

Una nuova assistenza
a domicilio
in Lombardia

10 proposte



proposte promosse dalle sezioni lombarde di:

FORUM DEL TERZO SETTORE - SPI CGIL - FNP CISL - ACLI APS
Legacoop - Confcooperative - Federsolidarietà - AUSER - ANTEAS
Ordine degli assistenti sociali - CISL Medici - UNEBA - Centri di servizio per il volontariato (CSV)

Una nuova assistenza a domicilio in Lombardia: 10 proposte¹

Una rete di cure territoriali robusta, diffusa, competente: i mesi dell'emergenza sanitaria, che ora si rinnova con la seconda ondata epidemica, ne dimostrano l'importanza, ma siamo ancora lontani dal raggiungerla.

Oggi si è aperta la strada per costruirla. La revisione della legge regionale 23/2015, in scadenza, offre la possibilità di un ripensamento e una riorganizzazione delle cure domiciliari, tassello fondamentale dell'assistenza territoriale. La legge 77/2020 (ex dl Rilancio) aumenta le risorse previste per i servizi di Assistenza domiciliare integrata (ADI), stanziando 734 milioni per le cure domiciliari. Si tratta di occasioni importanti per superare i limiti attuali.

L'attuale finestra di opportunità e il principale progetto

Questo documento si colloca dunque **nel quadro della revisione della legge regionale 23/2015** e di nuove risorse, più sopra richiamate, nonché nella direzione di una nuova legge quadro nazionale sulla non autosufficienza, a lungo auspicata.

Cogliendo queste opportunità, siamo convinti sia questo il momento per avviare un percorso di adeguamento dell'attuale rete di interventi domiciliari, più capace di affrontare le sfide, sociali e demografiche, che ci attendono domani. Se le nuove risorse si limitassero ad aggiungersi all'esistente, lasciando le cose come stanno, verrebbe sprecata un'occasione unica.

L'ADI offre prestazioni di natura prevalentemente medico-infermieristiche e di durata limitata: si conta una media di 25 ore all'anno per utente. I bisogni delle persone fragili (persone con disabilità, persone non autosufficienti) sono invece continuativi nel tempo e riguardano, sempre più, sostegni e tutele anche "sociali". Crediamo allora urgente **un ripensamento complessivo**, sul lato sanitario e su quello sociale seguendo le direzioni che indichiamo in queste pagine. Esse riguardano l'intero Paese: qui iniziamo a declinarle sulla Lombardia, la regione più popolosa e, com'è noto, più colpita dalla pandemia.

- ***La nostra proposta principale*** è quella di avviare una ridefinizione delle cure domiciliari che superi la separazione tra ASST e Comuni ed estenda il campo degli aiuti possibili attraverso una sperimentazione regionale, che ponga le basi per un modello integrato di cure sociosanitarie e tutelari.

¹ Nato nell'ambito del progetto "[Time to Care](#)", questo documento è stato coordinato da Sergio Pasquinelli, presidente dell'[Associazione per la Ricerca Sociale](#) di Milano.

1. Livelli essenziali di assistenza

Anzitutto, ci preme sottolineare l'importanza di rendere diritto esigibile l'assistenza domiciliare. Questo oggi non accade: essa è fruibile nei limiti delle risorse disponibili, in particolare sul lato "sociale", e questo genera iniquità. I livelli essenziali di assistenza (LEA) relativi alle cure domiciliari devono essere definiti a livello nazionale, così come accade per altre prestazioni pubbliche universalmente garantite. Per esempio, il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) già copre, come previsto dai LEA, parte dei costi della residenzialità (RSA) per i non autosufficienti. Perché tale copertura non è assicurata anche per l'assistenza a domicilio?

- *Le cure domiciliari devono rientrare nel quadro dei LEA - livelli essenziali di assistenza garantiti nei confronti della popolazione fragile: persone con disabilità e anziani non autosufficienti.*
- *Questo significa che i binari, oggi paralleli, di ADI e servizi domiciliari dei comuni (SAD), dovranno trovare punti di convergenza, superando la dicotomia tra la gratuità dell'ADI e la compartecipazione ai costi dei SAD.*

2. Accesso

Le cure domiciliari delle ASST e dei Comuni oggi raggiungono una quota largamente minoritaria del bisogno potenziale. In Lombardia si contano 2,2 milioni di anziani, un numero che cresce al ritmo di 40-50.000 unità all'anno: solo meno del 5% di questa popolazione usufruisce di servizi domiciliari pubblici.

