

# Che fine ha fatto la «riforma Brizioli»?

Da giugno 2021 il Ministero della sanità ha pronto un documento di riforma e potenziamento sanitario delle prestazioni residenziali e semi-residenziali per malati e persone con disabilità non autosufficienti, dopo il disastro della pandemia Covid-19. Che fine ha fatto? La relazione, frutto di un anno di lavoro della «Commissione Brizioli» non ha avuto alcun seguito.

È stata superata dalle strutture molto meno attrezzate del Pnrr, o accantonata per politiche meno tutelanti dei diritti dei non autosufficienti?

**D**a un anno, in qualche cassetto del Ministero della salute dorme un progetto di riforma dei servizi residenziali e semiresidenziali redatto con «l'obiettivo di definire i contenuti tecnico-professionali delle prestazioni» rientranti nei Livelli essenziali delle prestazioni – Lea per le principali tipologie di utenti non autosufficienti: «anziani non autosufficienti; persone disabili giovani e adulte; persone con patologie psichiatriche; persone con patologie terminali».

Il documento è il risultato finale di un Gruppo di lavoro incaricato a giugno 2020 dalla Direzione generale della programmazione sanitaria dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, coordinato dal dott. Enrico Brizioli. Pubblicato il 20 giugno 2021 sul sito del Ministero della salute, oggi risulta non aver avuto alcun seguito operativo.

**La nostra analisi.** *Prospettive* ha conservato copia della articolata relazione e ne ha fatto oggetto di analisi e confronto con il Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base e la Fondazione promozione sociale,

enti indipendenti (in quanto non gestori di servizi e non destinatari di finanziamento pubblico) impegnati nella promozione e nella difesa dei diritti, in particolare sanitari e sociali, dei malati e delle persone con disabilità non autosufficienti.

Per il momento, quindi, prendiamo in esame quanto elaborato dal Ministero in relazione alla situazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali per gli utenti non autosufficienti, con particolare riguardo agli anziani malati cronici ricoverati in strutture residenziali, ma l'argomento – se il Ministero accennerà ad una ripresa di interesse per il suo stesso documento – riguarda anche gli utenti con grave disabilità, per i quali meriterebbe un articolo a sè.

Alla retorica domanda del titolo di questo articolo («Che fine ha fatto la riforma Brizioli?») potremmo forse rispondere che la definizione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) l'ha sorpassato, ma non si tratta certo di un progresso: il Pnrr prevede prestazioni e strutture ben al di sotto (a volte, persino in contrasto con

la Costituzione e i fondamenti del Servizio sanitario) degli standard e della garanzia di continuità terapeutica indicati dal Gruppo Brizioli. Così come non sono affatto migliorative degli spunti offerti dal documento rimasto al palo, altre riforme – sulla sanità territoriale, soprattutto – sopraggiunte in seguito.

Proponiamo quindi qui un'analisi degli elementi fondamentali del lavoro del Gruppo Brizioli, auspicando che sia un punto di partenza (il più valido sin qui da noi intercettato) per una condivisa riforma delle prestazioni e delle strutture sanitarie e socio-sanitarie residenziali e semi-residenziali.

**Privati, ma accreditati.** «Le basi normative nazionali riferite alle prestazioni residenziali sono relativamente modeste». Tuttavia, è rilevante che nel documento le Rsa siano definite come «strutture residenziali sanitarie» e siano inquadrare nell'ambito degli interventi del Servizio sanitario nazionale. I riferimenti normativi rinviano infatti al decreto legislativo 502/1992 ed alla legge 67/1988 (art. 20, legge Finanziaria), che ha determinato il loro sviluppo nei successivi 15 anni attraverso un importante investimento.

Il Gruppo di lavoro del Ministero smentisce il luogo comune che considera le Rsa strutture private, specie da parte degli Assessori regionali alla sanità. La gestione e/o proprietà può essere privata, ma per poter inserire anziani malati non autosufficienti devono essere autorizzate e accreditate dal Servizio sanitario e, accettandone le condizioni riferite a organizzazione e standard, diventano soggetti privati che operano a nome e per conto dello stesso, secondo quanto previsto dal Decreto legislativo 502/1992.

