
*Linee di indirizzo generali per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria
dedicata alla popolazione anziana*

Premessa

La Commissione prende atto che la peculiare situazione italiana, paese fra i più longevi ed invecchiati al mondo, impone una riforma della assistenza agli over 65 basata sulla prevenzione, in particolare sulla lotta all'isolamento sociale ed alla solitudine, sulla educazione sanitaria, sui processi di inclusione e sulla tutela del diritto alla cura.

Il lavoro della Commissione prende le mosse da alcuni problemi di fondo della situazione italiana in tema di assistenza agli anziani.

Il primo è certamente quello della mancanza di dati certi sia sul versante della domanda che su quello della offerta. Ad esempio, da anni si dibatte in Italia su quanti siano gli anziani disabili e l'unico dato che incontra un qualche accordo è quello che ritiene il numero degli over 65 con disabilità intorno ai 3 milioni. Questa cifra scaturisce da una nota indagine ISTAT- la serie delle multiscopo sulla famiglia – ma si tratta di un dato autoriferito e totalmente sganciato dalla situazione economica, familiare, sociale dell'anziano che lo ha dichiarato. Parimenti, sul versante opposto, non conosciamo con precisione nemmeno il numero di ospiti delle RSA, delle case di riposo e delle comunità alloggio. È evidente che in questo caso, oltre alle indiscutibili difficoltà di programmazione ed allocazione di risorse, si apra lo spazio del sommerso e degli abusi. Per questo la Commissione ritiene urgente e doveroso un grande sforzo conoscitivo che si concretizzi da una parte in una indagine in collaborazione con ISTAT e dall'altra nella creazione di una anagrafe nazionale delle residenze. Siamo infatti convinti che la riemersione di ciò che vive in clandestinità è un buon viatico per la lotta agli abusi ed alle sperequazioni.

Un secondo punto non meno importante che la Commissione propone con grande convinzione, è la necessità di una qualificazione dell'assistenza attraverso la definizione di specifici requisiti di qualità dei servizi e dei percorsi di cura, e l'avvio di un sistema nazionale di accreditamento sia dei servizi residenziali che di quelli semiresidenziali e domiciliari, accompagnato dalla messa a punto di un sistema di valutazione della qualità della vita garantito agli ospiti e del livello di soddisfazione degli stessi, dei familiari, degli operatori e dei volontari, in un processo di verifica dell'assistenza partecipato e democratico. Tutto questo permetterebbe di porre fine al sistema delle gare di appalto, altro nodo storico non solo di abusi e corruzione ma anche di pessima qualità dei servizi erogati. In altri termini, i cittadini potrebbero scegliere nell'ambito di un panorama di attori accreditati e "stellati", ossia valutati anche dalla clientela senza burocratici ed inutili intermediari.

Il cuore della riforma avanzata dalla Commissione in questo documento - che si basa su una nuova visione della assistenza agli anziani - è costituito dalla "presa in carico" dell'anziano attraverso il cosiddetto "continuum assistenziale" che prevede l'intero spettro dei servizi necessari agli over 65 in ambito domiciliare, semiresidenziale e residenziale. La novità più rilevante della proposta è che tutti gli erogatori di servizi sia pubblici che privati (convenzionati o meno) siano vincolati ad offrire l'intero *continuum* secondo proporzioni rigorosamente commisurate alla epidemiologia delle disabilità, della non autosufficienza e delle fragilità. In altri termini, chi offre un posto in residenza deve assicurarne un numero congruo in assistenza domiciliare, nei centri diurni, in telemedicina e così via. Troppo spesso assistiamo ad imponenti fenomeni di risposte inappropriate causate dalla povertà dello spettro di servizi offerti, segnatamente in ambito

*Linee di indirizzo generali per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria
dedicata alla popolazione anziana*

domiciliare. A questo proposito la Commissione rileva la fortissima carenza dei servizi di assistenza a domicilio siano essi sociali, sanitari che integrati, carenza contraddistinta peraltro dalla mancanza di continuità di tali interventi, offerti per lo più come singoli servizi (di fornitura di pasti, di erogazione di singole prestazioni) e non presentati ed interpretati come una vera presa in carico continuativa. È solo così che si spiega, ad esempio, l'infima quantità media di ore in Assistenza Domiciliare Integrata offerte alla popolazione anziana all'anno: meno di 20 (dovrebbero essere almeno 20 al mese). Un altro aspetto da non trascurare a proposito del "continuum assistenziale" è rappresentato dalla necessaria inclusione dei servizi di prevenzione sul territorio, di rinforzo delle reti sociali e lotta alla solitudine, nonché del grande contributo delle realtà del volontariato che con inventiva e genio umanistico offrono spesso soluzioni pionieristiche ed esempi di *buone pratiche* da prendere a modello.

