

L'assistenza domiciliare nei Livelli Essenziali di Assistenza e gli obiettivi per la non autosufficienza

Uno strumento per identificare le cure e la qualità

MARIA DONATA BELLENTANI, LEONILDA BUGLIARI ARMENIO *

Aseguito del cambiamento del rapporto tra bisogno/domanda di salute e offerta dei servizi, le previsioni di aumento dell'aspettativa di vita sono in crescita e si pone il problema della qualità degli anni di vita guadagnati (*Qaly - Quality-adjusted life years; Daly - disability-adjusted life years*), il livello di disabilità si sta assestando e spostando nelle classi di età più avanzate, ma il tema della Non Autosufficienza (NA) si pone come una vera emergenza per il futuro. È cambiata l'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari e sono entrati in crisi i modelli di riferimento (*crisi dell'ospedale*: la cura della malattia non è più l'indicatore unico dell'intervento sanitario; *crisi del modello sociale*: la cura della malattia è parte integrante della "capacità di vivere" della persona fragile, coinvolge la dimensione affettiva e la relazione sociale), con necessità di *ridefinire le priorità del SSN*.

A livello programmatico manca ancora un sistema nazionale di *long term care*, ma ci sono alcuni valori di fondo condivisi: "Curare a casa significa un cambiamento di prospettiva sostanziale: si tratta di

passare dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici alle strutture e professioni che assumono come centro di gravità la persona con i suoi bisogni"

cure domiciliari, quale Responsabile terapeutico e Garante della continuità dell'assistenza del cittadino" sul territorio.



Fonte archivio La Bottega del Possibile

(PSN 1998-2000). "Curare a casa è... scelta etica e culturale; motivazione professionale; integrazione con gli altri operatori sanitari" e il Medico di famiglia deve essere "partecipe delle

venti ospedalieri a domicilio", ossia le forme di ospedalizzazione domiciliare che possono essere realizzate in base ai modelli organizzativi fissati dalle Regioni.

L'assistenza domiciliare nei LEA del 2001

Il d.P.C.M. 29 novembre 2001 ha chiarito che l'assistenza domiciliare costituisce un livello essenziale di assistenza da garantire a tutti i cittadini.

L'assistenza programmata a domicilio (*assistenza domiciliare integrata; assistenza programmata domiciliare; varie forme di assistenza infermieristica territoriale*) è inserita nell'ambito del LEA "Assistenza Distrettuale".

L'esigibilità di questo diritto si scontra con la carenza di indicazioni sul contenuto positivo del diritto, oltre che sulla limitatezza delle risorse a disposizione. Vengono esplicitamente inserite nei LEA anche le *cure domiciliari per i pazienti terminali*.

Nel LEA "Ospedaliero" sono inseriti gli "inter-

* Agenzia nazionale per i servizi sanitari Regionali (AGENAS)

La proposta di “Caratterizzazione delle cure domiciliari in Italia”: uno strumento per identificare le cure e misurarne la qualità

Il documento del 18 ottobre 2006¹ ha costituito la base della nuova proposta di definizione dei LEA² e identifica i profili di cura caratterizzati da un grado crescente di complessità del bisogno e di intensità del livello assistenziale distinguendo:

- **le cure domiciliari prestazionali** caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato, comprese le visite programmate del MMG.

Sono attivate dal MMG o dal Pediatra di libera scelta, in accordo con gli altri operatori del Distretto;

- **le cure domiciliari che assorbono quelle già definite “ADI”** (assistenza domiciliare integrata) e **anche le forme di “OD”** (ospedalizzazione domiciliare); richiedono la valutazione globale multidimensionale, la formulazione del PAI e la presa in carico multidisciplinare e professionale³.

(1) Si tratta del documento “Nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio” approvato dalla Commissione nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei Lea nella seduta del 18 ottobre 2006, reperibile sul sito <http://www.ministerosalute.it/dettaglio/dettaglioNews.jsp?id=877>.