Il documento del Ministero lamenta come sin dall'inizio, nei provvedimenti riferiti alle Rsa, siano molto generici i riferimenti all'organizzazione «per la mancanza della definizione di contenuti prestazionali del livello di assistenza».

Ancora oggi il provvedimento nazionale di riferimento è il Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997, «Atto di indi-

rizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie» approvato nove anni dopo la legge 67/1988.

In base al decreto di cui sopra «la Rsa deve utilizzare un modello organizzativo che, anche attraverso l'integrazione con i servizi territoriali delle Unità sanitarie locali, garantisca: valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente; stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati; lavoro degli operatori deputati all'assistenza secondo le modalità e le logiche dell'équipe interdisciplinare; raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della R.S.A.; coinvolgimento della famiglia dell'ospite; personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate».

*Nel decreto 67/1988 era già previsto il lavoro in équipe dei medici all'interno delle Rsa con dotazione di medici, infermieri, fisioterapisti, un miraggio per le attuali strutture residenziali, svuotate di personale*

**Libro dei sogni.** Al di là che non è accettabile la definizione di «ospite», tenuto conto che la Rsa è una struttura sanitaria e non un albergo, ragion per cui i ricoverati sono degenti se non pazienti, resta il fatto che ad oggi non sono neppure assicurate le condizioni indicate già nel 1997, a partire dal lavoro in équipe tra le diverse figure professionali che hanno in carico l'anziano malato cronico non autosufficiente. Ogni riferimento ai soli programmi previsti sulla carta finisce per essere un «libro dei sogni», assolutamente irrealizzato nella pratica e non calato nella dimensione dei servizi. Il Gruppo di lavoro del Ministero della Salute a questo proposito ribadisce che «la prestazione non si configura come un singolo

*La Commissione Ministeriale: «Un paziente anziano non autosufficiente non potrà essere definito stabile in senso assoluto. Le strutture residenziali dovranno essere in grado di affrontare questa condizione».*

atto assistenziale, ma come il complesso di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogate nell'arco delle 24 ore».

La proposta organizzativa del Gruppo di lavoro (I.1.1) continua ad essere «il nucleo» già previsto dal dpcm 22 dicembre 1989, ma nel documento si tiene conto della mutata condizione degli attuali utenti che di norma richiedono «prestazioni di assistenza a lungo termine [più appropriato sarebbe cure a lungo termine, le cosiddette *long term care*, ndr] a soggetti non autosufficienti in condizione di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche».

Più che di «assistenza» si dovrebbe trattare in realtà – stando al fabbisogno dei degenti – di cure sanitarie e socio-sanitarie e, quando possibile per l'utente, di abilitazione/riabilitazione ai fini del mantenimento delle autonomie e delle capacità relazionali. Va rilevato come nel passaggio successivo al punto I.1.2 il documento cambia termini e da «ospite» passa, più appropriatamente, a «paziente»: «Gli stessi principi di 'cronicità' e 'stabilizzazione' meritano del resto un approfondimento, assumendo che un paziente anziano affetto da una patologia cronica invalidante non potrà essere definito stabile in senso assoluto e rilevando che le strutture residenziali devono essere in grado di affrontare la relativa instabilità clinica connessa alla patologia, o polipatologia, che accompagna le condizioni di non autosufficienza nell'anziano, nonché problematiche intercorrenti, anche acute, gestibili in ambiente extra-ospedaliero (...). Sussistono infatti condizioni di cronicità che impongono significativi e continui trattamenti di natura sanitaria, anche per il supporto alle funzioni vitali (respirazione, nutrizione), nelle quali il gradiente assistenziale globale richiesto può risultare anche superiore a quello di alcune prestazioni di ricovero in condizioni di acuzie».

L'accento quindi si sposta decisamente sulla rilevanza che assume la componente sanitaria della cura e, quindi, dell'organizzazione delle prestazioni che devono essere garantite. Questo non toglie

il fatto che debbano essere ugualmente assicurati tutti gli altri aspetti decisivi a livello relazionale/affettivo dei malati e per l'umanizzazione e la personalizzazione delle cure.