Il documento pone quindi le premesse per la riforma ed il potenziamento di altri due settori strategici della assistenza agli anziani: quello degli assistenti familiari (le cosiddette badanti), pilastro fondamentale e peculiare del nostro sistema, e le problematiche del personale, in particolare gli OSS, su cui un grande lavoro di formazione ed integrazione resta da fare.

Non potrà mancare una riflessione sui diritti degli anziani: alla scelta nell'ambito del "continuum assistenziale", alla protezione dall'isolamento sociale e dalla solitudine, alla equa assegnazione dei servizi dovuti, alla eliminazione delle barriere di ogni sorta, alla buona informazione, alla soppressione degli abusi, in particolare violenze e contenzioni.

Infine, vengono proposte alcune misure urgenti connesse alla pandemia, riguardanti la ADI orientata ai pazienti COVID, il potenziamento e miglioramento delle centrali telefoniche e la lotta agli abusi, in particolare quelli connessi alla contenzione ed all'isolamento.

Il documento non pretende di esaurire i moltissimi altri problemi – ma anche opportunità – collegati alla riflessione sul miglioramento della condizione degli anziani, ma solo di dare un indirizzo strategico su cui edificare la nuova costruzione ed attorno al quale raccogliere il consenso di tutte le parti. A questo proposito si sottolinea infine l'importante lavoro di consultazione con gli stakeholder ed i vari attori portato avanti sin qui con l'intenzione di renderlo sistematico e continuativo.

Preambolo

La Commissione istituita recentemente dal Ministro della Salute Speranza ha ricevuto un ampio mandato in tema di riforma della assistenza, tuttavia vincolato ad una precisa visione: quella di *“Formulare proposte per la riorganizzazione del modello assistenziale sanitario e sociosanitario dedicato alla popolazione **anziana al fine di favorire una transizione dalla residenzialità a servizi erogati sul territorio e di ridefinire il continuum assistenziale** , suggerendo servizi, modalità, strumenti innovativi e digitali...”*

In ossequio a tale specifico mandato la Commissione rileva la effettiva necessità di una riforma secondo le seguenti direttrici:

1. Colmare un importante gap conoscitivo sulla effettiva domanda sociale e sanitaria della popolazione anziana nel suo complesso, data la frammentarietà, incompletezza ed episodicità delle fonti. Si ritiene insufficiente e non descritta persino la reale quota di popolazione non autosufficiente nonché della relativa domanda e offerta di servizi. A parere della Commissione è assolutamente necessario risolvere il problema in modo organico e sistemico, al fine di poter effettuare una fondata e coerente programmazione su base regionale e nazionale. Si dovrà anche procedere, con il concorso di tutti gli attori interessati, alla realizzazione di una vera e propria anagrafe dotata di flusso informativo regolare, un censimento dei servizi residenziali e territoriali, attuando una azione di contrasto efficace al sommerso che appare, in questo campo, particolarmente esiziale per la buona tenuta della assistenza.
2. In coerenza con quanto affermato al punto 1 sarà necessario stabilire, ove non è presente, un doppio sistema di valutazione di contatto, più generica ed una valutazione geriatrica multidimensionale, dotati delle necessarie caratteristiche informatiche, delle risorse umane per una elaborazione continuativa e sistematica, nonché capaci di dialogare con i diversi erogatori di servizi. La formazione e l'arruolamento dei case manager, attraverso appositi master o altri strumenti educativi di pari livello appare essere un obiettivo strategico.
3. Ristabilire un effettivo continuum assistenziale, a fronte della scarsa, frammentata ed insufficiente offerta di servizi sul territorio, in primis quella integrata, composta cioè da entrambe le componenti sociale e sanitaria. Questa azione avrà il pregio di formalizzare una vera presa in carico dei pazienti anziani, troppo spesso soggetti ad approcci di tipo prestazionale, episodici e non continuativi, irrazionali e di scarsa qualità. Il servizio pubblico è chiamato a svolgere un ruolo pilota in tal senso. Ci si attende che gli erogatori di assistenza assumano una offerta completa, in omaggio al principio del continuum assistenziale e della offerta di servizi quanto più possibile personalizzati in base alle reali esigenze della persona.
4. Il continuum assistenziale dovrà prevedere, oltre a forme di assistenza residenziale, una offerta semiresidenziale ampia, costituita principalmente ma non solo da centri diurni, ed una assistenza domiciliare di tipo sociale, sanitario o integrato. Dovrà inoltre includere servizi di telemedicina e telepresenza, consentendo scambi bidirezionali sia in ambiente domestico che residenziale al fine di evitare ogni forma di isolamento. A completamento di questo quadro generale si immagina un continuum dotato di attività preventive, di inclusione e di

