OSSERVAZIONI AL DDL SULLA RIFORMA DEL WELFARE ANZIANI

Premessa

In generale, in Italia, l'offerta di servizi in risposta ai bisogni espressi dalla popolazione di non autosufficienti è di molto inferiore alla domanda (il più recente Rapporto OASI riporta che la rete dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari da' risposta a poco meno della metà della domanda espressa da circa 3 milioni di italiani).

Discorso a parte vale per il Trentino dove la dotazione di offerta residenziale per gli anziani è tra le più elevate di Italia e dove la diffusione delle cure domiciliari sul territorio ottiene la miglior performance nei confronti delle altre regioni aderenti ad una rete di confronto.

E' noto che una carenza di rete socio-sanitaria determina come conseguenza il sovraccarico del comparto sanitario e alcuni indicatori (spesa farmaceutica, specialistica, accessi al PS e ricoveri ospedalieri in tutte le tipologie) risentono pesantemente di questo fenomeno permettendo di concludere che il 5% della popolazione fragile consuma il 50% delle risorse sanitarie.

Per non parlare dell'accessibilità alle due tipologie di servizi che è estremamente facilitata per la componente sanitaria (universalità del SSN) e decisamente più difficoltosa per la componente socio-sanitaria.

Il tema della inappropriatezza è molto attuale in quanto, dietro ai consumi di prestazioni sanitarie in determinate fasce di popolazione, si nasconde l'impossibilità del sistema socio-sanitario e sociale di aggredire in modo efficace il problema assicurando le risposte di long term care che invece sarebbero più adatte (mantenimento al domicilio, supporto alla vita quotidiana degli anziani nei vari stati di non autosufficienza e dei loro congiunti tramite counselling, promozione dell'autocura, valorizzazione delle capacità funzionali residuali, accettazione del nuovo stato di omeostasi, ...).

Il tema della sostenibilità economica del settore socio-sanitario è altrettanto rilevante in questo settore in quanto il pubblico è in grado di supportare non più del 30% della spesa complessiva (a fronte del 75% del sostegno pubblico alla spesa sanitaria).

In Trentino normative e direttive di settore hanno cercato in questi anni di migliorare il sistema valutativo della non autosufficienza revisionando il processo dell'UVM, attribuendo al sistema sanitario il coordinamento delle funzioni di residenzialità e semiresidenzialità rivolto alla popolazione anziana (Direttive su RSA e CD), introducendo lo strumento dei Punti Unici di Accesso e introducendo forme miste di trasferimento monetario /concessione di servizi (assegno di cura) per promuovere il prolungamento della domiciliarità, anche con progettualità specifiche (vedi ad esempio l'ADPD per le persone affette da demenza).

La governance di queste attività, che si sono potute giovare di un progressivo e migliorato rapporto di collaborazione tra APSS, Comunità di Valle e soggetti gestori di servizi (in parte pubblici e in parte del privato sociale), è stata assicurata da Azienda sanitaria.

Il DDL in oggetto oggi vuole rappresentare una risposta ulteriore del sistema pubblico trentino al tema socio-sanitario, con riferimento alla popolazione anziana, con la creazione di un modulo territoriale (Spazio Argento), che va a costituire un centro di intercettazione unitaria (front-office) ai bisogni e al contempo è in grado di attivare risposte locali anche e soprattutto per quella parte di popolazione che non beneficia di supporto e le cui maggiori difficoltà vanno ricercate nella fragilità della condizione sociale.

In sostanza, Spazio Argento gestisce la rete delle risorse locali nel momento in cui queste devono essere attivate con forme di presa in carico sia per prevenire condizioni di non autosufficienza sia per intervenire integrando interventi assistenziali e di protezione sociale alle specifiche risposte sanitarie.

Pertanto, le finalità del DDL sono condivisibili in quanto si crea un nuovo luogo di regia unitario e decentrato per una risposta puntuale ai bisogni della popolazione anziana.

Queste finalità sono desumibili tramite una attenta lettura delle singole modifiche su tre leggi provinciali in materia di politiche sociali e tutela della salute e si rinvengono a partire dall'art.3 dove si inizia a parlare di Spazio Argento (SA).

La peculiarità di SA è quindi quella di attivare servizi della persona in risposta a bisogni sociali o socio-assistenziali (sia tramite l'offerta territoriale esistente o anche promuovendone di nuova con il contributo dei soggetti operanti a livello locale) sia di tradurre in progetti individualizzati le valutazioni che derivano dalla strumento multidimensionale UVM che mantiene il ruolo prioritario nel processo valutativo della complessità socio-sanitaria.

SA si integra con lo strumento UVM, che giustamente rimane in capo ad APSS; UVM è lo strumento di valutazione del bisogno che tuttavia (come si evince dalla documentazione presentata) pianifica autonomamente il percorso assistenziale solo in caso di inserimento in RSA; negli altri casi la valutazione di UVM "viene tenuta in considerazione" da SA.

A quest'ultimo proposito va peraltro richiamato che i LEA nazionali, recentemente approvati con DPCM 12 gennaio 2017, riconfermano al SSN la responsabilità di assicurare alle persone un accesso unitario ai servizi sanitari e sociali con titolarità nella presa in carico previa valutazione multidimensionale dei bisogni sanitari assistenziali e sociali (art. 22 e segg.).

