

Parere in merito alle modifiche da apportare allo schema di decreto legislativo in applicazione della Legge 33/2023

Mons. Vincenzo Paglia – Presidente della Commissione per l’attuazione della riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana

Prof. Leonardo Palombi - Segretario della Commissione per l’attuazione della riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana

Sperimentazioni

Ad un esame approfondito del provvedimento non si può che esprimere un parere molto favorevole per il suo impianto complessivo, organico e coerente, fedele allo spirito ed alla lettera della Legge 33, rispettoso della complessità dei temi trattati. Urge tuttavia correggere alcuni aspetti inerenti gli aspetti sanitari e sociosanitari del decreto: mentre si fa riferimento al termine “sperimentazioni” per le seguenti voci:

Art. 34 Prestazione Universale (pagg. 14 e 20)

Art. 18 Modelli di rigenerazione urbana e coabitazione (pag. 20)

Esso viene totalmente ignorato per quanto riguarda la nuova prospettiva della Assistenza Domiciliare Integrata Sociale e Sanitaria ed il dialogo istituzionale ospedale territorio. Si rileva che fu proprio a tale proposito che nei 3 anni di gestazione della Legge 33 il termine sperimentazioni fu usato. Si riferiva infatti ad una concezione totalmente nuova del servizio per almeno tre aspetti:

- 1- La fine del carattere prestazionale (che ancora oggi relega la ADI, con le sue 18 ore di assistenza annua, ad un ruolo di irrilevanza nel continuum dei servizi) e la sua trasformazione in presa in carico a carattere continuativo
- 2- La piena integrazione dei servizi e degli interventi sanitari, sociali e assistenziali, realizzata sin dalla integrazione e interoperatività dei sistemi informativi e poi nella valutazione funzionale multidimensionale
- 3- La forte connessione con la medicina digitale e telemedicina in concorso con gli ospedali al fine di ridurre la spesa impropria in ingresso e quella associata a degenze troppo lunghe in uscita.

È del tutto evidente che una riforma di tale portata e complessità richiede un processo di implementazione che non potrà che durare anni! Siamo a corto di risorse umane per implementarla immediatamente, tanto per fare un esempio: sia per quanto riguarda le professionalità sanitarie che quelle sociali. Entrambe sono ad oggi gravemente carenti per fare quel che abbiamo già, figuriamoci per la espansione che la riforma richiederà. Al tempo stesso le sperimentazioni sono indispensabili per misurare l'impatto che un ampliamento della spesa domiciliare e territoriale avrà su quella residenziale e ospedaliera. Sono convinto che sia un modo nuovo di fare politica procedendo rigorosamente nel fornire prove e osservazioni che quanto proponiamo con la riforma sia fattibile, sostenibile e apprezzato dagli utenti.

Una decisa presa di posizione viene anche dalla sanità pubblica e dal mondo delle aziende sanitarie e ospedaliere: il position paper approvato da FIASO, SItI, ASPHER e RAPH, allegato al presente intervento, lo documenta chiaramente: cito dalle conclusioni:

“All’inizio dell’iter parlamentare che trasformerà il decreto in legge, noi, rappresentanti delle Società scientifiche della sanità pubblica RAPH, FIASO, ASPHER e SItI, salutiamo con favore la riforma e lo sforzo che si farà per dare al Paese, dopo decenni, una nuova presenza sul territorio e presso l’abitazione degli anziani della sanità e del welfare. Chiediamo che i risultati delle sperimentazioni vengano utilizzati per migliorare l’intero sistema in modo critico, trasparente, partecipato.”

La Commissione per l’attuazione della riforma della assistenza sociosanitaria per la popolazione anziana ha già prodotto alcuni suggerimenti per il Ministero della salute, relativi alle modalità di realizzazione di quanto previsto all’art. 29 del decreto legislativo. Viene messo a punto un modello per la conduzione di sperimentazioni a livello locale che vedrà impegnati gruppi di lavoro in cui Aziende Sanitaria, Comuni, Ospedali, Terzo settore, volontariato ed Università collaboreranno per la realizzazione di buone pratiche. Il modello presuppone sia l’integrazione sociale, sanitaria ed assistenziale, dunque anche con la partecipazione di INPS, sia una robusta interazione tra ospedali e territorio, nella convinzione che essa possa modificare sostanzialmente efficacia, efficienza e qualità delle cure. In particolare, la tecnoassistenza

(telemedicina, telemonitoraggio e televisite specialistiche) erogate da enti ospedalieri e Aziende potrà interagire efficacemente con gli enti pubblici o accreditati impegnati nella gestione della assistenza domiciliare.