**Struttura sanitaria residenziale.** Il gruppo di lavoro che, lo ricordiamo, è parte della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Lea, propone una nuova riorganizzazione delle prestazioni all'interno della Rsa che puntano ad un deciso salto verso la riorganizzazione delle cure come struttura sanitaria residenziale. Vediamo schematicamente l'organizzazione delle attività riportata al punto I.4.1., con il relativo codice tecnico.

Con il codice **R1** vengono individuate le prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti Intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti: stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, etc.).

Con il codice **R2** le prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc.

Con **R2D** le prestazioni erogate in nuclei specializzati (Nuclei Alzheimer) a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente protesico.

Con **R3** le prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento)

Con i codici **SR** e **SRD** vengono indicate rispettivamente le prestazioni semiresidenziali – trattamenti di mantenimento per anziani erogate in centri diurni e le prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive erogate in centri diurni a pazienti con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale.

Le prestazioni individuate con i codici di attività R1, R2, R2D sono riferibili alla erogazione di «cure intensive o estensive» ad elevata integrazione sanitaria, mentre le prestazioni individuate con i codici di attività R3 sono convenzionalmente riferibili ad «assistenza e terapie di mantenimento», classificabili come prestazioni sanitarie a rilevanza sociale.

Secondo gli esperti del Gruppo di lavoro «È auspicabile che più ‘nuclei’ riferiti ai diversi livelli di assistenza coesistano all’interno della medesima struttura residenziale». Proposta che è condivisibile proprio nell’ottica di trasformare la Rsa in una struttura sanitaria residenziale con nuclei di prestazioni diversificati in base alle esigenze mutevoli dei degenti. La presenza di medici e infermieri per nuclei di alta intensità permetterebbe l’intervento tempestivo, nel caso fosse inserito nel modello di funzionamento dell’intera struttura, anche per il monitoraggio e nel caso di emergenze nei nuclei di residenzialità post intensiva/estensiva.

**Luci e ombre.** Il documento fa emergere che nelle Rsa ci sono malati affetti da pluripatologie e da demenza, sono considerati pazienti e si propone che nella stessa struttura ci sia una presenza di personale medico e infermieristico. Significativa è la previsione della presenza del medico nelle 24 ore.

Tuttavia, abbiamo riserve circa l’organizzazione del lavoro e i cosiddetti minutaggi. Per quest’ultimi, che significativamente non sono previsti in ambito ospedaliero e nelle strutture sanitarie tipo casa di cura, è altresì

## PRESTAZIONI

RESIDENZIALI E SEMI-RESIDENZIALI PER CODICE TECNICO	
<b>R1</b>	Guardia medica: <b>h. 24</b> Assistenza medica: <b>300 minuti</b> / die per nucleo Infermiere: <b>h. 24</b> Assistenza globale: <b>210 minuti</b> Assistenza infermieristica: <b>90 minuti</b>
<b>R2</b>	Assistenza medica: <b>160 minuti</b> / die per nucleo Infermiere: <b>h. 24</b> Assistenza globale: <b>140 minuti</b> Assistenza infermieristica: <b>45 minuti</b>
<b>R2D</b>	Assistenza: <b>120 minuti</b> / die per nucleo Infermiere: <b>h. 12</b> Assistenza globale: <b>140 minuti</b> Assistenza infermieristica: <b>36 minuti</b>
<b>R3</b>	Assistenza medica: <b>80 minuti</b> / die per nucleo Infermiere: <b>h. 8</b> Assistenza globale: <b>100 minuti</b> Assistenza infermieristica: <b>20 minuti</b>
<b>SR</b>	Staff: Infermiere, operatore socio-sanitario, animatore Assistenza globale: <b>50 min</b>
<b>SRD</b>	Staff: Infermiere, operatore socio-sanitario, psicologo Terapia cognitiva e orientamento Assistenza globale: <b>80 min</b>
<p><b>Nota:</b> Per Guardia Medica h 24, si intende la presenza del medico su 24 ore nella struttura nel suo insieme. L’assistenza indicata come copertura oraria (h.) è riferita alle ore di copertura per nucleo. L’assistenza globale è riferita al totale dei minuti lavorati giornalmente da infermieri, operatori socio-sanitari, terapisti, per nucleo, per ospite (tot minuti/20); la specifica «assistenza infermieristica» è un «di cui» dell’«assistenza globale».</p> <p><b>Fonte:</b> Ministero della salute, gruppo di lavoro «Brizioli» sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali</p>	

