Lo schema di Disegno di Legge Delega in materia di politiche in favore delle persone anziane non autosufficienti: elementi positivi da cui ripartire e fragilità da colmare

Il 10 ottobre 2022 il Governo ha approvato lo Schema di Disegno di legge in materia di politiche in favore delle persone anziane non autosufficienti. Antonio Guaita, nel suo contributo, evidenzia i punti di forza del documento, introdotti anche grazie al prezioso lavoro del Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza e mette a fuoco le fragilità da colmare, che non trovano spazio nello schema normativo.

Di Antonio Guaita *(Fondazione Golgi Cenci di Abbiategrasso, NNA)*

Il Consiglio dei ministri, approvando il 10 ottobre lo **Schema di disegno di legge recante deleghe al governo in materia di politiche in favore delle persone anziane non autosufficienti**, ha compiuto un passo atteso da lungo tempo e che rappresenta una svolta storica per le persone non autosufficienti e per i servizi che a loro si rivolgono nel nostro Paese. Per questo importante passo è stata decisiva la costituzione del "Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza" che ha riunito, attorno ad una proposta articolata, più di 50 associazioni nazionali. **In molte parti di questo schema di legge si riconoscono i temi e le proposte del "Patto"**, nondimeno in questo disegno di legge vi sono accanto ai molti fatti positivi e anche alcuni negativi, soprattutto per quanto non è stato trattato.

L'istituzione dello SNAA

Viene istituto lo SNAA (Sistema Nazionale Anziani non Autosufficienti) quale **cornice organizzata** entro cui, a tutti i livelli, avviene la programmazione e il coordinamento delle attività per gli anziani non autosufficienti. **D'ora in poi le iniziative, i finanziamenti, le normative avverranno entro questo sistema, con regole uguali per tutto il territorio nazionale.** Vi è cioè un ambito ove far confluire i programmi e le normative che regolano e regoleranno, a livello nazionale, i servizi per non autosufficienti. Si tratta quindi di una **innovazione molto positiva**.

La Valutazione Multidimensionale Unificata

Al livello nazionale viene riservata la funzione di *"…una valutazione multidimensionale unificata, da effettuarsi secondo criteri standardizzati e omogenei a livello nazionale…"* Questa valutazione, eseguita quindi con gli stessi strumenti in tutta Italia, dovrà sostituire le attuali procedure di accertamento della invalidità civile (Art 4 comma 2, h1). Nello stesso articolo, precedentemente (Art 2 comma 2 a) si trova scritto *"adozione di una definizione di popolazione anziana non autosufficiente che tenga conto dell'età anagrafica, delle condizioni di fragilità, nonché dell'eventuale condizione di disabilità pregressa, tenuto anche conto delle indicazioni dell'International Classification of Functioning Disability and Health-ICF dell'Organizzazione mondiale della sanità e degli ulteriori e diversi strumenti di valutazione in uso da parte dei servizi sanitari, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 25 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea".*

Si tratta di affermazioni importanti. Se la loro applicazione avrà seguito e si riuscirà a realizzare un modello unico nazionale

di definizione della non autosufficienza, ciò potrebbe portare ad una serie di benefici:

- evitare la aleatorietà delle valutazioni delle commissioni locali e **consentire trasparenza al processo di valutazione;**
- **avere dati nazionali sulla condizione di non autosufficienza**, così da poter confrontare la situazione fra i vari territori e dare una base certa alla programmazione;
- **attuare naturalmente un meccanismo di controllo sul sistema di accesso ai servizi**, accessibile anche agli interessati e a chi li cura;
- **orientare la formazione dei valutatori** su strumenti e metodi standardizzati per la valutazione della non autosufficienza.

