



**Patto per un
nuovo welfare
sulla non
autosufficienza**

I SERVIZI DOMICILIARI IN ITALIA

Allegato 1 a IL PIANO NAZIONALE DI DOMICILIARITA' INTEGRATA

La proposta del "Patto per un nuovo welfare sulla Non autosufficienza" per la Legge di bilancio 2022

Rosemarie Tidoli

Settembre 2021

I servizi domiciliari pubblici in Italia: Sad e Adi. Analisi delle rispettive caratteristiche e criticità.
Riconoscere la diffusione della demenza. La direzione da imboccare

I SERVIZI DOMICILIARI IN ITALIA

Rosemarie Tidoli

INDICE

	Pag.
1. Il Sad	2
<i>Un'utenza ridotta e in costante diminuzione da tempo</i>	2
<i>Il disinvestimento dei Comuni riflette l'inadeguatezza del modello d'intervento</i>	3
<i>Un'integrazione assai limitata con le Asl</i>	3
<i>L'elevata eterogeneità territoriale</i>	4
<i>La mancanza di un modello d'intervento adatto e la prevalenza della logica socio-assistenziale</i>	4
2. L'Adi	6
<i>L'esigua intensità e la breve durata degli interventi</i>	6
<i>La ridotta integrazione con i Comuni</i>	8
<i>L'eterogeneità territoriale</i>	8
<i>La prevalenza della logica clinico-sanitaria</i>	9
3. La direzione da seguire	9
<i>Puntare l'attenzione su intensità delle risposte e durata della presa in carico</i>	9
<i>Utilizzare il modello del care multidimensionale, proprio della non autosufficienza</i>	10
<i>Superare la separatezza tra Comuni e Asl</i>	10
<i>Ridurre l'eterogeneità territoriale</i>	10
<i>Riconoscere la diffusione della demenza</i>	11
<i>Sconfiggere il pericolo di riproporre le criticità esistenti su scala maggiore</i>	12
Bibliografia	13

I SERVIZI DOMICILIARI IN ITALIA

Rosemarie Tidoli

Questo scritto esamina i servizi di assistenza domiciliare in Italia evidenziandone le principali problematiche, che rappresentano i punti sui quali intervenire per migliorarli. Considera prima i servizi di titolarità comunale (Sad – Servizio assistenza domiciliare) e poi quelli di responsabilità delle Asl (Adi – Assistenza domiciliare integrata). In conclusione, propone una visione d’insieme sulla direzione da seguire per superare le criticità illustrate.

1. Il Sad

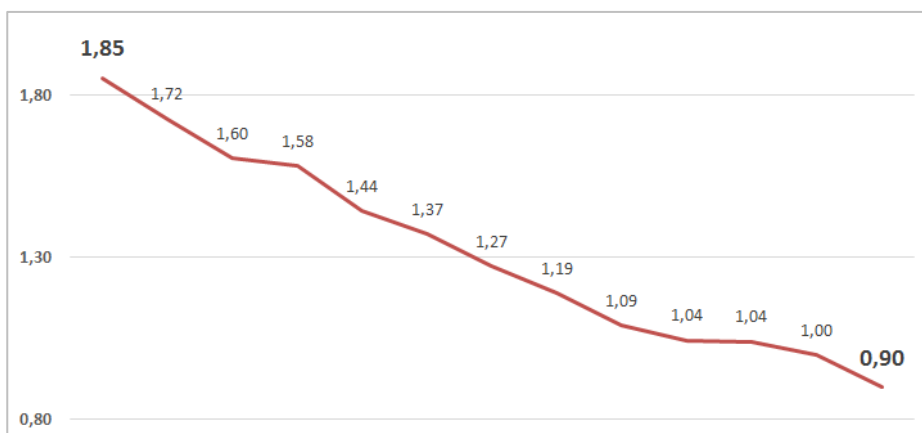
Il Sad, servizio di assistenza domiciliare sociale comunale, eroga a soggetti anziani e/o fragili, parzialmente o totalmente non autosufficienti, prestazioni socio-assistenziali e tutelari (prioritariamente igiene e cura della persona e, in misura minore, stimolo alla socializzazione; alcuni Comuni prevedono anche aiuto domestico). Spesso è possibile usufruire di interventi complementari come pasti, telesoccorso, accompagnamento per visite, ecc. I richiedenti vi accedono secondo i criteri previsti dal regolamento dell’Ente e previa valutazione del caso da parte del servizio sociale comunale.

Un’utenza ridotta e in costante diminuzione da tempo

Il Sad, non essendo stato istituito da leggi nazionali¹, è caratterizzato dalla massima eterogeneità tra regioni e territori quanto a diffusione, utenza seguita, regolamenti di ammissione, prestazioni, costi di partecipazione, ecc. Ciononostante è possibile individuare due tendenze valide in tutt’Italia.

La prima è l’esiguità della popolazione ultra 65enne raggiunta (copertura); la seconda è la costante riduzione della copertura che, pur con grande variabilità e significative differenze nel Paese, dal 2004 è ininterrottamente in flessione quasi ovunque. Confrontando gli anni 2006-2018, si rileva che nel 2018 ha usufruito di assistenza domiciliare sociale lo 0,9% degli ultra65enni (128.285 persone) mentre nel 2006 la percentuale era doppia, lo 1,85% (cfr. fig. 1).

