

5. I servizi domiciliari

5.1. La risposta che non c'è

In materia di assistenza a casa, le aspettative nei confronti della riforma erano estremamente elevate. Il motivo è tanto semplice quanto dirompente: in Italia manca un servizio domiciliare pubblico disegnato per gli anziani non autosufficienti poiché quelli esistenti seguono – per loro stesso disegno istituzionale – logiche differenti.

Cure domiciliari delle ASL: logica clinico-ospedaliera

Le ASL offrono in prevalenza singole prestazioni di natura medico-infermieristica-riabilitativa, circoscritte nel tempo, erogate per rispondere a specifiche necessità sanitarie perlopiù in assenza di una presa in carico legata alla non autosufficienza dell'anziano. Sono, in altre parole, guidate dalla logica della cura clinico-ospedaliera, cioè la risposta a singole patologie, e non da quella del sostegno alla non autosufficienza (care multidimensionale, si veda oltre), fondata su uno sguardo complessivo sulla situazione della persona e sui suoi molteplici fattori di fragilità, che dovrebbe condurre a risposte ben più ampie e articolate.

L'utenza delle cure domiciliari, garantite al 6,9% degli anziani, è in costante crescita ma la durata del periodo di assistenza è sovente breve (perlopiù di 2-3 mesi) e la sua intensità (le ore di assistenza settimanali) è spesso modesta. Attualmente, sono erogate in media per ogni anziano assistito a domicilio 3 ore di lavoro del terapeuta della riabilitazione, 10 dell'infermiere e 3 di altre professioni, fra cui anche l'OSS, per un totale di 16 ore medie annue, a cui si aggiungono 2 accessi del medico (Ministero Salute, 2024a). L'80% degli anziani assistiti a casa riceve da uno a tre accessi mensili. I dati, dunque, mostrano che piuttosto che il modello della presa in carico prevale quello prestazionale, con singole prestazioni (medico/infermieristico/riabilitative) volte a rispondere a specifiche, e contingenti, esigenze sanitarie.

Le cure domiciliari non tengono conto delle esigenze complessive degli utenti con problemi di non autosufficienza che hanno bisogno di aiuto anche nel compimento degli atti della vita quotidiana. Inoltre, in genere, non sono presenti sistemi di supporto, consulenza e informazione nelle 24 ore per quei pazienti domiciliari che possono avere delle urgenze percepite; se risolte, in questi casi si potrebbero evitare ricoveri inappropriati.

Il tema della continuità assistenziale, infine, è decisamente sottovalutato. Ogni anno in Italia vengono dimesse dall'ospedale oltre 7 milioni di persone (dato 2021) ma di queste solo l'1,8% (Ministero Salute, 2024b) lascia l'ospedale sapendo che riceverà immediatamente le necessarie cure domiciliari. A seguito dell'attivazione dei familiari, nelle settimane successive anche altri ex degenti ricevono l'assistenza domiciliare, senza tuttavia poter contare sull'efficacia garantita dalla tempestività e dalla continuità assistenziale.

SAD dei Comuni: logica del disagio socio-assistenziale

Spesso la non autosufficienza di per sé non basta per ricevere il Servizio di assistenza domiciliare (SAD) dei Comuni. Quest'ultimo, invece, è utilizzato soprattutto per far fronte a casi la cui complessità non dipende solo dal suddetto stato ma anche dalla compresenza di altre problematiche di natura socio-assistenziale (reti familiari carenti, ridotte risorse economiche). Si tratta, dunque, di un servizio guidato sempre più da una logica socio-assistenziale che, in parallelo alla non autosufficienza, nei fatti ritiene prioritarie per l'erogazione la mancanza (o la debolezza) di reti familiari e/o di risorse economiche.

Così disegnato, il SAD sconta una situazione di particolare difficoltà. Innanzitutto, l'offerta è estremamente contenuta, dato che il SAD è garantito solo all'1,4% degli anziani. Si segnala, inoltre, una costante contrazione nel tempo del servizio, sceso dal 2,1% di anziani assistiti del 2004, all'1,4% del 2020. Un altro aspetto critico consiste nella ridotta integrazione con la sanità: nel 2020 solo lo 0,5% degli anziani (e il 6,6% degli anziani beneficiari delle cure domiciliari) ha ricevuto il SAD integrato con le Cure domiciliari. La percentuale resta sostanzialmente invariata da 15 anni. Questi dati si spiegano anche con il fatto che il 61% dei comuni non eroga il SAD integrato con le cure domiciliari (ISTAT, 2023).

