

Intervento Assessore Stefano Bolognini al webinar
“Una nuova assistenza a domicilio in Lombardia: 10 proposte”
20 novembre 2020

L'ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIOASSISTENZIALE IN LOMBARDIA

1. PREMESSA
2. POTENZIAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE: DECLINARE LA RISPOSTA SUL TERRITORIO PUNTANDO AL DOMICILIO FISICO E DIGITALE DELLA PERSONA E DELLA SUA FAMIGLIA
3. IL SISTEMA DI OFFERTA DOMICILIARE IN LOMBARDIA
4. COSTI PER ASSISTENZA DOMICILIARE DI CARATTERE SOCIALE NEL 2018: CANALI DI FINANZIAMENTO E NUMERO DI PERSONE PRESE IN CARICO
5. FOCUS SUL SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA' ATTRAVERSO LE MISURE DEL FNA E DEL DOPO DI NOI

1. PREMESSA

Il ragionamento sull'assistenza domiciliare deve partire da un presupposto: il trend demografico ci vede **sempre più longevi** (aumento speranza di vita e natalità). In Lombardia, infatti, su circa 10 milioni di abitanti, **gli over 65 sono 2.247.703** e, insieme ai residenti tra i 45 e i 59 anni (2.370.090) e a quelli compresi tra i 25 e i 44 anni (2.495.182), costituisce la classe d'età più popolosa della nostra regione. La dinamica demografica vede pertanto costantemente in **crescita** il numero di soggetti **in condizione di cronicità e/o fragilità**, caratterizzate spesso da **disabilità gravi** e anche **gravissime**. E tra queste ultime, l'assoluta prevalenza sono gli anziani in condizione di demenza e i minori con disturbi dello spettro autistico. E' **improcrastinabile** quindi il potenziamento dell'assistenza non solo sanitaria ma anche sociosanitaria e sociale delle persona fragile e della sua famiglia al proprio **domicilio**.

2. POTENZIAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE: DECLINARE LA RISPOSTA SUL TERRITORIO PUNTANDO AL DOMICILIO FISICO E DIGITALE DELLA PERSONA E DELLA SUA FAMIGLIA

Occorre puntare la risposta del sistema al domicilio, giocando l'integrazione di servizi e interventi sulla long-term care. Regione Lombardia sta lavorando per concentrare gli sforzi sul territorio. Potenziandolo, digitalizzando le relazioni fra gli attori della rete, per una integrazione che ricomponga servizi, interventi, solidarietà organizzata, i rapporti di vicinato.

Le risposte vanno garantite all'esito di una **valutazione multidimensionale**, autenticamente fondata sull'approfondimento di tutte le dimensioni funzionali della persona e sull'analisi delle **condizioni di contesto fisiche e socio/relazionali**, puntando a produrre il miglior risultato in termini di inclusione della persona e

della sua famiglia e di **accessibilità** alla **vita sociale**. Conciliando le responsabilità familiari, compensando il lavoro di cura del care giver familiari o regolarmente assunti, sostenendo gli oneri per il mantenimento della casa, aiutando le famiglia a costruire il dopo di noi dei figli in condizioni di grave e gravissima disabilità, implementando sul territorio azioni concrete a contrasto della povertà... non solo alimentare, ma relazionale, educativa.

E devono tradursi in una **progettazione declinata su un budget integrato di servizi e interventi** di assistenza diretta e indiretta, in ambito sanitario, sociosanitario e socioassistenziale, mixati in modo appropriato al bisogno valutato. Le risorse di comunità vanno tutte proattivamente ricercate, e poi coniugate e integrate, per una presa in carico autenticamente proiettata all'**inclusione della persona** e della sua **famiglia** e, con essa, alla **coesione sociale**.

Il **principio organizzativo** di base, come del resto già esplicitato nella programmazione regionale, dovrebbe essere che il **domicilio fisico/digitale** della persona è il **luogo** a cui dovrebbero prioritariamente puntare i **servizi e gli interventi fisici e digitali** distrettuali.