Dobbiamo ridurre la distanza tra bisogni e servizi. E' impressionante la quota di famiglie che non conoscono i servizi pubblici o [che addirittura non sono interessate a usarli](#). Per ridurre questa distanza **occorre lavorare su luoghi fisici concreti, capaci di attivare una presa in carico vera da parte delle istituzioni.**

- *Vanno coinvolti e sensibilizzati i **Medici di medicina generale** e più complessivamente l'insieme delle Cure primarie nei confronti di cure domiciliari da considerarsi come opportunità di sostegno non episodico.*
- *Vanno realizzati i Presidi (**Presidi Socio Sanitari Territoriali**). Previsti dalla legge regionale 23/2015, questi servizi non sono mai decollati. I distretti sociosanitari negli anni non hanno avuto in questa regione i sostegni che necessitavano. Serve una messa a terra di questi Presidi in una logica di prossimità fisica con il bisogno e di dialogo tra ASST e Comuni.*
- *La logica dev'essere quella del "**One stop shop**", del luogo fisico che ricomponete tutte le risorse di aiuto di un territorio, che semplifica i percorsi di accesso e assicura una informazione aggiornata. In questa logica andranno utilizzati anche i finanziamenti previsti dalla legge 77/2020 per la prevista sperimentazione biennale di "Strutture di Prossimità".*

3. Una nuova missione dei servizi

Come uscire dalla nicchia? Come estendere la platea di famiglie aiutate dai servizi? Possiamo farlo se concepiamo **servizi che facilitano, valorizzano** le risorse di cura dei territori e delle famiglie (*enable*) e **non semplicemente che erogano** (*provide*) **prestazioni**. Aiutare e facilitare richiede una forte personalizzazione degli interventi, da ritagliare e finalizzare caso per caso, e una reale presa in carico. Se oggi la domanda si adatta all'offerta disponibile, la logica deve ribaltarsi. E questo richiede un lavoro diverso dei servizi: di connessione, alleanza, promozione del territorio e delle risorse familiari.

- *L'organizzazione e lo **sviluppo di comunità** offrono possibili strumenti per indirizzare l'assistenza a domicilio verso modalità di intervento non più e non solo "prestazionali". Si tratta infatti di interventi di rete volti a connettere, facilitare relazioni, valorizzare, organizzare e integrare le risorse esistenti, formali e informali.*
- *Serve investire sulla **formazione di figure professionali** capaci di gestire e muoversi nella rete: dai network manager agli assistenti sociali e infermieri di comunità. Vanno sviluppate capacità nuove, volte alla capacitazione e non solo alla gestione di prestazioni.*
- *Serve **co-progettazione tra Enti pubblici e Terzo settore**. Il Covid-19 ha mostrato come là dove questa co-progettazione è avvenuta, le risposte all'emergenza sono state migliori. Il ruolo strategico del Terzo settore nel rispondere ai bisogni delle categorie più fragili deve essere valorizzato attraverso una regia pubblica forte.*

4. Un diverso perimetro dell'aiuto a domicilio

È (solo) di più ADI ciò di cui abbiamo veramente bisogno?

A fronte di un ADI che offre prestazioni molto standardizzate, poco personalizzate e di durata limitata, i bisogni delle persone fragili non sono solo sanitari, infermieristici, riabilitativi, ma riguardano sostegni e tutele sociali, legate agli atti della vita quotidiana, sia all'interno che al di là delle mura domestiche. **Ciò di cui c'è bisogno è allora un ventaglio più ampio di supporti** che guardino a soggetti diversi (non solo la persona fragile, "utente", ma anche il suo contesto), e a diversi gradi di fragilità, anche moderata, mentre i servizi attuali intervengono solo nelle fasi più acute (ADI) o nelle fragilità conclamate ed economicamente più deboli (SAD).

- *Serve **riprogettare i servizi di assistenza domiciliare**: interventi quali visite mediche, prestazioni infermieristiche, somministrazione di medicine dovrebbero essere accompagnati da aiuti orientati a supportare la domiciliarità nelle sue diverse sfaccettature: dalla mobilità (domestica e extra domestica) ai bisogni personali (es: igiene, vestizione, alimentazione) agli accompagnamenti sul territorio (es: piccole commissioni, accompagnamento a centri e luoghi di aggregazione).*
- *Non solo. **L'aiuto dovrebbe estendersi anche al nucleo familiare**: non solo la persona fragile ma i familiari, i caregiver tante volte fragili a loro volta,*

attraverso informazioni, formazione, aiuti di vario genere. Ed eventualmente anche all'assistente familiare: la sua scelta, il suo percorso lavorativo.