Un'eredità persistente

Cure domiciliari e SAD offrono servizi utili e senza dubbio necessari. Il punto non è questo. Il punto è che tali servizi non sono progettati per ri-

spondere alle specifiche condizioni degli anziani non autosufficienti. L'Italia, d'altra parte, non può continuare ad essere priva di un servizio domiciliare con una simile finalità.

È da notare, inoltre, che il primo modello (clinico/ospedaliero) riproduce la cultura ospedaliera storicamente dominante nella sanità mentre il secondo (disagio socio-assistenziale) quella assistenziale storicamente dominante nei servizi sociali comunali. Sembra, dunque, che la specificità della non autosufficienza non sia ancora riuscita a trovare un suo spazio nelle risposte pubbliche per gli anziani a domicilio. Si conferma qui un'esigenza che attraversa l'intero settore: quella di uno sforzo affinché il welfare italiano ne riconosca le peculiarità.

5.2. Una domiciliarità per la non autosufficienza

Il Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza ha proposto, sin dal 2021, l'introduzione di un modello di domiciliarità specificamente pensato per la non autosufficienza. Si tratta di superare le logiche clinico-ospedaliera e socio-assistenziale per puntare a quella del *care* multidimensionale, condivisa dalla comunità scientifica internazionale e maturata nell'ambito del settore – scientifico e di cura – specificamente dedicato agli anziani non autosufficienti, cioè la geriatria. Il *care* multidimensionale prevede risposte progettate a partire da uno sguardo complessivo sulla condizione dell'anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni. La non autosufficienza coinvolge l'intera esistenza della persona e, dunque, rende imprescindibile ricorrere all'approccio multidimensionale. L'approccio del *care* multidimensionale può essere tradotto in pratica qualora vengano rispettati i requisiti di: unitarietà della risposta, durata e intensità adeguate, appropriato mix di prestazioni e riconoscimento delle reti informali.

Unitarietà nella risposta

L'anziano non autosufficiente è un'unica persona e la sua condizione non può essere "spezzettata" tra diverse responsabilità istituzionali. Il primo passo da compiere per evitarlo consiste nel creare un servizio domiciliare unitario tra sociale e sanità. Introdurlo significa dar vita ad un'assistenza domiciliare che: i) viene prestata all'interno di un servizio strutturato nell'ambito dello SNAA; ii) unifica quanto svolto in precedenza dalle ASL (cure domiciliari) e dai Comuni (servizio SAD); iii) sostiene le attività dei caregiver e di tutti gli attori territoriali di cura ed assistenza; iv) è destinata allo specifico target delle persone anziane non autosufficienti.

Durate e intensità adeguate

Il secondo elemento chiave della nuova domiciliarità necessaria consiste nel prevedere che i servizi domiciliari abbiano durata (periodo della presa in carico) e intensità (numero di ore per utente) adeguate, cioè determinate sulla base dei bisogni dell'anziano. Nel nuovo modello assistenziale, dunque, gli interventi domiciliari devono essere previsti per tutta la durata dei bisogni dell'anziano non autosufficiente e con un numero di ore settimanali d'intervento rapportate alle necessità assistenziali. Oggi, invece, come si è visto sopra, non è così.

Appropriato mix di prestazioni

La nuova domiciliarità deve partire da uno sguardo globale sulla situazione di non autosufficienza dell'anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni. Un simile sguardo porta a riconoscere la multidimensionalità di questa condizione, che riguarda una molteplicità di aspetti dell'esistenza degli anziani. Per affrontarla, questi ultimi devono ricevere il giusto mix delle diverse prestazioni che la loro specifica situazione richiede e che può comprendere:

- i) interventi medico-infermieristico-riabilitativi;
- ii) sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana, che la mancanza di autonomia impedisce alla persona di compiere da sola;
- iii) azioni di affiancamento e supporto a familiari e badanti;
- iv) assistenza integrativa-protetica, telemedicina e teleassistenza.

Questi, dunque, i tre criteri fondamentali per una nuova domiciliarità. Ricordando evidentemente che i caregiver familiari e le assistenti familiari sono, di gran lunga, la principale fonte di cura degli anziani in Italia: non riconoscerlo significherebbe realizzare una riforma perdente in partenza. Invece, i servizi domiciliari devono relazionarsi con tutte le risorse, pubbliche e private, e supportarle al meglio. Su questi temi si rimanda ai capitoli nove (assistenti familiari) e dieci (caregiver familiari).

La tabella 5.1 sintetizza le tre diverse logiche della domiciliarità in campo. In quelle oggi principali l'assistenza agli anziani esprime solo parzialmente le proprie specificità e, quindi, le sue potenzialità. Prevalgono, invece, culture legate ad altri interventi, quella dell'ospedale e quella dell'assistenza sociale, che sono storicamente dominanti nel nostro welfare. La logica del care multidimensionale, d'altra parte, è specificamente pensata per gli anziani non autosufficienti e si fonda sul riconoscimento delle peculiarità della loro condizione. In gran parte del Paese, però, sinora non è riuscita ad imporsi.

