

I REPORT DEL CESDIRSAN

Comitato scientifico

Beniamino Caravita di Toritto

Rosario Ferrara

Marcella Gola

Vittorio Manes

Andrea Nicolussi

Alessandra Pioggia

Maria Alessandra Sandulli

Comitato di redazione

Alessandra Coiante

Nicola Posteraro

Veronica Sordi

L'ASSISTENZA DOMICILIARE
INTEGRATA

ESPERIENZE, PROBLEMI E PROSPETTIVE

atti del webinar del 18 ottobre 2020

a cura di
MARIA ALESSANDRA SANDULLI

coordinato da
NICOLA POSTERARO

Editoriale Scientifica

Tutti i diritti sono riservati

© 2021 Editoriale Scientifica srl

Via San Biagio dei Librai 39
Palazzo Marigliano
80138 Napoli

www.editorialescientifica.com

ISBN 979-12-5976-045-6

INDICE

<i>Introduzione</i> di Maria Alessandra Sandulli	7
MARIA DONATA BELLENTANI <i>Le priorità delle cure domiciliari alla luce del decreto rilancio</i>	27
LUCA BARBIERI <i>Il sistema delle cure domiciliari e il sostegno alle famiglie: esperienza e prospettive in Emilia-Romagna</i>	35
GIOVANNI VICARIO <i>Evoluzione dell'assistenza domiciliare nella regione Lazio</i>	43
PATRIZIA CECCHETTI <i>L'assistenza domiciliare integrata: la prospettiva della USL Umbria</i>	49
MARIA CRISTINA GHIOTTO <i>L'assistenza domiciliare integrata nella regione Veneto</i>	63
CHIARA CACCIAVILLANI <i>L'a.d.i. nel quadro programmatico della Regione del Veneto</i>	79

DANIELE DONATI	
<i>Dopo il contagio. Quattro tracce per la riprogettazione dell'assistenza domiciliare</i>	87
CLAUDIO SANTINI	
<i>L'assistenza domiciliare integrata: il ruolo dell'internista ospedaliero</i>	99
NICOLA DRAOLI	
<i>Assistenza sanitaria domiciliare e professione infermieristica</i>	103
<i>Conclusioni</i> di Alessandra Pioggia	107

INTRODUZIONE

*Maria Alessandra Sandulli**

L'eccezionale e sconvolgente emergenza pandemica che ci ha colpiti dai primi mesi del 2020, significativamente qualificata già al suo esordio da Mario Draghi come un'apocalisse, ha messo in massima evidenza i problemi organizzativi, tecnici, giuridici ed economici del sistema sanitario e l'estrema difficoltà che, pur con le migliori risorse umane e con le più moderne tecnologie, il nostro mondo, anche negli Stati più ricchi ed evoluti, incontra nell'affrontare un nemico ignoto e imprevedibile come purtroppo sono i virus.

Questa terribile circostanza, dalla quale, dopo ormai oltre un anno, nonostante gli straordinari risultati ottenuti con la messa a punto in tempo di record di diversi vaccini, non riusciamo a uscire, né, purtroppo a prevedere una sicura e prossima via d'uscita, è stata e deve essere però l'occasione, pur triste, per fermarci a riflettere, quanto meno, su una migliore impostazione del nostro sistema sanitario.

È invero compito dei regolatori, dei giuristi, degli economisti, degli ingegneri, dei medici, degli scienziati e di ogni altro operatore del settore unire le forze

* Ordinario di Diritto Amministrativo e Giustizia Amministrativa, Università Roma Tre.

per contribuire a far sì che questa drammatica esperienza induca a ripensare ad enucleare e ad affrontare in modo sistematico i principali nodi del nostro servizio sanitario, ponendo le condizioni affinché esso possa funzionare “a regime” con la massima efficienza e continuità e sia, dove occorra, in grado di rispondere al meglio a questa o ad altre emergenze.

In questo spirito, in continuità con l’insegnamento di diritto sanitario che ho tenuto per diversi anni a Roma Tre e con l’osservatorio di giurisprudenza in materia sanitaria che abbiamo avviato nel 2014 con la prof.ssa Alessandra Pioggia e curiamo anche con il prof. Beniamino Caravita di Toritto sulla rivista federalismi, ho costituito con altri qualificati colleghi ed esperti un Centro Interdisciplinare di Studi di Diritto Sanitario (CeSDirSan).

Il Centro (che è stato presentato in occasione di un webinar nel luglio 2020, visionabile sul canale youtube del Centro, al link: <https://www.youtube.com/watch?v=5kddOmlYVE8>) si propone appunto di promuovere e attuare lo studio e la ricerca scientifica in materia di tutela della salute e di diritto sanitario, mediante lo svolgimento di ricerche, l’organizzazione di gruppi di studio, incontri e convegni scientifici, corsi di formazione, conferenze, dibattiti, seminari, oltre che mediante la pubblicazione di scritti. Nello spirito collaborativo che contraddistingue da sempre le attività dei suoi componenti, il Centro vuole inoltre creare occasioni di confronto con i referenti politici, le massime autorità istituzionali e i più accreditati esperti del settore per discutere insieme delle sfide che deve fronteggiare il settore sanitario (da ultimo

quella epidemiologica, ma anche, ad esempio, quelle relative ai mutamenti derivanti dall'innovazione tecnologica) e proporre costruttivamente possibili soluzioni.

Avvalendoci dell'esperienza a vario titolo acquisita dai soci fondatori e dai membri dei nostri organi sociali, abbiamo, in questo spirito, già avviato diversi filoni di ricerca, sui temi della responsabilità sanitaria, dell'organizzazione dei servizi sul territorio, dell'innovazione tecnologica, dei rapporti Stato-Regioni e, naturalmente, dei vaccini, e, in parallelo, abbiamo organizzato alcuni webinar, partecipato a dibattiti e incontri di formazione e, da ultimo, avviato un ciclo di interviste sui temi di maggiore attualità (tutti visualizzabili attraverso i link riportati nella sezione "eventi" sul nostro sito cesdirsan.it).

Uno dei temi su cui abbiamo più in particolare focalizzato l'attenzione è quello dell'assistenza sanitaria integrativa in ambito extra ospedaliero.

Sull'argomento, il nostro Centro ha organizzato il 12 ottobre scorso un apposito incontro con autorevoli esponenti del Ministero della Salute e di varie Regioni al precipuo fine di riflettere, alla luce dell'esperienza emergenziale Covid-19, sulle esigenze e sulle possibili soluzioni organizzative, non soltanto per affrontare eventuali ulteriori "ondate" del virus (di cui, proprio in quei giorni, si avvertiva purtroppo la "ripresa"), ma anche per la migliore gestione dei pazienti post Covid-19 e, in termini più generali, per una più efficiente gestione "a regime" dell'assistenza socio-sanitaria domiciliare delle persone affetti da patologie, acute o croniche, che non versano in condizioni tale

da richiedere un ricovero ospedaliero: un tema che si lega strettamente a quelli dei rapporti tra le diverse istituzioni, della telemedicina e del *tecnonursing*, nonché, evidentemente, a quello della responsabilità.

Questo volume, che apre una collana di report, raccoglie i contributi pervenutici dai partecipanti all'evento (interamente visualizzabile cliccando sul link <https://www.youtube.com/watch?v=61TjVkQo6x-Q&t=241s>), che, pur dando evidentemente conto soltanto degli esiti della cd “prima ondata”, sono comunque sicuramente utili e importanti anche per la migliore comprensione e valutazione degli ulteriori sviluppi della pandemia e per una più efficiente gestione della situazione emergenziale purtroppo ancora pienamente in atto.

I problemi organizzativi, gestionali e di contagio scoppiati nell'emergenza Covid-19 hanno infatti evidenziato in modo netto l'urgenza di valorizzare ogni possibile modalità di assistenza sanitaria extraospedaliera e di utilizzare le nuove risorse tecnologiche per approntare un valido sistema di “Gestione del paziente” – Covid, ma evidentemente non solo Covid – “in rete”, attraverso strumenti e dati condivisi tra ospedali e territorio, e per incrementare le forme di assistenza domiciliare o, comunque, in strutture dedicate esterne agli ospedali, in modo da alleggerire il carico di questi ultimi e realizzare una migliore finalizzazione delle risorse economiche destinate alla sanità.

Pur apprezzando gli sforzi compiuti dal Governo per potenziare e implementare l'assetto esistente, intervenendo, a partire dal d.l. n. 14 del 2020, sulle risorse e su alcuni profili dell'organizzazione, siamo

ancora lontani da una effettiva riforma del sistema sanitario, alla quale, anche alla luce di questa esperienza, politici, giuristi, medici, aziendalisti, informatici ed economisti dovrebbero dedicare uno sforzo comune.