Figura 1 – Ultra 65enni utenti del Sad, anni 2006-2018



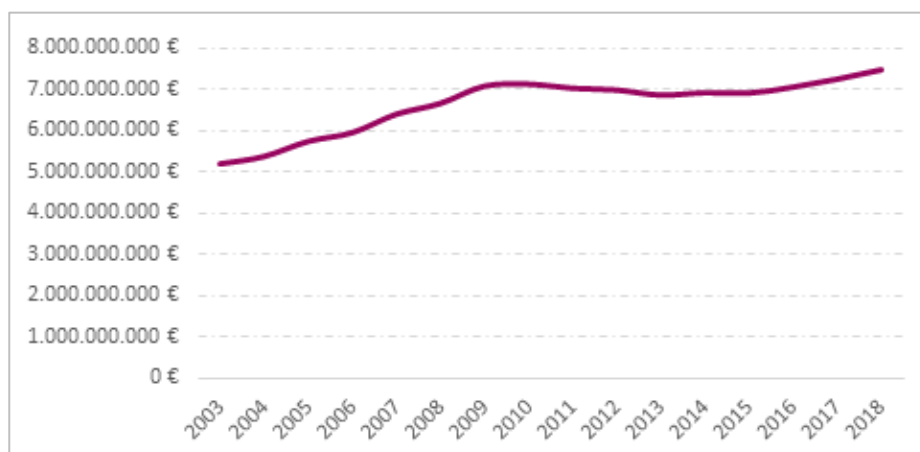
Fonte: elaborazione su dati Istat, anni vari

¹ Il Sad esordisce per iniziativa autonoma di singoli Comuni settentrionali verso metà degli anni '70 (Milano avvia i Centri di Assistenza Domiciliare Anziani nel 1973). Nell'arco di circa un ventennio si diffondono, promossi dalle leggi di riforma dei servizi socioassistenziali emanate da molte Regioni tra gli anni '80 e '90 (Tidoli, 2017). Nonostante la L. 328/2000 li citi all'art. 15 (inattuato a causa della riforma del titolo V della Costituzione), non saranno mai oggetto di normative nazionali di rilievo e, ancor oggi, non sono presenti nella totalità dei Comuni o degli Ambiti.

Il disinvestimento dei Comuni riflette l'inadeguatezza del modello d'intervento

Se si esamina la serie storica Istat sulla spesa sociale comunale complessiva (2003-2018) in parallelo ai dati di spesa per l'assistenza domiciliare degli ultimi anni, le peculiarità del Sad emergono nitidamente. La figura 2 indica come la spesa sociale totale sia globalmente aumentata nel tempo, nonostante una fase di stasi e leggera contrazione all'inizio dello scorso decennio.

Figura 2 – Spesa dei Comuni per i servizi sociali anni 2003-2018



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2021

La spesa per l'assistenza domiciliare, invece, non è cresciuta di conseguenza e, anzi, si è man mano ridotta; la tabella 1 mostra come dai 345 milioni del 2011 i Comuni siano passati ai 274 milioni del 2018 (con l'unica eccezione di un aumento registrato tra il 2016 e il 2017).

Tabella 1 - Spesa sociale dei Comuni per assistenza domiciliare a favore di anziani > 65enni, anni 2011-2018 (in euro)

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
345.478.102	328.898.704	318.388.584	312.277.120	294.956.502	269.727.930	280.865.496	274.985.752

Fonte: elaborazione su dati I.stat

Il minor investimento nell'assistenza domiciliare, dunque, sembra conseguire a una precisa scelta delle Amministrazioni e non a imposizioni dettate da vincoli di bilancio. Peraltro, il calo delle risorse destinate al Sad, riscontrabile pressoché in tutte le Regioni, si rivela come una tendenza omogenea nel Paese. La diffusa decisione di ridurre l'investimento nella domiciliarità da parte dei Comuni italiani sembra indicare la consapevolezza che l'attuale modello d'intervento è inadeguato, un aspetto che verrà toccato più avanti.

Un'integrazione assai limitata con le Asl

Ai 128.285 ultra 65enni che ricevono il solo Sad (lo 0,9% della popolazione target), ne vanno aggiunti altri 57.685 (lo 0,4%) che possono contare sull'assistenza comunale integrata con l'assistenza domiciliare sanitaria, fornita dalle Asl. Complessivamente, dunque, gli anziani utenti del SAD sono 185.970, pari all'1,3%.

Spicca come gli anziani che usufruiscono di interventi integrati, erogati congiuntamente da Comuni e Asl, siano veramente pochi. Va sottolineato, inoltre, che i Comuni italiani che integrano il Sad con

l'assistenza domiciliare sanitaria sono solo il 40,1%: vari territori, tuttavia, sono molto al di sotto di questa media². Questo dato conferma ulteriormente la ridotta realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria su tutto il territorio nazionale (Gori, Pesaresi, 2021).

L'elevata eterogeneità territoriale

Il panorama del Sad presenta alcuni tratti condivisi nella gran parte del Paese: la limitata copertura, la sua riduzione nel tempo e l'assenza di un modello adeguato alla natura della non autosufficienza (cfr. oltre). A tali macro-tendenze comuni si affiancano grandi differenze geografiche nella tipologia delle risposte previste dalle singole Regioni. Questo aspetto è chiaramente visibile nella tabella 2, riguardante la spesa per anziano residente nelle diverse Regioni. L'eterogeneità regionale dello sforzo compiuto per il Sad deriva dalla mancanza di livelli essenziali delle prestazioni, che vadano a definire alcuni parametri in materia da rispettare in tutt'Italia.

