

PROPOSTA SULLA DOMICILIARITA' PER LA LEGGE DELEGA SULLA N.A.

Gruppo di lavoro sulla domiciliarità

07/01/2022

Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza

Franco Pesaresi (coordinatore)

LA DOMICILIARITA' NELLA LEGGE DELEGA SULLA N.A.

PROPOSTA PER DISEGNO DI LEGGE DELEGA

Il Governo si attiene ai seguenti principi e criteri direttivi:

a) Con riguardo all'assistenza domiciliare sanitaria e sociale da garantire agli anziani non autosufficienti:

1. Affermazione del principio secondo cui costituisce priorità del sistema per l'assistenza per la non autosufficienza la promozione della permanenza al domicilio delle persone, ove la permanenza sia appropriata ai bisogni e desiderata;
2. Adozione di un piano triennale per la domiciliarità sanitaria e sociale, finalizzato a sviluppare l'assistenza domiciliare e alla riduzione costante e graduale delle differenze regionali in questo campo d'azione;
3. Individuazione del Servizio domiciliare socio-assistenziale (SAD) come Livello essenziale delle prestazioni sociali (LEPS);
4. Previsione che l'assistenza domiciliare sanitaria e sociale venga erogata in modo unitario ed integrato attivando le procedure del budget di salute in tutti i casi in cui si attivano risorse di diversa provenienza. **In tale contesto, il coordinamento organizzativo degli interventi integrati erogati dalle aziende sanitarie e dagli Ambiti territoriali sociali spetta all'organizzazione che sostiene l'intervento prevalente;**
5. Previsione che l'assistenza domiciliare sanitaria e sociale debbano garantire, sulla base del progetto assistenziale individualizzato, tutte le prestazioni assistenziali che la non autosufficienza richiede. L'assistenza domiciliare, attraverso la presa in carico multidimensionale, in particolare, deve garantire:
 - a. servizi sanitari (medici, diagnostici, infermieristici, riabilitativi);
 - b. servizi di sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana, anche in attuazione dell'art. 22 comma 4 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017;
 - c. azioni di affiancamento e supporto a caregiver familiari e assistenti familiari;
 - d. assistenza integrativa-protetica;
 - e. telemedicina;
6. Previsione della garanzia di durata della presa in carico e dell'intensità degli interventi dell'assistenza domiciliare in base ai bisogni della persona anziana non autosufficiente. In

caso di urgenza e necessità le Centrali operative territoriali (COT) integrate con i servizi domiciliari garantiscono interventi domiciliari anche negli orari in cui il servizio non è attivo ordinariamente;

7. Previsione che i servizi di assistenza domiciliare sanitaria e sociale debbano essere autorizzati e, nei casi dei servizi pubblici e dei servizi erogati per conto della pubblica amministrazione, accreditati;
8. Previsione che la formazione del personale impegnato nell'assistenza domiciliare alle persone non autosufficienti debba essere continua e prevedere anche percorsi relativi a competenze specialistiche. Inoltre, le regioni e le province autonome attivano percorsi formativi per la figura dell'assistente familiare.

MOTIVAZIONI A SOSTEGNO *(in corsivo)*

- 1. Affermazione del principio secondo cui costituisce priorità del sistema per l'assistenza per la non autosufficienza la promozione della permanenza al domicilio delle persone, ove la permanenza sia appropriata ai bisogni e desiderata.**

Questo è il principio cardine della riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti e, anche se ampiamente condiviso, deve essere esplicitato con forza. L'assistenza domiciliare è la modalità assistenziale di gran lunga preferita dall'utenza e, nella maggior parte dei casi, ha un costo inferiore agli setting assistenziali. Inoltre, ribadire il principio base serve anche ad orientare tutta l'organizzazione e le prestazioni che vengono individuate per l'assistenza agli anziani non autosufficienti.

- 2. Adozione di un piano triennale per la domiciliarità sanitaria e sociale, finalizzato a sviluppare l'assistenza domiciliare e alla riduzione costante e graduale delle differenze regionali in questo campo d'azione.**

Le cure domiciliari sono destinate a svilupparsi con i finanziamenti del PNRR ma rischiano di riproporre gli attuali modelli erogativi delle prestazioni che non tengono in considerazione le necessità di chi ha bisogno di cure domiciliari di lungo termine (long-term care). L'assistenza domiciliare socio-assistenziale è oggi quantitativamente modesta (raggiunge l'1,3% degli anziani) e deve crescere per soddisfare le necessità della popolazione anziana e per garantire l'integrazione sociosanitaria. Per guidare questo processo che è insieme di crescita e di riorganizzazione dell'assistenza domiciliare occorre disporre di un Piano triennale che orienti in modo uniforme le scelte delle regioni. All'interno del Piano per la domiciliarità si dovrà agire sugli obiettivi di servizio pluriennali per la riduzione costante e graduale delle differenze regionali.