(2) Il documento propone la seguente definizione “Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l’assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Nell’ambito delle cure domiciliari integrate risulta fondamentale l’integrazione con i servizi sociali dei comuni. Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale deve essere valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale ed il conseguente impegno di risorse”.

(3) Nello specifico, queste sono articolate in:

- cure domiciliari integrate di I livello (già ADI I liv.) si rivolge a malati che pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni settimanali;

- cure domiciliari integrate di II livello (già ADI II liv.), con caratteristiche simili a quelle di primo livello ma per pazienti che richiedono interventi su 6 giorni settimanali;

- cure domiciliari integrate di III livello (già ADI III liv. o OD) per quadri clinici instabili e patologie ad alta complessità, che richiedono continuità e interventi su 7 giorni e di un particolare supporto alla famiglia e/o al care-giver. Questa tipologia di cure assorbe le forme di (OD);

- cure domiciliari palliative a malati terminali, che as-

Per tutti i profili di cura si ribadisce il ruolo centrale del MMG, che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura e partecipa alla definizione degli obiettivi e dei processi assistenziali attraverso la valutazione multidimensionale e la redazione del PAI.

Le prestazioni di aiuto personale e assistenza tutelare alla persona sono a carico del SSN per il 50%, come già previsto dal D.P.C.M. 29.11.2001.

Si chiarisce l’ambito dell’assistenza: non solo pazienti oncologici, ma il complesso delle patologie di lunga durata o croniche: persone con cardiopatie, broncopneumopate, coma, gravi cerebrolesi; malati terminali, pazienti oncologici, grandi anziani con polipatologia, persone con SLA, ICTUS, demenze.

La definizione delle singole prestazioni rappresenta una modalità per dare certezza al cittadino, ma il valore è il percorso di cura e il suo esito (almeno il “pacchetto delle prestazioni”). Va rilevato che il documento, pur non avendo una forza normativa, è già stato recepito negli atti di programmazione di molte Regioni e costituisce un riferimento specifico per le Regioni con deficit finanziario, che hanno stipulato un Piano di rientro con i Ministeri del Welfare e dell’Economia.

Elementi di forza. Le cure domiciliari sono un sistema integrato, con un percorso assistenziale preciso, costruito sul bisogno della persona e sull’intensità, durata e complessità dell’assistenza e composto da: punto unitario di accesso; valutazione multidimensionale; realizzazione del PAI (costruito non solo numero di

assorbono le forme di “assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale” (ADI di elevata intensità) e quelle di ospedalizzazione domiciliare cure palliative (OD-CP). Sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal PAI ed erogata da un’equipe in possesso di specifiche competenze e di un’adeguata formazione, di cui fa parte il Medico di medicina generale. Richiedono interventi su 7 giorni settimanali, la pronta disponibilità medica sulle 24 ore di norma erogata dall’equipe di cura e un particolare supporto non soltanto del paziente ma anche della famiglia.

accessi, ma su obiettivi di tutela della salute verificabili); individuazione di un Responsabile del caso (la figura del *Case Manager* sta cambiando in questa fase); verifiche fino alla chiusura del percorso.

Il documento consente di avviare un percorso di qualità delle cure domiciliari, in quanto identifica un *set* di indicatori per la misura delle attività svolte e fornisce elementi utili per la definizione di standard qualitativi e quantitativi (rapportati alla intensità e complessità delle cure, alla loro durata media, alle figure professionali coinvolte e al tempo medio in minuti per accesso domiciliare). Contiene anche ipotesi sulla valorizzazione economica dei profili di cura attraverso il costo medio mensile.

Elementi di criticità. Non sono ben chiariti i rapporti tra le diverse figure professionali nell’ambito delle cure domiciliari (si conferma che il MMG è il Responsabile clinico, ma può esservi un diverso Responsabile del percorso – quale concetto di *Case Manager?*); limiti insiti nel calcolare i “minuti di assistenza”; mancata condivisione di uno strumento unitario di valutazione multidimensionale; difficoltà nel definire il contributo del sociale e le relative risorse.