L'accesso alla rete dei servizi distrettuali dovrebbe pertanto essere ordinato e organizzativamente sviluppato in concreto a partire da questo principio.

Questo al fine di **marginalizzare l'inappropriatezza nell'utilizzo del setting ospedaliero** che, nei contesti di emergenza sistemica/pandemica, potrebbe anche tradursi in una grave condizione di insostenibilità.

Tutto quello che può essere organizzato ed erogato sul territorio, semplicemente, deve esserlo. I numeri ci dicono questo. Diversamente il rischio di potenziale "overbooking" è alto e, con esso, il rischio per la salute dei singoli.

Per questo, in una logica "a standard", e, quindi, nella quotidiana dinamica assistenziale territoriale, si sta lavorando per creare le migliori condizioni di evitamento di questa inappropriatezza/insostenibilità, sviluppando interventi e monitoraggio fisici e digitali appropriati e utilizzando il setting più vicino alla persona.

Ma come per l'ospedale l'**accesso** è ordinato da regole chiare. Così dovrebbe essere nel sistema territoriale. La "terapia di contrasto" all'accesso inappropriato alla rete ospedaliera richiede l'estensione della **programmazione** nei piani assistenziali individualizzati (PAI) **dalle prestazioni terapeutiche** e specialistiche di follow up (PIC) **a quelle territoriali di assistenza domiciliare**, di RSA aperta, di residenzialità assistita....

La regolamentazione di "chi -fa - che cosa- quando" per l'attivazione della risposta sul territorio al bisogno della persona e della famiglia. La **misurazione**

della pressione, della saturazione, il prelievo al domicilio, la cura di una ferita, la consegna dei farmaci, il colloquio psicologico, l'attivazione di competenze relazionali, la consegna dei pasti, la nutrizione artificiale domiciliare, l'ossigenoterapia domiciliare, il bagno assistito,sono ambiti di bisogno sociale e sociosanitario non meno importanti di quelli legati agli interventi chirurgici complessi.

Questo anche considerando che la loro numerosità diventa – se le regole di ingaggio non sono chiare e coordinate – inevitabilmente anche complessità burocratica, o sovrapposizione di intervento o inaccessibilità. La sussidiarietà è un valore fondante del nostro modello, che valorizza l'iniziativa delle reti solidaristiche, la naturale proattività della Comunità lombarda, ma questo richiede poi uno sforzo di ricomposizione e non deve tradursi in confusione di ruoli/sovrapposizione/inazione.

Si sta lavorando alla strutturazione di un comparto di rete territoriale molto forte, attraverso l'investimento in tecnologie di telemedicina e telemonitoraggio e il potenziamento delle risorse umane, (infermieri di comunità, assistenti sociali.....). Occorre anche sviluppare una tecnologia di gestione della relazione/comunicazione tra i professionisti del welfare del territorio per il mantenimento della persona nel suo contesto di vita, capace di intervento oltre che di monitoraggio.

Essere quindi fisicamente - anche attraverso innovazione e trasformazione digitale - presenti e agire al domicilio della persona, riconsiderando che il contesto fisico del domicilio del paziente è un setting di cura a tutti gli effetti a cui può e deve puntare la riorganizzazione del sistema.

Occorre definire ruoli e precise responsabilità all'interno della filiera, affinché il percorso del singolo in essa sia effettivamente ordinato secondo la costante applicazione del principio della prevenzione e non di quello del "trasferimento" al setting successivo per mancanza di strumenti in quello che, almeno per un tratto, sarebbe il più appropriato. La chiarezza di ruolo all'interno del modello diventa certezza e qualità dell'intervento.

In questo quadro va comunque sottolineato che la digitalizzazione va sì perseguita, ma solo nella misura idonea a realizzare il giusto temperamento tra il bisogno di assistenza e quello di relazione, posto che l'incontro fisico nei luoghi sociali/comunità ove l'uomo svolge la sua personalità, deve continuare a costituire un valore positivo da perseguire, costituendo esso stesso qualità della vita. Il costo sociale (disagio psichico, depressione) che potrebbe invece produrre in prospettiva l'implementazione di contesti di vita sempre più smart ma fisicamente divisivi, in quanto esito di processi di digitalizzazione delle reti

sociali di riferimento (reti dell'istruzione, dei servizi sociali, dei servizi sanitari, sociosanitari, lavorativi), non possiamo ancora immaginarli. Occorrerà quindi sistematicamente contemperare, bilanciandone l'intensità, la cura digitale e la cura in presenza, in chiave di efficacia dell'intervento sulla qualità della vita della persona e della sua famiglia.

