

Domiciliarità: quale direzione per la Lombardia?

lombardiasociale.it/2020/11/24/domiciliarita-qual-e-direzione-per-la-lombardia

Valentina Ghetti

24 novembre 2020

Intervenuto al webinar “Una nuova assistenza a domicilio in Lombardia: 10 proposte” – si veda lo specifico articolo pubblicato sulla proposta – organizzato da un nutrito gruppo di soggetti sociali[1], l’Assessore Bolognini ha espresso il punto di vista dell’assessorato e enucleato la propria visione sulle direttrici di sviluppo dell’assistenza domiciliare.

Il ragionamento sull’assistenza domiciliare deve partire da un presupposto: il trend demografico ci vede sempre più longevi. In Lombardia, infatti, su circa 10 milioni di abitanti, gli over 65 sono 2.247.703 e, insieme ai residenti tra i 45 e i 59 anni (2.370.090) e a quelli compresi tra i 25 e i 44 anni (2.495.182), costituisce la classe d’età più popolosa della nostra regione. La dinamica demografica vede pertanto costantemente in crescita il numero di soggetti in condizione di cronicità e/o fragilità, caratterizzate spesso da disabilità gravi e anche gravissime. E tra queste ultime, l’assoluta prevalenza sono gli anziani in condizione di demenza e i minori con disturbi dello spettro autistico. **E’ improcrastinabile quindi il potenziamento dell’assistenza, non solo sanitaria ma anche sociosanitaria e sociale, delle persona fragile e della sua famiglia al proprio domicilio.**

Alcuni dati sul sistema attuale

L’assistenza domiciliare di carattere sociale in Lombardia è erogata attraverso 2.098 unità di offerta che, sul totale di 8.292 unità di offerta sociali totali ad oggi autorizzate, rappresentano il 25%.

TIPOLOGIA DI UDO DOMICILIARE PER TARGET	N. UDO	%
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE	858	10,30%
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI	677	8,20%
ASSISTENZA DOMICILIARE MINORI	563	6,80%
	2.098	
Totale complessivo unità di offerta sociali in Lombardia	8.292	100,00%
% unità offerta assistenza domiciliare sul totale unità di offerta	25,30%	

Sono oltre 33 mila le persone prese in carico in **assistenza domiciliare** socio assistenziale nel 2018, per un totale di **oltre 100 mln di euro** di risorse messe in campo, cofinanziate dal bilancio di **Regione Lombardia** per il **17%**.

TIPO	PERSONE IN CARICO	COSTO	DA COMUNE	DA COMUNE PER GESTIONE ASSOCIATA DEL SERVIZIO	DA UTENZA	DA ALTRI ENTI PB	ALTRA TIPOLOGIA DI ENTRATE	FONDO SOCIALE REGIONALE	DA FNPS	DA FNA	FONDO QUOTA INDISTINTA DEL PDZ	FONDO DI SOLIDARIETA'
Totale Spesa sociale												
Servizi di Assistenza Domiciliare - ex SAD	24.545	60.469.086	32.412.946	7.026.783	7.299.956	411.265	828.546	10.223.889	953.550	401.403	760.779	120.113
Servizi di Assistenza Domiciliare Disabili - ex SADH		15.312.713	9.186.144	1.292.565	884.935	158.992	99.976	2.004.482	1.009.243	272.513	358.334	70.331
Assistenza Domiciliare Minori - ex ADM	9.263	26.490.138	15.135.162	3.381.733	154.056	379.009	71.222	5.174.854	1.548.550	87.299	545.411	17.896
TOTALE	33.808	102.271.936	56.734.252	11.701.081	8.338.948	949.266	999.744	17.403.225	3.511.343	761.215	1.664.523	208.340

Le prospettive su cui punta la Regione

UVM, PAI, Budget unico

Declinare la risposta sul territorio puntando al domicilio fisico e digitale della persona e della sua famiglia.

Occorre puntare la risposta del sistema al domicilio, giocando l'integrazione di servizi e interventi sulla long-term care. Regione Lombardia sta lavorando per concentrare gli sforzi sul territorio. Potenziandolo, digitalizzando le relazioni fra gli attori della rete, per una integrazione che ricomponga servizi, interventi, solidarietà organizzata, i rapporti di vicinato. **Le risposte vanno garantite all'esito di una valutazione multidimensionale, autenticamente fondata sull'approfondimento di tutte le dimensioni funzionali della persona e sull'analisi delle condizioni di contesto fisiche e socio/relazionali**, puntando a produrre il miglior risultato in termini di inclusione della persona e della sua famiglia e di accessibilità alla vita sociale. Conciliando le responsabilità familiari, compensando il lavoro di cura del care giver familiari o regolarmente assunti, sostenendo gli oneri per il mantenimento della casa, aiutando le famiglie a costruire il dopo di noi dei figli in condizioni di grave e gravissima disabilità, implementando sul territorio azioni concrete a contrasto della povertà... non solo alimentare, ma relazionale, educativa.

E devono tradursi in una **progettazione declinata su un budget integrato di servizi e interventi di assistenza diretta e indiretta, in ambito sanitario, sociosanitario e socioassistenziale, mixati in modo appropriato al bisogno valutato**. Le risorse di comunità vanno tutte proattivamente ricercate, e poi coniugate e integrate, per una presa in carico autenticamente proiettata all'inclusione della persona e della sua famiglia e, con essa, alla coesione sociale.

