

SCHEMA DI DECRETO LEGISLATIVO RECANTE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI POLITICHE IN FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE

Nota di commento

(a cura di Roberto Franchini, roberto.franchini@unicatt.it, cell. 393-9951020)

Premessa

Il Decreto, nella sua configurazione attuale, rappresenta un tentativo per certi aspetti straordinario di dare unità e continuità ad un quadro, ad oggi frastagliato e disomogeneo, di interventi normativi, titolarità istituzionali, misure concrete in atto sui territori. In questo scenario, esso rappresenta un sostanziale e rilevante passo in avanti, anche se condizionato da vincoli non in primo luogo economici, ma di assetti pre-esistenti rigidi e non facilmente modificabili.

In particolare il Titolo I contiene elementi fortemente innovativi, rispondendo alla logica della prevenzione con una batteria di misure in grado di agire da “eccipiente” di meccanismi trasformativi. Occorre superare il rischio di dare grande attenzione (nei dibattiti pubblici, nelle proposte di revisione, nell’attenzione finanziaria, etc.) soltanto ai contenuti del Titolo II, che in realtà viene dopo non solo nel testo, ma anche in ordine di importanza.

Tre osservazioni di carattere generale (e relative proposte)

1) Due anime. Il Decreto, particolarmente dal Titolo II in poi, sembra avere due anime, non ben composte tra loro:

- la prima, legata al tradizionale assetto della responsabilità statale, determina, modifica e arricchisce il quadro delle prestazioni, rispondenti ai cosiddetti livelli essenziali, sottoponendole a monitoraggio. Il limite di questa impostazione è strutturale: infatti, non solo lo Stato non è in grado, da solo, di erogare i livelli essenziali, ma è la stessa idea erogativa e prestazionale che andrebbe rivista, a favore di un’idea di Stato che, dopo aver valutato i bisogni, attiva meccanismi di governance della sussidiarietà, combinando la logica dei diritti con quella delle responsabilità delle comunità locali;
- la seconda introduce finalmente, e in modo coraggioso, meccanismi di sussidiarietà orizzontale, come si evidenzia particolarmente nell’articolo 25 e nell’articolo 27 commi 17 e 18, lasciando intendere che soltanto un concorso di attori e risorse diversificate, messi sotto la regia pubblica, sarà in grado di rispondere pienamente ai bisogni della popolazione anziana.

Modifiche proposte. E’ evidente che l’osservazione appena proposta richiederebbe una revisione importante dell’assetto del decreto, probabilmente ad oggi impossibile. Si suggeriscono alcune modifiche, che potrebbero costituire una sorta di vademecum per ulteriori atti ed iniziative:

art. 21 comma 4: Lo SNAA persegue i propri obiettivi attraverso la programmazione integrata delle misure sanitarie e sociali a ~~titolarità pubblica~~ **di tutti gli attori degli ambiti territoriali, secondo il principio di sussidiarietà**

art. 27 comma 18: aggiungere:

d) le risorse provenienti dalle famiglie, dalle reti di famiglie, dagli attori sociali di vario genere che possono contribuire alla realizzazione del PAI

art. 28 comma 3: toglierei i due aggettivi “immediata e automatica”, che danno idea di una sorta di meccanicità dei benefici.

2) Il sistema di governo. Come già affermato, il decreto risente pesantemente dell’attuale assetto frammentato e rigido delle responsabilità, probabilmente ad oggi non modificabile. Insomma, il testo di fatto non tocca l’attuale quadro di governance, lasciando sostanzialmente intatta la frammentazione tra sociale, sociosanitario e sanitario, e non raggiungendo dunque la prospettiva di sistema, richiamata dall’acronimo SNAA. Il richiamo contenuto nell’art. 21 comma 3 alla collaborazione leale è debole, mentre sarà decisiva l’azione e l’effettiva sfera di influenza del CIPA.

Occorrerebbe assicurare in qualche modo che l'integrazione tra le diverse funzioni avvenga a monte, e non a valle degli interventi stessi, e che dunque avvenga nella fase di redazione del PAI (integrazione progettuale), e non durante l'erogazione stessa (integrazione processuale). Il caso più lampante è la duplicità delle due forme di assistenza domiciliare... se non è possibile unificare, occorrerebbe fare in modo che la loro "progettazione" avvenga in modo coordinato e integrato a monte, non a valle.