Lo schema di legge fa riferimento esplicito ad un sistema, quello dell'OMS, l'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute), ma anche ai vari sistemi che sono in uso a livello regionale e locale. Sugli strumenti, quindi, deve ancora essere elaborata una proposta tecnica che individui il sistema di valutazione. In questo non si potrà non tenere conto dei cambiamenti importanti che, specialmente dagli anni 90 in poi, si sono registrati all'interno della popolazione anziana non autosufficiente (Guaita, 2021). In particolare l'aumento della comorbilità e instabilità clinica (Lopez et al., 2009) e l'esplosione delle patologie psichiche, demenza soprattutto ma anche depressione (*World Health Organization* , 2012; Carles *et al.*, 2020). Questo è ben evidente nella evoluzione dei residenti in RSA, dove è prevalente la presenza di queste patologie (Honinx *et al.*, 2019; Fornaro *et al.*, 2020).

Nel sistema di valutazione quindi non si potrà disgiungere il puro aspetto di limitazione funzionale, su cui si basa l'ICF, da quelli esecutivo-comportamentali e clinici. Nello stesso tempo occorrerà un sistema semplificato al massimo, che risponda all'obbiettivo della definizione di uno stato e non per la costruzione di un PAI, progetto individuale di assistenza. In effetti questo compito è demandato ad un altro livello, quello di chi gestisce i servizi di assistenza (regionale e locale) e che deve adottare un sistema di valutazione ma non necessariamente uguale a livello nazionale.

Rafforzamento degli Ambiti Territoriali Sociali e la loro integrazione operativa con i Distretti Sociosanitari e servizi territoriali

Il rafforzamento degli Ambiti Territoriali Sociali e la loro integrazione operativa con i Distretti Sociosanitari e servizi territoriali **è un punto senz'altro positivo** anche se è difficile prevedere tempi e modi della realizzazione. **Si ipotizza una necessità di integrazione operativa fra ADI e SAD e s'introduce l'ADISS (Assistenza domiciliare integrata sociosanitaria).** In relazione a tale tema il testo normativo orienta verso "…*offerta di prestazioni di assistenza e cura di durata e intensità adeguati, come determinati sulla base dei bisogni e delle capacità della persona anziana non autosufficiente*". **Si tratta di un principio sacrosanto e condivisibile, ma qui il linguaggio si fa un po' perorativo e non sono previsti vincoli specifici, scadenze, penalizzazioni per chi non lo realizza**.

Inoltre sul servizio domiciliare pende la spada di Damocle del PNRR che prevede il puro rafforzamento "quantitativo" dell'ADI che dovrebbe arrivare a coprire il 10% degli anziani. **Questo porterà a non modificare gli attuali limiti di un servizio "prestazionale"** laddove ci sarebbe bisogno di dedicarne almeno una parte significativa ad una "presa in carico" globale dei bisogni della persona (interventi medico-infermieristico-riabilitativi, sostegno nelle attività della vita quotidiana, affiancamento a familiari e badanti) modificando quindi il modello organizzativo dell' ADI e del SAD.

Servizi residenziali e semiresidenziali

Questo è quanto prevede lo schema di disegno di legge delega (Art 4 comma 2):

1. m) "*con riferimento ai servizi semiresidenziali, promozione dell'offerta di interventi complementari di sostegno, con risposte diversificate in base ai profili individuali, attività di socialità e di arricchimento della vita";*
2. n) "*con riferimento ai servizi residenziali, previsione di misure idonee a perseguire adeguati livelli di intensità assistenziale, anche attraverso la rimodulazione della dotazione di personale, nell'ambito delle vigenti facoltà assunzionali, in funzione della numerosità degli anziani residenti e delle loro specifiche esigenze, nonché della qualità degli ambienti di vita, con strutture con ambienti amichevoli, familiari, sicuri, che facilitino le normali relazioni di vita e garantiscano la riservatezza della vita privata delle persone anziane"*.

