti come dal Decreto 23 maggio 2022 , n. 77 " Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario" alla tabella 2 "Livelli di stratificazione del rischio", e per i pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) dal livello 1 al livello 3, con coefficiente di Intensità Assistenziale maggiore a 0,14, (dettagliati nel medesimo decreto Ministeriale n. 77) farà parte dell'Unità Valutativa Multidimensionale lo specialista geriatra, quale esperto della complessità e professionista di sintesi della polipatologia. Laddove il "Progetto Salute" è definito "complesso" (dettagliato nel medesimo decreto Ministeriale n. 77) dovrà essere sempre coinvolto il geriatra nell'equipe valutativa ed assistenziale"*

6.

7. **ART. 29 (Misure per garantire un'offerta integrata di assistenza e cure domiciliari)** Le cure domiciliari di base e integrate rappresentano un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione a domicilio di interventi di intensità e complessità assistenziale variabile. Esiste il rischio concreto che nonostante gli sforzi del governo e delle istituzioni la carenza di personale e di formazione specifica non consentirà di raggiungere tassi di copertura adeguati



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

di assistenza domiciliare o che nella migliore delle ipotesi rimangano prestazioni isolate e non cura integrata.

La SIGG propone la sperimentazione e modelli assistenziali di prossimità sia dall'ospedale verso il domicilio (vedi esempio toscano del GIROT, Gruppo di intervento rapido ospedale-territorio) sia dalle residenze al domicilio (RSA Multiservizi) al fine di garantire professionalità e competenze geriatriche specifiche nella realizzazione dei percorsi di cura e dei progetti di assistenza individualizzati e integrati.

**8. Art. 31 (Servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari)** Nel rimarcare la necessità di potenziare la rete residenziale, aumentando l'offerta di posti letto alla media dei paesi OCSE e uniformandone la distribuzione su territorio nazionale (colmare il gradiente Nord-Sud). Si fa presente l'urgenza di predisporre successivi decreti che riqualifichino l'assistenza residenziale alla luce dei nuovi e più complessi bisogni di cura della popolazione target. I pazienti anziani residenti in RSA hanno infatti ormai necessità assistenziali rilevanti. La figura del geriatra coordinatore delle attività assistenziali in RSA ha dimostrato ridurre notevolmente le complicanze (vedi cadute), le ospedalizzazioni (troppo frequenti per i pazienti in RSA) ed il numero di farmaci necessari etc. L'approccio geriatrico in RSA è assolutamente fondamentale.

In questa ottica si chiede di aggiungere nel testo dell'articolo 31 un comma che preveda nelle residenze sociosanitarie: *Le strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private accreditate necessitano di una figura medica geriatrica di riferimento e coordinamento delle attività assistenziali all'interno delle RSA in cooperazione con i medici di medicina generale (lo specialista geriatra o un medico con competenze geriatriche acquisite).*

**Nota aggiuntiva:** Riteniamo inoltre che, avendo il decreto legislativo chiaramente definito le caratteristiche di "anziano non autosufficiente" e predisposto uno specifico ed articolato sistema di presa in carico territoriale, altrettanta attenzione sia dovuta a questa porzione di popolazione più fragile nei percorsi ospedalieri, a partire dal Pronto Soccorso e dalle unità geriatriche per acuti. Auspichiamo quindi che nell'iter di approvazione della proposta di decreto Legislativo possa trovare spazio una norma che contempli la riorganizzazione dell'ospedale per acuti a tutela dell'anziano non autosufficiente con specifici percorsi ospedalieri geriatrici per la presa in carico del paziente fragile anziano, anche prevedendo l'incremento del numero di **Unità Operative ospedaliere di Geriatria per acuti**, in ossequio alle evidenze scientifiche, fortissime e incontrovertibili, che hanno dimostrato che l'approccio specificamente dedicato al paziente anziano acuto in ospedale (in letteratura Comprehensive Geriatric Assessment) riduca mortalità, disabilità e istituzionalizzazione. Un corretto approccio geriatrico in Pronto Soccorso e in Unità geriatrica per Acuti permetterebbe peraltro, come ampiamente dimostrato una riduzione di spesa non indifferente per costi sia diretti (numero di ricoveri, lunghezza della degenza etc) che indiretti legati alle conseguenze dell'ospedalizzazione sugli anziani fragili. Infine si ribadisce l'importanza della **apertura dei reparti geriatrici e che accolgono anziani fragili a parenti e familiari**, compatibilmente con le esigenze dei vari setting assistenziali, senza rigidi orari di accesso, del tutto inutili e nocivi per l'anziano fragile ricoverato.