Va, inoltre, evidenziato, che in questi anni si è lavorato molto anche sul tema delle **cure palliative**; basti accennare al d.m. n. 43 del 22 febbraio 2007 che ha definito i nuovi standard relativi all’assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo.

Sullo stesso tema sono stati individuati anche specifici impegni per lo sviluppo di una rete di cure palliative pediatriche (l’Accordo Stato-Regioni del 20 giugno 2007 e documento tecnico approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 20 marzo 2008 che offre elementi utili allo sviluppo di programmi Regionali in materia, in particolare per l’attivazione di un *Centro di riferimento di Cure Palliative Pediatriche* ad ampio bacino di utenza, Regionale o anche sovraRe-

gionale, con personale specificamente formato). Tuttavia questo settore solo ora ha trovato uno specifico ed organico quadro normativo, nella recente **legge sulle cure palliative e le terapie del dolore**, approvata in via definitiva dal Parlamento il 9 marzo 2010, ed in fase di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale.

Flussi informativi sull'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale

Con due decreti del Ministro del lavoro, salute e politiche sociali del 17 dicembre 2008 sono stati emanati, in coerenza con l'esito dei due Progetti Mattoni del SSN territoriali (Cure primarie e prestazioni domiciliari; Cure residenziali e semiresidenziali) i seguenti sistemi informativi:

- *Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare* (il Flusso informativo si basa sul singolo processo assistenziale, e raccoglie informazioni su: presa in carico; erogazione; sospensione; rivalutazione; conclusione);
- *Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali.*

Gli stessi flussi informativi prevedono un'applicazione graduale sul territorio, con l'avvio dal 1° gennaio 2009 per alcune Regioni che hanno già un sistema informativo adeguato, mentre le altre devono provvedere ad approvare un piano di adeguamento dei propri sistemi informativi, per poi andare a regime



Fonte archivio La Bottega del Possibile

in tutte le Regioni italiane dal 1° gennaio 2011.

Le cure domiciliari nella proposta di decreto sui LEA attualmente in discussione

La proposta, nella versione attuale, riprende in grande parte il documento sulla caratterizzazione delle cure domiciliari del 2006 per quanto riguarda i profili di cura, i soggetti coinvolti e l'impegno assistenziale, fornendo un contributo importante nell'identificazione del contenuto del diritto del cittadino curato al proprio domicilio. Vi sono molti passaggi importanti, tra cui l'individuazione non solo di attività ma di "percorsi assistenziali integrati" con erogazione congiunta di attività sanitaria e dei servizi sociali.

In particolare si indica che le cure domiciliari, come risposta ai bisogni di salute delle persone non autosufficienti o in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia.

Inoltre si stabilisce che il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del PAI integrato. Si riconosce altresì il ruolo centrale del Medico di medicina generale/Pediatra di libera scelta che attiva direttamente le cure domiciliari prestazionali (in accordo con gli altri referenti del distretto); mentre per tutti i percorsi di cura (ADI di I, II, III livello) assume la responsabilità clinica dei processi di cura,

valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

Nelle cure di III livello, caratterizzate da elevata complessità, può assumere la responsabilità clinica il Medico di medicina generale oppure il Medico competente per la terapia del dolore, secondo gli indirizzi Regionali.

Non sono ripresi gli standard e gli indicatori del documento 2006, che potranno comunque essere recepiti con atti successivi.

Va rilevato che la condivisione dei percorsi di cura consentirà di costruire più facilmente le modalità di verifica dell'effettiva erogazione del LEA domiciliare.