Tabella 2 - Spesa per il Sad per anziano residente nelle Regioni italiane, anno 2018

Regioni	Spesa Sad x anziano residente Euro
Piemonte	17
Valle d'Aosta	171
Liguria	23
Lombardia	20
Bolzano	138
Trento	111
Veneto	32
Friuli Venezia Giulia	42
Emilia Romagna	18
Toscana	25
Umbria	10
Marche	14
Lazio	30
Abruzzo	17
Molise	20
Campania	20
Puglia	26
Basilicata	19
Calabria	11
Sicilia	22
Sardegna	55
ITALIA	25

Fonte: elaborazione su dati Istat (Gori, Pesaresi, 2021)

La mancanza di un modello d'intervento adatto e la prevalenza della logica socio-assistenziale

L'odierno modello di Sad, nella gran parte del Paese – e tranne rare eccezioni – si discosta poco da quello originario e si basa su prestazioni circoscritte per numero di ore erogate e accessi settimanali. A essere molto cambiati negli anni, invece, sono l'utenza e il contesto nel quale il servizio opera. I

² Si spazia da Regioni come Piemonte, Puglia e Veneto, dove la percentuale supera il 75%, ad altri territori (Valle d'Aosta, Lombardia, Bolzano, Trento, Marche, Molise) dove meno del 10% dei comuni eroga il Sad integrato.

motivi della crisi in cui da tempo versa il Sad fundamentalmente derivano dalla reiterata incapacità di modificare il proprio intervento per accordarlo ai bisogni man mano emersi e alle fasi storiche sopraggiunte. Per capirlo meglio occorre ripercorrerne un po' di storia.

Il Sad nasce a metà anni '70 per persone con lievi compromissioni dell'autonomia e bisogni "leggeri", come aiuto domestico e commissioni, e così si sviluppa fin verso l'inizio degli anni '90 (Tidoli, 2006). A partire da quel periodo il Sad si trova a fare i conti con l'esplosione degli anziani in condizioni di dipendenza³: in breve i servizi locali devono misurarsi con un'ondata di persone che portano una domanda nuova e specifica. I potenziali utenti, sempre più numerosi e più vecchi, sono affetti da patologie multiple e croniche, da decadimenti cognitivi e spesso hanno necessità di assistenza continuativa. Tuttavia, la sua rigida strutturazione non permette al Sad di adeguarsi al rapido mutare della richiesta di aiuto. Di fronte alle molteplici esigenze quotidiane dei non autosufficienti – con casi molto differenti per tipo e stadio della disabilità, rete familiare, vissuto degli interessati e dei caregiver, ecc. – gli interventi previsti dall'assistenza domiciliare tradizionale mostrano i loro limiti; qualunque sia il bisogno, le risposte vengono ricondotte a tre o quattro prestazioni diurne standardizzate (erogate nel corso di un numero – variabile ma contenuto - di accessi settimanali, di 1 o al massimo due ore l'uno) mentre la gestione complessiva della situazione resta sulle spalle della famiglia (oppure precaria).

Dagli anni '90 in poi, questo scenario, induce le famiglie a cercare autonomamente nuove soluzioni per accudire i loro anziani: ecco arrivare le assistenti familiari ("badanti"), fenomeno che si rivelerà di grande impatto per l'intero welfare. Anche questa volta il Sad – già in crisi per i motivi spiegati sopra – non riesce a trovare il modo di riorganizzarsi per rapportarsi alla vertiginosa diffusione delle assistenti familiari, individuando modalità d'intervento complementari al loro operato. Dall'inizio del 20mo secolo, poi, si aggiungono altri problemi: procedure burocratiche di ammissione complesse (Isee), alti costi di compartecipazione, rilevante inserimento di casi "sociali", quasi sempre per la mancanza di soluzioni assistenziali più appropriate, e/o di indigenti. Più o meno nello stesso periodo, inoltre, comincia a rendersi evidente un rapido aumento dei casi di demenze; questi anziani richiedono interventi da ideare ad "hoc", flessibili, capaci di abbracciare anche i bisogni del caregiver e svolti da operatori appositamente formati. Questo modo di intervenire, però, è poco o nulla compatibile con l'impostazione erogativa e standardizzata prevalente nell'organizzazione dell'assistenza domiciliare: ancora una volta il Sad, nonostante i tentativi di cambiamento di alcuni territori, non si rivela in grado di rispondere ai gridi di aiuto di una parte crescente di popolazione anziana.

Ed eccoci arrivati ai giorni nostri. Oggi, più che a una logica di sostegno alla non autosufficienza, tipica dei servizi di Long-term care, il Sad è improntato a un'ottica socio-assistenziale: la priorità viene data all'accoglienza di situazioni la cui complessità non deriva solo dalla non autosufficienza dell'anziano ma anche dai problemi conseguenti a reti familiari carenti o inadeguate e/o alla scarsità di risorse economiche. Si instaura così un circolo vizioso in cui l'assistenza domiciliare dei Comuni, vista sempre più come "il servizio per gli anziani disagiati", perché poveri o perché soli, diventa man mano meno attrattiva per potenziali utenti diversi e per i loro caregiver. Ultimamente la crisi si è accentuata: malgrado le buone prassi sperimentate localmente, a livello generale la china discendente del Sad non sembra finire (Tidoli, 2016).

³ Questa situazione conseguiva sia all'aumento della longevità, che rende più probabile contrarre pluripatologie invalidanti, demenze, malattie oncologiche, che alle politiche sanitarie emergenti all'epoca, indirizzate a ridurre numero e durata dei ricoveri ospedalieri (Tidoli, 2006).

Box 1 – Le criticità del Sad

- Utenza seguita in percentuali marginali
- Disinvestimento nel servizio in atto da tempo
- Esigua integrazione con le Asl
- Elevata eterogeneità territoriale
- Mancanza di un modello d'intervento adatto alla non autosufficienza
- Prevalenza del modello d'intervento socio-assistenziale

L'Adi

L'Adi, l'assistenza domiciliare integrata sociosanitaria di titolarità delle Aziende Sanitarie, è stata istituita dal Progetto Obiettivo “Tutela della salute degli anziani 1991-1995” del 1992 ed è attiva da metà degli anni '90. Presente in tutte le ASL, consiste in un insieme multidisciplinare di servizi medici, infermieristici e riabilitativi che offrono continuità assistenziale a soggetti non autosufficienti o fragili di ogni età, affetti da patologie varie, perlopiù cronico-evolutive (Tidoli, 2017). L'Adi afferisce ai percorsi di cure domiciliari integrate (CDI) del SSN e fin dal 2001 costituisce un Livello essenziale di assistenza (LEA). In relazione ai bisogni sanitari del paziente sono contemplati tre livelli d'intervento (a bassa, alta e media intensità sanitaria) più un livello base, prestazionale (extra LEA); una quinta area riguarda le cure palliative domiciliari. Il servizio viene erogato secondo il Piano di Assistenza Individualizzato (il PAI, che stabilisce anche il livello d'intensità assistenziale da garantire) autorizzato dall'ASL.