Si propone pertanto di cambiare il testo dell'Art. 29 nel seguente modo:

*Articolo 29: gli Ambiti territoriali sociali, le Aziende sanitarie e i distretti sanitari, nell'ambito delle rispettive competenze, provvedono a garantire **l'attivazione delle sperimentazioni** degli ~~interventi definiti dal progetto di assistenza individuale integrato, finalizzati ad attuare concretamente la prosecuzione della vita in~~ **prestazioni** ~~condizioni di dignità e sicurezza mediante di~~ **coordinate e continuative** di cure domiciliari di base e integrate. Le prestazioni sono sottoposte a monitoraggio, tramite apposito Sistema Informativo (SIAD), che si avvale anche delle informazioni e dei dati derivanti dall'integrazione dei flussi del Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS). Si prevede, inoltre, che con decreto del Ministro della Salute, di concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali e per le disabilità, siano definite le Linee guida nazionali **per le sperimentazioni da avviare** ai fini l'integrazione operativa degli interventi sociali e sanitari previsti nei servizi di cura e assistenza domiciliari e per l'adozione di un approccio continuativo e multidimensionale della presa in carico della persona anziana non autosufficiente e della sua famiglia, ferma restando la competenza legislativa regionale per la definizione delle procedure per l'accreditamento dei servizi di assistenza domiciliare socioassistenziale.*

Carta dei diritti

In coerenza con l'ordine del giorno accolto in Senato (G2.200 Leonardi, Berrino, Mancini, Russo, Satta, Zullo) che impegna il Governo nell'esercizio delle deleghe di cui al ddl in oggetto, "ad ispirarsi ai principi sanciti nella "Carta dei diritti degli anziani e dei doveri della Comunità" redatta dalla Commissione per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana, istituita con decreto del Ministero della salute dell'8 settembre 2020", si fa presente quanto segue:

1. La Pontificia Accademia per la Vita ha ufficialmente adottato tale documento come testo di riferimento ispirativo di tutte le politiche in favore della popolazione anziana
2. Che oltre 200 Università in Europa e nel mondo hanno avviato iniziative, traduzioni, giornate di studio sul testo
3. Che la Carta è stata prodotta dalla Commissione Speranza per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria alla popolazione anziana e dunque è stata di fatto un testo ispirativo della Legge 33

Si chiede che tale documento sia:

1. Inserito tra quelli di cui si prende visione in principio del testo
2. Che l'Art. 6, comma 1, lettera d) sia così integrato:

..le istituzioni scolastiche del sistema nazionale di istruzione, nell'ambito della propria autonomia, possono prevedere, nel Piano triennale dell'offerta formativa (PTOF), iniziative volte a promuovere iniziative di lotta alle discriminazioni per età e la solidarietà tra le generazioni con particolare riguardo alle situazioni a rischio di isolamento e marginalità sociale delle persone anziane. In tal senso si auspica la diffusione della conoscenza della Carta dei diritti degli anziani e dei doveri della comunità”.

Definizione di persona fragile

Si richiede che in Art. 2 “Definizioni” sia inserita quella di Persona fragile e di fragilità così come di seguito indicato:

La persona fragile è definita tale in base ad uno degli approcci su cui la comunità scientifica ha raggiunto un vasto consenso negli ultimi decenni:

1. L'approccio biomedico, secondo il quale la fragilità è una sindrome fisiologica caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali e dalla diminuita resistenza agli stressor, risultante dal declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli che causano vulnerabilità e conseguenze avverse (Fried L. 2004);
2. L'approccio bio-psico-sociale, secondo il quale la fragilità è uno stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta

perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale), causate dall'influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute (Gobbens R.J. 2010).

RAPH, FIASO, SIH, ASPHER

INTRODUZIONE

Il governo ha presentato alla fine di gennaio il decreto legislativo che dovrà dare concretezza alla Legge 33/2023, dedicato ai grandi temi della riforma della assistenza alla popolazione anziana nel suo insieme, alla fragilità ed alla non autosufficienza. Si tratta di una sfida profonda attraverso cui rinnovare la sanità e il welfare, dando finalmente una soluzione attesa da decenni ai molti problemi assistenziali irrisolti. Oltre 14 milioni di cittadini attendono servizi presenti sul territorio, proattivi, capaci di incontrare con risposte appropriate ed integrate le complesse domande assistenziali emergenti. Per troppi anni il Paese ha sofferto la mancanza di una riforma assistenziale centrata sulle persone, particolarmente quelle anziane. Una corretta assistenza darà ricadute importanti sulla sanità in generale e sugli ospedali in particolare. La riforma ha inoltre il pregio di mettere in perfetto collegamento Missione 5 e 6 del PNRR valorizzando la centralità della persona.