Inoltre si conferma la possibilità della distribuzione diretta dei farmaci, tramite le farmacie di ASL e AO,

TAV. S.06 - Incidenza del costo dell'ADI sul totale della spesa sanitaria

Regioni, ripartizioni	Anni					
	2001 (a)	2002	2003	2004	2005	2006
- Nord-ovest	0,74	0,84	0,81	1,01	0,92	0,92
- Nord-est	1,02	0,97	1,49	1,51	1,45	1,61
- Centro	1,24	1,70	1,01	1,53	1,59	1,62
- Mezzogiorno	1,25	1,23	0,81	0,73	0,78	0,74
Italia	1,06	1,17	0,99	1,08	1,06	1,08

Fonte: Elaborazioni Istat su dati Ministero della salute, dati aggiornati a maggio 2008 (a) dati stimati.

per pazienti in assistenza domiciliare, residenziale o semiresidenziale, nonché per la fase delle dimissioni ospedaliere o dopo visita specialistica ambulatoriale limitatamente al primo ciclo terapeutico completo.

Si amplia, inoltre, l'assistenza integrativa rendendo accessibili un maggior numero di dispositivi medici, alcuni dei quali di particolare rilievo per l'assistenza domiciliare, tra cui le medicazioni avanzate per pazienti portatori di piaghe da decubito, i dispositivi per stomizzati e accessori.

Si conferma, poi, che non occorre il riconoscimento dell'invalidità per garantire alle persone in assistenza domiciliare gli ausili e le forme di assistenza protesica (ma rimangono dubbi sulle modalità di prescrizione ed erogazione del servizio).

Obiettivi per le cure domiciliari

Nell'ambito delle strategie dell'UE, il Governo italiano nel 2008 ha approvato il nuovo **Programma Nazionale di Riforma (PNR) 2008-2010** per l'attuazione della Strategia di Lisbona.

Su questo programma le Regioni hanno fornito un proprio contributo con un documento approvato dalla Conferenza delle Regioni e Province Autonome del 18 settembre 2008⁴. Il PNR comprende anche la programmazione del **Fondo Sociale**

(4) Reperibile sul sito http://www.Regioni.it/mhonarc/details_news.aspx?id=147810.

Europeo 2007-2013 che sostiene varie azioni negli Stati membri (nel quadro degli obiettivi "Convergenza" e "Competitività Regionale e occupazione") con le seguenti priorità:

- aumentare la capacità di adattamento dei lavoratori delle imprese e degli imprenditori, al fine di migliorare tempestivamente la gestione positiva dei cambiamenti economici;
- migliorare l'accesso al posto di lavoro e l'inserimento duraturo sul mercato del lavoro, per chi è in cerca di lavoro e per le persone non attive;
- prevenire la disoccupazione, segnatamente quella di lunga durata e quella dei giovani;
- **incoraggiare l'invecchiamento attivo e prolungare la vita attiva;**
- aumentare la partecipazione al mercato del lavoro;
- migliorare l'inserimento sociale delle persone svantaggiate in vista di un loro inserimento duraturo nel mondo del lavoro.

Interessante la scelta di dare ampio spazio allo **sviluppo di servizi di cura per le persone anziane**, attraverso incentivi finanziari per l'accesso ai servizi di custodia e assistenza, l'attivazione di percorsi formativi *ad hoc* finalizzati alla creazione di figure professionali specializzate nell'erogazione di servizi di assistenza personale - anche domiciliare- alle persone anziane.

Inoltre, nell'ambito del **"Progetto Obiettivi di Servizio"** (che consistono in premi finanziari alle Regioni che raggiungono valori quantificati

di disponibilità e qualità di servizi), le 8 Regioni del Mezzogiorno sono chiamate a sviluppare servizi di assistenza in favore delle persone anziane non autosufficienti e delle loro famiglie, in vista del raggiungimento del **target fissato al 2013 di innalzamento della percentuale di anziani beneficiari di assistenza domiciliare integrata dall'attuale 1,6% al 3,5%**.

Un obiettivo che nasce dal rilievo del grave *gap* sulla spesa dell'ADI tra le Regioni nell'anno 2006, con un centro-nord che spende **1,29 del PIL**, mentre il Mezzogiorno spende lo **0,74 del PIL**.