L'esigua intensità e la breve durata degli interventi

A differenza del Sad, dal suo avvio la copertura dell'Adi vede una lenta ma costante crescita nel tempo⁴. Nel 2019 gli over 65 seguiti dall'Adi in Italia sono stati 858.722, pari al 6,2% della popolazione anziana e all'82% degli utenti complessivi del servizio (Ministero della Salute, 2021). Sia il confronto con i bisogni esistenti nei territori (Cergas Bocconi, 2019) che quello con gli altri Paesi Europei (European Commission, 2021) indicano però la necessità di ampliare ulteriormente la popolazione raggiunta.

L'analisi dei dati riguardanti la distribuzione delle risorse destinate all'Adi tra la popolazione interessata, tuttavia, evidenzia come il problema principale non risieda nella copertura (il numero di utenti raggiunti) bensì nell'intensità (quante visite riceve l'utente) e nella durata della presa in carico (quanto è esteso il periodo nel quale l'anziano viene assistito a domicilio). L'intensità media nazionale è estremamente ridotta, 18 ore di assistenza annuali procapite; questo significa, ad esempio, che circa il 40% degli interessati riceve meno di una visita alla settimana. Anche la presa in carico perlopiù dura molto poco e si riferisce spesso a specifici periodi, ad esempio ai giorni immediatamente successivi all'uscita dall'ospedale.

La situazione sopra esposta viene rispecchiata abbastanza chiaramente dai dati di tre regioni, Emilia Romagna, Veneto e Toscana, che illustrano le percentuali indicative di popolazione Adi seguita nei diversi livelli assistenziali e il numero di accessi massimo corrispondente ad ognuno. Come si vede nella tabella 3, in queste regioni la stragrande maggioranza degli utenti Adi (4/5 dei quali sono anziani) usufruisce di interventi occasionali/prestazionali (con data d'inizio e fine coincidente) e/o di quelli a minor intensità assistenziale, con pochi accessi e durata limitata (cfr. tab. 3).

⁴ Seppure la tendenza sia evidente, non è possibile darne una rappresentazione puntuale a causa dei cambiamenti nei dati resi disponibili dal Ministero della Salute nel corso degli anni.

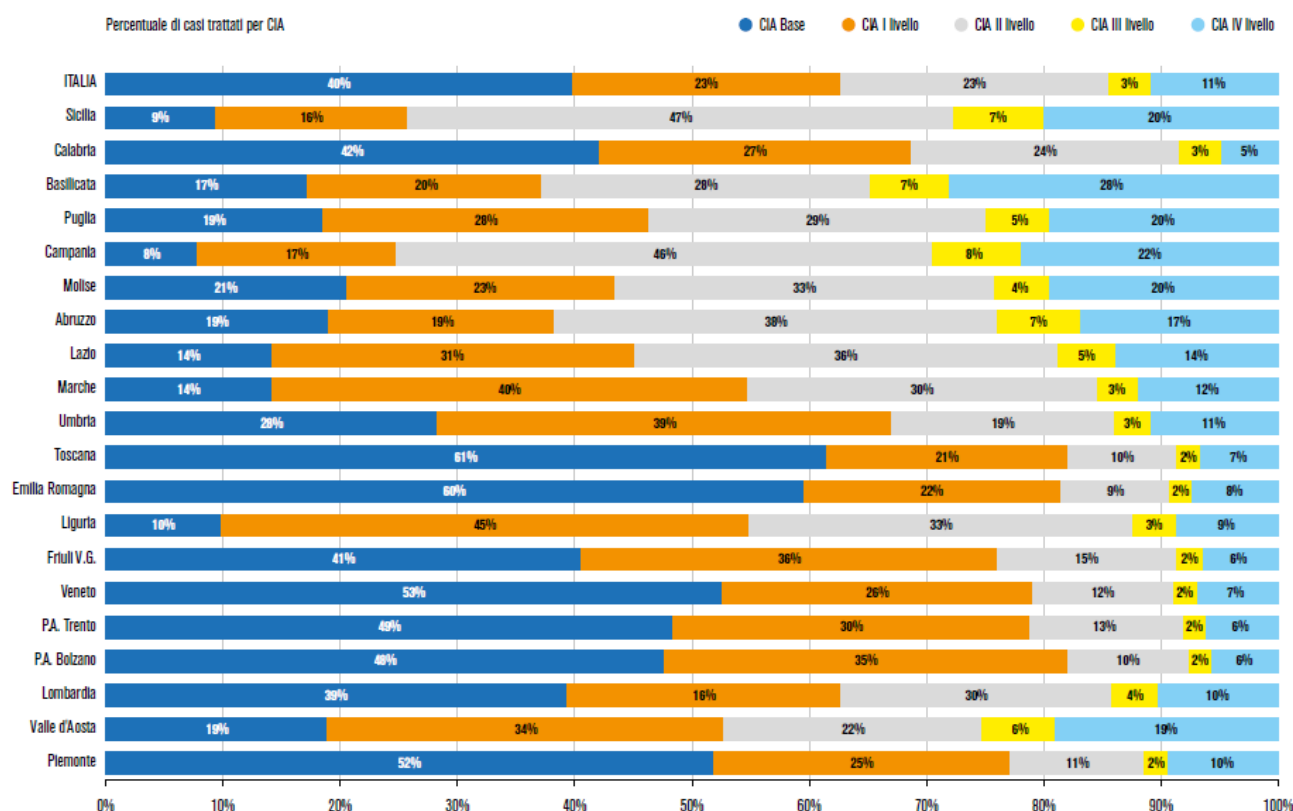
Tabella 3 – Livelli assistenziali Adi e percentuale indicativa di utenti raggiunti, Regioni Emilia Romagna, Veneto e Toscana