Una riforma del sistema è essenziale.

Sappiamo tutti evidentemente che i tagli alla spesa sanitaria, determinati anche dalle misure generali di contenimento dei costi pubblici imposte dal principio dell'equilibrio di bilancio, sono stati una delle grandi cause dell'inadeguatezza del nostro sistema sanitario a rispondere all'emergenza Covid-19.

La pandemia ha fatto però emergere quanto, al di là delle risorse, i problemi del servizio sanitario siano determinati anche dalla maggiore o minore efficienza delle singole amministrazioni.

Alcune amministrazioni più efficienti hanno saputo fronteggiare meglio il virus, approntando in anticipo sistemi per realizzare direttamente i reagenti per i test molecolari; altre hanno avuto il merito di prendere autonomamente la decisione di utilizzare strumenti di diagnosi "sconsigliati" dalle direttive istituzionali, effettuando quelle "autopsie" che hanno consentito una svolta importantissima nella terapia. Ricordo che il primo tampone eseguito al famoso "paziente n. 1" di Vo' è stato eseguito dal Dipartimento di microbiologia e virologia dell'Università di Padova, diretto dal professor Andrea Crisanti, forzando le regole vigenti, poiché il paziente non rientrava nei casi da testare. Il modello Veneto è diventato un esempio, grazie alla tempestività d'azione e ai test a tappeto alla popolazione.

Tendenzialmente, il sistema ha dimostrato però

una estrema fragilità, soprattutto nelle Regioni dove, per diverse ragioni, il servizio sanitario è stato concentrato nelle grandi strutture ospedaliere, riducendo il ruolo dell'assistenza territoriale.

Sappiamo che, soprattutto, nella prima fase, la pandemia ha trovato una facile via di contagio proprio nell'impreparazione delle strutture ospedaliere ad affrontare, senza, peraltro adeguate protezioni, le ondate di ricoveri di quanti, in mancanza di una medicina territoriale efficiente, non avevano altra scelta che recarsi nei reparti di pronto soccorso degli ospedali, salvo restarvi per giorni senza poter accedere alle terapie intensive, di cui proprio i ritardi nel tracciamento del virus e nella somministrazione dei primi farmaci avevano contribuito a creare un iper-affollamento.

Le Regioni che sono state immediatamente in grado di fronteggiare l'espandersi del virus con azioni diffuse sul territorio, consentendo di evitare l'ospedalizzazione dei contagiati non gravi, sono infatti riuscite a circoscrivere più rapidamente l'epidemia.

Anche se l'alta percentuale dei contagi e, soprattutto, purtroppo, l'alto numero di decessi, che ha colpito quasi tutte le Regioni nella seconda fase dimostra come il virus sia comunque molto difficile non solo da debellare, ma anche da affrontare e circoscrivere, è indubbio che il potenziamento dell'assistenza territoriale sia essenziale anche, e a maggior ragione, nella gestione della cd "fase di convivenza col virus", nella quale, come si è tristemente dimostrato, sono strategici la verifica dei contagi, il tracciamento, l'assistenza e il controllo di quanti richiedono un periodo di isolamento.

Sono, queste, tutte, attività che possono e devono essere svolte in ambiti esterni agli ospedali, in strutture appositamente attrezzate a tali fini (come le tende che ormai fortunatamente troviamo all'esterno di molte farmacie per l'effettuazione dei tamponi o gli alberghi che meno frequentemente si utilizzano per le quarantene o le convalescenze) o, per quanto possibile, a domicilio. Anche per evitare che, come denunciato dai medici di medicina generale, la concentrazione delle strutture ospedaliere sulla gestione dei pazienti Covid abbia conseguenze gravissime su quella delle altre malattie: cardiologiche, oncologiche, ecc.

Come osservato in apertura, la pandemia Covid ha fatto, peraltro, soltanto emergere, in modo drammatico, un problema già noto e neanche troppo latente.

Già da tempo i cambiamenti sociali in corso e la maggiore aspettativa di vita hanno infatti evidenziato la necessità di realizzare un modello di servizio sanitario basato su una nuova rete sociosanitaria territoriale di cure primarie e di continuità assistenziale, per offrire ai cittadini servizi più accessibili e meglio organizzati. Tanto che, fin dagli anni novanta, in particolare con i decreti legislativi nn. 502/1992 e 229/1999, l'ADI (configurata come obiettivo prioritario dal Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli anziani 1994-1996") è stata indicata tra le funzioni e le risorse garantite dai distretti sociosanitari.

L'esperienza della gestione della fase iniziale della pandemia da parte Regioni con una rete di assistenza territoriale più efficiente (penso, per tutte, al Veneto e all'Emilia Romagna, ma anche, come abbiamo verificato nel nostro incontro, a realtà più piccole come

quella dell'Umbria) ha soltanto confermato e dimostrato il carattere assolutamente fondamentale di una buona organizzazione sanitaria sul territorio e l'altrettanto assoluta inidoneità dei sistemi concentrati sugli ospedali a fare adeguatamente fronte alle esigenze di assistenza sanitaria "a tutto tondo" della popolazione di uno Stato civile.

Insisto a tale proposito sulla particolare importanza dell'assistenza domiciliare dei malati cronici o dei disabili: un altro aspetto rispetto al quale l'esperienza pandemica potrà comunque dare un utile apporto. L'assistenza domiciliare integrata è uno strumento strategico da più punti di vista: consente una più piena presa in carico del paziente fragile; consente che il piano terapeutico alteri nella minor misura possibile le modalità e le abitudini di vita, anche di relazione, del paziente; limita gli accessi nelle strutture sanitarie e, per l'effetto, oltre al rischio di diffusione del contagio fra persone già malate, quello di distrazione del personale medico e paramedico dai casi più seri. E incide favorevolmente sulla sostenibilità economica del sistema sanitario.

Bisogna fare tesoro della esperienza acquisita sulla spesa farmaceutica: i tagli non inseriti nel contesto di una serie programmazione si traducono in un aumento della spesa terapeutica in senso ampio, alimentando i ricoveri e gli interventi chirurgici, che hanno costi molto più alti. Il criterio strettamente economicistico dell'accesso al singolo farmaco, avulso dal contesto generale dei possibili effetti della sua mancata somministrazione, si è quindi rivelato fallace.

Per una gestione economica ed efficiente del siste-

ma socio-sanitario occorre ridurre il ricovero ospedaliero (notoriamente molto oneroso) ai casi di effettiva necessità: un obiettivo che va perseguito attraverso un'adeguata politica di programmazione della spesa farmaceutica, in relazione a quella, più generale, della gestione della malattia e del paziente e di potenziamento dell'assistenza territoriale e domiciliare. Al termine della fase acuta o comunque gestibile soltanto all'interno della struttura ospedaliera, l'ospedale dovrebbe limitarsi a stabilire la terapia e il *case management* dovrebbe gestire la dimissione in sicurezza del paziente, a domicilio o nelle strutture appositamente organizzate, passandolo in carico alla AUSSL, che, a sua volta, dovrebbe gestire e garantire l'eventuale rientro in ospedale, come avviene nei casi di politrauma.

Per riflettere su questi temi, alla luce di quanto tristemente emerso nell'affrontare il virus Covid-19, il CeSDirSan, nello spirito di costruttiva collaborazione richiamato all'inizio di questa breve Introduzione, ha ritenuto opportuno avviare un confronto fra esperienze regionali che fosse non solo una occasione per fare un bilancio dell'esistente, ma un'opportunità di progettazione condivisa di nuove e migliori soluzioni, ferma restando la necessità di una programmazione a livello centrale che, oltre a fornire linee guida unitarie a garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni sull'intero territorio nazionale, ne verifichi e, dove necessario, ne supporti il rispetto.

Se l'esperienza della prima fase conferma, come detto, l'assoluta necessità di un'irradiazione territoriale dell'assistenza sanitaria, quella della seconda fase

dimostra l'importanza e, in questa fase, l'urgenza, di una "direzione" centralizzata del sistema.