Insomma solo principi ed auspici, parole ed anche poche per una parte importantissima dei servizi di sostegno agli anziani non autosufficienti. Secondo i dati ISTAT nel 2017 in Italia i posti letto nei residenziali di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario erano 412.518, in media 68,2 posti ogni 10.000 abitanti, mentre nello stesso periodo i posti in ospedale erano la metà, pari a 31,8 ogni 10.000 abitanti. **Nonostante questo numero, al confronto con altre situazioni europee, il numero di posti nelle residenze per anziani ogni 100 ultra65enni in Italia (meno di 2%) è nettamente più basso rispetto a Germania (5,4%) o Spagna (4,4%) secondo i dati europei.**

Si tratta quindi di un punto decisivo di riforma, specie **dopo la sofferenza causata nel settore dalla pandemia che ha portato all'attenzione di tutta l'opinione pubblica,** ma **in maniera distorta, il difficile quotidiano di queste strutture**, con una svalutazione terribile della abnegazione con cui il personale di queste strutture ha assistito i residenti, pagando un prezzo non solo emotivo ma anche in termini di salute e di rischio per la vita.

Ma la pandemia ha messo in luce anche le debolezze del sistema delle residenze, che hanno una necessità vitale di rinnovarsi per poter proseguire nel loro ruolo di "Residenze Sanitarie Assistenziali". Sono diversi i contributi di approfondimento su questo tema (vedasi ad esempio "**RSA e pandemia: considerazioni a tappe**" (Colombo, 2020), "**Le strutture per anziani dopo la pandemia e in attesa del PNRR**" (Bonetta, 2022), "**RSA oltre la pandemia**" (Costanzi e Guaita, a cura di, 2021).

Senza un progetto nazionale, un aiuto e un sostegno molte strutture non riusciranno a rinnovarsi e rischieranno di chiudere travolte anche dall'aumento dei costi e dalla difficoltà di trovare il personale di cura.

Si tratta quindi di una carenza grave e molto negativa di questo schema di questo schema di disegno di legge.

BIBLIOGRAFIA

Carles S., Carrière I., Reppermund S., Davin A., Guaita A., Vaccaro R., Ganguli M., Jacobsen E.P., Beer J.C., Riedel-Heller S.G., Roehr S., Pabst A., Haan M.N., Brodaty H., Kochan N.A., Trollor J.N., Woong Kim Ki., Han J.W., Wan Suh S., Lobo A., De la Camara C., Lobo E., Lipnicki D.M., Sachdev P.S., Ancelin M., Ritchie K., for Cohort Studies of Memory in an International Consortium (COSMIC) (2020), *A cross-national study of depression in preclinical dementia: A COSMIC collaboration study, in Alzheimer's and Dementia*, 16(11), Nov, pp. 1544–1552. doi: 10.1002/alz.12149.

Fornaro M., Solmi M., Stubbs B., Veronese N., Monaco F., Novello S., Fusco A., Anastasia A., De Berardis D., Carvalho A.F., de Bartolomeis A., Vieta E. (2020*), Prevalence and correlates of major depressive disorder, bipolar disorder and*

schizophrenia among nursing home residents without dementia: Systematic review and meta-analysis, in British Journal of Psychiatry, 216(1), Jan, 6-15 doi: 10.1192/bjp.2019.5.

Guaita A. (2021), *I servizi residenziali(I). Guardare indietro per andare avanti', in Network Non Autosufficienza (ed.) L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° rapporto 2020/21. Punto di non ritorn*o, Maggioli editore, pp. 53–55.

Honinx E., van Dop N., Smets T., Deliens L., Van Den Noortgate N., Froggatt K., Gambassi G., Kylänen M., Onwuteaka-Philipsen B., Szczerbi?ska K., Van den Block L., and on behalf of PACE (2019), *Dying in long-term care facilities in Europe: The PACE epidemiological study of deceased residents in six countries*, in BMC Public Health, 19(1). doi: 10.1186/s12889-019-7532-4.

Lopez S., Sibilano A., Stefanoni M.G., Gazzardi G., Balconi R. Guaita A. (2009), *Clinical complexity and clinical instability among the nursing home residents*, in Giornale di Gerontologia, 57(1).

World Health Organization WHO (2012), *Dementia: a public health priority*, *Demencia*. doi: 10.1016/S0304-5412(11)70067-1.