Livello assistenziale	Accessi mensili previsti	Percentuale di utenti raggiunti
Ass.dom. base	1	60%
Ass. dom. 1 liv.	2	20%
Ass. dom. 2 liv.	7	10%
Ass. dom. 3 liv.	12	4%
Cure palliative dom.	15	6%

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute, 2021

Se nelle tre zone portate ad esempio gli accessi e l'intensità degli interventi possono sembrare non ottimali in rapporto alle esigenze dei non autosufficienti, in altre parti d'Italia è possibile che le cose siano addirittura essere meno rosee: ancora una volta, infatti, ci si trova di fronte a un'elevatissima differenziazione regionale. La figura 3, che si basa sull'analisi dei dati SIAD riferiti al 2019, la mette bene in luce.

Figura 3– Distribuzione casi trattati per livello d'intensità assistenziale nelle Regioni e nelle P.A., 2019



Fonte: Enrichens et al., 2021 (p. 29), elaborazione su dati Siad 2019

In sintesi, l'Adi soffre di un'insufficiente copertura della popolazione target. Ancor più gravi, però, risultano il basso livello d'intensità assistenziale, con pochi accessi e poche ore di servizio annue, e la breve durata della presa in carico. Benché le prestazioni erogate siano utili, un servizio domiciliare con queste caratteristiche non è di per sé in grado di rispondere alle esigenze di lunga durata e di rilevante intensità tipiche dell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

La ridotta integrazione con i Comuni

L'Adi, come indica la sua stessa denominazione, dovrebbe rappresentare un'offerta di domiciliarità integrata tra sociale e sanità; tuttavia questo accade in un numero limitato di casi. Se gli anziani beneficiari dell'Adi sono il 6,2%, quelli che ricevono anche interventi di natura sociale rappresentano, come evidenziato sopra, solo l'1,3%.

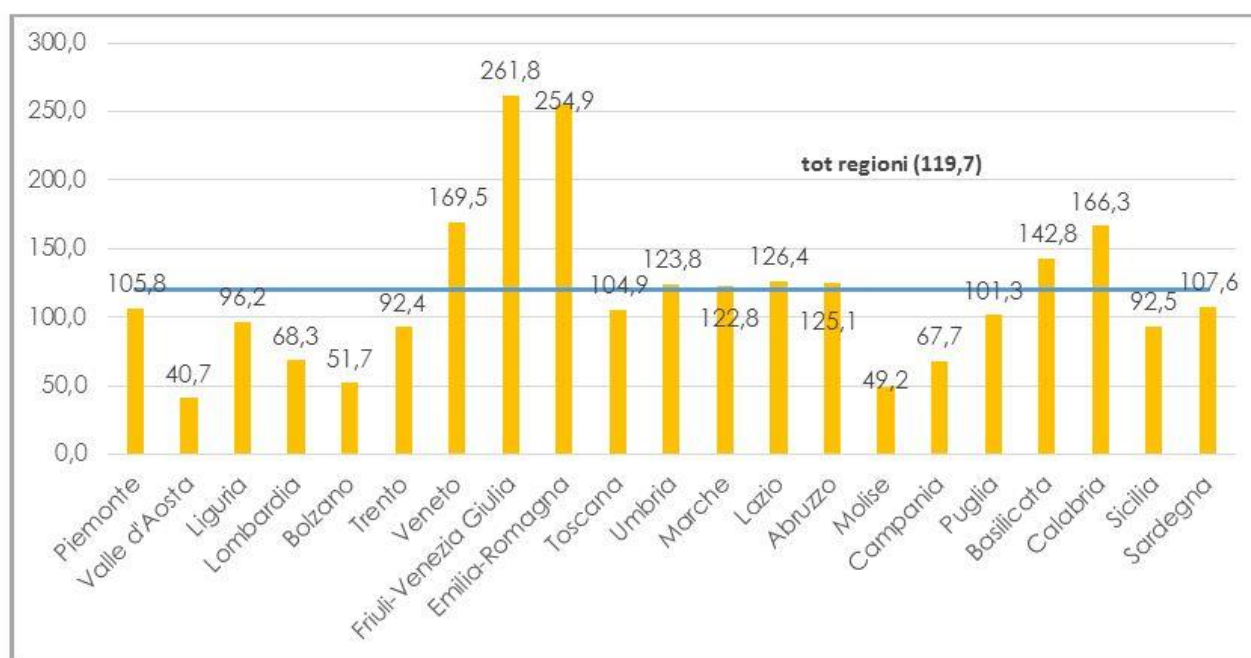
La minima quota di utenza seguita congiuntamente è da leggere insieme allo sbilanciamento tra la spesa di Comuni e Asl. In Italia, i Comuni dedicano al Sad circa 422 milioni annui⁵ mentre le Asl spendono circa il triplo, 1,3 miliardi.

Ambedue i servizi hanno un'impostazione prestazionale e rispondono in modo circoscritto a specifiche necessità, generalmente occupandosi ognuna del suo "pezzetto". Tra loro sono frequenti le difficoltà di coordinamento e integrazione: non di rado, quando una forma d'integrazione sul caso ha luogo, non è tanto il risultato di azioni istituzionali quanto di rapporti dal basso tra operatori (Tidoli, 2017).