Un passo sicuramente importante è stato fatto in questo senso dal D.L. n. 34 del 19 maggio 2020, il cosiddetto decreto "Rilancio" (convertito nella L. n. 77), che ha dettato disposizioni finalizzate a intervenire in modo organico e non meramente provvisorio sul sistema, per rispondere in modo più adeguato alla domanda di assistenza, anche, ma non soltanto, in relazione alle nuove esigenze emerse con la pandemia. Esso ha apprezzabilmente previsto non solo il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, ma anche la possibilità di sperimentare nuove forme di sostegno territoriale che, attraverso le strutture di prossimità e il budget di salute, favoriscano la permanenza a domicilio dei pazienti che non richiedono un immediato ricovero. Con l'obiettivo di "rilanciare" una progettualità sull'assistenza domiciliare che, partendo da quanto già realizzato, metta questo modello organizzativo al centro del sistema delle cure territoriali.

L'art. 1 del Decreto dichiara in proposito testualmente l'intento di "rafforzare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale" e, in questa linea, incentiva l'attuazione di alcune misure già delineate dal Patto per la salute 2019-2021 per lo sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute afferenti alle reti territoriali, aggiungendone altre, più specificamente correlate all'emergenza Covid-19.

Uno dei problemi più seri del nostro sistema è, la totale mancanza di una programmazione della spesa farmaceutica e di una sua correlazione a quella, più generale, della gestione della malattia e del paziente.

Ciò rende sicuramente apprezzabile anche la scelta di individuare lo strumento pianificatorio come misura di coordinamento nazionale della riorganizzazione regionale e la previsione di Piani regionali di assistenza territoriale, rimessi all'autonomia delle singole Regioni, ma impone di definire un sistema di coordinamento programmatico tra i diversi fattori di spesa.

Nella medesima prospettiva di definire a livello centrale i principi fondamentali dell'organizzazione regionale, il Decreto ha previsto la costituzione di apposite Centrali operative, con funzioni di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche attraverso strumenti informativi e di telemedicina; e la costituzione di reti dei laboratori di microbiologia per la diagnosi del Covid-19.

Viene inoltre opportunamente valorizzato il ruolo dei dipartimenti di prevenzione delle Aziende sanitarie territoriali, scarsamente impegnati durante la prima fase emergenziale e successivamente chiamati a far operare in modo combinato i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici di continuità assistenziale e le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA).

Le USCA sono uno strumento molto importante, istituite nella primissima fase dell'emergenza dal già richiamato D.L. n. 14 del 9 3 2020, con previsioni confluite nella legge di conversione del D.L. n. 18 del 17 marzo, proprio per far fronte all'insufficienza delle strutture ospedaliere a rispondere alle esigenze sanitarie derivanti dalla pandemia, attraverso un sistema di gestione domiciliare dei pazienti colpiti dal Covid-19:

ad esse il decreto demanda la presa in carico e il successivo monitoraggio e assistenza dei malati, che, non necessitando di ricovero ospedaliero, restano presso la propria abitazione o sono ospitate nelle strutture dedicate all'isolamento dei pazienti asintomatici o poco sintomatici.

In particolare, il decreto ha previsto che, entro il 20 marzo 2020, tutte le regioni dovessero istituire presso una sede di continuità assistenziale già esistente una unità speciale ogni 50.000 abitanti. Le USCA, operanti sette giorni su sette, dalle 8.00 alle 20.00, sono attivate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta o dal medico di continuità assistenziale che, a seguito del triage telefonico, comunicano il nominativo e l'indirizzo dei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero. Nelle Unità, costituite da un numero di medici pari a quelli già presenti nella sede di continuità assistenziale prescelta, operano, oltre ai medici di continuità assistenziale, i medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale e, in via residuale, i laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti all'ordine di competenza. Il Decreto prevede peraltro un'utile integrazione tra le varie professionalità: oltre ai medici specialisti ambulatoriali convenzionati, è previsto infatti l'inserimento nell'USCA di psicologi e assistenti sociali, con incarichi di lavoro autonomo, per favorire la valutazione multidisciplinare dei pazienti e garantire l'integrazione con il sociale nell'organizzazione dell'assistenza.

L'investimento sulle USCA è significativo dell'importanza riconosciuta all'assistenza domiciliare, che,

come anticipato, si è rivelata assolutamente fondamentale per seguire i pazienti Covid in condizioni meno gravi, evitandone l'ospedalizzazione, per scongiurare una saturazione dei reparti e, aspetto da non trascurare, limitare i pericoli di contagio intraospedaliero.

Nella medesima prospettiva, per consentire un isolamento anche a chi non può restare nella propria abitazione, il già richiamato decreto "Rilancio" ha poi molto opportunamente previsto che le regioni potessero stipulare contratti di locazione di immobili idonei, alberghi o simili. E ha impegnato le AUSL, attraverso i distretti, a potenziare i servizi di assistenza domiciliare ai pazienti in isolamento, anche in tali strutture, garantendo non solo le cure mediche, ma anche il supporto necessario per le attività logistiche inerenti alla ristorazione e al godimento degli altri servizi essenziali. L'attrezzatura delle strutture alberghiere è forse il miglior modo per integrare l'assistenza socio-sanitaria realizzando un equo bilanciamento con i limiti di disponibilità economica: hanno costi assolutamente inferiori a quelli ospedalieri e grande disponibilità di ospitare i pazienti in locali con un massimo di due letti.

Come già evidenziato, l'assistenza domiciliare dev'essere comunque valorizzata in termini più generali, nella sua capacità, cioè, di rispondere alle esigenze di tutti i pazienti fragili, non solo di coloro che sono affetti dal virus Covid-19. Il tema è particolarmente urgente. In molti casi, infatti, ad avere diritto alle cure a domicilio sono proprio le persone che, per l'età o per pregresse o sopravvenute patologie, anche croniche, sono maggiormente esposte alle conseguenze

indirette dell'epidemia, che ha “attratto” e “distratto” tutta l'attenzione su un'unica patologia.

Anche in quest'ottica il Decreto “Rilancio” ha impegnato le Regioni a incrementare tutte le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare, prevedendo, a tal fine, un'intesa Stato-Regioni, per avviare la sperimentazione, per il biennio 2020-2021, di progetti basati sulle strutture di prossimità.

Occorrerebbe, però valorizzare “a regime” il ruolo di queste strutture quali terminali di erogazione dei servizi di medicina territoriale, per la prevenzione e promozione della salute, presa in carico e riabilitazione dei pazienti fragili, in modo da favorire la permanenza a domicilio di coloro che possono essere curati adeguatamente anche senza lasciare la propria abitazione. A tal fine è essenziale intervenire con una radicale semplificazione sulle procedure di accesso alle forme di assistenza attualmente previste nelle singole Regioni.

Nella stessa linea, occorrerebbe favorire la creazione di una rete ambulatoriale per i medici di base e i pediatri di libera scelta, che consenta loro di fare diagnosi e impostare terapie in tempi adeguati, semplificando il sistema di accesso dei pazienti agli accertamenti e alle consulenze specialistiche ritenuti necessari.

Un ultimo profilo che merita assolutamente segnalare fra le misure assunte dal decreto “Rilancio” a sostegno della domiciliarità e dell'assistenza territoriale è il rafforzamento dei servizi infermieristici con l'introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità. Si tratta di una figura presente da diversi anni

in alcune realtà regionali, ma mai codificata come funzione/ruolo. I compiti dell'infermiere di famiglia riguardano la promozione della salute, la prevenzione e l'assistenza infermieristica nei progetti di salute individuali, familiari e della comunità, il tutto all'interno del sistema delle cure primarie, del quale arricchisce la rete integrata di professionisti. Anche questa figura contribuisce, proprio per la sua relazione con ambiti più ristretti, quali, per l'appunto, la comunità e la famiglia, al processo di personalizzazione dell'assistenza e alla presa in carico dei pazienti presso il proprio domicilio. Se in una prima fase il Decreto prevedeva la possibilità di stipulare, a questo fine, contratti di lavoro autonomo anche in forma di collaborazione coordinata e continuativa con infermieri che non lavorino già in strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, a partire dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale possono reclutare infermieri, nei limiti di 8 ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato.

Prima di chiudere queste brevi considerazioni introduttive, mi preme però ancora una volta sottolineare che dall'esperienza Covid abbiamo imparato che occorre sviluppare la capacità dei sistemi di adattarsi rapidamente ai bisogni emergenti: c'è una forte necessità di integrazione fra i vari settori, non solo tra ospedale e territorio, ma anche fra il sociale e il sanitario, e magari tra servizi residenziali e domiciliari, che potrebbe anche tradursi in piani di assistenza individuali che combinano più regimi assistenziali.

Non possiamo perdere tempo: come e più che per altri settori dobbiamo sfruttare questa tragedia

come una grande occasione per operare al meglio con le forze e le risorse di cui disponiamo ed evitare che le opportunità date dalle norme e dai finanziamenti emergenziali si dissolvano nei mille rivoli del nostro sistema.

