

Senato della Repubblica
10^a Commissione permanente
(Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)

AUDIZIONE DEL 8 FEBBRAIO 2023

NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL S. 506

Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

La **Confederazione Cooperative Italiane, Confcooperative**, è la principale organizzazione di rappresentanza, assistenza e tutela del movimento cooperativo e delle imprese sociali italiane per numero di imprese (17.500), persone occupate (531.000) e fatturato realizzato (68 miliardi di euro di fatturato). I soci rappresentati sono 3.150.000.

In ragione della funzione sociale che la Costituzione italiana (art. 45) riconosce alla cooperazione, Confcooperative ne promuove lo sviluppo, la crescita e la diffusione.

Confcooperative Sanità è la Federazione Nazionale di Confcooperative di rappresentanza, tutela e promozione delle Cooperative di Medici, Farmacisti, delle altre cooperative operanti nell'ambito della sanità, delle società di mutuo soccorso e delle imprese sociali di settore.

Confcooperative Sanità associa 380 enti che erogano servizi sociosanitari a 3,5 milioni gli utenti assistiti. I soci delle cooperative sono oltre 145mila. Nel complesso l'indotto occupazionale generato dalle imprese aderenti supera le 25.000 unità. Il giro d'affari aggregato, realizzato dalle imprese aderenti, ammonta a oltre 11,3 miliardi di Euro.

Considerazioni Generali

L'adozione di una legge quadro volta strutturare un sistema organico di interventi in favore degli anziani non autosufficienti rappresenta un'opportunità storica per il Paese.

Un simile provvedimento legislativo offre l'occasione di varare un nuovo modello di welfare in grado di promuovere l'invecchiamento in buona salute delle fasce anziane della popolazione (circa 14 milioni di over 65) e, soprattutto, di fornire risposte integrate sul piano sociale, sanitario e sociosanitario a quella ampia platea di anziani contraddistinti da elevata fragilità sociosanitaria (circa 4 milioni di anziani).

Relativamente a questo secondo aspetto **la riforma, per avere successo, dovrà realizzare un modello fondato sul paradigma dell'Assistenza Primaria¹, superando una volta per tutte l'erogazione di prestazioni secondo un approccio per "silos assistenziali", a favore di un'azione di presa in carico in cui l'anziano può usufruire di un complesso coordinato ed integrato di servizi ed interventi sanitari, sociosanitari e sociali, erogati in contesti il più possibile prossimi ai luoghi in cui il paziente e la sua famiglia vivono.**

E' importante rimarcare, tra l'altro, come lo sviluppo dell'assistenza primaria giochi una funzione essenziale anche per permettere il decongestionamento degli ospedali, sia rispetto ai flussi in entrata, accessi evitabili al Pronto Soccorso, ospedalizzazioni improprie², ri-ospedalizzazioni, che a quelli in uscita, consentendo di gestire sul territorio le dimissioni dalle strutture ospedaliere.

Per tale ragione la delega dovrebbe offrire il quadro normativo per assicurare la **coniugazione organica degli interventi previsti dalla Missione 5 Componente 2 con quelli finanziati Missione 6 Componente 1** come esplicitamente previsto nel PNRR stesso laddove, si dice che la riforma *"viene anticipata da interventi specifici [...] inseriti sia nella Missione sanitaria, con riferimento alle progettualità che rafforzano i servizi sanitari di prossimità e l'assistenza domiciliare, che nella missione sociale, con specifico riferimento al progetto di investimento 1.1. e, in particolare, le azioni*

¹ La "Primary Health Care" definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1978 con la dichiarazione di Alma Ata, rappresenta tutt'oggi un modello di *policy* strategico per l'OMS, sia per i Paesi avanzati e che per le realtà in via di sviluppo, tanto che ne è stata ribadita l'attualità nel 2008 e, più recentemente, nel 2018 nella conferenza di Astana [https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1]

² Il *Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero 2020 SDO* [Ministero della Salute 2022] individua, su un totale di 4 milioni e 910mila ricoveri nell'anno 2020, come impropri il 27,04% degli stessi, circa 1 su 3. E' evidente come essi drenino una rilevante quota di risorse, che potrebbe essere invece impiegata per finanziare interventi sociosanitari sul territorio.

finalizzate alla deistituzionalizzazione, alla riconversione delle RSA e al potenziamento dei servizi domiciliari per le dimissioni protette” [PNRR; 216].