- *La riprogettazione dei servizi di assistenza domiciliare dovrà poi tenere conto delle diverse linee (misure B1 e B2, ProVI, legge 112/2016 sul Dopo di Noi, voucher anziani e disabili), in una logica ricompositiva. [Il progetto di legge regionale per il diritto alla vita indipendente](#) delle persone con disabilità va in questa direzione e offre strumenti di intervento che possono essere applicati nell'ambito delle cure domiciliari.*
- *Elemento fondamentale affinché un nuovo perimetro dell'aiuto a domicilio possa concretizzarsi è infine **il tema dell'abitare**. Vivere a domicilio dev'essere un diritto e la realizzazione di tale diritto passa per alloggi adeguati e politiche capaci di saper leggere i diversi contesti territoriali, agendo sia a livello di barriere architettoniche sia di organizzazione attenta dei luoghi.*
- ***I dispositivi digitali** e le nuove tecnologie, anche quelle che prevedono diagnosi e assistenza da remoto come la telemedicina, configurano dispositivi complementari all'aiuto in presenza, per una domiciliarità più agile e in grado di raggiungere più persone.*

5. Caregiver

L'auto-risposta poggia sulle fragili gambe dei caregiver familiari, in Italia se ne contano più di cinque milioni. In Lombardia sono più di mezzo milione. Un numero destinato, per ragioni demografiche e per i processi di trasformazione dei nuclei familiari, a diminuire negli anni, così come sono destinati ad aumentare gli anziani fragili e isolati.

Una realtà silente, poco considerata, intergenerazionale, lontana dai servizi pubblici. E tuttavia, questi mesi hanno rivelato un fatto nuovo. La ricerca che abbiamo realizzato ad aprile su un campione nazionale non probabilistico di mille caregiver l'abbiamo intitolata "[L'Italia che aiuta chiede servizi](#)" perché solitamente, al primo posto tra ciò che si desidera, le famiglie chiedono aiuti economici. E invece qui è emersa per prima la richiesta di informazioni, aiuti diretti, insomma servizi che le sostengano nei compiti di cura.

- *Serve sviluppare una serie di interventi a **sostegno dei caregiver**: dall'istituzione di luoghi di supporto e incontro (es: punti di incontro) ad azioni di sensibilizzazione sul ruolo dei caregiver rivolte al sistema dei servizi, alla formazione degli operatori che si occupano di accompagnare e assistere le persone fragili e le loro famiglie.*
- *In questa direzione va la [proposta di legge regionale di iniziativa popolare #iosonocaregiver](#) che auspichiamo possa presto intraprendere il suo iter istituzionale.*

6. Assistenti familiari

[Secondo nostre stime](#) le badanti in Lombardia sono circa 160.000, di cui meno della metà (62.000) regolarmente assunte. Persone che vengono impiegate dalle famiglie, direttamente e privatamente, secondo una logica di “welfare fai-da-te”. Nei mesi di *lockdown* è avvenuta un'ondata di chiusure dei rapporti di lavoro, per paura di un contagio: complessivamente il settore ne sta uscendo più fragile e impoverito. Di badanti, però, avremo sempre più bisogno e il nuovo contratto colf, appena siglato tra le parti sociali, aiuterà ad un uso più appropriato di questa risorsa. Ma non basta:

- *Serve dare **piena attuazione alla legge regionale 15/2015** sugli assistenti familiari, superando i limiti finora riscontrati riguardo all'implementazione degli Sportelli informativi per l'assistenza familiare – che ancora non sono presenti omogeneamente sui territori - e dei relativi Registri.*
- *Immaginiamo un nuovo sistema di cure domiciliari territoriali che si **interfaccino con la realtà delle badanti**, e che aiutino a superare la doppia solitudine, quella delle famiglie e quella delle badanti stesse, supportandone rispettive esigenze e percorsi di cura.*

7. Una nuova governance delle cure domiciliari

Di integrazione sociosanitaria si parla da tanti anni.

Si raggiunge integrazione nella misura in cui si riesce a creare una nuova **governance che faccia sintesi tra i due soggetti istituzionali coinvolti: Comuni e ASST**. Occorre unificare gli accessi, i percorsi di valutazione del bisogno, i piani di assistenza e, punto cruciale, le risorse investite. Una vera integrazione si realizza con un impianto condiviso di governo e gestione anche delle risorse e degli investimenti. Un disegno delle cure domiciliari che deve poi coinvolgere il Terzo settore su un piano paritetico e non come semplice subfornitore di servizi.

Iniziare questo tipo di cambiamento in Lombardia richiede una *governance* condivisa già a livello regionale. La presenza di tre assessorati di riferimento (al Welfare, al Sociale e alla Famiglia) non aiuta l'integrazione, vanno potenziati i meccanismi di coordinamento già prefigurati dalle bozze del nuovo Piano sociosanitario. Va inoltre individuata una responsabilità per la *long term care* che sfrutti tale integrazione, nelle specificità che caratterizzano quest'area di assistenza.