- lotta alla solitudine ed all'isolamento sociale su base territoriale, di quartiere o di centri rurali.
5. In questo contesto è importante valorizzare le risorse esistenti, in primo luogo quello del personale di costituito da operatori sociali domestici (i cosiddetti badanti), intervenendo in primo luogo sulla loro formazione, su eventuali supporti per la loro assegnazione anche ad anziani non abbienti, sul controllo e monitoraggio. Tale azione fa parte di un più ampio intervento per la ridefinizione o rimodulazione degli strumenti previdenziale vigenti, a partire dall'assegno di accompagnamento. Anche per gli OSS occorrerà rivalutare una formazione specifica ed un adeguato investimento in termini di arruolamento, al fine di provvedere numeri adeguati alla prevista espansione della assistenza domiciliare
 6. Per realizzare quanto previsto al punto 3 sarà necessario provvedere ad un sistema universale di accreditamento ed alla attribuzione di un attestato della qualità delle singole entità appartenenti al pubblico, al privato convenzionato ed al privato, coinvolte nel campo della assistenza agli anziani. Sarà così possibile ridurre, fino alla progressiva abolizione, il sistema delle gare in appalto, consentendo libertà di scelta ai cittadini.
 7. La continuità assistenziale ospedale – territorio deve essere garantita attraverso l'attività di regia e di interfaccia di alcune figure professionali e delle relative equipe. Allo stesso modo si dovrà garantire un efficace e bidirezionale scambio delle informazioni

Tali linee di indirizzo non esauriscono il lavoro della Commissione ma ne costituiscono la necessaria premessa ed il quadro concettuale al fine di poter proporre una successione di azioni, puntuali ed incisive. Si ritiene quindi di dover operare ad un doppio e parallelo livello, definendo da una parte il frame generale del nuovo modello assistenziale e proponendo dall'altra misure parziali ma incisive, coerenti con detto frame. Infine, la Commissione ritiene che l'ascolto sistematico di tutte le componenti pubbliche e private, del mondo del terzo settore e del volontariato, come pure di quello imprenditoriale e sindacale, scientifico, sociale e sanitario, sia parte essenziale del proprio lavoro. Ancor più rilevante appare la necessità di un ascolto e di un coinvolgimento dei diretti interessati, gli anziani stessi e la risposta alla sfida comunicativa che tali temi impongono. In questo senso, sarà compito della Commissione iniziare a proporre e diffondere una percezione mediatica diversa degli anziani, del loro importante ruolo sociale, una immagine che si allontani dai pregiudizi e più consona con la ricchezza di questa fase della vita.

Il quadro concettuale

Il continuum assistenziale deve prevedere la necessaria flessibilità affinché sia possibile attraversarlo in relazione ai cambiamenti anche temporanei delle condizioni di salute e/o di dipendenza, alle necessità assistenziali e sociosanitarie, sempre puntando alla dimora come luogo elettivo dell'assistenza. In questo senso le aziende sanitarie e gli Enti responsabili degli aspetti previdenziali e socioassistenziali (INPS, INAIL, enti locali, ecc.) si attivano per dare vita ad un dialogo serrato e sistematico nell'ottica della costruzione e implementazione di una rete integrata capace di un approccio olistico.