- 3. Individuazione del Servizio domiciliare socio-assistenziale (SAD) come Livello essenziale delle prestazioni sociali (LEPS).**

Il Servizio domiciliare socio-assistenziale è garantito solo a 185.970 anziani pari all'1,3% di tutta la popolazione anziana. Attualmente, non tutti i comuni sono erogano il SAD: lo fa l'84% dei comuni e solo il 40% dei comuni è in grado di garantire un intervento domiciliare integrato con quello sanitario. E' del tutto evidente che l'integrazione si realizza se tutti i comuni garantiscono il SAD integrato e di quantità adeguata. Inoltre, dato ancor più significativo, la quota di anziani assistiti è in costante riduzione da numerosi anni (nel 2004, gli anziani assistiti erano il 2,1% del totale). La situazione di costante e gradale riduzione dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale richiede un intervento di grande forza che solo il riconoscimento come livello essenziale può dare, impegnando tutti gli enti locali in una adeguata fornitura del servizio. Questa è una preconditione anche di diversi criteri successivi.

- 4. Previsione che l'assistenza domiciliare sanitaria e sociale venga erogata in modo unitario ed integrato attivando le procedure del budget di salute in tutti i casi in cui si attivano risorse di diversa provenienza. In tale contesto, il coordinamento organizzativo degli interventi integrati erogati dalle aziende sanitarie e dagli Ambiti territoriali sociali spetta all'organizzazione che sostiene l'intervento prevalente**

Gli anziani non autosufficienti hanno bisogno di prestazioni domiciliari sanitarie e sociali integrate. La completezza e l'integrazione delle prestazioni domiciliari determinano la qualità delle prestazioni e della qualità della vita dell'assistito. Per cui l'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria delle prestazioni e della loro erogazione in modo unitario, rimane un punto fermo di qualunque riforma in questo settore. Inoltre, in tutti i casi in cui si attivano risorse di diversa provenienza, il modello di intervento dovrebbe essere il budget di salute che deve prevedere la possibilità di disporre di tutte le risorse comprese quelle economiche. Quando risorse di diversa provenienza e natura si integrano per uno stesso obiettivo occorre comunque individuare le figure di riferimento a cui affidare il ruolo di coordinamento organizzativo degli interventi integrati per evitare che il sistema si regga solo sulla buona volontà degli operatori e/o dei loro enti. E' pertanto opportuno stabilire che il coordinamento organizzativo dell'erogazione integrata delle prestazioni ai singoli casi può essere affidata indifferentemente ad uno degli enti che intervengono nell'erogazione delle prestazioni ma che, di norma, spetta all'organizzazione (sanitaria o sociale) che sostiene l'intervento prevalente.

- 5. Previsione che l'assistenza domiciliare sanitaria e sociale debbano garantire, sulla base del progetto assistenziale individualizzato, tutte le prestazioni assistenziali che la non autosufficienza richiede. L'assistenza domiciliare, attraverso la presa in carico multidimensionale, in particolare, deve garantire:**

- a. servizi sanitari (medici, diagnostici, infermieristici, riabilitativi);**
- b. servizi di sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana, anche in attuazione dell'art. 22 comma 4 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017;**
- c. azioni di affiancamento e supporto a caregiver familiari e assistenti familiari;**
- d. assistenza integrativa-protetica;**
- e. telemedicina.**

L'assistenza domiciliare se vuol essere il luogo privilegiato dell'assistenza agli anziani non autosufficienti deve soddisfare tutte le necessità assistenziali sociali e sanitarie. Oggi così non è in larga parte d'Italia. Ci sono carenze significative soprattutto nei servizi di sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana e nelle azioni di affiancamento e supporto a caregiver familiari e assistenti familiari, nella telemedicina, ecc.. In particolare rimane ancora inattuato anche l'art. 22 comma 4 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 che dispone che le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale, più legate al supporto delle attività fondamentali della vita quotidiana degli assistiti, sono interamente a carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per

cento nei giorni successivi. La completezza delle prestazioni domiciliari per gli anziani non autosufficienti rimane pertanto un obiettivo imprescindibile della riforma del sistema.

