

I servizi domiciliari per la non autosufficienza in Italia

Lo stato dell'arte di SAD e ADI - Il Rapporto NNA 2017/2018

L'articolo indaga la situazione dei servizi pubblici domiciliari, SAD e ADI, in Italia e Lombardia, alla luce dei più aggiornati dati disponibili. Di entrambi vengono individuati tendenze emergenti, punti di forza e criticità.

a cura di Rosemarie Tidoli - venerdì, gennaio 12, 2018

<http://www.lombardiasociale.it/2018/01/12/servizi-domiciliari-la-non-autosufficienza-italia/>

IL SAD: una china discendente^[1]

Il SAD^[2], il servizio di assistenza domiciliare sociale dei Comuni, è il caposaldo storico della domiciliarità assistita di anziani e soggetti fragili. Tuttavia, come [già riscontrato](#) da diversi anni a questa parte, vari indicatori suggeriscono che tale unità di offerta stia man mano perdendo attrattiva per la potenziale utenza e rischi di diventare marginale. [In precedenti contributi](#) sono state analizzate le ragioni di questo fenomeno, confermato anche dagli ultimi dati disponibili, quelli del 2013. Le cifre (vedi tabella 1 nell'allegato) indicano che, pur con grande variabilità nel Paese e forti eterogeneità a livello provinciale, la copertura di utenti ultra 65enni continua ad essere in flessione nella maggior parte delle Regioni. **La tendenza generalizzata alla diminuzione dei tassi di copertura del SAD, che ha iniziato a manifestarsi nel 2004 dopo un periodo di crescita lenta ma ininterrotta, sembra essere diventata una costante.** Nel decennio che intercorre tra il 2004 (primo anno dell'inversione di rotta, che ha visto un calo dello 0,2% e una copertura dell'1,6%) e il 2013 (in cui la percentuale è scesa all'1,2%), il valore nazionale si è sempre mantenuto inferiore al già modesto 1,8% del 2003. Il decremento più significativo (- 0,3%) è avvenuto tra il 2010 e il 2013 a seguito del trend negativo che ha riguardato quasi tutte le Regioni dopo le decurtazioni governative nei fondi per la spesa sociale e per la non autosufficienza. Invece la spesa media procapite, al contrario della copertura, nel complesso è cresciuta (+ 5% nel triennio 2010-2013), attestandosi su Euro 2.123, indicando **la tendenza verso una maggior intensità assistenziale.** In oltre la metà delle Regioni, infatti, si registra un aumento di spesa, che in alcuni casi tocca somme notevoli (in testa la Val D'Aosta con Euro 4.697); la media, tuttavia, è fortemente influenzata dai modesti valori di alcuni territori che si aggirano poco sopra o poco sotto i 1.000 Euro.

La Lombardia, con una copertura dell'1,3% e una spesa pro-capite di Euro 1.888, si situa appena sopra la media nazionale come utenza seguita ma al di sotto per quanto riguarda l'intensità dell'assistenza erogata. Il primo dato evidenzia il proseguire della flessione in atto da anni (-0,5% nel solo triennio "critico" 2010-2013), mentre il secondo, in linea con la maggioranza delle Regioni italiane, fa registrare un lieve aumento. Tuttavia in Lombardia il decremento di utenti nell'assistenza domiciliare comunale è stato più consistente e l'aumento della spesa dedicata più contenuto.

Nel complesso, le percentuali di anziani presi in carico, irrilevanti in rapporto al crescente numero dei non autosufficienti, mostrano la **sempre maggior fatica dell'assistenza domiciliare, in Italia e in Lombardia, a rispondere ai molteplici bisogni di una fascia di popolazione in continua espansione.**

Le criticità del SAD

Nel corso degli anni il SAD ha attraversato varie fasi, evidenziando diversi problemi che hanno contribuito a renderlo via via più residuale. Mentre per l'analisi approfondita dei cambiamenti avvenuti nel servizio e per la sua dettagliata "fotografia" odierna rimandiamo alla lettura del capitolo, qui ci preme sottolineare come l'assistenza domiciliare pubblica oggi venga percepita da fasce di potenziali interessati come non competitiva con altre forme di *care* e poco attrattiva (vedi tabella 1), motivo per cui si sta cercando di [imboccare direzioni differenti e di attrarre anche nuovi tipi di utenza](#).