Si rende urgente rendere efficienti e sfruttare al massimo le strutture alternative come gli alberghi, le case della salute, le unità di degenza infermieristica, garantendo la continuità di cura in ambienti a basso impatto economico; e al contempo dare una risposta immediata al bisogno clinico e assistenziale attraverso forme miste di presa in carico del paziente: ad esempio, attraverso la cooperazione tra medici di base e i medici specialisti, ospedalieri e delle AUSL, utilizzando la telemedicina, ma anche e soprattutto il *tecnonursing* e, soprattutto, garantendo la presa in carico dei pazienti ancor prima della dimissione ospedaliera. Occorre, in altri termini, valorizzare il *case management* per la dimissione in sicurezza con l'attivazione dei servizi territoriali e il dialogo – in rete – tra le centrali ospedaliere e quelle territoriali: solo così si tutela il bene salute, si risparmiano le risorse dei reingressi e si supporta il *bed management*, che deve essere riservato alle acuzie.

Per poter procedere in tal senso, nell'attesa di implementare i medici di base, dovranno essere sempre più valorizzati e sostenuti, con adeguate risorse – umane, economiche e strutturali – gli ambulatori e gli altri centri presenti nel territorio, che hanno un costo sicuramente inferiore a quello degli ospedali e assicurano al contempo una gestione trasparente. Analogo modello dovrebbe essere seguito per il sociale, che

potrebbe e dovrebbe essere gestito con squadre di badanti formate dagli ospedali.

Uno degli impegni più importanti del prossimo futuro deve essere infatti quello per la formazione.

L'estensione delle cure sul territorio e in luoghi diversi dalle strutture e dagli ambulatori pubblici e convenzionati, così come l'utilizzo delle nuove metodologie di assistenza "da remoto", impone inoltre di ripensare anche il sistema delle responsabilità, soprattutto quelle degli organizzatori.

L'argomento è caldissimo e non è certamente questa la sede per approfondirlo.

Non è possibile però non fare una riflessione preliminare di carattere generale. Non vi è una adeguata considerazione dell'impegno e degli sforzi del personale sanitario e delle strutture sanitarie, che, senza neppure un Piano Pandemico aggiornato e soprattutto, evidentemente, senza alcun protocollo, hanno dovuto affrontare – nella prima ondata addirittura a mani nude e ora in una condizione di stress psico-fisico inevitabilmente alimentata dalla preoccupazione per la riattivazione del virus – una situazione senza precedenti.

Tra le numerose definizioni, quella che rende a mio avviso meglio l'idea è quella di "tsunami".

I decisori pubblici, in ogni campo, si sono trovati e si trovano nella estrema difficoltà di intervenire con la massima urgenza contro un nemico totalmente sconosciuto e imprevedibile, compiendo atti e operazioni incidenti su diritti fondamentali della persona umana come quelli al lavoro e alla circolazione, ma soprattutto sul diritto alla salute e alla stessa vita.

Proprio la difficoltà di assumere decisioni in un quadro normativo, economico, tecnico e sociale estremamente complesso, incerto e farraginoso è, stata, come noto, alla base di importanti disposizioni – emergenziali e a regime – sulla responsabilità amministrativa e penale dei funzionari pubblici.

Per evitare la c.d. “paura della firma”, l’art. 21 del d.l. n 76 del 2020 (convertito nella l. n. 120) è invece intervenuto in modo drasticamente riduttivo sulla responsabilità amministrativa dei funzionari pubblici, limitando, fino alla fine del 2021 (ma è evidentemente prevedibile che la disposizione verrà poi quantomeno reiteratamente prorogata *ad libitum*) la responsabilità per danno erariale derivante dai loro atti alle sole ipotesi in cui ne venga accertato il dolo, con l’ulteriore precisazione che “la prova del dolo richiede la dimostrazione della volontà dell’evento dannoso”. Si chiarisce, in tal modo, che il dolo va riferito all’evento dannoso in chiave penalistica e non in chiave civilistica, come invece risulta da alcuni orientamenti della giurisprudenza contabile che hanno ritenuto raggiunta la prova del dolo inteso come dolo del singolo atto compiuto.

Ma, soprattutto, lo stesso decreto, all’art. 23, ha ridotto, a regime (ovvero senza limiti temporali) il reato di abuso d’ufficio alla violazione di puntuali disposizioni di leggi e atti con forza di legge da cui non residuino margini di discrezionalità (vale a dire, non solo margini di scelta, ma anche margini di valutazione tecnica). Con autorevoli esponenti dell’accademia e della magistratura amministrativa e penale abbiamo discusso di quest’ultimo tema un apposito webinar il 13 luglio scorso.

Continuano nondimeno ingiustamente a naufragare i tentativi di ridefinire la responsabilità degli operatori e sanitari nella situazione emergenziale.

Nel rinviare ai video dei dibattiti già svolti sul tema (visionabili sul canale youtube del Centro, cliccando sul link: <https://www.youtube.com/watch?v=1IgaL-DRdCU8>) chiudo quindi, questa breve presentazione, con l'auspicio che la questione venga presto rimessa sull'agenda politica e sia anzi l'occasione per una più generale riflessione sul sistema della responsabilità sanitaria.

LE PRIORITÀ DELLE CURE DOMICILIARI ALLA LUCE DEL DECRETO RILANCIO

*Maria Donata Bellentani**

Nel recente Rapporto dell'OCSE sul futuro delle cure primarie, report "*Realising the Potential of Primary Health Care*" (disponibile dal 30 maggio 2020) l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico rileva come "il futuro dell'assistenza sanitaria primaria riguarderà nuovi modelli di assistenza diversi dal medico singolo che lavora isolato rispetto ad una rete di servizi". È pertanto un futuro che richiede, per realizzarsi, la necessaria presenza di *team multiprofessionali* composti da medici, infermieri e assistenti sanitari, dotati di tecnologia digitale e integrati con servizi di assistenza specializzati, anche e soprattutto per garantire le cure domiciliari, che sono una priorità del nostro SSN. Il lavoro in team, unito all'uso della telemedicina, permette la presa in carico e la continuità delle cure alla persona e alla sua famiglia, con il supporto della diagnostica di primo livello, nel suo luogo di vita, senza costringere la persona a spostamenti inutili se non controproducenti per il suo benessere e la sua salute.

* Direttore Ufficio 2 - Direzione Generale, Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute.

È un cambiamento che richiede di pensare nella logica del percorso di cura delle persone non autosufficienti, pertanto con cure domiciliari intese come presa in carico e non come erogazione di una prestazione, attraverso un'organizzazione che garantisca la continuità dell'assistenza, con protocolli per l'ammissione e la dimissione protetta con il pieno coinvolgimento del medico di famiglia, la valorizzazione del ruolo dell'infermiere quale figura di collegamento e facilitatore organizzativo e la responsabilizzazione ed il coinvolgimento della persona, della famiglia e dei *caregiver* nella definizione ed attuazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI). Tutto ciò pur nella consapevolezza che una definizione condivisa a livello nazionale del termine non autosufficienza non esiste e, dunque, perimetrare correttamente (o correttamente indirizzare) l'ambito degli interventi regolatori nazionali e regionali in tale materia risulta complesso.

La gravissima emergenza Covid-19 che, come noto, ha determinato un deciso ripensamento dell'organizzazione dei servizi sanitari, sia pubblici sia privati, ha nondimeno acceso una nuova luce sul sistema dei servizi sociosanitari territoriali, del quale i servizi domiciliari costituiscono una componente fondamentale. I focolai registrati all'interno delle Rsa hanno richiesto nella fase emergenziale più acuta misure restrittive importanti e allo stesso tempo hanno fatto emergere criticità dell'assistenza territoriale cui siamo impegnati a dare risposte strutturali. Ciò significa attivare nuovi modelli organizzativi che spostino l'assistenza dall'ospedale al territorio e perseguano un approccio pro-attivo sulla gestione delle patologie

croniche, anche attraverso la presa in carico continua del paziente.

È ormai dimostrato quanto un sempre più articolato e completo prendersi cura al domicilio del cittadino sia funzionale a garantirgli sicurezza e qualità di cure rimanendo a casa, per ridurre rischi di contagio, sgravare gli ospedali dal sovraccarico di richieste per consentire ai nosocomi di essere luoghi di diagnosi e cura per tutti e non solo per i pazienti Covid-19. In uno sguardo più ampio, l'invecchiamento della popolazione e l'incremento delle malattie croniche impongono una riorganizzazione della medicina del territorio. Obiettivo fondamentale dei sistemi di cura della cronicità è mantenere il più possibile la persona malata al proprio domicilio, senza far ricadere sulla famiglia tutto il peso dell'assistenza.

