

Anziani non autosufficienti e soggetti cronici: l'offerta del welfare lombardo

Presentiamo qui un Vademecum, scaricabile in allegato, che raccoglie una selezione di articoli pubblicati sul sito nell'ultimo anno in merito agli interventi e alle misure rivolte agli anziani non autosufficienti. Il compendio è composto da tre aree di approfondimento, relative rispettivamente ai Servizi di Assistenza Domiciliare, la presa in carico e le politiche a favore di soggetti cronici.

a cura di Rosemarie Tidoli - sabato, settembre 10, 2016

<http://www.lombardiasociale.it/2016/09/10/anziani-non-autosufficienti-e-soggetti-cronici-lofferta-del-welfare-lombardo/>

Il [vademecum 2016](#), diviso in tre parti, propone un excursus su altrettanti temi che, a diverso titolo, sono rilevanti per l'accudimento e le cure di anziani non autosufficienti e soggetti cronici.

Il primo riguarda il SAD, il Servizio di Assistenza Domiciliare di natura tutelare erogato dai Comuni. Il secondo si riferisce al processo di presa in carico, in particolare nell'ambito dell'ADI, l'assistenza domiciliare integrata di natura socio-sanitaria. Il terzo è relativo alle politiche regionali a favore dei soggetti cronici. Come sempre, il vademecum raccoglie gli articoli più significativi per la comprensione dell'argomento trattato: l'intera produzione è reperibile su questo sito nelle aree tematiche "anziani" e "disabilità".

Il Servizio di Assistenza Domiciliare

Storicamente radicata in Lombardia, l'assistenza domiciliare assistenziale (SAD), essendo di competenza comunale, nelle ultime legislature non è stata oggetto delle attenzioni dirette dei decisori regionali né di riforme. Ciononostante LS ha voluto dedicare a questa unità di offerta un ciclo di approfondimento perché il SAD è, insieme all'ADI, uno dei due servizi domiciliari pubblici a disposizione delle persone fragili e/o dei malati cronici. Per ottenere informazioni attuali sulla realtà lombarda, oltre alle fonti documentali (tra le quali una recente ricerca) sono stati consultati soggetti coinvolti con differenti ruoli nel servizio (gestori e responsabili di un Ambito territoriale).

L'articolo che apre la serie, "[Il SAD anziani: un servizio da ripensare?](#)" evidenzia come il SAD, interessato da rilevanti cambiamenti dalla fine degli anni '90, tranne alcune eccezioni stia diventando ovunque sempre più residuale. Viene ripercorsa brevemente la storia del servizio, con particolare riferimento alla Lombardia, risalendo all'origine della crisi che lo riguarda: alcuni dei problemi che il SAD di oggi porta con sé, infatti, ne sono l'eredità. L'Autrice analizza quindi alcune delle criticità e dei limiti che – nonostante l'alto livello di "specializzazione" raggiunto nel tempo – contribuiscono a rendere l'impostazione dell'assistenza domiciliare obsoleta e sostanzialmente incapace di rispondere alle mutate esigenze dell'utenza. Alcuni riscontri pervenuti da territori diversi permettono di rafforzare una convinzione diffusa e maturata da anni: per non diventare solo "il servizio dei poveri", il SAD deve

ripensare “mission”, funzioni e modalità operative.

Il secondo articolo, “[Il SAD anziani: il punto di vista dei Comuni](#)”, entra nel dettaglio dell’assistenza domiciliare erogata nei Comuni di un A.T. lombardo, soffermandosi sui bisogni soddisfatti, su quelli lasciati scoperti e sulle difficoltà che devono fronteggiare operatori e programmatori locali. Vengono fornite informazioni sull’utenza seguita, sull’ammissione al servizio, sulla valutazione del bisogno e sulla presa in carico, sulle prestazioni erogate e sui costi esposti. I dati indicano che la domanda dei cittadini si è contratta: sono diminuiti sia la spesa per il SAD che il numero degli utenti in carico, rappresentati principalmente da persone in situazioni gravi e complesse. Se ne deduce che, nonostante gli sforzi fatti in alcuni territori, il SAD non riesce più a rispondere al bisogno (che – del resto – al servizio sociale dei Comuni perviene solo in minima parte). Per gestire a domicilio la cura di anziani con gravi compromissioni, le famiglie devono ancora muoversi autonomamente e con pochi supporti.

Il terzo contributo “[Residuale ma rilevante: accesso, costi per l’utenza e prospettive di sviluppo del SAD](#)”, propone i dati di una recente ricerca sul servizio che ha coinvolto 23 Comuni lombardi. Benché stia diventando sempre più residuale, l’assistenza domiciliare può comunque conservare un ruolo rilevante quale risorsa finalizzata a ridurre i rischi di emarginazione e a rafforzare la capacità di tenuta delle famiglie. L’analisi indaga i criteri di accesso, i regolamenti, la compartecipazione ai costi e le modalità di produzione del servizio. Constatato che da questi aspetti emerge un quadro di grande eterogeneità territoriale, l’articolo delinea alcuni possibili spunti per il futuro.