Tabella 1 – La scarsa attrattività del SAD: motivi e conseguenze

Motivo	Conseguenze
<ul style="list-style-type: none">• Criteri di ammissione specifici e stringenti• Iter complessi e necessità di presentare l'Isee• Costi di partecipazione elevati	<ul style="list-style-type: none">• Ritorno a cure intrafamiliari• Ricorso al <i>care</i> informale (badanti)• Ricorso diretto a gestori di assistenza domiciliare• Aumento di casi "sociali" e indigenti tra gli utenti del SAD• Il SAD visto come servizio "dei poveri"

L'ADI: una moderata espansione

La seconda unità di offerta domiciliare pubblica per i non autosufficienti, l'ADI, l'assistenza sociosanitaria integrata assicurata dalle Aziende Sanitarie, grazie a un insieme di servizi medici, infermieristici e riabilitativi offre continuità assistenziale a soggetti non autosufficienti o fragili, di ogni età, affetti da patologie varie (perlopiù cronico-evolutive), che abbiano difficoltà a usufruire dei servizi ambulatoriali ma per i quali non sia appropriato il ricorso all'ospedale. Per mantenere a domicilio i pazienti migliorandone la qualità di vita, il servizio eroga interventi multidisciplinari in base a un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI). L'Assistenza Domiciliare Integrata rientra nei percorsi di cure domiciliari del SSN; fin dal 2001 costituisce un Livello essenziale di assistenza (LEA) e, contrariamente al SAD, non prevede quote di contribuzione a carico degli interessati.

L'ADI comincia ad essere attiva a metà anni '90: la sua istituzione si deve al Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli anziani 1991-1995" del 1992, con il quale esordisce il modello d'intervento a rete incentrato su Unità di Valutazione Geriatrica (UVG), progetti d'intervento personalizzati, individuazione di un responsabile del caso e azione integrata dei servizi sociali e sanitari. Il soggetto a cui è affidata la concretizzazione dei nuovi principi (nonché l'introduzione di metodologie che da allora sono diventate fondamentali, quali valutazione multidimensionale, scale e indicatori formali, PAI personalizzati) è l'unità valutativa. L'azione dell'UVG (o dell'UVM, Unità di valutazione multidimensionale)[\[3\]](#), che richiede a operatori di Enti e di professionalità diversa, sanitaria e sociale, di lavorare insieme su un terreno condiviso e obiettivi comuni, contribuisce a diffondere una visione integrata, sui contenuti e sul metodo, dei problemi dei non autosufficienti (Guaita, 2009).

Nel decennio successivo l'ADI, presente nella totalità delle ASL italiane, è oggetto di una costante

crescita, che a metà degli anni 2000 la porta a raggiungere il 3,3 % di anziani, quasi il doppio del SAD (stabilizzatosi su 1,7% prima di iniziare a calare); le coperture regionali risentono però di una spiccata eterogeneità. Tra il 2001 e il 2012 si verifica un processo di convergenza, con uno sviluppo dei tassi di utenza soprattutto nel Meridione, che consente alle varie Regioni di attestarsi su valori vicini a quello nazionale, stemperando un po' la disomogeneità (Carrino, 2015). In questo periodo non mancano miglioramenti qualitativi come l'ampliamento delle UVM e UVG, che nel tempo evidenzieranno però alcuni limiti.

Il moderato trend espansivo dell'ADI prosegue anche nel triennio 2010-2013 (+ 0,6%, vedi tabella 2 nell'allegato), nel quale il SAD vive invece il calo più accentuato per effetto dei tagli governativi. Nel 2013 la percentuale di ultra 65enni raggiunti arriva al 4,8%, lo 0,6% in più del 2012, con una media di 17,1 ore di assistenza pro capite, in continua diminuzione nel corso degli anni. Gli ultra 65enni che usufruiscono in modo integrato sia di SAD che di ADI non superano invece lo 0,6% (Istat, 2017).

Quanto alla Lombardia, la copertura mostra un andamento opposto a quello nazionale e registra una diminuzione, seppur lieve (-0,5% nel triennio 2010-2013) di utenti, ai quali vengono erogate in media 18 ore di servizio l'anno (leggermente superiori alla media nazionale).

Attuazioni territoriali molto differenti

Malgrado l'attenuazione delle differenze verificatesi nel lungo periodo, le medie nazionali continuano a nascondere una **grande disomogeneità tra Regioni, con gruppi molto al di sopra o al di sotto dei valori sia per copertura che per intensità assistenziale**. Non è raro, inoltre, riscontrare elevate disparità di fruizione del servizio anche a livello intraregionale, tra le diverse ASL. Benché, diversamente dal SAD, l'ADI abbia preso il via da una normativa nazionale e successivamente numerosi atti legislativi e di programmazione sanitaria ne abbiano ben delineato le caratteristiche, **la sua concreta attuazione risulta notevolmente influenzata dalla marcata articolazione dei Servizi Sanitari regionali**. I diversi processi riformatori che hanno riguardato le Aziende Sanitarie Locali nelle differenti Regioni, oltre ai divari economici esistenti, hanno infatti favorito il recepimento e le concretizzazioni regionali della legislazione nazionale, non stringente, secondo modelli organizzativi molto diversi (Vetrano, Vaccaro, 2017).