Questa consapevolezza ha portato a prevedere, nell'articolo 1 del decreto legge n. 34 del 2020 (c.d. "Decreto Rilancio") come convertito nella legge n. 77/2020, specifiche disposizioni per il potenziamento e la valorizzazione dell'assistenza territoriale, mediante i c.d. piani di assistenza territoriale che le Regioni e le Province autonome debbono adottare con precise misure sia per il tracciamento precoce dei casi e dei contatti Covid-19, sia per tutelare maggiormente le persone fragili o non autosufficienti incrementando e indirizzando le relative azioni terapeutiche e assistenziali prima di tutto a livello domiciliare. Risorse stanziata per personale e servizi domiciliari: 733.969.086 euro.

Si tratta di rafforzare la governance pubblica dell'organizzazione territoriale, che al livello locale trova come riferimento il Distretto, quale articolazione

dell’Azienda sanitaria locale, e in tal senso opera il decreto legge n. 104 del 2020 (art. 29 “Disposizioni per la tutela della salute in relazione all’emergenza da Covid-19”) che impegna le Regioni ad adottare “piani di riorganizzazione dei distretti e della rete assistenziale territoriale per garantire l’integrazione socio-sanitaria, l’interprofessionalità e la presa in carico del paziente”. Si rafforza anche il ruolo di programmazione del Distretto, tramite il Piano delle attività territoriali da adottare in forma concertata con i Comuni, sulla base dell’analisi dei bisogni di salute della popolazione (art. 31 *quater* “Misure in materia di potenziamento dei distretti sanitari”). Un Distretto, pertanto, che coordina ed è responsabile dei percorsi di cura e opera anche come facilitatore per l’integrazione sociosanitaria di operatori e servizi.

Il decreto legge n. 34 del 2020 ha fornito ulteriori indicazioni per rafforzare l’assistenza territoriale, prevedendo la sperimentazione di strutture di prossimità, come case della salute o della comunità, per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione sociosanitaria, volte a favorire la domiciliarità e ridurre l’istituzionalizzazione. Si prevede inoltre l’attivazione di centrali operative regionali per il coordinamento delle attività territoriali, dotate di apposito personale e di apparecchiature per il tele-monitoraggio e la telemedicina, in grado di implementare il monitoraggio domiciliare. Tali centrali operative possono avvalersi del “Numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117” per il servizio di guardia medica e assistenza

territoriale, secondo le linee d'indirizzo approvate con Accordo Stato-Regioni del 24.11.2016 (Rep. Atti n. 221/CSR). L'attivazione del numero 116117 non costituisce una mera sostituzione dei numeri telefonici del servizio di continuità assistenziale, ma rappresenta un'opportunità per il miglioramento dell'assistenza sanitaria, in particolare nel contesto della rimodulazione delle attività delle cure primarie.

Una medicina, dunque, dotata anche di tecnologie, ossia di tecnologie telematiche indispensabili per migliorare l'erogazione di servizi sanitari, con particolare riferimento alle cure domiciliari integrate e palliative. A fronte di tali iniziative, il Governo ha autorizzato, per il 2020, la spesa di circa 840 milioni di euro.

Previsto, poi, il rafforzamento dei servizi infermieristici territoriali, per potenziare l'assistenza domiciliare integrata ai pazienti in isolamento domiciliare e ai soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali o in situazioni di fragilità. A questo fine viene introdotta la figura dell'infermiere di famiglia o di comunità, 8 ogni 50mila abitanti, anche a supporto delle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA). Risorse stanziare per le nuove assunzioni 332.640.000 Euro.

È, dunque, evidente lo sforzo compiuto in questi mesi. I modelli assistenziali per la tutela della persona non autosufficiente esistono, delineati nel Piano nazionale della cronicità (approvato con Accordo Stato-Regioni del 15 settembre 2016, Rep. Atti n. 160/CSR) ma occorre dare attuazione a quanto previsto dal decreto sui nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA), il DPCM 12 gennaio 2017, che rafforza il concetto di

domiciliarità per tutti i livelli di complessità assistenziale in relazione al bisogno della persona. Il decreto ha introdotto per la prima volta nei LEA i “percorsi assistenziali integrati”(art. 21) che vanno oltre il concetto delle singole prestazioni per includere l'intero processo di presa in carico e cura delle persone con patologie croniche, con un'assistenza continua e di lungo termine e attenzione ad ogni passaggio, dalla valutazione multidimensionale dei bisogni della persona, alla definizione di un piano personalizzato di assistenza, all'erogazione delle cure da parte dell'equipe multidisciplinare. Nello stesso decreto è inserita una nuova disciplina delle cure domiciliari (art. 22) articolata in diversi livelli, in funzione della complessità, intensità e durata dei trattamenti di cui la persona ha bisogno, valutati sinteticamente attraverso il CIA (Indice di complessità assistenziale): cure domiciliari di livello base per bisogni sanitari di bassa complessità; cure domiciliari integrate (ADI) di I o II livello per persone con patologie croniche stabilizzate; cure domiciliari integrati (ADI) di III livello per le persone con elevato livello di complessità. Analoga attenzione è dedicata alle cure palliative domiciliari (art. 23) da erogare nell'ambito della Rete di cure palliative previste dalla legge 15 marzo 2010, n. 38, tramite equipe dedicate.

Ora più che mai occorre creare un cambiamento deciso, accompagnato da risorse dedicate, umane e finanziarie. L'obiettivo è garantire i percorsi integrati di cura previsti dai LEA per la presa in carico reale delle persone, tenendo conto delle fragilità non solo cliniche ma anche funzionali e sociali.

I prossimi passi dovranno necessariamente partire dalle buone esperienze sviluppate a livello territoriale secondo i modelli appena descritti per creare una cornice di riferimento chiara a livello nazionale per il potenziamento dell'assistenza territoriale, a garanzia dell'equità di accesso alle cure e della dignità della persona, rafforzando il rapporto di collaborazione istituzionale tra il livello nazionale e quello regionale e locale, come peraltro previsto dal Patto per la salute 2021-2023 stipulato il 18 dicembre 2019, nella scheda 8.

L'emergenza epidemica ha rappresentato una spinta per il Paese e per i singoli servizi sanitari regionali ad applicare soluzioni innovative basate sulla domiciliarizzazione del paziente anche mediante l'utilizzo di soluzioni di telemedicina e teleassistenza, volte a garantire modalità innovative di contatto tra medico e paziente, ancor più necessarie per garantire la sicurezza e il distanziamento sociale. L'emergenza ha evidenziato di fatto l'esigenza di un passo diverso di *policy*, che dovrà sempre di più orientarsi sulla capacità di rendere le prestazioni sanitarie personalizzate e accessibili; in questo senso si ritiene di fondamentale importanza l'attivazione di un percorso di diffusione dell'utilizzo della tecnologia nell'ambito dei servizi sanitari in particolare:

- servizi di telemedicina e teleassistenza, da implementare in modo uniforme e omogeneo sul territorio nazionale, per garantire l'accesso rapido e tempestivo alle cure del paziente al domicilio;
- cartelle cliniche elettroniche a supporto dei

medici di medicina generale e dei medici ospedalieri e ambulatoriali, per garantire la raccolta strutturata dei dati sulla continuità di cura del paziente;

- piattaforme tecnologiche di intelligenza artificiale, quali strumenti essenziali per raccogliere, analizzare e scambiare dati con operatori sanitari e pazienti;
- diagnostica *point-of-care* con sistemi di diagnosi rapida;
- piattaforme per l'*empowerment* dei pazienti per l'educazione sanitaria dei cittadini.

In particolare, la gestione della cronicità e la continuità dell'assistenza si avvalgono fortemente del contributo della sanità digitale per garantire la realizzazione di una modalità operativa che integri i vari attori deputati alla presa in carico e all'erogazione delle cure, con vantaggi in termini di continuità delle cure, equità di accesso all'assistenza sanitaria e migliore utilizzo delle risorse.

IL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI
E IL SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE:
ESPERIENZA E PROSPETTIVE
IN EMILIA-ROMAGNA

*Luca Barbieri, Antonella Rolfini**

Nella Regione Emilia-Romagna quello delle cure domiciliari è un sistema non recente, che origina più di vent'anni fa. Si tratta di un sistema che è capace di gestire grandi volumi di attività con risorse imponenti, e che, per effetto dell'epidemia della cronicità (che è la grande epidemia che abbiamo affrontato in questi anni, fino a questa ultima che, invece, è una epidemia di carattere diverso), è rivolto particolarmente alle persone anziane o molto anziane.