Si riporta un estratto della tabella illustrativa con i soli dati aggregati per macro-Regioni (cfr. Tav. S.06)

Politiche per la non autosufficienza

La programmazione sanitaria nazionale prevede da anni la necessità di potenziare i servizi e le politiche a favore degli anziani non autosufficienti mediante la proposta di diversi disegni di legge miranti alla costituzione di un *Fondo per la non autosufficienza*.

Un primo, timido passo in questo senso è rappresentato dalla legge finanziaria 2007 che ha istituito il *Fondo nazionale per le non autosufficienze*, nell'ambito del Ministero della Solidarietà Sociale, con un finanziamento di modesta dimensione ma riconosciuto dalle Regioni come un segnale importante in ordine alla necessità di destinare risorse e politiche specifiche a questa tematica.

La maggior parte delle Regioni ha ripreso questa indicazione, approvando un proprio programma di interventi di prevenzione e trattamento, che talora comprende l'attivazione di un Fondo per la non autosufficienza (in 11 Regioni e nella Provincia Autonoma di Bolzano), pur con diversa connotazione.

In assenza di uno specifico Fondo nazionale e di norme organiche a favore della non autosufficienza, le Regioni hanno disciplinato e finanziato specifici “Fondi” per supportare le famiglie che si prendono in carico una persona non autosufficiente anziana o disabile grave.

Il panorama è variegato ma le soluzioni adottate, oltre sostenere la famiglia hanno una finalità comune: costituire un'**alternativa al ricovero** in istituto.

Altra caratteristica comune è il ricorso alla sussidiarietà orizzontale stimolando e valorizzando l'apporto del volontariato e dell'associazionismo sociale.

L'erogazione di contributi economici alle famiglie (nella forma di assegno di cura o di assistenza) e l'introduzione dei titoli di acquisto dei servizi (articolo 17 della legge 328/2000) con la concessione di *voucher*, buoni o assegno servizi, hanno applicato uno dei principi della stessa legge di riforma dell'assistenza: favorire consumi sociali con adeguate risposte di un mercato occupazionale regolato.

Le misure indicate nei Fondi Regionali NA sono purtroppo limitate e spesso assegnate solo ai casi più gravi

Ma le maggiori condizioni di criticità riguardano l'uniformità dei diritti in merito alle condizioni di accesso che, in linea generale, comprendono:

- l'esistenza dello stato di non autosufficienza;
- il reddito ad di sotto di determinate soglie;
- la presenza di familiari o congiunti che si prende carico della persona non autosufficiente.

Rispetto l'accertamento della condizione di non autosufficienza, va detto che, pur partendo da dati oggettivi di valutazione delle condizioni psico-fisiche, sono stati utiliz-

zati dalle Regioni, strumenti e scale differenti (SOSIA, SVAMA, RUG, AGED, etc.) che consentono solo parziali comparazioni di carattere nazionale.

La carenza di un **sistema nazionale** di protezione sociosanitaria a favore degli anziani non autosufficienti, ha influito notevolmente sull'organizzazione omogenea delle *reti*, facendo registrare, percorsi disomogenei e anche forti ritardi nella costruzione delle reti dei servizi integrati.

Definire in maniera organica le strategie che presidono le **“long-term care”**, sul piano dei costi e su quello delle **prestazioni esigibili** per coloro che si trovano nei diversi gradi di non autosufficienza, è un modo per non delegare tale problema, come – sostanzialmente – si è fatto fino ad oggi, alle famiglie.

Le caratteristiche del sistema Non Autosufficienza (NA) e lo sviluppo dell'assistenza domiciliare ⁵

Queste nuove indicazioni programmatiche sullo sviluppo dell'assistenza domiciliare, e sulla qualificazione del percorso assistenziale consente di affermare che ci sono ormai i presupposti per uno sviluppo più omogeneo sul territorio del sistema delle cure domiciliari, tramite la condivisione degli elementi caratterizzanti i LEA domiciliari ed i valori di riferimento.