3. IL SISTEMA DI OFFERTA DOMICILIARE IN AMBITO SOCIALE E IL LIVELLO DEI COSTI SOSTENUTI DAI COMUNI LOMBARDI PER ASSISTENZA DOMICILIARE DI CARATTERE SOCIALE NEL 2018: CANALI DI FINANZIAMENTO E NUMERO DI PERSONE PRESE IN CARICO

L'assistenza domiciliare di carattere sociale in Lombardia è erogata attraverso 2.098 unità di offerta che, sul totale di 8.292 unità di offerta sociali totali ad oggi autorizzate, rappresentano il 25%.

TIPOLOGIA DI UDO DOMICILIARE PER TARGET	N. UDO	%
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE	858	10,30%
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI	677	8,20%
ASSISTENZA DOMICILIARE MINORI	563	6,80%
	2.098	
Totale complessivo unità di offerta sociali in Lombardia	8.292	100,00%
% unità offerta assistenza domiciliare sul totale unità di offerta	25,30%	

Come evidenziato nella tabella sotto riportata, sono oltre 33 mila le persone prese in carico in **assistenza domiciliare** socio assistenziale nel 2018, per un totale di **oltre 100 mln di euro** di risorse messe in campo, cofinanziate dal bilancio di **Regione Lombardia** per il **17%**.

TIPO	PERSONE IN CARICO	COSTO	DA COMUNE	DA COMUNE PER GESTIONE ASSOCIATA DEL SERVIZIO	DA UTENZA	DA ALTRI ENTI PB	ALTRA TIPOLOGIA DI ENTRATA	FONDO SOCIALE REGIONALE	DA FNPS	DA FNA	FONDO QUOTA INDISTINTA DEL PDZ	FONDO DI SOLIDARIETA'
Totale Spesa sociale												
Servizi di Assistenza Domiciliare - ex SAD	24.545	60.469.086	32.412.946	7.026.783	7.299.956	411.265	828.546	10.223.889	953.550	401.403	760.779	120.113
Servizi di Assistenza Domiciliare Disabili - ex SADH		15.312.713	9.186.144	1.292.565	884.935	158.992	99.976	2.004.482	1.009.243	272.513	358.334	70.331
Assistenza Domiciliare Minori - ex ADM	9.263	26.490.138	15.135.162	3.381.733	154.056	379.009	71.222	5.174.854	1.548.550	87.299	545.411	17.896
TOTALE	33.808	102.271.936	56.734.252	11.701.081	8.338.948	949.266	999.744	17.403.225	3.511.343	761.215	1.664.523	208.340

TIPO	DA COMUNE	DA COMUNE PER GESTIONE ASSOCIATA DEL SERVIZIO	DA UTENZA	DA ALTRI ENTI PB	ALTRA TIPOLOGIA DI ENTRATA	FONDO SOCIALE REGIONALE	DA FNPS	Da FNA	FONDO QUOTA INDISTINTA DEL PDZ	FONDO DI SOLIDARIETA' A'
Servizi di Assistenza Domiciliare - ex SAD	53,7%	11,6%	12,1%	0,7%	1,4%	16,9%	1,6%	0,7%	1,3%	0,2%
Servizi di Assistenza Domiciliare Disabili - ex SADH	60,0%	8,4%	5,8%	1,0%	0,7%	13,1%	6,6%	1,8%	2,3%	0,5%
Assistenza Domiciliare Minori - ex ADM	57,1%	12,8%	0,6%	1,4%	0,3%	19,5%	5,8%	0,3%	2,1%	0,1%
TOTALE	55,6%	11,4%	8,2%	0,9%	1,0%	17,0%	3,4%	0,7%	1,6%	0,2%