Gli elementi principali di questo sistema sono: il focus su pluripatologie e fragilità e la complessità dell'approccio assistenziale.

In questa regione si è scelto fin dall'inizio di mantenere una forte integrazione tra la parte sanitaria e la parte sociale; invero, non soltanto per quello che riguarda l'assistenza così detta socio-sanitaria, ma anche proprio l'assistenza che l'ente locale garantisce ai quattro milioni e cinquecentomila cittadini di questa

* Luca Barbieri è stato responsabile del Servizio Assistenza Territoriale fino al 31 ottobre 2021.

regione (anche per quella parte di assistenza domiciliare cioè che in altri ambiti è stata tenuta distinta fin dall'inizio e che riguarda per esempio il fine vita e quindi le terapie di tipo palliativo).

Gli elementi che caratterizzano il sistema delle cure domiciliari di questa regione sono: l'attività di accoglienza verso tutti i cittadini; la collaborazione e l'integrazione tra i professionisti (non solo sanitari, ma anche di altri ambiti professionali); il coinvolgimento della famiglia nell'equipe di cure e anche come oggetto di cure (una particolare attenzione negli ultimi anni è stata offerta al *caregiver* come soggetto, ma anche come oggetto di cure nell'ambito delle cure domiciliari); il tema della continuità dei percorsi assistenziali tra i diversi setting assistenziali del territorio e anche tra territorio e ospedale, centrando sostanzialmente nella realizzazione di un piano assistenziale individuale specifico la sintesi del sistema di cure che vengono messe a disposizione per l'assistito.

Quindi, forti collegamenti con il resto del sistema, assistenza focalizzata sui bisogni della persona e nel suo specifico contesto di vita, il domicilio, e assistenza basata su livelli di intensità assistenziale ovviamente diversi.

In questa regione assistiamo ormai dagli ultimi anni in modo costante oltre 135.000 persone, per le quali vengono garantiti oltre 3 milioni di accessi l'anno.

Elemento fondamentale del nostro sistema di cure domiciliari è, come confermato *supra*, la continuità dei percorsi tra diversi setting territoriali e tra l'ospedale, il territorio e l'ospedale, che si basano su alcuni elementi innovativi che in questi oltre vent'anni di

esperienza abbiamo introdotto e che fanno riferimento principalmente ai punti unici di accesso alle cure domiciliari sociali e sanitarie e che si sono lentamente nel tempo trasformati in qualcosa di un po' diverso e che chiamiamo oggi centrale di dimissione o centrale di continuità.

Si tratta di gruppi professionali che, dotandosi di strumenti informatici e informativi, sostanzialmente costituiscono lo snodo dei percorsi assistenziali tra i diversi setting assistenziali del territorio e dell'ospedale, attraverso valutazioni semplificate o multidimensionali specifiche fatte da équipes di cui fanno parte infermieri, assistenti sociali, medici di medicina generale o altri specialisti, se necessario, e fisioterapisti, e che fungono da centrali di snodo e di governo di tutti i percorsi assistenziali del territorio.

Queste strutture, questi gruppi, hanno tendenzialmente una valenza distrettuale: ovviamente nelle città di grandi dimensioni come Bologna ne esistono più di una, una per ogni quartiere della città.

Quello della presa in carico dai setting assistenziali ospedalieri è uno dei punti di riferimento per noi più importanti: nel tempo, le prese in carico di assistenza domiciliare da pazienti in dimissione ospedaliera sono diventate sempre più tempestive. Quest'anno contavamo di svalicare il valore del 50%, posto che almeno un paziente su due viene preso in carico entro tre giorni di calendario dalla dimissione ospedaliera.

Chiaramente, perché questo risultato sia raggiungibile, bisogna che la segnalazione o il percorso assistenziale sia costruito in largo anticipo rispetto alla data di dimissione: uno dei grossi problemi che si rin-

viene normalmente nel rapporto con gli ospedali è che questi ritengono che la costruzione del percorso post ospedale si debba pianificare a ridosso del momento della dimissione; chiaramente, questo non consente al territorio di attrezzarsi. Per questo, abbiamo cercato di anticipare moltissimo il momento in cui si discute del percorso successivo della persona.

Nel contesto dell'emergenza covid, ovviamente, si è rivista anche la capacità di risposta del territorio al domicilio tenendo in considerazione altri elementi e per rafforzare quella equipe multiprofessionale che è l'equipe di cure del setting domiciliare.

In particolare, essa è stata rafforzata attraverso il contributo anche degli altri ambiti assistenziali che sul territorio si sviluppano, quindi: non solo le cure primarie, che sono quelle più tradizionalmente legate all'assistenza domiciliare, ma anche le cure intermedie, intese come residenzialità temporanea, quindi l'ospedale di comunità piuttosto che le residenze per anziani non autosufficienti ad alta intensità assistenziale e di permanenza temporanea, piuttosto che gli hospice ed anche le cure informali, e quindi le cure prestate dal *caregiver* piuttosto che da soggetti come assistenti familiari regolarmente assunti piuttosto che dal volontariato.

Durante il picco pandemico, quindi, le attività dell'assistenza domiciliare tradizionale sono proseguite e si sono arricchite di elementi che sono risultati innovativi, perché li abbiamo acquisiti molto più rapidamente di quanto avremmo probabilmente potuto fare in una condizione non emergenziale.

Parlo in particolare del monitoraggio telefonico

e in videochiamata, che apre il grande capitolo della telemedicina (anche se in questo caso era più a servizio del personale infermieristico assistenziale, perché ci sono molte attività che normalmente possono essere condotte senza necessariamente essere presenti in casa della persona): si è cominciato a prendere in carico i pazienti covid positivi che erano confinati al domicilio, o per motivi di quarantena, o perché appunto trattati al domicilio perché non avevano sintomi così gravi da dover ricorrere al ricovero ospedaliero, in integrazione con l'unità speciale di continuità assistenziale e perché sono stati presi in carico al domicilio pazienti, per esempio covid positivi, che erano stati dimessi dall'ospedale e potevano rientrare a casa, in una sorta di misura protetta anche se in questo caso diciamo la popolazione di riferimento non era sempre quella degli ultra 75enni o comunque dei grandi anziani.

Per quanto riguarda le USCA, occorre considerare due dati.

Sono state introdotte dal 16 di marzo 2020, quindi praticamente subito dopo l'entrata in vigore del decreto ministeriale. Sono nel tempo cresciute e poi ridotte numericamente, perché è stata data alle aziende indicazione di essere molto flessibili ed elastiche rispetto alla domanda: nei momenti di massima intensità dell'emergenza abbiamo comunque avuto 90 USCA funzionanti in questa regione.

Di particolare rilevanza le sperimentazioni che sono state condotte in alcune aziende: per esempio, nell'azienda di Modena si è deciso di utilizzare una USCA soltanto per l'assistenza al domicilio dei bam-

bini; viceversa in altre due aziende ci sono USCA dedicate al lavoro nelle CRA, che sono le nostre RSA, per meglio circoscrivere i focolai che eventualmente si sono sviluppati appunto nelle strutture residenziali per anziani.

Di queste USCA hanno fatto parte medici di diverse tipologie: dal medico di medicina generale (inteso anche come medico di continuità assistenziale) agli specialisti ambulatoriali, specializzandi, medici dipendenti delle aziende e anche pediatri di libera scelta. A questi medici si affiancano infermieri che non sono, evidentemente, quelli che fanno l'assistenza domiciliare con i numeri di cui dicevamo prima, ma sono quelli che sono stati aggiunti per assistere queste persone al domicilio.

Quindi, le USCA in sé dovrebbero tenere conto anche della risposta che viene continuamente data per i pazienti che sono in assistenza domiciliare integrata.

Mi riferivo prima alla figura del *caregiver*, che è previsto anche nei LEA sia coinvolto nella redazione del progetto di assistenza individuale.

In questa regione qualche anno fa è stata varata una legge, la prima in Italia, per il riconoscimento e il sostegno al *caregiver*; legge che, proprio quest'anno, ha portato a definire non solo dei fondi specifici per interventi di sollievo anche al domicilio e per far fronte alle emergenze. E questo è uno, come dire, degli esempi, ci siamo in mezzo, in cui si possono effettivamente utilizzare questi fondi per aiutare le famiglie e per sostenere in modo specifico il *caregiver*. Ma siamo arrivati, più di recente ancora, a fornire uno schema unico di progetto personalizzato per l'assistenza do-

miciliare includendo una sezione specifica per rilevare i bisogni del *caregiver* e lo stress del *caregiver*, quindi una parte specifica, una sezione dedicata.