Tabella 5.1 - Diverse logiche della domiciliarità

Logica	Elemento caratterizzante	Cultura di riferimento
<i>Clinico-ospedaliera</i>	Singole prestazioni di natura medico-infermieristica-riabilitativa, per rispondere a circoscritte necessità sanitarie	Ospedale
<i>Disagio socio-assistenziale</i>	Rivolta ad anziani non autosufficienti in condizioni di disagio sociale (carenti reti familiari e/o risorse economiche)	Assistenza sociale
<i>Care multidimensionale</i>	Sguardo complessivo sulla condizione dell'anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni	Geriatrica

5.3. Riforma sì, riforma no

Un passo in avanti: la Legge Delega 33/2023

Quella sull'assistenza a casa è una parte qualificante della Legge Delega. Viene infatti prevista l'introduzione nel nostro Paese di un servizio domiciliare progettato in base alle specificità della non autosufficienza e fondato sulla logica del *care* multidimensionale. Torniamo ai criteri indicati nel paragrafo precedente:

- la non autosufficienza richiede uno sguardo globale sulla vita dell'anziano e delle sue reti informali: la Delega intende costruirlo a partire dall'unitarietà delle risposte tra sociale e sanità, da raggiungere attraverso l'integrazione tra ADI e SAD;
- questa condizione si protrae a lungo nel tempo e richiede assistenza continuativa: la Legge ne prende atto prevedendo interventi di durata e intensità adeguate, determinate sulla base dei bisogni e delle capacità residue della persona anziana non autosufficiente;
- l'ultimo criterio, la previsione della multiprofessionalità, nella Legge Delega manca ma il testo crea le condizioni per recuperarlo nel successivo Decreto Attuativo.

Ritorno alla casella di partenza: il Decreto Attuativo 29/2024

Nel passaggio dalla Legge Delega al Decreto Attuativo è stata cancellata la prevista introduzione della domiciliarità rivolta alla non autosufficienza. Si ritrova solo la conferma delle indicazioni sull'integrazione sociosanitaria, pur non presentandone contenuti ulteriori. Anche se si tratta di un Decreto Attuativo, infatti, si rinvia a successive linee di indirizzo nazionali per l'integrazione operativa degli interventi domiciliari sociali e sanitari.

Gli altri due criteri di riferimento – durata e intensità adeguate – scompaiono in maniera definitiva. Durata e intensità adeguate, in particolare, rappresentavano un principio esplicitato nella Delega. Non siamo, dunque, in presenza di un rinvio ma della negazione di una delle innovazioni chiave della Legge 33/2023. La durata, infatti, è il discrimine decisivo, basta ricordare che l'ADI dura perlopiù 2-3 mesi mentre la condizione di non autosufficienza diversi anni. Non a caso, la dizione assistenza agli anziani non autosufficienti, a livello internazionale, si traduce in “long-term care”, cioè assistenza di lungo termine. In sintesi, agire sulla durata non è sufficiente ma non farlo preclude a priori la possibilità di qualunque azione riformatrice nella domiciliarità.

Perché questa inversione di rotta? Difficile dirlo. L'impressione è che il personale dei due ministeri coinvolti, Welfare e Salute, impegnato nella scrittura del Decreto, non se la sia sentita di mettere in discussione il complessivo disegno della domiciliarità in Italia e/o abbia istintivamente tenuto le distanze dal possibile abbandono del percorso tradizionale. Ci si sente più al sicuro mantenendo l'esistente.

5.4. Azioni parallele ma non comunicanti

Durante il lungo periodo di gestazione della riforma, vi sono state altre due novità di rilievo concernenti le politiche nazionali per i servizi domiciliari.

L'assistenza domiciliare sociale come LEPS

La Legge di Bilancio 2022 (L. 234/2021) ha individuato l'assistenza domiciliare sociale come un Livello essenziale (LEPS) che deve garantire: i) l'assistenza domiciliare sociale; ii) l'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria; iii) soluzioni abitative, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane e tra generazioni; iv) adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche (per esempio, telesoccorso e teleassistenza); v) rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane (Pesaresi, 2024).