È stato approvato anche il Monitoraggio dell'effettiva erogazione dei LEA domiciliari tramite il sistema informativo attualmente in fase di approvazione, che si basa sull'episodio di cura e quindi sul singolo assistito.

Appaiono ormai chiare, e ricca è la letteratura e le documentazioni a riguardo, quali caratteristiche

(5) Questa parte è una sintesi della relazione conclusiva del Progetto di ricerca sulle forme di assistenza alle persone non autosufficienti che l'Agenzia ha condotto con diverse Regioni e che si è conclusa a dicembre 2008, pubblicata sul sito www.agenas.it.

dovrebbe possedere un sistema per la NA, pensato per essere equo efficace ed efficiente:

a) è un sistema che riconosce soggetto e famiglia come risorsa protagonista e valorizza la soggettività;

b) è un sistema unitario a forte integrazione sociosanitaria, in un *continuum* unico che renda indistinguibile per l'utente le diverse provenienze degli interventi (sanitaria o sociale), in grado di riunire interventi multiassiali-multisetoriali, ben oltre a quelli sicuramente di tipo sanitario, sociosanitario, socio-assistenziale, tra cui ad esempio quelli del settore dell'abitazione e dei trasporti;

a) è un sistema che investe molto nell'accessibilità ed agisce intensivamente sulla garanzia della bassa soglia di accesso, sull'accoglienza calda ed amichevole;

b) è un sistema dotato di una forte capacità di orientamento ed accompagnamento di chi pone la domanda, di mediazione tecnica nella valutazione del bisogno, capace di monitorare la qualità e gli esiti degli interventi;

c) è un sistema fortemente compartecipato, con rilevante presenza di reti informali, primariamente centrate sulla famiglia, sul volontariato, sul terzo settore.

Ancora e soprattutto, è un sistema molto attento a riconoscere, prevenire e contrastare l'isolamento e la solitudine delle persone e delle famiglie che vivono ed affrontano problemi di elevata complessità.

Il terzo settore andrà coinvolto in modo più congruo.

Anziché essere erroneamente invocato per colmare le carenze del *Welfare* pubblico, andrebbe considerato in primo luogo quale stimolo all'innovazione e alla flessibilizzazione dei servizi, alla sussidiarietà orizzontale e solidarietà, ed ancor più quale forza trainante per la diffusione del principio di reciprocità (che postula la proporzionalità, mentre il principio dello scambio l'equivalenza).

Attualmente, nel campo dell'assistenza alla NA sembrano contrapporsi sostenitori di un interesse pubblico verso servizi "low cost", e quello di altri, generalmente utenti, che ne chiedono piuttosto "high quality".

Meglio sarebbe si realizzasse condivisione e convergenza su obiettivi e strumenti per creare servizi "ad alto valore e basso costo per l'utente, in una gestione sostenibile per il sistema pubblico".

Posto che la spesa dei servizi per la NA, sicuramente oggi e difficilmente in modo diverso nel futuro a breve termine, è prevalentemente e direttamente a carico degli assistiti o delle famiglie (per molte di esse sussiste il rischio dell'impoverimento a causa della NA), ogni auspicio ed invito da parte delle istituzioni pubbliche indirizzato a promuovere solidarietà e reciprocità (fraternità), espressione più autentica della sussidiarietà orizzontale, ogni incoraggiamento verso interventi e azioni informali si espone al rischio di essere interpretato o percepito (forse in realtà anche vissuto) come arretramento della presenza pubblica, incapacità (non-volontà) del sistema di protezione e sostegno ad agire con forza.

Tale strategia di corresponsabilizzazione deve quindi accompagnarsi ad una più incisiva attenzione ed impegno per rendere credibili e forti i servizi pubblici, unitamente ad una intelligente opera di comunicazione sociale. Il sistema pubblico deve aumentare in questo modo il suo livello di responsabilità, non certo diminuirlo.