Peraltro, nel testo in esame i richiami alla Missione 6 risultano poco organici (es. è assente qualsiasi riferimento nel titolo) mentre è essenziale che la legge proponga una disciplina cogente (da dettagliarsi successivamente nei decreti delegati) circa **le modalità di integrazione tra l’offerta di servizi sociali e gli interventi di profilo sanitario e sociosanitario**. L’obiettivo è la presa in carico globale della persona anziana nella logica **di un *continuum* assistenziale in grado di erogare servizi integrati e commisurati al livello di bisogno della persone, erogati nei diversi setting (residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare) a seconda delle necessità**.

Nel condividere la necessità di procedere ad un progressivo riequilibrio tra erogazioni monetarie e prestazioni di servizi rivolte agli anziani non autosufficienti, appare essenziale inoltre avere riguardo a che si opti **a favore di un modello basato prevalentemente sull’erogazione di servizi alla persona piuttosto che sui trasferimenti monetari³**, anche immaginando **il coinvolgimento e la valorizzazione delle forme di mutualità integrativa e sussidiaria** (fondi sanitari, società di mutuo soccorso) **per il co-finanziamento delle LTC**. Infatti, le politiche fondate sui trasferimenti monetari rappresentano una forma di welfare per lo più risarcitorio che rende impossibile valutare l’efficacia della spesa sociale, con una documentata dispersione di risorse che va ad alimentare un mercato opaco e dequalificato come quello del cosiddetto “badantato” non regolare, anche nell’ottica di favorire la regolarizzazione del lavoro di cura e l’occupazione di qualità nel settore dei servizi socioassistenziali. Sarebbe pertanto opportuno prevedere nelle delega meccanismi tesi ad incentivare e valorizzare l’offerta di prestazioni in natura rispetto ad indennità in denaro, strategia che consentirebbe, da una parte di monitorare la qualità della spesa rispetto alla tipologia di prestazioni erogate e agli esiti di salute, dall’altra di sostenere la crescita occupazionale nell’ambito della cosiddetta “white economy”, come suggerito dall’Unione Europea.

Un aspetto, quello poc’anzi richiamato, particolarmente delicato, a fronte della nota **carezza di personale sanitario, fenomeno che tuttavia investe tutto il comparto dei servizi alla persona, vista**

³ Nell’anno 2021, su una spesa totale di 28,7 miliardi in LTC, la spesa pubblica per servizi ammonta appena a 700 milioni, contro 24,9 miliardi di fondi pubblici destinati a prestazioni in denaro [CREA Sanità, 2022; Spandonaro F; D’Angela D; Polistena B.]

la scarsa reperibilità sul mercato del lavoro anche di professionalità di natura sociosanitaria e socioassistenziale.

In questo senso è di importanza strategica la previsione già contenuta nel disegno di legge (articolo 5, comma 2 lettera b-1) a cui andrà data concreta attuazione nei decreti delegati, relativamente all'individuazione di percorsi formativi idonei allo svolgimento di attività professionali nell'ambito della cura e dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti nei diversi setting (domiciliare, residenziale e semiresidenziale). Come Confcooperative Sanità, facciamo preciso riferimento alla necessità di riconoscere ed implementare, a livello nazionale, la figura dell'Operatore Sociosanitario Specializzato. E altresì importante, tuttavia, che la riforma, conseguentemente, promuova una corretta identificazione dei reali fabbisogni regionali anche per quanto riguarda gli OSS.