*Ancora minutaggi. L’appello delle associazioni di tutela dei malati: «Superare il sistema delle prestazioni cronometrate, non garantiscono qualità e sono impossibili da controllare»*

*«No ad un Fondo dedicato con consistenza predeterminata e selezione all'accesso. Per rispondere al fabbisogno, la presa in carico deve essere sanitaria e garantita dalle risorse del Fondo sanitario nazionale»*

necessario capire se siano effettivamente rispondenti alle esigenze cliniche e alla instabilità che accompagna la malattia cronica di una persona non autosufficiente che, specie in caso di presenza di demenza, situazione in cui oltre agli interventi va curato il monitoraggio del paziente poiché non è in grado di manifestare le sue esigenze o, per esempio, di spiegare dove prova dolore.

Aspetti che andranno approfonditi attraverso confronti con i professionisti sanitari che curano malati con uguali esigenze all'interno di reparti ospedalieri o struttura sanitarie convenzionate, nonché con le rappresentanze sindacali, tra quelle più rappresentative. Le condizioni di lavoro del personale sono parte fondamentale della qualità delle cure e della riduzione del fenomeno del turn over.

**Come finanziare il sistema.** Lo studio del Ministero evidenzia come sia indispensabile per far funzionare il sistema rinnovato delle strutture residenziali e semi-residenziali «la corretta allocazione dei pazienti nel corrispondente livello prestazionale», così come assicurare agli utenti «la garanzia della erogazione di un livello essenziale di assistenza che presuppone la saturazione della domanda». Parrebbe l'esatto contrario di quanto accade oggi, dove l'offerta dei posti letto è stabilita a tavolino dalla Conferenza Stato-Regioni e poi dalle stesse Regioni, senza tenere conto delle effettive esigenze di malati cronici non autosufficienti ma adattando la domanda all'offerta considerata sostenibile a livello economico.

Significativo quanto precisa la Commissione Brizioli poco dopo, a pagina 12, non ritenendo «che esistano oggi standard di offerta applicabili perché: (...) - Le Regioni non appaiono propense ad accettare standard di offerta definiti a livello nazionale prima che sia entrato a regime un sistema

informativo completo sulla residenzialità e, soprattutto, la reale capienza del Fondo Sanitario o di altri Fondi per garantire un livello di offerta omogeneo».

Sulla questione risorse economiche il Gruppo di lavoro precisa: «Poiché l'attuale spesa sanitaria per servizi residenziali ad anziani non autosufficienti si attesterebbe intorno ai 2.500 mln di euro annui, l'incremento effettivo di spesa per il Servizio sanitario nazionale è stimabile nell'ordine dei 5.300 mln di euro, pari a poco più del 5% del Fondo sanitario nazionale e a circa lo 0,3% del Pil. La copertura di questi maggiori oneri potrebbe avvenire in parte con azioni di redistribuzione della spesa sanitaria (spostamento dal livello assistenziale ospedaliero a quello residenziale), in parte attraverso la istituzione di un 'Fondo vincolato'».

**La trappola del Fondo.** Pare non prendere in esame, il Gruppo di lavoro, il fatto che il Fondo vincolato non può essere alternativo all'incremento del Fondo sanitario e al programma di riorientamento della spesa generale. Nel primo caso, infatti, sono le risorse – definite a priori – a stabilire la consistenza del servizio e delle prestazioni (alle quali si accederebbe dopo valutazione socio economica); solo potendo attingere direttamente dal Fondo sanitario, invece, sarebbe la domanda dell'utente ad attivare le prestazioni, senza ulteriori vincoli.