Nella cornice della corresponsabilità, sussidiarietà, solidarietà e reciprocità per una "assistenza più adeguata possibile alla NA" appare innanzitutto irrinunciabile, oggi e pro futuro, sospendere ogni esitazione nel riconoscere il lavoro della famiglia con interventi economici, ponendo regole precise volte a prevenire o ad evitare possibili comportamenti opportunistici o scorretti da parte della stessa utenza, che potrebbero

far esplodere in modo incontrollato la spesa pubblica.

In questo senso, già oggi, con alcuni ovvii margini di incertezza, possediamo indicazioni sufficienti per riconoscere alcuni errori del recente passato onde evitarne ripetizioni in futuro:

a) si deve prendere atto con grande realismo che non possono esistere né essere proposti od imposti modelli unici di soluzione, esportabili od adattabili in generale;

b) vanno abbandonati i vecchi modelli sanitari centrati sul paradigma medico-ospedaliero, e, dall'altro lato, quelli di tipo sociale assistenzialistico-pauperistico, in quanto non inducono guadagno di benessere, ed anzi generano spesa improduttiva ed altri effetti collaterali (in termini di rispetto della libertà e dignità della persona);

c) la dimensione del fenomeno non autosufficienza richiede un'organizzazione "territoriale" flessibile, nel senso di papillare diffusione di molteplici interventi ed attori che interagiscono al di fuori di strutture e rigidi schematismi primariamente con esplicite finalità di rispettare le soggettività ed assicurare continuità terapeutico-assistenziale tra i diversi momenti/luoghi di cura;

d) la riabilitazione-riattivazione dei soggetti NA costituisce obiettivo primario;

e) gli interventi dimostratamente più efficaci sono quelli di tipo socio-sanitario, per i quali si è realmente superata la separazione tra sanitario e sociale;

f) in ogni caso le azioni efficaci possiedono caratteristiche locali, globali e plurali.

g) locali, in quanto coerenti e adatti/adattati ai singoli specifici contesti; globali in quanto rivolti alla globalità della persona e alla globalità degli attori e delle forze intersettoriali in campo; plurali, in quanto tesi a mettere in gioco tutte le energie e risorse locali e a liberarne sempre di nuove. Le Aziende Sanitarie ed i Servizi

Sociali costituiscono in questo caso gli assi portanti del sistema pubblico; il distretto sociosanitario, ad alta integrazione, sembra poter rappresentare l'agente istituzionale che con maggiori probabilità può interpretare tale funzione di integrazione. In questi ultimi anni, nonostante molti enunciati positivi anche di elevato livello normativo-legislativo, troppo poco si è realizzato per renderlo visibile e riconoscibile per tale compito. h) per le varie forme di NA, resta in ogni caso la necessità di agire più in una logica di costruzione di servizi, in primo luogo per cure di tipo domiciliare o semiresidenziale, piuttosto che di edificazione di strutture (sia di tipo ospedaliero che residenziale "hard"), per favorire un reale e concreto lavoro territoriale che si concretizzi nello sviluppo di reti che includono soggetti formali ed informali, fortemente contestualizzate, finalizzate ad includere e mai ad escludere, ad affermare il protagonismo di cittadini e famiglie, a (ri)abilitare i soggetti e non solamente ad accudirli o intrattenerli, ad evitare forme di deleghe passive e totali verso i servizi da parte della cittadinanza.

Nell'ambito delle cure di lungo termine, il sistema pubblico deve porsi con maggiore forza l'obiettivo di:

a) aumentare la propria efficienza;

b) affinare la mediazione tecnica della valutazione del bisogno, pratica dispendiosa ma indispensabile per la personalizzazione degli interventi;

c) superare nei servizi la logica prestazionale e rinforzare la cultura e la pratica della presa in carico integrata;

d) integrarsi con le altre aree della Socialità per "fare sistema", concretizzando interventi intersettoriali;

e) creare organizzazioni "leggere" da appesantimenti burocratici e iper-specialistici, diffondendovi competenze e saperi fino ai livelli organizzativi più bassi, puntando sul recupero di sicurezza e fiducia del

cittadino, degli operatori, rendendo entrambi più consapevoli dei costi delle decisioni. Cittadini-utenti più informati, competenti ed educati ad una domanda più adulta, in grado di usare i servizi in modo più appropriato, possono contribuire grandemente a colmare il divario tra domanda ed offerta e a creare organizzazioni complesse che davvero riescano a *“dare di più a chi ha meno, a fare di più per chi non ha*

più bisogno”.