In base alla Legge di Bilancio 2022 e al Piano per la non autosufficienza 2022-2024 si delinea un nuovo profilo dell'assistenza domiciliare sociale che, oltre alle prestazioni più tradizionali, si arricchisce di nuovi servizi (soluzioni abitative, adattamenti dell'abitazione, interventi di prossimità) che dovranno

no tutti essere garantiti con la nuovissima assistenza domiciliare sociale. Il Servizio dovrà anche assicurare l'integrazione con l'ADI che oggi non viene garantito dalla maggioranza dei comuni. Il servizio rimane uno, ma le attività che dovrà garantire sono plurime e diverse. Questo dovrà comportare per tutti gli enti locali una profonda riorganizzazione dei loro servizi domiciliari.

I LEPS dell'assistenza domiciliare sociale, così come gli altri LEPS dedicati alla non autosufficienza, sono finanziati dal Fondo nazionale per la non autosufficienza (FNNA). Si rammenta a questo proposito che il Fondo è stato portato a 915,3 milioni di euro per il 2024 e a 965,3 milioni per il 2025. Il monitoraggio della spesa è stato affidato ad uno specifico flusso informativo del FNNA al fine di garantirne l'utilizzo tempestivo ed appropriato.

L'implementazione del nuovo modello organizzativo del SAD è stata appena avviata dalle Regioni italiane, per cui deve ancora coinvolgere la grande maggioranza dei Comuni italiani. Peraltro, il disegno dell'assistenza domiciliare come LEPS è stato realizzato in totale autonomia rispetto a quello della riforma così come agli investimenti PNRR nelle cure domiciliari.

L'investimento del PNRR nella domiciliarità

Il PNRR ha previsto un investimento di 2,7 miliardi per le cure domiciliari, da utilizzare nel periodo 2023-2026. L'obiettivo del PNRR è di incrementare di 842.000 unità il numero complessivo degli anziani assistiti per arrivare al 10% di tutti gli anziani, rispetto all'attuale 6,9%. L'investimento è finalizzato all'ulteriore diffusione delle cure domiciliari, senza cambiare l'attuale modello organizzativo. La logica clinico-ospedaliera rimane la stessa e non si modificano i livelli di durata e intensità dei trattamenti domiciliari così come descritti nel par. 5.1, che rimangono tarati innanzitutto su un paziente post-acuto che esce dall'ospedale e che ha bisogno di pochi mesi di assistenza. Lo stesso trattamento che viene, in genere, riservato ad un anziano affetto da una malattia progressiva di tipo neurodegenerativo che invece avrebbe bisogno di interventi duraturi e crescenti con il progredire della malattia. Non c'è la presa in carico dei pazienti anziani non autosufficienti che hanno bisogni prolungati nel tempo e di intensità variabile.

5.5. Guardare avanti

È stata, dunque, cancellata la riforma della domiciliarità. Il suo annullamento è tanto più sorprendente se si considera con quale forza, dalla pandemia in avanti, opinione pubblica, media e politici abbiano insistito sulla

necessità d'intervenire nei servizi domiciliari. Dunque, il lungo e complesso percorso avviato nella primavera 2021 con l'inserimento della riforma della non autosufficienza nel PNRR e terminato in quella del 2024 con la presentazione del Decreto 29/2024 non ha portato alcuna modifica nell'attuale situazione dell'assistenza domiciliare sociale e sanitaria.

Manca un progetto che risponda alla domanda: "di quali interventi al domicilio hanno bisogno gli anziani non autosufficienti?". Qualche passo in avanti potrebbe venire dalle linee guida per l'integrazione sociosanitaria previste, le quali hanno comunque una portata limitata.

Nel frattempo, vi è stato un notevole investimento sulle cure domiciliari con le risorse del PNRR, riproponendo però il modello organizzativo e le criticità attuali. Inoltre, dovrebbe partire la modifica del modello organizzativo del SAD, prevista dal Piano nazionale non autosufficienza (PNNA), ma senza il necessario rilancio quantitativo dell'assistenza domiciliare sociale. La progettazione di questi due interventi e l'elaborazione della riforma non hanno avuto nulla in comune. Abbiamo, dunque, tre pezzi di riorganizzazione separati e incompleti, destinati a non incontrarsi.

Nel prossimo futuro, dunque, sarà importante tenere viva l'attenzione sulla riforma mancata perché possa venire modificata in senso positivo.

Bibliografia

- ISTAT (2023), *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati – Anno 2022*, Roma, ISTAT.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2024a), *Annuario statistico sanitario 2022*, Roma, Ministero della Salute.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2024b), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (SDO) - Anno 2021*, Roma, Ministero della Salute.
- PESARESI F. (2024), *LEPS: l'assistenza domiciliare sociale (SAD)*, in www.welforum.it, 29 aprile.
- PESARESI F., GORI C. (2021), *SAD anziani: diventi livello essenziale*, in www.luoghicura.it, 28 settembre.