La vicenda del personale si interseca strettamente con la possibilità di rendere esigibile ed effettivo il principio contenuto nella delega (articolo 2, comma 2, lettera "d") teso a garantire all'anziano non autosufficiente la possibilità di continuare a vivere e ricevere le cure presso il proprio domicilio. Attualmente sono assistiti in regime domiciliare 407mila anziani, poco più del 2,9% degli over-65, (dato 2021), con una media nazionale di appena 16 accessi/anno per caso trattato. Il PNRR (Missione 6, Componente 1) pone l'obiettivo di assistere a domicilio il 10% degli ultrasessantacinquenni, prevedendo circa 800mila nuove prese in carico in un quinquennio⁴. **Volendo assicurare ad una simile platea un'assistenza domiciliare in linea con gli standard europei (200-240 ore/anno) si rendono necessari all'incirca 112.000 operatori a fronte delle poche migliaia impegnati oggi.**

È pertanto cruciale da una parte procedere, come già evidenziato, alla definizione di una figura professionale che possa essere impiegata nei diversi setting assistenziali propri dell'assistenza primaria (vedi sopra), dall'altro supportare un **intervento nazionale per la formazione degli operatori da impiegare nell'assistenza primaria**. Si tratta infatti di *conditio sine qua non* che, se non realizzate, rendono impraticabile l'obiettivo posto dal PNRR sul fronte delle cure domiciliari.

⁴ C'è da notare che il PNRR non corregge, ma anzi reitera, tale fattore di debolezza. Da un'analisi della stratificazione delle nuove prese in carico ADI, riportata negli allegati del Piano, **il 60% delle nuove prese in carico sono infatti classificate come cure domiciliari di base, a cui corrispondo 12 accessi/anno, mentre il 20% dei nuovi utenti è, invece, inquadrato nella fascia ADI di 1° livello, che garantisce 36 accessi/anno.** Si tratta di livelli assistenziali assolutamente distanti dagli standard a cui il PNRR dovrebbe aspirare, e che rende difficile immaginare ricadute apprezzabili in termini di risparmi sul livello ospedaliero.

Un obiettivo che, è opportuno chiarire con nettezza, non potrà essere raggiunto senza il coinvolgimento degli erogatori accreditati. Si ritiene pertanto sicuramente positivo **l'esplicito riferimento contenuto nella delega (articolo 4, comma 2 lettera "o") al principio costituzionale di sussidiarietà laddove si richiama il ruolo dei soggetti privati accreditati nell'erogazione dei diversi servizi, auspicando che tale concetto sia declinato nei decreti delegati con l'obiettivo di promuovere forme avanzate di partenariato tra sistema pubblico e provider privati andando al di là della mera fornitura di prestazioni.**

Rispetto a quanto poc'anzi accennato sarebbe importante inserire nel testo, tra i principi ed i criteri direttivi, un riferimento alla possibilità di gestire la presa in carico degli assistiti e l'erogazione dei servizi mediante **modelli reticolari in grado di integrare i professionisti ed i setting assistenziali, organizzati anche in forma societaria e potenzialmente accreditabili.** È importante sottolineare come non si tratta di costruire ex novo strutture e presidi, in quanto gli snodi della rete sono già presenti sul territorio (presidi della medicina generale, cooperative sociali, farmacie, diagnostica e specialistica) e possono essere messi a sistema (e in parte già lo sono) attraverso formule giuridiche di matrice mutualistica, laddove debitamente valorizzate ed incentivate nell'ambito di accordi di collaborazione pubblico-privati. Accordi che favorirebbero la libertà di scelta dell'assistito, sia rispetto al luogo in cui preferibilmente ricevere le cure, che al soggetto erogatore delle stesse, anche al fine di mettere in moto dinamiche di confronto tra erogatori rispetto alla qualità e alla performance del servizio erogato a parità di tariffa.

Infine andrebbe puntualizzato, laddove nel testo è richiamata a più riprese (in particolare articolo 4, comma 2) la necessità di implementare flussi informativi funzionali ad alimentare un sistema di monitoraggio degli interventi erogati, che **tale sistema non dovrebbe limitarsi a rilevare gli output (numero e tipologia delle prestazioni erogate) ma misurare, in una logica di health assessment, anche gli outcome** riferiti agli esiti delle prestazioni erogate in termini di recupero e/o mantenimento dello stato di salute degli assistiti.