La Commissione individua in importante gap informativo relativo a numerosi aspetti sia della domanda sociale e sanitaria degli anziani, sia della offerta concreta di servizi residenziali e territoriali. Allo scopo predispone la realizzazione di una vasta indagine in collaborazione con ISTAT, nella prospettiva di realizzare un sistema informativo nazionale stabile, periodicamente aggiornato e con struttura orizzontale e longitudinale. Come già espresso nel preambolo, si dovrà anche procedere, con il concorso di tutti gli stakeholder interessati, alla realizzazione di una vera e propria anagrafe, un censimento dei servizi residenziali e territoriali, attuando una azione di contrasto efficace al sommerso che appare, in questo campo, particolarmente esiziale per la buona tenuta della assistenza

La proposta si articola come una offerta che preveda sempre forme di assistenza domiciliare continuativa, periodi di residenzialità a scopo riabilitativo o terapeutico per condizioni acute o subacute, forte potenziamento e creazione di centri diurni, con particolare attenzione ai portatori di compromissioni cognitive o di altre disabilità, promozione di co-housing e case famiglia, servizi territoriali di lotta alla solitudine disponibilità di facilities quali dispositivi, ausili, telemedicina e domotica, riabilitazioni e ristrutturazioni dell'habitat. Resta inteso che la presa in carico dell'anziano fragile avviene a livello delle strutture distrettuali che implementano un modello di approccio sociosanitario (ad esempio il PUA) e ricevono o effettuano direttamente le necessarie valutazioni.

La valutazione funzionale multidimensionale ed il monitoraggio rappresentano la premessa fondamentale di questo tipo di approccio. Sarà necessario utilizzare strumenti, metodiche e procedure secondo i seguenti criteri:

1. Sistematicità ed omogeneità delle valutazioni: gli over 80 debbono poter accedere, almeno con cadenza annuale, ad un primo, elementare livello di valutazione, utile a stabilire: grado di fragilità, risorse disponibili, criticità assistenziali e obiettivi da perseguire.
2. Informatizzazione delle valutazioni e pluralità dei punti di somministrazione: ospedali, ASL, RSA, ambulatori specialistici, MMG, servizi comunali/municipali, erogatori accreditati di prestazioni di assistenza domiciliare, ecc.
3. Utilizzo condiviso di criteri di accesso ai diversi setting assistenziali, secondo lo schema in tabella 1, dopo approfondimenti della valutazione, attraverso la definizione di un progetto personalizzato di presa in carico che deve coinvolgere tutte le componenti dell'offerta assistenziale necessarie a realizzare il progetto stesso nonché la persona anziana e la sua famiglia. La regia è in capo al distretto, adeguatamente supportato da altre risorse. Si ritiene utile in questo senso accreditare figure di case manager individuati all'interno alle strutture stesse, o in carico ai Comuni, per favorire una adeguata porosità tra RSA, case di riposo e territorio.

*Linee di indirizzo generali per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria
dedicata alla popolazione anziana*

Si ritiene prioritario partire dagli over 80 come priorità nell'ambito di un processo per step successivi, per arrivare nel tempo ad una presa in carico complessiva della popolazione fragile, secondo lo schema illustrato in tabella 1. Tuttavia, è necessario un investimento nella prevenzione primaria, secondaria e terziaria. L'assistenza è tanto più efficace quanto più è precoce: si pensi alla prevenzione dell'osteoporosi e delle fratture. Per questo proponiamo alcune differenziazioni per età. Anche il rinforzo delle reti sociali deve essere precoce, non tardivo. Si propone un continuum assistenziale secondo un gradiente temporale.

Tabella 1. Classi del continuum assistenziale

Classe	Servizi generali	Assistenza domiciliare	Semiresidenzialità – Centri diurni	Residenzialità
Over 80	Servizi di monitoraggio attivo, contrasto all'isolamento sociale e protezione nelle emergenze individuali/collettive. Programmi di rinforzo delle reti sociali. Servizi per il co-housing, housing sociale e condomini solidali. Valutazione funzionale multidimensionale con periodicità annuale	Assistenza domiciliare ad intensità variabile che integri servizi sociali e sanitari (si stima il 10 – 20% della popolazione >80)	Creazione e potenziamento di centri diurni dedicati in particolare, ma non esclusivamente, ai portatori di demenze.	Ricoveri temporanei in RSA e altre strutture intermedie, reparti di sub acuzie e riabilitazione
Over 65 con fragilità	Servizi di monitoraggio attivo, contrasto all'isolamento sociale e protezione nelle emergenze individuali e collettive. Programmi di rinforzo delle reti sociali. Servizi per il cohousing, housing sociale e condomini solidali. Valutazione funzionale multidimensionale con periodicità biennale	Assistenza domiciliare ove richiesto (si stima il 6-7% della popolazione >65)	Creazione e potenziamento di centri diurni dedicati in particolare, ma non esclusivamente, ai portatori di demenze.	