4. FOCUS SUL SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA' ATTRAVERSO LE MISURE DEL FNA E DEL DOPO DI NOI

Attraverso il Fondo nazionale per la non autosufficienza, cofinanziato da **Regione Lombardia** per **oltre 20 mln di euro**, sono state erogati buoni e voucher per il sostegno al domicilio della persona in condizioni di grave e gravissima disabilità a **oltre 19 mila persone**. Si tratta di interventi di assistenza indiretta per compensare il lavoro di cura al domicilio del care giver familiare o per sostenere i costi legati all'assistente familiare regolarmente assunto.

Tipo	Importo	N utenti
Misura B1 - Buono caregiver familiare	38.696.657,00	8.830
Misura B1 - Buono assistente personale	12.890.092,28	1.468
Misura B2- Buono caregiver familiare	11.860.181,62	7.812
Misura B2 - Buono assistente personale	4.759.367,28	1.760
	68.206.298,18	19.870,00

Sempre nell'ambito degli interventi attivati a valere sulle risorse del FNA, troviamo i voucher B1. Si tratta di buoni per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare ad integrazione dell'ADI ordinaria ovvero di prestazioni educativo/abilitative per minori affetti da disturbi dello spettro autistico. Nel 2019 sono stati erogati buoni a **oltre 1200 famiglie di disabili gravissimi**, all'esito di una valutazione multidimensionale effettuata dal polo territoriale di ASST.

PRESTAZIONI DOMICILIARI NELL'AMBITO DEI VOUCHER B1 EROGATI	Importo	N utenti
Totale erogato per voucher sociosanitario	1.849.849	920
di cui su prestazioni al domicilio ADI	420.708	347

Infine nella tabella sotto riportata sono riportati il numero delle persone prese in carico attraverso gli interventi del Dopo di Noi, distintamente per tipologia di sostegno. Dai valori rilevati emerge che l'assoluta prevalenza degli interventi è diretta all'accompagnamento all'autonomia. **Gli utenti** presi in carico con progetti Dopo di Noi a valere sulle risorse del 2019, **sono oltre 2.000**, con un livello di risorse destinate agli interventi di oltre 12 mln di euro.

Tipologia sostegno a valere su progetto Dopo di Noi ex L 112/2016	Importo	N utenti
Locazione	220.892,62	54
Spese condominiali	13.028,38	12
Gruppo appartamento con Residenzialità autogestita	1.155.916,40	139
Cohousing/Housing	439.804,00	38
Accompagnamento all'autonomia	562.574,18	61
Pronto intervento sollievo	9.128.837,35	1.662
TOTALE	12.205.517,45	2.106

Infine la tabella di seguito mostra la **distribuzione** delle **prese in carico** con la **Misura B1**, distintamente **per condizione di disabilità gravissima**, evidenziando che due sono i target prevalenti sostenuti con la misura al domicilio:

- le famiglie di minori con disturbi dello **spettro autistico**
- le famiglie con persone in condizione di **demenza grave o gravissima**

Condizione disabilità gravissima	Minori <18 anni	Adulti tra 18 e 64 anni	Anziani >=65 anni	TOTALE	TOTALE %
a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)<=10	8	52	10	70	0,99%
b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7)	6	32	18	56	0,79%
c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)>=4	0	52	1683	1.735	24,48%
d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B	4	88	15	107	1,51%
e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare, valutate con la scala, tra le seguenti, appropriata in relazione alla patologia: Scala Medical Research Council (MRC) con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti, Expanded Disability Status Scale (EDSS) con punteggio ≥ 9, Hoehn e Yahr mod in stadio 5	138	295	306	739	10,43%
f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;	7	4	5	16	0,23%
g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;	1594	117	2	1.713	24,17%
h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI <=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) <= 8;	592	208	11	811	11,44%
i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicosfiche.	496	788	556	1.840	25,96%
TOTALE	2.845	1.636	2.606	7.087	100,00%
TOTALE %	40,14%	23,08%	36,77%	100,00%	