CONTESTO

Il quadro demografico ed epidemiologico descrive l'Italia come il secondo Paese più vecchio al mondo, in un contesto di declino demografico e di fenomeni di spopolamento, in particolare nelle aree interne e nelle zone montuose. L'indice di invecchiamento crescerà ulteriormente così come quello di dipendenza strutturale. D'altra parte, come noto, la sanità italiana attraversa un momento non facile, a causa della carenza di personale e di fondi, delle disparità e della progressiva erosione dello spazio pubblico di esercizio della stessa. Il sistema assistenziale della long term care presenta nel suo insieme debolezze storiche, soprattutto legate alla persistente separazione in silos delle diverse componenti, alla esiguità della presenza sul territorio e nelle aree interne, nella mancata integrazione sia dei sistemi informativi, che della valutazione della domanda e della risposta. A fronte di tali problemi si potrebbe considerare velleitaria una riforma per la quale sono necessari sia investimenti iniziali importanti sia un aumento della spesa corrente. Riteniamo che, al contrario, la riforma suggerita dalla Legge 33/2023 rappresenti la via maestra per efficientare l'intero sistema sanitario e del welfare, in base alle seguenti considerazioni:

- La percentuale di ricoveri inappropriati ha raggiunto nel 2022 la cifra imponente di 1,2 milioni
- La difficoltà di dimissione del paziente anziano è generalizzata e induce lunghezze delle degenze ben oltre i DRG di designazione

- La causa dei ricoveri eccessivamente lunghi e dei re ricoveri è legata alla carenza di servizi sul territorio

- A riprova di questo si spendono circa 12 miliardi l'anno per 280.000 anziani in RSA e meno di 2 in assistenza domiciliare per gli oltre 2,8 milioni di over 75 con difficoltà motorie e nelle attività della vita quotidiana che ancora risiedono a casa

POSIZIONE

1. Raccomandiamo con forza la necessità di procedere, come il decreto legislativo relativo alla Legge 33/2023 suggerisce, per sperimentazioni locali, in un quadro ben definito a livello nazionale. Tali sperimentazioni permetteranno alla riforma di procedere dal basso, attivando risorse specificamente presenti nelle diverse situazioni e costruendo consenso intorno a forme di servizi territoriali e domiciliari integrati sociali e sanitari. Questi dovranno consentire una effettiva presa in carico e, nella interazione con gli ospedali, permettere una efficace riduzione della inappropriata in ingresso e della tempestività delle dimissioni in uscita.

2. Raccomandiamo la produzione di linee guida per la gestione delle sperimentazioni, in modo da offrire un quadro di rigore scientifico nel disegno delle stesse, nella elaborazione dei dati e nella gestione dei risultati

3. Raccomandiamo la presenza, in ogni sperimentazione, di competenze accademiche e manageriali nel pool dei soggetti partecipanti alla sperimentazione, in grado di offrire il proprio know how rispetto a quanto citato al punto 2.

4. Dopo la valutazione dei risultati, in seguito ad una positiva certificazione (AGENAS) in termini di costo efficacia dell'intervento, della fattibilità e del gradimento, raccomandiamo che la sperimentazione sia messa a sistema nella Regione di provenienza

5. Raccomandiamo che le Aziende sanitarie ed ospedaliere partecipino alle sperimentazioni anche attraverso i cosiddetti "virtual hospital" utilizzando tecnoassistenza, medicina digitale e telemedicina, mobilità e interazioni con le istituzioni territoriali per agire oltre i propri confini fisici. Tale traguardo consentirà una migliore e più appropriata gestione delle degenze.

CONCLUSIONI

All'inizio dell'iter parlamentare che trasformerà il decreto in legge, noi, rappresentanti delle Società scientifiche della sanità pubblica RAPH, FIASO, ASPHER e SITI, salutiamo con favore la riforma e lo sforzo che si farà per dare al Paese, dopo decenni, una nuova presenza sul territorio e presso l'abitazione degli anziani della sanità e del welfare. Chiediamo che i risultati delle sperimentazioni vengano utilizzati per migliorare l'intero sistema in modo critico, trasparente, partecipato.