La presa in carico

A fronte delle numerose direttrici di policy dedicate alla presa in carico – in particolare a favore di non autosufficienti e disabili –dalla IX e dalla X legislatura regionale, una seconda serie di articoli si è posta l’obiettivo di capire come vengano messi in atto i relativi percorsi nei diversi contesti territoriali. Per iniziare l’indagine (che tocca, di risvolto, anche la valutazione multidimensionale) si è deciso di partire dal sistema ADI, il primo, in ordine di tempo, ad essere interessato da un’ampia riforma nonché quello più strutturato e diffuso capillarmente.

L’articolo “[La presa in carico nei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata in Lombardia – 1](#)” dà il via all’analisi sul tema grazie alle informazioni raccolte nell’ambito di un focus group organizzato con diversi Enti Gestori di ADI, attivi nella gran parte delle ASL lombarde. Il confronto con i soggetti coinvolti permette, in contemporanea, di aprire una finestra di osservazione sulla reale applicazione dell’assistenza domiciliare integrata nei differenti contesti territoriali.

Nel corso dell’incontro con i gestori sono stati indagati vari elementi: la valutazione iniziale, gli strumenti utilizzati, la definizione del piano di cura, i criteri di accesso, il case management ed altri ancora. L’articolo espone le prime riflessioni stimulate dall’incontro; i riscontri dei partecipanti lasciano supporre una certa distanza fra le intenzioni/le dichiarazioni del programmatore e la loro concreta implementazione locale. Una migliore messa a fuoco dei concetti espressi e della presa in carico integrata viene rimandata ad un secondo contributo .

L’articolo “[La presa in carico nella X legislatura](#)”, pubblicato tra la prima e la seconda parte del precedente, prende il via dalla constatazione che, nell’ambito del sopraccitato focus group, le osservazioni di diversi gestori ADI hanno portato a fare distinzioni tra presa in carico amministrativa o organizzativa e presa in carico globale dei bisogni delle persone. Il contributo entra nel merito del concetto stesso di presa in carico, chiarendo cosa si intende con questo termine. Vengono riportate le diverse declinazioni proposte dalla letteratura e vengono approfonditi alcuni ambiti in cui la presa in

carico viene messa in atto. Conclude l'articolo un'analisi mirata della normativa emanata dalla X legislatura in materia.

L'articolo "[La presa in carico nei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata in Lombardia – 2](#)", seconda parte dell'analisi elaborata a seguito del focus group tra erogatori ADI, riprende e amplia vari aspetti già esposti in precedenza. I risultati emersi vengono sintetizzati in una tabella riguardante la presa in carico, la valutazione iniziale e gli strumenti utilizzati. Per le altre voci esaminate, invece, questa modalità non risulta concretizzabile a causa delle molte variabili applicative riferite dagli intervistati. Inizialmente si ipotizzava che il focus potesse permettere una prima "modellizzazione" delle forme con le quali la presa in carico viene implementata entro i confini di un'unità d'offerta territoriale ben definita. Nella realtà, il quadro incerto e disomogeneo venuto alla luce (soprattutto rispetto all'applicazione degli assi portanti delle riforme) limita la possibilità d'individuare un modello unitario d'intervento e di presa in carico. Nonostante l'ADI sia coinvolta da attenzioni riformatrici fin dalla precedente legislatura, il prodotto sembra ancora essere una sorta di "modello senza modelli".

Le politiche a favore dei soggetti cronici

Alla fine del 2015, con la DGR 4662 del 23 dicembre, Regione Lombardia rende note le linee guida per la presa in carico delle persone affette da malattie croniche. Il provvedimento – valido per il prossimo triennio – affronta il tema della cronicità con l'intento, dichiarato in premessa, di delineare nuovi modelli organizzativi del Servizio Sanitario Regionale. Il fine è quello di curare al meglio le persone affette da malattie croniche in un'ottica di semplificazione per il paziente e di sostenibilità del sistema.

L'articolo "[Gli indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità in Regione Lombardia](#)" enuclea dalla corposa normativa i modelli, la metodologia e gli strumenti per il governo della cronicità. Il modello lombardo intende rifarsi all'Expanded Chronic Care Model e all'approccio Population Health Management. Dopo aver definito le malattie croniche non trasmissibili (MCNT, un insieme di patologie eterogenee accomunate da alcune caratteristiche), il legislatore ne declina tre fasi, ad ognuna delle quali corrispondono diversi tipi di bisogno e risposte differenti. Ad un sintetico esame della presa in carico e degli strumenti organizzativi e tecnologici seguono le prime riflessioni dell'Autore su alcuni punti di forza e su alcune criticità, che saranno da presidiare con attenzione.

L'articolo "[Il piano sulla cronicità e il nuovo assetto della Riforma: quale ruolo per le RSA?](#)" propone le osservazioni di un Gestore sui nuovi modelli regionali per la cura della cronicità, con particolare riferimento alle RSA e ai loro rapporti con gli altri attori della rete tratteggiata dalla LR 23/15. Nonostante le questioni lasciate aperte siano ancora molte, l'Autore riflette sui potenziali ruoli innovativi offerti alle RSA dalla riorganizzazione del sistema; ipotizza inoltre come potrebbe influire la classificazione dei pazienti cronici operata dalla normativa rispetto all'attuale presa in carico delle strutture residenziali. Delinea infine i possibili nuovi rapporti e le interazioni che si possono prevedere nell'ASST tra ospedale e RSA.