L'eterogeneità territoriale

Così come avviene per il Sad, anche nel caso dell'Adi emergono alcune tendenze condivise in gran parte del Paese – la ridotta intensità e la breve presa in carico, così come l'inadeguatezza del modello d'intervento (cfr. oltre) – che vanno di pari passo con una marcata eterogeneità geografica riguardante gli altri profili del servizio (Vetrano, Vaccaro, 2017). Il confronto regionale sui dati di spesa, proposto nella figura 4, risulta emblematico: a fronte di una spesa media procapite di circa 120 €, l'esborso delle varie regioni varia dai 40,7 € della Valle d'Aosta ai 262 € del Friuli Venezia Giulia (Pelliccia, 2020).

Figura 4 – Spesa Adi per anziano >65enne per Regione, anno 2018



Fonte: Pelliccia, 2020 (su dati Bdap)

⁵ Importo riferito al 2018, che include anche il Sad integrato con i servizi sanitari nonché voucher, buoni e assegni di cura a sostegno del mantenimento a domicilio di persone anziane.

Infatti, pur rappresentando l'Adi un livello essenziale, non sono previsti standard quantitativi – concernenti copertura, intensità e durata degli interventi – da rispettare in tutto il territorio nazionale. Per quanto riguarda l'organizzazione del servizio, i recenti standard nazionali di autorizzazione e accreditamento, approvati in Conferenza Stato-Regioni lo scorso 4 agosto, sono finalizzati per l'appunto a ridurre la disomogeneità territoriale.

La prevalenza della logica clinico-sanitaria

Malgrado le limitate conoscenze sulle diverse realtà regionali, anche per l'Adi è possibile individuare una tendenza prevalente nel modello d'intervento. L'Adi offre soprattutto interventi di natura infermieristico-medico-riabilitativa, intesi come singole prestazioni che rispondono a determinate necessità sanitarie, sovente in assenza di una presa in carico legata alla condizione di non autosufficienza dell'anziano. La logica di fondo è quella clinico-sanitaria (*cure*), incentrata sulla risposta a singole patologie, che davanti a un determinato problema prevede di fornire una specifica prestazione indirizzata a risolverlo (Gori, Trabucchi, 2021).

L'Adi si dimostra un servizio sicuramente utile, la cui impostazione non permette però di accogliere efficacemente la domanda di assistenza continuativa di persone non autosufficienti: per farlo, occorre adottare un approccio di *care* multidimensionale, fondato su uno sguardo complessivo della condizione della persona e dei suoi molteplici fattori di fragilità, che preveda – di conseguenza – risposte ben più ampie e articolate.

Box 2 – Le criticità dell'Adi

- Numero di visite per utente (intensità) nettamente insufficiente
- Durata della presa in carico troppo breve
- Esigua integrazione con i Comuni
- Elevata eterogeneità territoriale
- Assenza di un modello d'intervento adatto alla non autosufficienza
- Prevalenza del modello d'intervento clinico-sanitario

3. La direzione da seguire

A partire dalla precedente disamina di Sad e Adi, è ora possibile indicare la direzione da seguire per superare le principali attuali criticità dei servizi domiciliari per gli anziani non autosufficienti in Italia.

Puntare l'attenzione su intensità delle risposte e durata della presa in carico

Nel nostro Paese, la domiciliarità si concentra nell'Adi. Durante gli ultimi anni, lo sforzo è stato focalizzato nell'incrementarne l'utenza senza prestare adeguata attenzione all'intensità (il numero degli accessi per ogni beneficiario) e alla durata della presa in carico. È necessario, invece, riservare pari interesse a ognuna delle tre dimensioni che riguardano la distribuzione degli interventi domiciliari tra la popolazione interessata: copertura, intensità e durata. La ragione è nota a tutti gli esperti: la non autosufficienza è una condizione di lungo periodo (da qui la necessità di lunga durata degli interventi) che richiede sostegno continuo (da qui la necessità dell'intensità degli interventi).

Questo è un punto acquisito nel dibattito internazionale. All'estero è normale ritenere che risposte di minima intensità e di durata ridotta, come la gran parte di quelle oggi fornite dall'Adi, pur essendo utili interventi sanitari domiciliari non possano soddisfare le esigenze connesse alla non autosufficienza. In altre parole, non possono essere ritenute una componente dell'assistenza ai non autosufficienti. Non a caso, per indicare l'assistenza rivolta a questi anziani si utilizza – a livello internazionale – la dizione “long-term care”, assistenza di lungo periodo. Si consideri, inoltre la definizione di long-term care della commissione europea: “una gamma d'interventi destinati a persone che, a causa di disabilità fisica e/o cognitiva per un lungo periodo di tempo, dipendono dall'aiuto di terzi nelle attività della vita quotidiana e/o hanno bisogno di un'assistenza infermieristica permanente” (Commissione Europea, 2021, pag 17). Trattandosi di problemi che riguardano “un lungo periodo di tempo”, richiedono un aiuto non estemporaneo bensì “permanente” che va ad inserirsi nella “vita quotidiana”, supportandola.

Utilizzare il modello del care multidimensionale, proprio della non autosufficienza

Attualmente, i modelli d'intervento impiegati in prevalenza nell'Adi e nel Sad non sono, per ragioni diverse, adatti alla condizione di non autosufficienza. Nel Sad, si segue prevalentemente la logica socio-assistenziale, che – in parallelo alla non autosufficienza – considera la mancanza di risorse economiche e/o la debolezza delle reti familiari quali criteri prioritari per la risposta. Il Sad rappresenta, dunque, soprattutto un “servizio per gli anziani disagiati”. Nell'Adi, si segue perlopiù la logica clinico-sanitaria, che si traduce in singole prestazioni infermieristiche-medico-riabilitative che rispondono a determinate necessità sanitarie, sovente in assenza di una presa in carico legata alla condizione di non autosufficienza dell'anziano. Si tratta, in sintesi, di “prestazioni sanitarie a domicilio”.