Non aiuta il fatto che i PUA e l'UVM non abbiamo un chiaro posizionamento organizzativo, derivando piuttosto da una non chiara "collaborazione" tra distretti, ambiti sociali, etc.

Modifiche proposte. Consapevoli al solito delle difficoltà notevoli nell'affrontare gli obiettivi richiamati, si suggeriscono alcuni piccoli ritocchi.

art. 26: sostituire "integrazione operativa dei processi" con "integrazione progettuale degli interventi, da attuare mediante la predisposizione del PAI"

art. 28 comma 1: gli ATS e i distretti sanitari nell'esercizio delle rispettive competenze e funzioni, mediante accordi di collaborazione, sulla base degli atti di programmazione di livello regionale e locale, provvedono ad individuare le modalità semplificate di accesso agli interventi e ai servizi sanitari e sociali, assicurando modalità esplicite di coordinamento della governance integrata e del funzionamento efficiente ed efficace delle equipe integrate

art. 29 comma 3: Con il decreto di cui all'articolo 27, comma 7, su proposta congiunta dell'AGENAS e della componente tecnica della rete della protezione e dell'inclusione sociale, sono, altresì, definite le Linee di indirizzo nazionali per l'integrazione operativa progettuale 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 (...)

art. 29 comma 5: L'integrazione dei servizi domiciliari di cui al comma 3, si realizza attraverso l'erogazione la progettazione congiunta e, di conseguenza, il coordinamento degli interventi interventi, sia sanitari che sociali, di supporto alla persona previsti dal PAI.

3) La definizione di standard e requisiti. Uno degli ostacoli più significativi al processo di governance sussidiaria del sistema anziani (e non solo) è legato al pur utile approccio fondato sui requisiti, tipico dei sistemi di autorizzazione e di accreditamento. Occorre fare una riflessione su "entro quali limiti" e "per quale scopo" esso sia utile, semplificando invece laddove il tipo di prestazioni/aiuti possa configurare un ruolo determinante di attori/aiuti non tipicamente sanitari, e l'importanza di contesti familiari (non ambulatoriali e ospedalieri). Nell'ambito domiciliare occorrerà che le norme di accreditamento prevedano, piuttosto che ostacolare, meccanismi di sussidiarietà e di utilizzo di risorse formali e non formali. Nell'ambito residenziale, invece, occorre evitare, come il Decreto lascia pensare, che le norme di accreditamento attuali, ispirate dal manuale AGENAS, rimangano intatte, per eventualmente aggiungere "ulteriori" requisiti che favoriscano ambienti familiari etc. Questa sovrapposizione, infatti, metterebbe in luce una palese contraddizione tra gli intenti del Decreto (continuità relazionale, ambienti familiari, etc.) e lo spirito del Manuale appena richiamato (che fa riferimento a requisiti di carattere evidentemente ospedaliero).

Modifiche proposte.

art. 29 comma 4: Con disposizioni di legge regionale, nel rispetto delle linee di indirizzo di cui al comma 3 e delle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 162, lettere a) e b), della legge n. 234 del 2021, sono conseguentemente definite le procedure per l'accREDITAMENTO dei servizi di assistenza domiciliare socioassistenziale, **che dovranno favorire il coinvolgimento di tutte le risorse e gli attori, formali e non formali, previsti dal PAI**

art. 31 comma 7: si provvede all'individuazione e all'aggiornamento **alla revisione**, secondo principi di semplificazione dei procedimenti e di sussidiarietà delle relative competenze normative ed amministrative, di criteri condivisi ed omogenei al livello nazionale per l'individuazione dei requisiti minimi di sicurezza e dei requisiti ~~ulteriori~~ di qualità per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO delle strutture e delle organizzazioni pubbliche e private, anche appartenenti ad enti del Terzo settore, che erogano prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari a carattere sanitario e sociosanitario. **A tal fine, entro _____ dalla pubblicazione del presente Decreto, di concerto con il Ministero della Salute, si procederà alla revisione di quanto previsto, limitatamente alla residenzialità anziani, dall'Intesa del 20 dicembre 2012 (Rep. atti n. 259/CSR PDF), contenente criteri, requisiti ed evidenze per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie, delineando i tratti essenziali di un nuovo modello nazionale, che sia coerente con quanto indicato dall'art. 31 comma 5 del presente Decreto,**