Secondo quanto ormai diffuso ed affermato in Europa e dall'OMS, una vera "patient centered care" non può prescindere da una presa in carico articolata, da pretendere non solo in ambito pubblico ma anche con interlocutori del privato accreditato. Anzi, anche a quest' ultimo interlocutore dovrebbe essere richiesto di rendere disponibile un ventaglio di diverse opzioni del continuum

assistenziale, secondo proporzioni legate alle necessità della popolazione anziana e sempre sotto una regia in capo alla struttura pubblica. Un punto importante da sottolineare è che questa proposta postula l'uscita definitiva da un sistema di assistenza domiciliare prevalentemente basato sulla singola prestazione per il passaggio ad un sistema continuativo che preveda diverse intensità di assistenza.

Per consentire l'evoluzione sostenibile del contesto assistenziale, appare necessario implementare sistemi di accreditamento regionale, pienamente coerenti con le linee di indirizzo nazionali in materia (rif. documenti Ministero della Salute condivisi nella sede della Conferenza Stato-Regioni); ciò consentirà la piena operatività di tutti gli erogatori in possesso dei requisiti propri dei sistemi di accreditamento d'eccellenza. Appare necessario che le "piante organiche" siano congruamente dimensionate rispetto alla domanda di assistenza, e che ne sia data trasparenza ai soggetti responsabili della committenza. L'interlocutore privato potrà così operare in sicurezza, qualità e appropriatezza nell'arco dell'intero continuum assistenziale, consentendo il superamento definitivo del sistema delle gare di appalto e la più veloce presa in carico dei soggetti fragili.

Si immagina una vera e propria transizione verso il territorio da realizzare nell'arco di un triennio, con la necessaria gradualità ma senza ulteriori ritardi rispetto ad un quadro europeo decisamente più avanzato rispetto al nostro Paese. Sarà infine necessario attivare forme di sperimentazione di diverse modalità di presa in carico in alcune regioni

Elementi essenziali

L'assistenza domiciliare dovrebbe costituire il nuovo perno di tutto il sistema assistenziale. Ma deve essere superata, o almeno completamente armonizzata la vecchia dicotomia del sociale e del sanitario. L'assistenza domiciliare deve **sempre** prevedere entrambi gli aspetti, congiuntamente, magari in mix variabili a seconda della necessità degli utilizzatori. Si deve inoltre abbandonare una prospettiva prestazionale in favore di un approccio continuativo: l'anziano che entri con la assegnazione di una qualunque classe di quelle proposte viene adottato in via definitiva e sono a lui assegnate risorse adeguate alla sua domanda.

Centri diurni: agli anziani con problemi cognitivi ma non solo dovrebbe essere garantito l'accesso in centri diurni. Questo tipo di istituto rappresenta un importantissimo sollievo per le famiglie e gli informal carers, soprattutto per patologie come le demenze di tipo Alzheimer. Sono inoltre una gradita modalità di contatto sociale e di uscita dalla solitudine.

Ricoveri in post-acuzie o RSA ove necessario per periodi contingentati. Si evidenzia la necessità, a fini riabilitativi, o dopo una ospedalizzazione, di un periodo limitato nel tempo di ricovero in RSA o post acuzie. Occorre tuttavia rimodulare l'offerta di post acuzie e della residenzialità territoriale limitandone l'utilizzo al tempo necessario alla stabilizzazione delle condizioni di salute favorendo il rientro al domicilio o a forme di domiciliarità protetta quale il co-housing, comunità alloggio di piccole dimensioni, condomini protetti con servizi centralizzati e spazi comuni. Va precisato inoltre che gli standard assistenziali debbano essere profondamente rivisti e migliorati, soprattutto

considerando che gli ospiti di tale istituto sono pazienti con importanti necessità di ordine clinico. Si vuole qui esprimere la necessità di rovesciare una prospettiva consolidata di “mantenimento” in favore di una vera e propria azione terapeutica e intensiva che tali strutture residenziali dovrebbero svolgere, diventando volani per il recupero delle autonomie e veri e propri punti di eccellenza dell’intero sistema. Ne consegue che sarà necessario operare uno studio analitico sugli attuali sistemi di tariffazione.