Precedenti contributi hanno mostrato come **anche in Lombardia esistano declinazione dell'ADI tanto diverse da indurre a definirla "un modello senza modelli"**.

L'eterogeneità e la diversa capacità di risposta ai bisogni presente nelle varie aree territoriali producono mancanza di equità nei confronti degli utenti e dei loro caregiver.

Le criticità dell'ADI

Attualmente il servizio è in bilico tra i miglioramenti conseguiti e la necessità di fare ulteriori passi in avanti; il rafforzamento realizzato negli anni è ancora insufficiente, tanto più che, in parallelo all'incremento numerico, è avvenuta una costante diminuzione delle ore di servizio procapite. Il box 1 sintetizza i principali nodi critici dell'ADI, per il cui esame approfondito si rimanda al capitolo.

Box 1 – Le criticità dell'ADI

Grande eterogeneità dei modelli organizzativi e dell'offerta di assistenza a livello nazionale e locale .
Integrazione sociosanitaria molto carente.

Ancora esigue le percentuali di anziani seguiti
Calo dell'intensità assistenziale degli interventi, insufficiente per i casi più complessi
Assunzione di funzioni prevalentemente certificatorie e burocratiche da parte di UVM e UVG.

Nel complesso, l'odierno assetto del sistema ADI, nazionale e lombardo, **non pare in grado di rispondere efficacemente alla crescente domanda di assistenza territoriale dei soggetti con patologie cronico-degenerative.**

Conclusioni

Di fronte all'espansione della non autosufficienza l'attuale rete sociosanitaria mostra diversi limiti: i dati rimandano l'immagine di un'offerta domiciliare pubblica esigua, lontana da quella di altri Paesi europei. SAD e ADI complessivamente hanno in carico percentuali di anziani minime, ai quali erogano soprattutto interventi prestazionali.

Tuttavia in questo scenario [si stanno aprendo nuovi spiragli](#). In molte parti d'Italia, infatti, si sta cercando sia di ampliare, diversificare e migliorare i servizi esistenti, sia di imboccare vie nuove, provando a costruire un welfare locale e comunitario, caratterizzato da una nuova cultura della cura. Su questo versante, anche grazie all'azione delle Fondazioni comunitarie, appare particolarmente attiva la Lombardia.

Bibliografia

- Carrino, L. (2015), *Le Regioni: tendenze in atto*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 5° Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, pp. 123-145.
- Guaita, A. (2009), *Le UVG tra benessere dell'anziano ed efficienza della rete*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, pp. 143-155.
- Istat (2017), *Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati. Anno 2013*, Roma.
- Vetrano, D., Vaccaro, K. (a cura di) (2017), *La Babele dell'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa*, scaricabile da <http://www.italialongeva.it/>

[1] L'articolo è tratto, con alcune integrazioni e/o modifiche, dal capitolo "La domiciliarità" del volume *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 6° rapporto 2017/2018. Il tempo delle risposte*, a cura del Network non autosufficienza (NNA), Maggioli editore. Sia il capitolo che l'intero Rapporto sono scaricabili gratuitamente da <http://www.maggioli.it/rna/>.

[2] Con il termine SAD si indicano qui i servizi di responsabilità e a finanziamento comunale svolti in base a regolamenti del singolo Ente, che offrono prestazioni domiciliari socioassistenziali e tutelari a persone parzialmente o totalmente non autosufficienti. I richiedenti vi accedono previa valutazione del caso da parte del Servizio Sociale comunale e, generalmente, sono tenuti a partecipare al costo. In alcuni

territori regionali, tuttavia, lo stesso tipo di servizio (che esclude prestazioni sanitarie e infermieristiche e l'intervento di operatori delle Aziende sanitarie), può essere denominato in modo differente: assistenza domiciliare con prestazioni a rilevanza sociale, assistenza domiciliare sociale, cure domiciliari sociali, assistenza domiciliare per autosufficienti, ecc.

[3] Nelle diverse regioni infatti si registrano infatti denominazioni e modelli di riferimento diversi.

PDF generated by Kalin's PDF Creation Station