L'assistenza agli anziani non autosufficienti richiede invece di operare secondo un diverso paradigma, condiviso dalla comunità scientifica internazionale. È quello del *care multidimensionale*, che comporta risposte progettate a partire da uno sguardo complessivo sulla condizione dell'anziano, sui suoi svariati fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni. La natura stessa della non autosufficienza, uno stato che coinvolge l'intera esistenza della persona, rende necessario ricorrere all'approccio multidimensionale, che implica spesso di progettare le risposte combinando molteplici interventi (NNA, 2021).

Superare la separatezza tra Comuni e Asl

L'utilizzo dell'approccio del care multidimensionale rende indispensabile superare la separazione tra Comuni e Asl, al fine di costruire risposte unitarie e complete. Due sono le azioni da mettere in campo a tale scopo. Primo, costruire le condizioni istituzionali e organizzative che rendano possibile una risposta unitaria, fondata sulla logica del care multidimensionale. Secondo, dotare di risorse ogni soggetto coinvolto in modo da rendere disponibili a ciascuno un pacchetto adeguato d'interventi, da attivare in modo integrato con quello dell'altro. Ci si riferisce qui alla spesa molto modesta dei Comuni per il Sad e al suo ammontare contenuto rispetto a quella delle Asl per l'Adi.

Ridurre l'eterogeneità territoriale

E' altresì imprescindibile ridurre l'elevata eterogeneità territoriale nell'offerta di servizi domiciliari nel nostro Paese. Nel dibattito italiano sono ben noti sia la natura del problema, sia lo strumento da utilizzare per superarlo, cioè un percorso che conduca alla definizione di livelli essenziali delle prestazioni basati su indicatori misurabili e verificabili.

Bisogna, d'altra parte, individuare un punto di equilibrio tra la necessità di assicurare a tutti i cittadini italiani una maggior eguaglianza nella possibilità di ricevere risposte per la propria condizione di non autosufficienza e le specificità dei diversi sistemi di welfare locale. Tale obiettivo

può essere declinato in due modi. Da un lato, le politiche nazionali di promozione dei servizi locali dovrebbero fare in modo di assicurare in tutto il Paese un livello base di offerta, promuovendone la crescita anche nei contesti dove è già oggi superiore. Ciò perché, anche nelle aree dov'è maggiore la presenza dei servizi, la loro diffusione è quantitativamente inferiore in rapporto ai bisogni. Dall'altro, per andare nella direzione auspicata le indicazioni sul modello d'intervento – comuni a tutto il Paese – dovrebbero concentrarsi su pochi punti chiave, senza sovraccaricare i contesti locali e rispettando le loro specificità. Inoltre, non bisognerebbe assolutamente chiedere inutili cambiamenti a quelle realtà che già realizzino quanto previsto.

Riconoscere la diffusione della demenza

I vari nodi critici messi in luce sinora si rivelano particolarmente penalizzanti nei confronti delle persone con demenza. Secondo un recente Rapporto dell'OMS (2021), la demenza è la 25esima causa di disabilità nel mondo, la settima causa di morte nell'ultimo ventennio e rappresenta una condizione che, con l'aumentare dell'aspettativa di vita e con la curva demografica italiana, coinvolgerà un numero sempre maggiore di persone e, quindi, di famiglie.

Anche se il principale fattore di rischio è l'età, la malattia di Alzheimer e le altre forme di demenza non sono l'inevitabile conseguenza dell'invecchiamento, ma patologie vere e proprie con caratteristiche cliniche specifiche, che richiedono specifici interventi diagnostici, terapeutici, riabilitativi e di supporto per la persona che ne è affetta e per la sua famiglia.

Per sua natura, infatti, questa condizione, che non colpisce solo gli anziani e i grandi anziani, crea bisogni non solo sanitari, andando a incidere pesantemente sull'ambiente di vita della persona e imponendo alla famiglia cambiamenti e adattamenti faticosi, in particolare per quanto riguarda l'assistenza quotidiana.

La complessità di questa condizione suggerisce quindi una presa in carico ampia, integrata, con interventi ad hoc, flessibili e personalizzati.

Nonostante le molteplici esperienze di cura in corso e le prospettive future, le persone con demenza e le loro famiglie fanno ancor più fatica delle altre a ricevere risposte significative dai servizi istituzionali (Gori, Trabucchi, 2021), come se il welfare non si fosse ancora accorto che la demenza sta diventando la “nuova emergenza”. Lo conferma il sopraccitato Report dell'OMS, secondo il quale le persone con demenza nel 2019 erano 55.2 milioni, che diventeranno 78 milioni nel 2030 e 139 nel 2050, mentre in Italia, si stima, a oggi, la presenza di 1.200.000 persone con una forma di demenza.

Nel 2014, questi numeri e i conseguenti immaginabili costi hanno portato a una profonda riflessione sulla presa in carico del paziente cronico neurodegenerativo e della sua famiglia; da qui è scaturito il “Piano Nazionale Demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze”, che mira a realizzare una presa in carico uniforme sul territorio nazionale. Il suo mancato finanziamento fino al 2021 e l'assenza di recepimento da parte di numerose regioni ha però comportato, sino ad oggi, una scarsa applicazione delle indicazioni che reca.

Il Piano ha previsto innanzitutto la riorganizzazione della rete clinico-assistenziale per le demenze attraverso la creazione e lo sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e per le Demenze (CDCD), a partire dalle Unità Valutative Alzheimer già esistenti sul territorio dal 2000.

Vista la cronicità della malattia, i molti e improvvisi cambiamenti che essa comporta e il sostegno di cui la famiglia necessita per non trovarsi impreparata di fronte al suo progredire, i CDCD dovrebbero assicurare la continuità assistenziale e l'appropriatezza della presa in carico nell'ottica della continuità ospedale-territorio (Possenti *et al.*, 2021).