Assodato quindi che i promotori e difensori dei diritti dei malati/personone con disabilità non autosufficienti non possono essere pro «fondo vincolato», va comunque apprezzato che il Gruppo di lavoro avanzi una proposta che prevede «l'obiettivo intermedio di 381.000 posti letto occupati nel quinquennio» riferito «alla totalità delle strutture residenziali per anziani non autosufficienti accreditate con il Servizio sanitario nazionale per livelli di assistenza che prevedono una partecipazione alla spesa da parte del Fondo sanitario nazionale». Al riguardo la Commissione Brizioli non manca di evidenziare «come molte delle strutture (per lo più ex Ipab, Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, in molti casi privatizzate) sono oggi strutture «sociali» – e non «sanitarie» o

almeno «socio-sanitarie», pur ricoverando prevalentemente soggetti non autosufficienti – e costituiscono «un patrimonio edilizio e professionale di primaria importanza». Per queste «si pone la necessità di una scelta cruciale: A) adeguarsi agli standard strutturali ed operativi delle residenze sanitarie (con parallelo riconoscimento della 'quota sanitaria'); B) rinunciare ad assistere soggetti non autosufficienti, portatori di un diritto soggettivo a ricevere un livello di assistenza adeguato ai propri bisogni.

«Qualunque azione di sviluppo della rete residenziale non può prescindere da questo problema», ammonisce la Commissione Brizioli, dando anche le dimensioni del fenomeno, che «in molte regioni riguarda più del 70% dell'offerta di servizi agli anziani».

**Conclusioni.** L'impianto del documento Brizioli, pur non rispondendo ancora appieno alle attese di quanti promuovono e difendono i diritti dei malati (e delle persone con grave disabilità) non autosufficienti, aprono al riordino delle cure nelle Rsa con una maggiore implementazione della componente sanitaria.

La premessa di partenza per un dialogo tra Ministero e rappresentanti degli utenti non autosufficienti dei servizi sanitari e socio-sanitari (se il Governo vorrà avviarlo, poiché finora così non è stato) è riconoscere che i Livelli essenziali sono un diritto esigibile e pertanto, come precisato dal gruppo di lavoro ministeriale, pagina 5, «l'accesso alle prestazioni residenziali deve intendersi regolato dai principi generali di universalità, equità ed appropriatezza. L'utente per il quale sia individuata la condizione di non autosufficienza e non assistibilità a domicilio avrà quindi diritto di scegliere il luogo di cura nell'ambito delle diverse opzioni offerte dalle strutture accreditate con il Servizio sanitario nazionale».

Il punto di partenza di un percorso comune, come proposto dalla Fondazione promozione sociale e da Csa (di veda servizio di copertina di questo numero della rivista), è l'inse-

ramento delle rinnovate cure residenziali e delle relative strutture nel percorso di continuità terapeutica per i pazienti/persone con disabilità non autosufficienti. Ne ritroviamo un'eco positiva nelle parole di inquadramento del contesto del documento ministeriale, a pagina 6: «L'utilizzo delle prestazioni residenziali successivamente ad un ricovero, per periodi predeterminati e nell'ambito di programmi di dimissione ospedaliera, dovrà essere interpretato come garanzia di continuità assistenziale e gestito come percorso di dimissione protetta ove il ricovero residenziale a termine avrà lo scopo di accompagnare il recupero funzionale e predisporre le condizioni anche logistico-organizzative per il reinserimento a domicilio. È appropriato quindi l'utilizzo temporaneo dell'assistenza residenziale per pazienti che presentino reali possibilità di recupero e di reinserimento a domicilio o in strutture a minor impegno sanitario, escludendo comunque pazienti con quadri clinici attivi che consiglino la permanenza in ambiente ospedaliero (Unità di Lungodegenza) o richiedano trattamenti riabilitativi intensivi (Unità di Riabilitazione). In ogni caso l'assistenza residenziale andrà garantita nel livello assistenziale appropriato in rapporto agli effettivi bisogni dell'ospite e sarà protratta in tutti i casi in cui non si realizzino le condizioni di assistibilità a domicilio».

### *Continuano le quotidiane dimissioni forzate dei malati non autosufficienti: il Ministero recupererà il lavoro della Commissione Brizioli come punto di partenza per il dialogo con le associazioni dei malati?*

Considerato che oggi i malati cronici non autosufficienti continuano ad essere dimessi senza garanzia di presa in carico da parte dell'Azienda sanitaria locale di residenza tanto al domicilio, quanto per un posto letto convenzionato in Rsa, e sono collocati in liste d'attesa senza tempi certi di risposta, peraltro neppure monitorate né dalle Regioni, né dal Ministero della salute, sarebbe un ottimo punto di partenza. A patto di riaprire il cassetto del Ministero della salute nel quale da un anno è stato chiuso.