Gli elementi nella conoscenza della spesa pubblica per la NA saranno innovativi se si indirizzeranno a comprendere e conoscere quali possono essere non solamente i costi riferibili alle strutture e le quantificazioni finanziarie legate a prestazioni e servizi, ma anche a quelli conseguenti ai costi per la realizzazione di veri progetti assistenziali personalizzati.

A riguardo, dal punto di vista tecnico, sembra opportuno riprendere in mano l'atto di indirizzo sull'integrazione del febbraio 2001, in cui, già all'articolo 1, veniva chiaramente indicato che il trasferimento delle buone intenzioni nella pratica assistenziale poggia sui *“progetti personalizzati, redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali”*. ●

Sintesi dei livelli della rete per gli anziani non autosufficienti:

LIVELLO DI OFFERTA	OBIETTIVI	AZIONI
Punto integrato di accesso alla rete dei servizi	Promozione dell'accesso unificato alla rete dei servizi sociali e sociosanitari, privo di ostacoli burocratici e comunicativi, per le persone fragili.	<ul style="list-style-type: none"> - Informazione - Consulenza - Segretariato sociale - Ammissione alle prestazioni integrate
Promozione del capitale sociale	Promuovere e sostenere la sussidiarietà orizzontale, la cittadinanza attiva e la solidarietà sociale le responsabilità familiari e comunitarie, come fattore di prevenzione e supporto al disagio sociale.	<ul style="list-style-type: none"> - Promozione del servizio civile e del volontariato; - Azioni culturali per l'inclusione sociale - Promozione dei diritti degli anziani
Welfare di Prossimità	Attivazione dei servizi di prossimità e aiuti informali (es. buon vicinato) per le persone sole con fragilità psico-fisica. Controllo a distanza delle persone non autosufficienti.	<ul style="list-style-type: none"> - Call-center di supporto ai servizi di tele-assistenza e tele-soccorso - Buon Vicinato e interventi di “emergenza sociale”
Assistenza Sanitaria, sociosanitaria e sociale, domiciliare	Promuovere la permanenza al domicilio attraverso servizi di supporto alla persona e alla famiglia. Elaborare progetti personalizzati di assistenza Rafforzare le capacità e le risorse delle persone, delle famiglie collegando le attività sociosanitarie alle azioni di prossimità.	<ul style="list-style-type: none"> - Medicina generale e Specialistica; - Assistenza protesica - Assistenza ospedaliera - Prestazioni domiciliari di cura e assistenza - Contributi economici alle persone e famiglie in difficoltà
Assistenza Sociosanitaria, residenziale e semiresidenziale	Promuovere e potenziare la rete dei servizi residenziali e diurni garantendo standard di accoglienza, cura, riabilitazione e qualità assistenziale.	<ul style="list-style-type: none"> - Strutture di prima accoglienza (diurne e/o notturne) - Centri diurni, anche con funzioni di sollievo - Rete di strutture, residenziali sociosanitarie e sociali (RSA, Strutture Protette, Comunità alloggio, ecc.)
Interventi economici di sostegno al reddito	Hanno la funzione di sostenere l'inesistenza o la limitatezza del reddito a favore delle persone fragili.	<ul style="list-style-type: none"> - Emolumenti invalidità civile (indennità di accompagnamento) - Assegno sociale (al raggiungimento dell'età pensionabile) - Trasferimenti monetari (sussidi, voucher, assegni, etc.) da parte dei Comuni, delle Regioni e Province Autonome

Agenas, marzo 2010