Alla luce di quanto argomentato nelle considerazioni generali, si avanzano le seguenti proposte in vista dell'iter parlamentare del disegno di legge⁵

⁵Le proposte di integrazione e/o modifica del testo sono riportate in ordine rispetto alla trattazione dei relativi temi nell'articolato del DdL.

Libertà di scelta. Inserire tra i principi (articolo 2, comma 2 aggiungendo una lettera) un fondamentale richiamo alla libertà di scelta della persona, sia rispetto al luogo privilegiato nonché del soggetto erogatore del servizio in coerenza con quanto previsto nella legge 833/1978 per il SSN.

Reti multiprofessionali. Inserire nei criteri direttivi generali (articolo 2, comma 2, aggiungendo lettera) il ruolo delle reti assistenziali sociosanitarie integrate tra professionisti, strutturate anche in forma societaria preferibilmente no profit ed accreditata con il sistema pubblico, quali snodi di promozione, tutela e presa in carico della popolazione anziana fragile.

Misurazione risultati. Esplicitare l'assunzione di rigorose metodologie di valutazione dei risultati degli erogatori, non tanto nel senso della quantità di prestazioni prodotte, quanto piuttosto nella logica di una valutazione degli esiti dei trattamenti forniti all'utente in termini di esiti di salute.

Partecipazione. Esplicitare (inserire all'articolo 2, comma 4) la possibilità di far partecipare alle sedute del CIPA rappresentati delle parti sociali e delle associazioni di rappresentanza del Terzo Settore sociosanitario laddove aventi rappresentatività e competenza nelle materie oggetto dei provvedimenti e delle tematiche poste all'ordine del giorno.

Assistenza Primaria. All'articolo 4, comma 2 (inserire una lettera) prevedere l'introduzione di una definizione di assistenza primaria quale anello di congiunzione tra servizi sociali, sociosanitari e sanitari coerente con la Dichiarazione Universale di Alma Ata nel 1978 e con le Risoluzioni e decisioni dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Integrazione tra sociale e sanitario. Prevedere all'articolo 4 che il Governo non si limiti a "promuovere" ma piuttosto disciplini in modo cogente l'integrazione operativa tra enti del SSN e sistema delle ATS (modificare articolo 4, comma 2 lettera "e"), nella logica della presa in carico globale della persona anziana nel quadro di un continuum assistenziale di servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrati.

Unificazione tra ADI e SAD. Reinscrivere l'unificazione di ADI e SAD di cui al precedente testo del DdL (articolo 4, comma 2, lettera "m") contemplando nella legislazione delegata l'istituzione di un

Servizio di assistenza domiciliare integrata sociosanitaria e sociale (ADISS), al fine di garantire un'offerta integrata ed unitaria di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale erogata dalle ASL/Comuni ovvero da provider accreditati.

Trasferimenti monetari. Occorre prevedere che la cosiddetta "prestazione universale" sia erogata prioritariamente in forma di servizi alle persone, introducendo meccanismi di incentivazione (inserire all'articolo 5, comma 2, lettera "a-1"), piuttosto che sottoforma di rimessa in denaro.

Forme integrative per LTC anziani. Inserire previsioni in merito alla valorizzazione di forme di mutualità integrativa e sussidiaria per il finanziamento delle LTC per gli anziani non autosufficienti, corresponsabilizzando per i risultati anche la sanità integrativa.

Operatori sociosanitari. Ricomprendere l'operatore sociosanitario tra le figure di cui dovrà essere fatta una puntuale identificazione del fabbisogno a livello regionale per lo sviluppo ed il raggiungimento dell'obiettivo contenuto nel PNNR relativo dell'ADI (inserire all'articolo 5, comma 2, lettera "b-2"), vista l'importanza di tale profilo nel supporto e nell'assistenza delle persone anziane.