Elementi integrativi *

Potenziamento di programmi di lotta alla solitudine ed all’isolamento sociale: questo tipo di interventi si basa sulle numerose evidenze scientifiche, anche sotto forma di metanalisi, che comprovano robustamente l’importanza ai fini di sopravvivenza^{1,2}, della permanenza presso la propria abitazione, della riduzione delle ospedalizzazioni e dell’uso di servizi di long term care, della prevenzione del declino cognitivo e della conservazione della qualità della vita, delle reti di relazione sociale. Programmi pionieristici e buone pratiche, anche da parte del mondo del volontariato e delle associazioni no profit, in tal senso, possono ispirare applicazioni sistematiche di interventi tesi al rinforzo delle reti sociali.

Interventi abitativi: L’intervento abitativo si modula intorno a diversi elementi quali:

1. Eliminazione delle barriere architettoniche, miglioramento dell’efficienza energetica e dei sistemi di riscaldamento e raffrescamento, migliorie impiantistiche (impianto elettrico, allarmi, connessioni internet), adeguamenti dei servizi sanitari alle esigenze della persona anziana, dispositivi e ausili per la mobilità e la protezione personale, adattamento dell’abitazione, interventi di domotica.
2. Strutturazione della casa in vista di co - housing o con un caregiver, o con un altro ospite anziano, o con entrambi.
3. Elementi tecnologici di arredo utili alla riabilitazione in ambiente domiciliare, motoria, occupazionale e cognitiva: letto motorizzato, tablet, elementi per videochiamate e chat, altro

Telemedicina e processi di inclusione sociale e digitale: tecnologie digitali devono utilmente essere impiegate non solo per il monitoraggio attivo della popolazione anziana portatrice di alcune patologie croniche ad elevata prevalenza (BPCO, scompenso cardiaco, ecc.) ma anche per innescare processi di inclusività e di formazione/educazione dell’anziano all’utilizzo del mezzo informatico. Si osserva che qualsiasi intervento di questo tipo necessita di essere inserito in una matrice di servizi che lo utilizzi al meglio, per evitare che, promosso separatamente, rimanga uno sterile esercizio tecnologico.

¹ Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci.* 2015;10(2):227-237. doi:10.1177/1745691614568352

² Holwerda TJ, Beekman AT, Deeg DJ, et al. Increased risk of mortality associated with social isolation in older men: only when feeling lonely? Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Psychol Med.* 2012;42(4):843-853. doi:10.1017/S0033291711001772

La lezione del Covid

Nel corso della prima fase dell'emergenza pandemica da Sars-Cov2, è emerso in tutto il Paese che le strutture sanitarie e socio-sanitarie possono rappresentare un importante punto di criticità del sistema, in presenza di alcuni fattori di rischio, come quello infettivo; infatti l'interessamento da parte di COVID-19 di strutture caratterizzate dalla presenza di una popolazione anziana e fragile, spesso con importanti comorbidità, ha evidenziato la necessità di prevedere strategie e interventi di deistituzionalizzazione. A seguito di prime valutazioni, condotte a partire dalle caratteristiche organizzative e strutturali degli erogatori di assistenza sociosanitaria residenziale, è emerso che elementi quali i percorsi per l'isolamento, la formazione del personale, la disponibilità di adeguati sistemi di protezione per i pazienti, per quanto aderenti agli standard qualitativi di riferimento, rappresentano potenziali punti di fragilità per lo sviluppo dei cluster infettivi, tali che appare doveroso pianificare una permanenza della popolazione fragile in una rete socio-assistenziale tesa a favorirne la gestione presso il domicilio, nell'ambito di percorsi integrati che prevedano il tempestivo accesso alle prestazioni specialistiche e ospedaliere nei soli casi di effettivo bisogno assistenziale.