A questo punto: quali possono essere gli ambiti di miglioramento e le azioni che possono essere messe in campo, per migliorare il sistema?

Anzitutto occorre costituire delle equipe di cure territoriali multiprofessionali in cui siano integrati i medici di continuità assistenziale. Tale modalità, pur già sperimentata in alcuni territori, rappresenta una novità per il sistema regionale che permette di garantire la continuità assistenziale non solo nelle ore notturne e nelle ore diurne di sabato e festivi, ma anche nelle ore diurne feriali per le diverse tipologie di assistenza.

In secondo luogo, nella nostra regione vogliamo investire sulla figura dell'infermiere di comunità, in particolare sulla infermieristica territoriale.

Occorre poi rafforzare le centrali di governo della continuità ospedale-territorio che, come già evidenziato, rappresentano lo snodo dei percorsi e dell'inserimento dei pazienti nei diversi percorsi di cura e anche di orientamento delle persone che non possono stare a casa ma possono trovare, per esempio, in albergo in questa fase pandemica una modalità assistenziale diciamo utile e efficace. Abbiamo attualmente quasi 600 posti negli alberghi di questa regione.

Un altro degli ambiti su cui è necessario porre la massima attenzione è quello della telemedicina e della teleassistenza, oltre che dell'estensione del teleconsulto e l'estensione dell'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico che in questa regione, prima dell'epidemia, riguardava "appena" 850 mila assistiti: è chiaro

che l'epidemia in sé favorisce l'adesione delle persone al fascicolo e l'alimentazione del fascicolo in tutte le sue parti.

Un elemento su cui ci stiamo spingendo e su cui tutte le regioni immagino stiano lavorando è l'aumento della dotazione tecnologica negli studi di medicina generale e dei pediatri di libera scelta: costituire queste équipe territoriali multiprofessionali che facciano anche dell'assistenza diretta, della prestazione all'interno dei gruppi di medicina generale, è fondamentale per far fare un salto di qualità a tutto il sistema.

Altro elemento che può essere attenzionato è quello della revisione dell'assegno di cura, che per noi è uno strumento economico di mantenimento al domicilio della persona non autosufficiente, che garantiamo a oltre 10 mila e 500 soggetti in questa regione attraverso i fondi per la non autosufficienza messi a disposizione nel bilancio regionale: bisogna che mettiamo insieme sia l'assistenza diretta con quelle modalità di assistenza delle persone al domicilio che consentono di non trasferire in residenza o all'ospedale chi, comunque, anche se non autosufficiente al domicilio, può continuare a restare con un *caregiver* di riferimento adeguatamente supportato.

EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE NELLA REGIONE LAZIO

*Gianni Vicario**

Nel 2017 è stato emanato il primo provvedimento di riorganizzazione dell'assistenza domiciliare integrata, che va nel senso di un traghettamento da un sistema fondato sulle gare di appalto a un sistema di accreditamento dei soggetti erogatori. Questo provvedimento individua i meccanismi di accreditamento con otto dimensioni, criteri e fattori di qualità; un nuovo sistema tariffario, nonché il percorso per giungere alla definizione dei soggetti erogatori (percorso che è durato circa un anno e mezzo).

Ora la regione Lazio è uscita definitivamente dal sistema di gara. L'assistenza domiciliare è assicurata in parte minima in maniera diretta dalle Asl e in gran parte da 25 soggetti erogatori accreditati su tutto il territorio regionale, per i quali peraltro è stato fatto uno schema di accordo contrattuale regionale che le Asl applicano.

Fra le novità introdotte rispetto al sistema precedente, a parte aver elevato di molto la qualità perché i criteri e i requisiti che si chiedono sono molto strin-

* Direttore U.O.C. Formazione, valutazione dell'applicazione dei processi assistenziali e degli esiti di salute, ASL Viterbo.

genti, vi è la libera scelta da parte del cittadino del soggetto erogatore. Ogni Asl ha un elenco dei soggetti accreditati e contrattualizzati per le tre fasce di complessità – bassa, media ed elevata – e il cittadino può scegliere, anche sulla base di alcuni indicatori, il processo di esito che viene messo in trasparenza rispetto ai singoli soggetti. Esempio di indicatore è la percentuale di ricorso al pronto soccorso dei soggetti presi in carico in assistenza domiciliare, è una valutazione su “quanto bene” il paziente venga preso in carico da questo servizio. Diciamo, quindi, che la fase di riorganizzazione complessiva è terminata ed è terminata proprio poco prima della pandemia Covid, appena in tempo per avere un sistema strutturato che potesse supportare la gestione dei pazienti fragili e cronici.

Che cosa, in sintesi, questo nuovo sistema ha apportato? Oltre alla libera scelta del cittadino, una semplificazione tariffaria poiché prima ciascuna Asl, a seconda della gara di appalto, aveva tariffe, modalità e contenuti di servizio differenti, adesso c'è piena omogeneità a livello regionale sia per livelli di offerta che per il sistema tariffario, e anche una chiarezza organizzativa: è stabilito chi fa che cosa, cosa sono tenute a fare le Asl, cosa i soggetti erogatori.

Questo nuovo sistema ha anche portato una accelerazione di alcuni elementi, sempre in epoca pre Covid, rivelatisi poi molto utili. *In primis*, un sistema di dimissioni ed ammissioni concordate per garantire una continuità di assistenza fra ospedale e territorio con il *target* principale sulla assistenza domiciliare e la creazione di centrali operative aziendali per favo-

rire un *continuum* di assistenza sempre fra ospedale e territorio, sia a livello domiciliare che residenziale. Ci sono stati dei problemi soprattutto dovuti al fatto che, in un primo tempo, la regione Lazio aveva posto un tetto all'assistenza domiciliare, cosa che ha provocato dei problemi rilevanti per cui si è in parte dovuti tornare indietro su questo. Ciò è la ragione per cui noi abbiamo delle assistenze anche ad elevatissimo impegno orario durante il giorno, il che rappresenta un problema perché, in termini di appropriatezza, oltre a un certo impegno, vi è un altro *setting*. Allo stesso tempo, tale circostanza ha portato, però, ad una serie di prospettive ulteriori: si pensi alla necessità di potenziare ancora di più l'assistenza (si consideri che attualmente sono seguiti a domicilio circa il 2% degli ultrasessantacinquenni e che l'obiettivo è quello di garantire una copertura maggiore) e, già in epoca pre Covid, allo sviluppo di forme di teleassistenza, rivelatesi poi evidentemente utili.

Vengo al momento dell'emergenza Covid. Cosa è successo? Da un lato, questo sistema di assistenza domiciliare così consolidato e organizzato ci ha consentito di mantenere in sicurezza i pazienti che avevamo già in carico, non c'è stato un calo delle attività rispetto all'assistenza domiciliare. Dall'altro, sono state fatte una serie di azioni molto simili ad altre regioni, anche se con alcune peculiarità: è stata attivata una unità speciale di continuità assistenziale regionale (nel Lazio infatti si parla di USCAR e non di USCA, nel senso che è stata centralizzata questa unità); sono stati reclutati numerosi medici e infermieri, che, suddivisi in equipe di intervento, vanno soprattutto a supporta-

re la gestione di *cluster* Covid in strutture residenziali sia di tipo sociosanitario che di tipo socioassistenziale, e a svolgere tutte le attività di esecuzione di tamponi (anche a domicilio in casi selezionati).

Quindi, è un modello leggermente diverso dal modello nazionale, per il quale abbiamo avuto, peraltro, un ricorso delle sigle sindacali. Questo modello poi sta dimostrando di essere in grado di assicurare una serie di servizi rilevanti.

Durante l'emergenza Covid, abbiamo attivato la cd. attività proattiva infermieristica a livello distrettuale con l'assunzione di centinaia di infermieri, che sono stati assegnati ai distretti proprio a supporto delle attività a domicilio sia per i pazienti Covid che per quelli non Covid, e come nucleo per avviare l'infermieristica di comunità a livello distrettuale. Abbiamo attivato il coordinamento distrettuale Covid cui partecipano operatori del distretto, il SISP, la medicina generale, una componente infermieristica, che serve a integrare tutte le attività sul Covid. È stata attivata una centrale operativa per la gestione delle dimissioni da ospedale verso strutture residenziali; è stata potenziata l'offerta residenziale a vari livelli (alberghi protetti per persone che devono fare la quarantena, ma non hanno adeguate condizioni domiciliari); sono stati aumentati i posti di rsa intensive per persone non Covid al fine di alleggerire le terapie intensive, qualora avessero pazienti dimissibili ma privi di un pronto e adeguato domicilio. Sono state strutturate rsa Covid per pazienti Covid positivi, un livello estensivo per Covid positivi. È stata potenziata tutta l'infrastruttura della telemedicina e della teleassistenza, sono usciti recen-

temente degli indirizzi regionali su tutto il processo e ci sono state delle esperienze diffuse di teleassistenza, telemonitoraggio e teleriabilitazione, dalla logopedia alla riabilitazione a distanza.

