

SENATO DELLA REPUBBLICA

Audizione nell'ambito dell'esame del disegno di legge n.506, Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane.

Roma, 8 febbraio 2023

Onorevoli senatori,

è una soddisfazione per chi si occupa professionalmente di anziani prendere atto della volontà di legiferare sul tema delle "Politiche in favore delle persone anziane". Il DDL 506 presenta numerosi punti di forza in quanto prevede un cambio di paradigma nell'approccio alla persona anziana finalmente vista per quello che è: una vera risorsa per il paese, da valorizzare nei suoi contenuti sociali, culturali, professionali ed economici. Promuovere l'invecchiamento attivo, prevenire la condizione di fragilità e le disabilità funzionali associate o meno a condizioni patologiche in maniera coordinata e continuativa e soprattutto standardizzata a livello nazionale è un obiettivo tanto ambizioso quanto prezioso che nel nostro Paese così popolato da persone anziane merita di essere normato da una legge ad oc. Il geriatra è attratto da numerosi punti del DDL, ma ora alla vostra attenzione voglio segnalare i seguenti 4 punti:

1. Valutazione multidimensionale citata nella legge più volte e in maniera dettagliata negli articoli 2, 3, 4. Deriva da un modello di approccio all'anziano definito nei suoi criteri operativi circa 40 anni fa e che oggi è considerato il "*gold standard*" di intervento all'anziano nei diversi settings: a domicilio, nelle strutture residenziali e semi-residenziali e negli ospedali. Al riguardo segnalo che la Società Scientifica che rappresento SIGOT (Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio) ha promosso lo scorso anno, insieme a SIMG (Società Italiana Medicina Generale e Cure Primarie) e con il supporto metodologico dei colleghi dell'Istituto Superiore di Sanità la stesura della prima **linea guida nazionale sulla valutazione multidimensionale della persona anziana**; in questo percorso sono state coinvolte ben 25 società scientifiche e professionali che intercettano persone anziane con necessità di interventi di promozione di invecchiamento attivo o di cura e assistenza specifici. Sono state già approvate le raccomandazioni relative alle aree di cure primarie, ambulatoriali e Pronto Soccorso e a breve saranno definite le raccomandazioni per l'area ospedaliera, RSA, riabilitazione e cure palliative. Contiamo prima dell'estate di consegnare il prodotto finale per l'approvazione da parte del SNLG (Sistema Nazionale delle Linee Guida) e quindi di metterlo a disposizione degli organi istituzionali dei Ministeri. Questo è un passaggio secondo noi cruciale per garantire *standardizzazione e omogeneizzazione della VMD* come previsto dal presente DDL e siamo convinti che sarà un contributo importante per l'applicazione e la messa in atto della presente legge.

Ne deriva che il presente decreto deve secondo noi esplicitare almeno tre aspetti:

- 1.1 la necessità di attivare un **percorso formativo specifico** sulla VMD per tutti gli operatori coinvolti nella UVM prevista all'interno dei PUA (Punti Unici di Accesso Distrettuali e nelle COT -Centrali Operative Territoriali) così come previsto dal nuovo DM 77 sull'assistenza territoriale; per questo riteniamo opportuno e appropriato includere nel testo fin da subito che il team multidisciplinare della UVM presenti solide e strutturate competenze geriatriche anche prevedendo specifici percorsi professionalizzanti (Art 4, h), 2.);
- 1.2 prevedere che "*i medici di medicina generale, gli specialisti dell' area ospedaliera e territoriale, gli operatori sanitari, gli operatori sociali dei comuni e degli ATS (ambiti territoriali sociali)*" (Art.3, c), 1.) non abbiano solo un ruolo di "segnalatori" del caso per lo svolgimento della VMD ma **svolgano un ruolo attivo, integrato con l'equipe valutativa, attraverso percorsi di screening** per la prevenzione, la cura e l'assistenza della fragilità.

Infatti se appropriatamente vengono identificati l'attività fisica e il coinvolgimento sociale come cardini del percorso di promozione dell' invecchiamento attivo e di prevenzione della fragilità, un ruolo in questo ambito può essere previsto e/o richiesto agli operatori sanitari e sociosanitari che intercettano le necessità del singolo individuo nei diversi setting **con l'impiego di strumenti di VMD specifici e validati** coerenti con i criteri della linea guida sopra citata;

1.3 in questo contesto sarebbe auspicabile che **la VMD venga offerta ai soggetti ultra75enni** e non solo agli ultra80enni come prevede oggi il testo del DDL (Art.3, 2. c) 1.);

- 2 Nel DDL viene sottolineata la necessità di un **allineamento informatico** (Art. 2, 2., l)) per garantire un “*continuum*” tra valutazione e intervento e una maggiore flessibilità di gestione delle necessità nei diversi setting, favorendo la domiciliarità secondo il concetto di “*aging in place*”. In questo ambito opportunamente viene citata la promozione della telemedicina e di percorsi di alfabetizzazione digitale per anziani, caregiver e operatori; tuttavia le tecnologie oggi a disposizione sia per la valutazione che gli interventi a distanza possono fornire elementi importanti per favorire la gestione a domicilio delle necessità di cura e assistenza dell’anziano. Forse sarebbe appropriato **includere fin da subito la valorizzazione tecnologica** nel presente decreto. In questo senso la legge darebbe impulso e sviluppo a programmi del PNRR già in atto come il programma di partenariato esteso AGE-IT o il programma PRIMACARE_P3 che hanno come focus l’invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità secondo una logica di una medicina preventiva e personalizzata anche attraverso l’impiego di tecnologie;
- 3 qualche dubbio rimane sugli aspetti organizzativi e operativi delle **case di comunità**: forse potrebbe essere utile considerare di ri-orientare la programmazione di una parte crescente dei fondi del PNRR per la domiciliarità verso il modello di assistenza agli anziani non autosufficienti previsto dalla riforma (altrimenti si configura il rischio di non riuscire ad applicare completamente la riforma stessa nei territori per mancanza di personale e risorse) (Art. 8, 2));
- 4 infine appare ottima la previsione di una **rivisitazione degli standard assistenziali delle strutture residenziali** anche di personale in funzione delle specifiche esigenze dei residenti (Art. 4, 2. n.). Si auspica che si tenga conto della prevalenza di fragilità e disabilità dei residenti anziani. Al riguardo dati recenti derivati dallo studio SI-VAX promosso da SIGOT e Istituto Superiore di Sanità in 28 RSA italiane confermano come la condizione di fragilità multidimensionale severa o moderata sia di fatto presente in oltre l'86% e che una diagnosi di demenza è presente nel 49% dei residenti in RSA.

Eurostat ci dice che dei quasi 21 anni che in media una persona ultra65enne si trova a vivere, circa 3 anni di più nelle donne rispetto agli uomini, circa la metà sono gravati da disabilità o malattie che ne compromettono la qualità di vita. Ridurre questi anni con disabilità e/o fragilità promovendo un invecchiamento attivo e il più a lungo possibile in buona salute è quanto prevede il presente DDL secondo un paradigma di coinvolgimento non solo di noi professionisti della cura e assistenza delle persone anziane ma di tutta la società cui apparteniamo: e questo è, secondo noi, un valore aggiunto di grande portata.

Prof Alberto Pilotto

Presidente SIGOT (Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio)

Direttore Dipartimento Cure Geriatriche, Ortogeriatrics e Riabilitazione , E.O. Ospedali Galliera, Genova

Professore Straordinario di Medicina Interna e Geriatria, Università degli Studi di Bari “Aldo Moro”, Bari

alberto.pilotto@galliera.it

+39 335 5435344