Le proposte concrete per l'emergenza COVID e per la implementazione di alcuni principi cardine

La riforma si impone in un momento drammatico che il nostro Paese ha vissuto per primo in Occidente. Sono stati proprio questi mesi del Covid 19 a far emergere la necessità di un profondo ripensamento delle politiche di assistenza sociosanitaria per la popolazione anziana. Abbiamo visto con i nostri occhi la strage di anziani ad ogni latitudine ed in ogni contesto, in paesi sviluppati, emergenti o in via di sviluppo. È stato evidente che il modello stesso di cura residenziale, in istituto, non era affatto adeguato a custodire questa parte così fragile della popolazione. Abbiamo superato il milione di vittime da COVID 19 nel mondo e si calcola che – almeno nei paesi occidentali - il 50% di questi sia avvenuto in questi ambienti, nelle nursing home, nelle case di riposo, negli ospedali per lungodegenti, insomma nei luoghi della assistenza residenziale a lungo termine. Per questo proponiamo:

- 1. adeguato e tempestivo potenziamento in tutto il territorio nazionale dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)** per pazienti COVID 19 asintomatici, paucisintomatici, o in fase di dimissione ospedaliera o bisognosi di monitoraggio e cure primarie (già prevista dal Decreto Rilancio), al fine di dare una risposta adeguata ai bisogni delle persone nei propri luoghi di vita, anche consentendo un utilizzo più appropriato dell'ospedale. L'Adi deve essere articolata in base al "bisogno di salute dell'assistito e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale" (come previsto dal DPCM Lea 2017, art. 22, Cure domiciliari). Va superata l'idea che l'ADI sia una modalità semplificata ed elementare di assistenza: dietro l'Adi vi è una specifica e complessa organizzazione, un

lavoro di rete che coordina e integra le varie figure professionali, che garantisce la disponibilità a domicilio di ausili, farmaci, materiali e consulenze, che costituisce un riferimento certo per la persona assistita sempre contattabile in presenza o con la teleassistenza, in modo da assicurare la presa in carico territoriale per tutti i pazienti che non necessitano di ricovero ospedaliero. Permette inoltre alla persona assistita e alla famiglia che lo supporta di partecipare in maniera attiva al raggiungimento degli obiettivi pianificati con i professionisti durante il percorso assistenziale;

2. **l'ADI Covid è attivata e coordinata dall'azienda sanitaria locale** che, per l'erogazione dell'assistenza, si avvale di propri servizi (quali le Usca) e, ove necessario, di altri soggetti specificamente qualificati individuati prioritariamente sulla base di un sistema di accreditamento, superando gradualmente l'acquisizione dell'ADI mediante gare di appalto;
3. la qualificazione dell'ADI richiede **la definizione di precisi requisiti di qualità**, in particolare sulla dotazione e sulla tipologia degli operatori professionali coinvolti, sulla formazione degli stessi anche in relazione alle capacità di relazione con gli assistiti, sulla garanzia della **continuità del rapporto fra pazienti e professionisti evitando continue sostituzioni degli operatori**;
4. **Adeguate e tempestive potenziamenti in tutto il territorio nazionale delle centrali operative telefoniche** (già previste dal Decreto Rilancio) per favorire e semplificare la contattabilità degli operatori da parte del paziente, della sua famiglia e dei diversi professionisti coinvolti nella presa in carico, organizzando il servizio in modo da garantire una risposta entro due-tre minuti, da parte di un addetto adeguatamente formato e senza risposte automatiche;
5. **la regia, il monitoraggio e il controllo delle attività spettano alle ASL** e alle loro articolazioni territoriali (distretti) che rimangano garanti del diritto della persona a una cura domiciliare appropriata, equa, accessibile e di qualità. La ADI COVID collabora con i Dipartimenti di Prevenzione ai servizi di tracciamento, assistenza in quarantena, testing rapido e sierologico.
6. In analogia, per le strutture residenziali, relativamente al punto 3, andranno ridefiniti i requisiti di qualità, in particolare sulla dotazione e tipologia dei soggetti coinvolti, rendendo pubblica la pianta organica. Detti requisiti andranno mantenuti nel tempo.
7. **I soggetti accreditati debbono creare reti di servizi tali da garantire il continuum assistenziale** così come delineato nel documento, nella sua completa articolazione di servizi, in primis la valutazione funzionale multidimensionale.