- 6. Previsione della garanzia di durata della presa in carico e dell'intensità degli interventi dell'assistenza domiciliare in base ai bisogni della persona anziana non autosufficiente. In caso di urgenza e necessità le Centrali operative territoriali (COT) integrate con i servizi domiciliari garantiscono interventi domiciliari anche negli orari in cui il servizio non è attivo ordinariamente.**

Le cure domiciliari sono in costante crescita quantitativa ma la durata dei singoli interventi è determinata e spesso breve mentre la sua intensità (le ore di assistenza settimanali) è spesso modesta. Per avere una idea della situazione occorre rammentare che attualmente sono erogate in media annua per ogni anziano assistito a domicilio 2 ore di lavoro del terapeuta della riabilitazione, 9 ore di lavoro dell'infermiere, 3 ore di lavoro di altre professioni fra cui viene ricompreso anche l'OSS e un'ora di lavoro del medico per un totale di 15 ore medie annue. L'80% degli anziani assistiti a casa riceve da 1 a 3 accessi mensili. L'attuale quadro è stato influenzato anche dalla normativa vigente. Non dobbiamo dimenticare che la durata determinata delle cure domiciliari è stata definita dal Ministero della Salute con il documento della Commissione LEA dal titolo "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" del 2006. In tale importante documento si stabilisce che quelle che oggi costituiscono il 70% delle prestazioni domiciliari possono durare al massimo 90 giorni e che il restante 30% delle attuali prestazioni possono durare 180 giorni. Non viene prevista una durata delle prestazioni domiciliari legata alle necessità più prolungate o addirittura permanenti degli assistiti.

Le cure domiciliari non tengono conto delle esigenze complessive degli utenti con problemi di non autosufficienza temporanea o permanente che hanno bisogno di aiuto anche nel compimento degli atti della vita quotidiana. Inoltre, in genere, non sono presenti sistemi di supporto, consulenza ed informazione nelle 24 ore per quei pazienti domiciliari che possono avere delle urgenze percepite che, se risolte, potrebbero evitare ricoveri inappropriati. Questo modello di intervento non è in grado di intercettare una buona parte dei bisogni assistenziali domiciliari con particolare riferimento ai bisogni della non autosufficienza. Nel nuovo modello assistenziale non devono essere previsti limiti di tempo e di ore di assistenza giustificati dai vincoli di spesa. In caso di urgenza e necessità le Centrali operative territoriali (COT) integrate con i servizi domiciliari garantiscono interventi domiciliari anche negli orari in cui il servizio non è attivo ordinariamente. Deve esserci una presa in carico complessiva dell'assistito, rifuggendo da ogni logica prestazionale.

- 7. Previsione che i servizi di assistenza domiciliare sanitaria e sociale debbano essere autorizzati e, nei casi dei servizi domiciliari pubblici e dei servizi erogati per conto della pubblica amministrazione, accreditati.**

L'accreditamento dei servizi domiciliari sono stati previsti recentemente per le cure domiciliari mentre per quelli sociali sono stati previsti solo in pochissime realtà regionali.

Per garantire il rispetto dei requisiti di base e la qualità dei servizi occorre che tutti i gestori pubblici e privati siano autorizzati ed accreditati.

8. **Previsione che la formazione del personale impegnato nell'assistenza domiciliare alle persone non autosufficienti debba essere continua e prevedere anche percorsi relativi a competenze specialistiche. Inoltre, le regioni e le province autonome attivano percorsi formativi per la figura dell'assistente familiare.**

L'assistenza domiciliare si trasforma (pensiamo alla forte implementazione della telemedicina domiciliare) e si allarga a situazioni di long-term care complesse (pensiamo alle diverse malattie neurodegenerative, ecc.). Servono competenze specialistiche per gli operatori domiciliari (operatori sanitari e sociali) che vanno continuamente aggiornate per far fronte efficacemente alle necessità degli assistiti. Inoltre, preso atto che la maggior parte dell'assistenza domiciliare alle persone non autosufficienti è comunque fornita dai caregiver familiari e dalle assistenti familiari occorre pensare anche a garantire dei percorsi formativi leggeri, a cura delle regioni e degli enti locali, anche a tali figure per migliorare la qualità dell'assistenza e dare maggiore sicurezza a tali figure.