Il CDCD, al cui interno è presente un gruppo di lavoro specialistico multidisciplinare che opera sulla base di protocolli condivisi, dovrebbe porsi come soggetto centrale che coordina e sovrintende l'attività di tutti gli altri ambulatori e servizi coinvolti a vario titolo nel processo di cura della persona con demenza e dei suoi caregiver.

Purtroppo, a distanza di oltre sei anni dall'approvazione del Piano Demenze, i CDCD sono diffusi a macchia di leopardo sul territorio nazionale e l'organizzazione si presenta assai disomogenea e carente. Si pensi che, da una survey condotta sugli stessi nel 2014-2015 grazie a un finanziamento del CCM, emerge che più di un terzo dei CDCD sono aperti solo uno o due giorni alla settimana (Canevelli *et al.*, 2021). Il Piano si propone, inoltre, di favorire adeguate politiche intersettoriali tra le parti sanitarie, assistenziali e socio-assistenziali e considera strategico il miglioramento della qualità dell'assistenza alle persone con demenza in tutte le fasi della malattia e in tutti contesti, sia quello delle cure domiciliari che presso le strutture residenziali e semiresidenziali.

Nonostante queste indicazioni, in moltissime parti d'Italia continua a mancare un percorso che permetta alla persona con un declino cognitivo di ottenere una diagnosi tempestiva, cosa peraltro complessa sia per il ritardo nell'individuazione della malattia (Woods *et al.*, 2019), sia per lo stigma che ancora la circonda (ADI, 2019).

La diagnosi tempestiva, insieme al coinvolgimento del malato nelle decisioni che lo riguardano e all'ascolto delle sue esigenze, è fondamentale per combattere l'esclusione sociale e lo stigma nonché per assicurare dignità e una miglior qualità di vita all'intera famiglia coinvolta.

Sad e Adi per frequenza e modalità di intervento non sembrano rispondere adeguatamente a questi bisogni: gli attuali servizi domiciliari rappresentano, al più, una piccola parte di quella rete che dovrebbe intervenire a supporto di una condizione che, per numeri e complessità, costituisce una sfida ineluttabile per il nostro sistema socio-sanitario.

Sconfiggere il pericolo di riproporre le criticità esistenti su scala maggiore

Quanto illustrato sin qui lascia capire che, sebbene i servizi domiciliari siano sotto-finanziati, ricondurre i loro problemi unicamente all'insufficienza di risorse dedicata costituirebbe un errore fatale. Pur con importanti eccezioni disseminate lungo la penisola, nell'insieme il disegno e la logica di fondo della domiciliarità in Italia risultano fortemente deficitari.

Bisogna, quindi, porre la massima attenzione a non incrementare le risorse dedicate alla domiciliarità senza modificare approccio e impostazione dei relativi servizi, per renderli veramente i pilastri di quel sistema di assistenza agli anziani non autosufficienti di cui il nostro Paese ha estremamente bisogno. Diversamente, si corre il rischio che i nuovi fondi servano soprattutto a riproporre le criticità oggi esistenti su scala maggiore.

Box 3 - La direzione da seguire

- Puntare l'attenzione su intensità delle risposte e durata della presa in carico
- Utilizzare il modello del care multidimensionale, proprio della non autosufficienza
- Superare la separatezza tra Comuni e Asl
- Ridurre l'eterogeneità territoriale
- Riconoscere la diffusione della demenza
- Sconfiggere il pericolo di riprodurre le criticità esistenti su scala maggiore

Bibliografia

Alzheimer's Disease International (2019), *World Alzheimer report 2019: attitudes to dementia*. London, Alzheimer's Disease International (ADI).

CERGAS-Bocconi (2019), *Rapporto OASI 2019 – Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano*, Milano, Egea.

Enrichens F., Borghini A., Furfaro S., Cosentino M. (2021), [La casa come primo luogo di cura per il cittadino - Centrali operative territoriali e assistenza domiciliare](#), Monitor 45, Agenas.

European Commission (2021), *Long-term care report. Volume I*, Brussels, European Commission.

Governo Italiano (2021), *Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)*, Roma, 30 aprile.

Gori C. (2021), [La proposta di inserire nel PNRR la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti: un primo bilancio](#), I luoghi della cura, 27 aprile.

Gori C., Trabucchi M. (2021), *Che cosa abbiamo imparato dal Covid*, in NNA (a cura di), [L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 7° Rapporto 2020-2021](#), Maggioli, Santarcangelo di Romagna.

Ministero della Salute (2021), *Annuario Statistico del Servizio Sanitario nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN. Anno 2019*, Roma.

Network Non Autosufficienza (2021), [Costruire il futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Una proposta per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza](#), 6 marzo.

OMS (2021), [Global Status report on the public health response to dementia](#), World Health Organization.

Canevelli M., Di Pucchio A., Marzolini F. et al. (2021), *A national survey of Centers for Cognitive Disorders and Dementias in Italy*, Journal of Alzheimer's Disease, August 24.

Pelliccia L. (2020), [Una fotografia del finanziamento dell'ADI tra passato e futuro](#), I luoghi della cura, n. 5.

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*, in Rivista SIMG 2021, volume 28, pagg.43-47.

Tidoli R. (2017), *La domiciliarità*, in NNA (a cura di), [L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto 2017-2019](#), Maggioli, Santarcangelo di Romagna.

Tidoli R. (2016), [Il SAD anziani. Un servizio da ripensare? – 1 parte](#), in Lombardia Sociale, 17 marzo.

Tidoli R. (2006), *La metamorfosi dell'assistenza domiciliare*, in Prospettive sociali e sanitarie, n. 2.

Vetrano D., Vaccaro K. (a cura di) (2017), [La Babele dell'assistenza domiciliare in Italia: chi lo fa, come si fa](#), Italia Longeva.

Woods B., Arosio F., Diaz A. et al. (2019), *Timely diagnosis of dementia? Family carers' experiences in 5 European countries*, Int J Geriatr Psychiatry, Jan;34(1):114-121.