La centralità del domicilio

Il principio organizzativo di base, come del resto già esplicitato nella programmazione regionale, dovrebbe essere che **il domicilio fisico/digitale della persona è il luogo a cui dovrebbero prioritariamente puntare i servizi e gli interventi fisici e digitali distrettuali**. L'accesso alla rete dei servizi distrettuali dovrebbe pertanto essere ordinato e organizzativamente sviluppato in concreto a partire da questo principio.

Questo al fine di marginalizzare l'inappropriatezza nell'utilizzo del *setting* ospedaliero che, nei contesti di emergenza sistemica/pandemica, potrebbe anche tradursi in una grave condizione di insostenibilità. **Tutto quello che può essere organizzato ed erogato sul territorio, semplicemente, deve esserlo**. I numeri ci dicono questo.

Diversamente il rischio di potenziale “overbooking” è alto e, con esso, il rischio per la salute dei singoli.

Per questo, in una logica “a standard”, e, quindi, nella quotidiana dinamica assistenziale territoriale, **si sta lavorando per creare le migliori condizioni di evitamento di questa inappropriata/insostenibilità, sviluppando interventi e monitoraggio fisici e digitali appropriati e utilizzando il *setting* più vicino alla persona.** Ma come per l’ospedale l’accesso è ordinato da regole chiare, così dovrebbe essere nel sistema territoriale. La “terapia di contrasto” all’accesso inappropriato alla rete ospedaliera richiede l’estensione della programmazione nei piani assistenziali individualizzati (PAI) dalle prestazioni terapeutiche e specialistiche di follow up (PIC) a quelle territoriali di assistenza domiciliare, di RSA aperta, di residenzialità assistita... La misurazione della pressione, della saturazione, il prelievo al domicilio, la cura di una ferita, la consegna dei farmaci, il colloquio psicologico, l’attivazione di competenze relazionali, la consegna dei pasti, la nutrizione artificiale domiciliare, l’ossigenoterapia domiciliare, il bagno assistito sono ambiti di bisogno sociale e sociosanitario non meno importanti di quelli legati agli interventi chirurgici complessi.

Questo anche considerando che la loro numerosità diventa – se le regole di ingaggio non sono chiare e coordinate – inevitabilmente anche complessità burocratica, o sovrapposizione di intervento o inaccessibilità. La sussidiarietà è un valore fondante del nostro modello, che valorizza l’iniziativa delle reti solidaristiche, la naturale proattività della Comunità lombarda, ma questo richiede poi uno sforzo di ricomposizione e non deve tradursi in confusione di ruoli/sovrapposizione/inazione.

Potenziamento nell’uso della tecnologia e delle risorse umane

Si sta lavorando alla strutturazione di un comparto di rete territoriale molto forte, attraverso l’investimento in tecnologie di telemedicina e telemonitoraggio e il potenziamento delle risorse umane (infermieri di comunità, assistenti sociali...). Occorre anche sviluppare una tecnologia di gestione della relazione/comunicazione tra i professionisti del welfare del territorio per il mantenimento della persona nel suo contesto di vita, capace di intervento oltre che di monitoraggio. Essere quindi fisicamente – anche attraverso innovazione e trasformazione digitale – presenti e agire al domicilio della persona, riconsiderando che il contesto fisico del domicilio del paziente è un *setting* di cura a tutti gli effetti a cui può e deve puntare la riorganizzazione del sistema.

Occorre definire ruoli e precise responsabilità all’interno della filiera, affinché il percorso del singolo in essa sia effettivamente ordinato secondo la costante applicazione del principio della prevenzione e non di quello del “trasferimento” al *setting* successivo per mancanza di strumenti in quello che, almeno per un tratto, sarebbe il più appropriato. La chiarezza di ruolo all’interno del modello diventa certezza e qualità dell’intervento.

In questo quadro va comunque sottolineato che la digitalizzazione va sì perseguita, ma solo nella misura idonea a realizzare il giusto temperamento tra il bisogno di assistenza e quello di relazione, posto che l’incontro fisico nei luoghi sociali/comunità ove l’uomo svolge la sua personalità, deve continuare a costituire un valore positivo da perseguire, costituendo esso stesso qualità della vita. Il costo sociale (disagio psichico, depressione) che potrebbe invece produrre in prospettiva l’implementazione di contesti di vita sempre più *smart* ma fisicamente divisivi, in quanto esito di processi di digitalizzazione delle reti sociali di riferimento (reti dell’istruzione, dei servizi sociali, dei servizi sanitari, sociosanitari, lavorativi), non possiamo ancora immaginarli. **Occorrerà quindi sistematicamente temperare, bilanciandone l’intensità, la cura digitale e la cura in presenza, in chiave di efficacia dell’intervento sulla qualità della vita della persona e della sua famiglia.**

[1] Forum del Terzo Settore, SPI CGIL, FNP CISL, ACLI, Legacoop, Confcooperative, Federsolidarietà, AUSER, ANTEAS, Ordine degli assistenti sociali, CISL Medici, UNEBA, Centri di servizio per il volontariato (CSV) e con il sostegno di Anci Lombardia