Bibliografia

- Alzheimer's Disease International., 2019, *World Alzheimer report 2019: attitudes to dementia*. London: Alzheimer's Disease International (ADI) 2019.
- CERGAS-Bocconi (2019), *Rapporto OASI 2019 – Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano*, Milano, Egea.
- Conferenza Stato-Regioni, Atto n. 151/CSR, “*Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante “Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l’autorizzazione all’esercizio e requisiti ulteriori per l’accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell’articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178”*”: <http://www.statoregioni.it/it/conferenza-stato-regioni/sedute-2021/seduta-del-04082021/atti/repertorio-atto-n-151-csr/>
- Consiglio dei Ministri (2021), *Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)*.
- European Commission - Social Protection Committee (SPC), *2021 Long-Term Care Report Trends, challenges and opportunities in an ageing society Volume I*, European Union, Luxembourg, 2021: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8396>
- Genet N., Boerma W., Kroneman M., Hutchinson A., B. Saltman R.B., *Home Care across Europe*, Who Europe, Copenhagen, 2012. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/home-care-across-europe.-current-structure-and-future-challenges-2012>
- Gori C., *La proposta di inserire nel PNRR la riforma dell’assistenza agli anziani non autosufficienti: un primo bilancio*, I Luoghi della Cura, 27/4/2021: <https://www.luoghicura.it/editoriali/2021/04/la-proposta-di-inserire-nel-pnrr-la-riforma-dellassistenza-agli-anziani-non-autosufficienti-un-primo-bilancio/>
- Gori C., Voltiamo pagina sull’assistenza agli anziani in casa, Lavoce.info, 22 maggio 2020: <https://www.lavoce.info/archives/67135/voltiamo-pagina-sullassistenza-agli-anziani-in-casa/>
- Istat, gli anziani e la loro domanda sociale e sanitaria anno 2019, 2021: https://www.istat.it/it/files//2021/06/rapporto_commissione_anziani.pdf
- Istat, la spesa dei comuni per i servizi sociali - anno 2018, Roma 2021: https://www.istat.it/it/files//2021/02/Report_Spesa-sociale-dei-comuni_rev.pdf
- Menghini V., Tidoli R., (2019) La presa in carico dell’anziano non autosufficiente a domicilio, I luoghi della cura n. 1– 2019, <https://www.luoghicura.it/>
- Ministero della Salute (2021), *Annuario Statistico del Servizio Sanitario nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN. Anno 2019*, Roma https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3073_allegato.pdf
- Muir, T., “*Measuring social protection for long-term care*”, OECD Health Working Papers, No. 93, OECD Publishing, Paris, (2017). <http://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>
- Noli M. (2020), *I servizi domiciliari*, in NNA (a cura di) *L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7 Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli pp. 33 – 51. *Costruire il futuro dell’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia* (luoghicura.it)
- NNA Network Non Autosufficienza, *Costruire il futuro dell’assistenza agli anziani non autosufficienti*, 6/3/2021: <https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2021/04/PROPOSTA-PNRR-NNA.pdf>
- Pasquinelli S., Pozzoli F., *Il sociale prima dei servizi*, in “*Prospettive sociali e sanitarie*” n. 3/2021.
- Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, *Il Piano nazionale di domiciliarità integrata. La proposta del “Patto” per la Legge di Bilancio 2022*, 29 settembre 2021: <https://www.luoghicura.it/sistema/2021/09/il-piano-nazionale-di-domiciliarita-integrata/>
- Pelliccia, L. 2021, *Il punto sui finanziamenti del Welfare 2021*, in Welforum .it , 20/4/2021.

- Pesaresi F., Gori C., *Sad anziani: diventi livello essenziale*, I Luoghi della Cura, 28/9/2021: <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2021/09/sad-anziani-diventi-livello-essenziale/>
- Pesaresi F., *Il manuale dei caregiver familiari*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2021.
- Pesaresi F., *Il settore sociale nel PNRR*, Welforum.it, 20/7/2021: <https://welforum.it/il-settore-sociale-nel-pnrr/>
- Pesaresi F., *Le cure domiciliari e la telemedicina*, Welforum.it, 20/6/2021: <https://welforum.it/le-cure-domiciliari-e-la-telemedicina-del-pnrr/>
- Pesaresi F., “*Il Sad per anziani in Italia*”, in “*Prospettive sociali e sanitarie*”, n.18/2007.
- Possenti M, Arosio F, Govoni S, et al. (2021), *Servizi a livello nazionale, regionale e locale per la presa in carico della persona con demenza*. Rivista SIMG 2021, volume 28, pagg.43-47.
- Tidoli R., *La domiciliarità*, in NNA (a cura di), “*L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto 2017-2019*”, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2017. https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2017/12/NNA_2017_6%C2%B0_Rapporto.pdf
- Tidoli R. (2016), *Il SAD anziani. Un servizio da ripensare?* – 1 parte www.lombardiasociale.it, 26 giugno
- Vetrano D., Vaccaro K (a cura di) (2017) *La Babele dell’assistenza domiciliare in Italia: chi lo fa, come si fa*, scaricabile da <http://www.italialongeva.it>