Il presente DDL va a modificare il sistema delle relazioni tra soggetti rilevanti, in ordine ai percorsi di presa in carico; tali percorsi oggi, sul fronte socio sanitario, sono prevalentemente coordinati da APSS attraverso un'integrazione strutturata con i servizi sociali delle comunità di valle, mentre dall'approvazione del DDL in poi si assisterà all'introduzione di un ulteriore soggetto, SA, e una ridefinizione delle responsabilità tra comunità di valle, SA e APSS.

Osservazioni di ordine specifico all'Allegato alla Relazione illustrativa

Più che sul DDL, emendativo di tre diversi articolati, le seguenti considerazioni si concentrano sull'Allegato alla Relazione illustrativa che rappresenta l'esplicazione organizzativa dei contenuti del testo di legge proposto.

Al fine di assicurare linearità e chiarezza ai percorsi che scaturiscono dall'applicazione della progettualità SA, si ravvisa l'esigenza di ribadire la responsabilità del servizio sanitario provinciale (gestito da APSS) sulle decisioni sanitarie riferite ai percorsi di cura dei pazienti, con riferimento soprattutto a quelli che presidiano la continuità assistenziale nei passaggi di setting, in particolare nella fase post ricovero.

Pur nella consapevolezza che il momento di transizione successivo ad una fase di ricovero può mettere a prova la tenuta della rete al domicilio (in questo il setting di cure intermedie sta oggi rappresentando una sperimentazione molto efficace), riteniamo che il ruolo di SA avrebbe possibilità di esprimersi al meglio nelle situazioni in cui il cambiamento di setting di cura si realizza in un contesto socio-assistenziale e/o relazionale fragile (es. assenza improvvisa del caregiver o della badante).

E' altrettanto importante che venga ribadito il ruolo dell'UVM (come indicato nei LEA nazionali e nelle direttive provinciali n. 2010/2011 in vigore) che deve rimanere strumento

indipendente da SA, ma ad esso strettamente connesso come indispensabile momento valutativo delle diverse dimensioni della non autosufficienza.

Andrà quindi ovviamente ben presidiata la continuità tra momento valutativo e il momento di costruzione delle progettualità sull'individuo che esitano in un PAI condiviso con paziente e la sua famiglia o la sua rete, l'attivazione dei servizi, il monitoraggio e la valutazione/rivalutazione dell'efficacia del progetto rispetto alla evoluzione dei bisogni.

Altrettanto importante è individuare in modo certo il titolare responsabile della pianificazione della risposta che oggi è APSS.

Proprio per questo dovrà essere curata la composizione di SA e soprattutto del suo Comitato di Direzione per la cui costituzione si dovranno presidiare le competenze dei membri e il loro contesto di provenienza in modo da garantire terzietà e appropriatezza nell'attivazione delle risorse locali.

In questo senso, la costituzione di un board di governance di livello provinciale composto da esponenti con elevati livelli di responsabilità e di competenza in termini di programmazione (PAT) e gestione (APSS) appare auspicabile.

C'è inoltre un altro tema rilevante che andrà affrontato, certamente in occasione dell'emanazione delle direttive applicative, che riguarda la formalizzazione di indicazioni di carattere socio-sanitario ai gestori e la relativa vigilanza su RSA e Centri Diurni che, come da *Allegato al DDL*, rimangono in capo ad APSS mentre la competenza amministrativa nella stipula di accordi negoziali contrattuali con le strutture accreditate ed erogazione del relativo finanziamento diretto viene assegnata a SA.

E' necessario pertanto prevedere un forte collegamento tra queste fasi in cui coesistono responsabilità economico-patrimoniali, ma anche leve strategiche gestionali che permettono di governare il sistema orientandolo al miglioramento continuo della performance assistenziale, con particolare riferimento alla qualità del servizio nell'interesse delle esigenze degli utenti.

Dovranno essere poi oggetto di riflessione le forme di messa a disposizione di personale sanitario per SA (previste in DDL); infatti il personale sanitario oggi impegnato in attività assimilabili a quelle che gestirà il futuro SA non è dedicato solo alla funzione socio-sanitaria, ma è impegnato anche in altre funzioni assistenziali di cura domiciliare. La proposta è quella che APSS assicuri le funzioni sanitarie necessarie a SA intese come svolgimento di funzioni, in raccordo con il sistema delle Cure Domiciliari ed i Medici di medicina generale.

Va valutata la previsione di delegare ad una APSP, quand'anche unica rappresentativa di un ambito, la gestione di SA in quanto deve essere garantita la terzietà valutativa e decisionale.

Infine andrà approfondita la tematica relativa al trattamento dei dati in quanto l'introduzione di un sistema informativo (mediante la cartella socio-sanitaria condivisa tra vari soggetti di cui all'art. 15 del DDL) nuovo impone una riflessione e la conseguente messa a punto di un complesso sistema per la gestione del consenso privacy sui dati di tipo sanitario e di tipo sociale.