Nelle cure domiciliari il Terzo settore deve trovare uno spazio nuovo, non compreso sulla mera erogazione di servizi, ma che valorizzi in una logica di coprogettazione tutta la sua esperienza per la costruzione di un nuovo modello di servizio e di rete territoriale.

- *Va avviato un **Tavolo di lavoro regionale** che convochi Regione, Anci, Parti sociali e Terzo settore, per sviluppare contenuti e procedure per un nuovo sistema di cure domiciliari come qui prefigurato: più integrato, più versatile in termini di azioni svolte, più esteso in termini di domanda coperta.*

8. Servizi domiciliari nelle Cure primarie

Sul territorio serve investire nelle cure primarie, negli anni depotenziate in questa regione. La sofferenza nella quale si trovano molti lombardi non autosufficienti, disabili o con disturbi mentali e le loro famiglie, da anni non trova adeguate risposte ed è aggravata dall'isolamento sociale. Servono risorse dedicate ai singoli ambiti distrettuali e serve dialogo, collaborazione, lavoro di equipe nell'identificazione dei bisogni prioritari e nella progettazione delle cure tra servizi sociali, sociosanitari e sanitari.

- *Servono strutture territoriali stabili di raccordo tra **Comuni, Distretti, Dipartimenti delle cure primarie delle ATS**, che sovrintendano gli investimenti nella medicina preventiva e l'attuazione delle aggregazioni funzionali e delle Unità complesse dei medici delle cure primarie.*
- *Nel sistema delle cure domiciliari che immaginiamo, non più separato tra Comuni e ATS e ASST, i **medici di medicina generale** devono assumere una funzione cruciale di prevenzione, diagnosi e presa in carico, anche in regime di telemedicina quando possibile, in collaborazione con gli **infermieri di famiglia**, figura introdotta dalla legge 77/2020 e che anche la Lombardia dovrà introdurre, secondo le linee guida recentemente approvate nella Conferenza delle Regioni.*
- ***Le risorse messe in campo** dal Terzo settore e dai Comuni sono indispensabili per programmare insieme ad ATS e ad ASST interventi che possano raggiungere capillarmente a domicilio anche i soggetti più fragili.*

9. Il finanziamento delle cure

Gli investimenti sulla domiciliarità in Lombardia, rispetto alla risposta residenziale, continuano a rimanere limitati. Il potenziamento della spesa riservata alla domiciliarità dovrà quindi essere mantenuto, anche in periodi non emergenziali. Affrontare il tema delle risorse non è però una questione solo quantitativa. Al contrario, centrale è proprio il tema della frammentazione delle risorse: le misure sono troppe e troppo complesse da gestire. Rimane poi il fatto che, anche aumentando la spesa pubblica, non avremo mai tutte le risorse necessarie per rispondere a tutti i bisogni, soprattutto se di tipo "sociale", e la domiciliarità di domani dovrà considerare di far leva anche su una diversa gestione delle risorse, facendo *pooling* tra quelle pubbliche e quelle familiari.

- *L'utilizzo dei **Budget di Salute** rappresenta uno sviluppo molto interessante in questa direzione. La logica è quella della ricomposizione delle risorse - pubbliche e private, umane, professionali ed economiche - in un unico budget personalizzato, base per lo sviluppo di progetti individuali, o progetti di vita, a loro volta personalizzati.*
- *L'andamento demografico e l'inevitabile aumento della domanda di assistenza necessita di un'approfondita riflessione sull'istituzione di **Fondi di scopo** finalizzati ad una vera presa in carico "multidimensionale" delle fragilità sia sul piano dell'equità sociale, sia su quello della sostenibilità nel medio e lungo periodo.*

10. Una “messa a terra” consapevole

Il ridisegno di una nuova rete di aiuti dovrà essere attentamente accompagnato, monitorato e valutato. Nessuno di noi ha la ricetta pronta e sappiamo che apprendere dall’esperienza è una virtù che ha bisogno di informazioni di ritorno sugli interventi posti in essere. Produrre uno sforzo anche in questa direzione permetterebbe di investire senza disperdere le energie. **Una valutazione continuativa dei servizi domiciliari, centrata sul loro impatto sociale**, aiuterà la “messa a terra” delle proposte qui presentate. Molti dati già raccolti e prodotti da diversi soggetti dovrebbero essere più accessibili, leggibili, condivisi in modo da consentire lo sviluppo di un *know-how* e una complessiva crescita di competenze delle comunità di cura.

*Anci Lombardia ha espresso un sostegno “convinto e determinato”
nei confronti dei contenuti qui espressi.*

Milano, novembre 2020