In conclusione, quale lezione ci ha dato il Covid? Sicuramente Covid ha evidenziato che i sistemi sanitari devono essere in grado di rispondere e riorganizzarsi in maniera tempestiva e con grande flessibilità, cosa che negli anni scorsi non si era vista in questi termini. Occorre introdurre il concetto della capacità dei sistemi di adattarsi rapidamente ai bisogni emergenti; c'è una forte necessità di integrazione fra i vari settori, non solo fra il sociale e il sanitario, quindi tra ospedale e territorio, ma anche fra servizi residenziali e domiciliari, che potrebbe tradursi in quello che abbiamo sperimentato durante la fase Covid, cioè in piani di assistenza individuali che mescolano più regimi assistenziali. Precedentemente al Covid, i piani di assistenza erano o domiciliari o residenziali o di altra natura; durante la fase Covid noi abbiamo dato l'opportunità alle aziende di gestire dei piani di assistenziali individuali in cui ci fosse, ad esempio, un regime semiresidenziale per qualche giorno, in altri giorni assistenza a domicilio e in altri teleassistenza da remoto, nello stesso piano per la stessa persona. Questo è un aspetto da valorizzare nel futuro, come semplificare tutte le procedure possibili e immaginabili, rendendole il più possibile effettuabili da casa.

Poi, promuovere l'autocura. Ne abbiamo fatto esperienza con pazienti che sono in grado e possono assicurare forme di autocura limitate e protetta. Il risultato è che gli esiti in termini di salute sono molto

maggiori. Occorre inserire l'autocura come un elemento del piano di assistenza, laddove ci siano le condizioni per farlo. Poi ovviamente cercare di sviluppare una dotazione tecnologica sia nei distretti che nella medicina generale più adeguata rispetto al passato.

In conclusione, occorre precisare che per quanto attiene alla gestione extraospedaliera di paziente post Covid cronico, a seconda delle relative necessità, è possibile che questo venga preso in carico o dai servizi domiciliari o da servizi di prossimità. Occorre in tale prospettiva evidenziare che ad oggi è presente, sebbene non sia sviluppatissimo, un sistema di case della salute, che la maggior parte dei medici di medicina generale sono organizzati in unità di cura primaria e che le aziende sanitarie locali hanno in questa fase potenziato e strutturato delle *equipe* di medici e infermieri, modello USCAR locale di propria iniziativa, laddove necessario per supportare la medicina generale nella gestione del paziente cronico.

L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA: LA PROSPETTIVA DELLA USL UMBRIA 1

*Patrizia Cecchetti**

Normativa di riferimento

La normativa di riferimento della Regione Umbria in materia di assistenza domiciliare integrata è la seguente:

- DGR n. 21/2005, “Approvazione atto di indirizzo regionale in materia di prestazioni socio sanitarie in attuazione del D.P.C.M. 14 febbraio 2001”.
- DGR n. 1708/2009, “Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni”.
- DGR n. 454/2017, “Sperimentazione temporanea di interventi di assistenza indiretta per favorire la permanenza a domicilio di persone con gravissime patologie invalidanti associate a malattia rara”.
- DGR n. 639/2017, “Disposizioni su assistenza indiretta gravissime disabilità di cui al decreto interministeriale del 29/09/2016”.

* Responsabile Servizio Sociale Aziendale USL Umbria 1.

- DGR n. 207/2017, “Chiusura fase sperimentale DGR n. 909 del 29 luglio 2011 ‘Sperimentazione temporanea di interventi di assistenza indiretta per persone affette da malattie dei motoneuroni ed in particolare da SLA in fase avanzata della malattia: integrazione alla DGR n. 1708 del 30 novembre 2009’. Avvio trasferimenti a regime”.
- DGR n. 993/2020, “Assistenza indiretta Fondo regionale non autosufficienza. Aggiornamento criteri e modalità organizzative”.

Tipologie e beneficiari

Nella Regione Umbria il servizio di assistenza domiciliare viene garantito a minori, adulti e anziani a cui è stato riconosciuto lo “stato di handicap in situazione di gravità” (articolo 3, comma 3, Legge n. 104/1992) e si articola sulla base del bisogno socio-sanitario prevalente.

Con il termine domicilio si deve intendere: “il luogo dove la persona con disabilità abita, ivi compreso il gruppo appartamento”.

L’assistenza domiciliare può essere erogata:

- in forma “diretta”: è direttamente erogata dall’Azienda Sanitaria Locale, tramite personale del Privato Sociale in convenzione;
- in forma “indiretta”: è erogata tramite un contributo economico di importo variabile sulla base della condizione clinica e sociale della persona con disabilità, con cui la stessa, o la

famiglia, provvede a garantire autonomamente personale di assistenza.

In entrambi i casi hanno un ruolo centrale le Unità Multidisciplinari di Valutazione (UVM) dei Distretti, il Progetto Assistenziale Integrato (PAI) e il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP).

Assistenza domiciliare “diretta”

L'assistenza domiciliare “diretta”, oltre ad essere articolata per fasce di età, si articola anche per tipologia di utenza. Di seguito, distinguiamo l'assistenza domiciliare erogata a: minori in carico ai Centri di Salute e ai Servizi specialistici per l'infanzia e l'età evolutiva; adulti con disabilità e anziani non autosufficienti in carico ai Centri di Salute; persone seguite dai Centri di Salute Mentale (indipendentemente dall'età); persone con HIV.

Minori con disabilità

Per i minori con disabilità sono previste tre tipologie di interventi di assistenza domiciliare diretta:

- Assistenza domiciliare con finalità socio-riabilitativa ed educativa: per la cura della persona; il sostegno nelle difficoltà di apprendimento scolastico, l'aiuto nell'utilizzo di ausili tecnologici e strumenti educativo-didattici; il supporto alla famiglia nelle pratiche e strumenti educativi; il sostegno psicosociale e sollievo alla famiglia con grave carico assistenziale; la tutela del minore con gravi difficoltà, all'in-

terno dei contesti sociali, scolastici e socio-familiari; le attività educative e di riabilitazione sociale che evitino la restrizione della partecipazione sociale; gli interventi volti all'acquisizione di nuove autonomie sia sul piano funzionale che relazionale. La spesa per l'erogazione di questo servizio è al 50% a carico del Fondo Sanitario Regionale (FSR) e al 50% a carico del Fondo Sociale del Comune (dal 2009, con l'introduzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, l'Ente locale garantisce la compartecipazione sulla base del fondo PRINA).

- Assistenza domiciliare con finalità socio-riabilitativa assistenziale che comprende le prestazioni di assistenza e cura alla persona. La spesa per l'erogazione di questo servizio è al 100% a carico del Fondo Sociale del Comune (dal 2009, 100% fondo PRINA).
- Ricoveri di sollievo presso:
 - a) Strutture educative comunitarie a valenza socio-terapeutico-riabilitativa. La spesa è al 70% a carico del FSR e al 30% a carico del FSC (dal 2009, su fondo PRINA);
 - b) Strutture educative comunitarie a valenza socio-terapeutico-riabilitativa per minori privi di sostegno familiare: la spesa in questo caso è al 60% a carico del FSR e al 40% a carico del FSC (dal 2009, su fondo PRINA);
 - c) Strutture educative comunitarie a valenza socio-educativa assistenziale: la spesa in

questo caso è al 50% a carico del FSR e al 50% del FSC (dal 2009, su fondo PRINA).

Persone adulte con disabilità

Per le persona adulte con disabilità sono previste tre tipologie di assistenza domiciliare diretta:

- Assistenza domiciliare con finalità assistenziale: si attiva quando le attività domestico-domiciliari si integrano con le attività di cura della persona. La spesa per l'erogazione di questo servizio è al 50% a carico del FSR e al 50% a carico del FSC (dal 2009, 50% su fondo PRINA), salva compartecipazione da parte dell'utenza sulla base delle soglie individuare con l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE).
- Assistenza domiciliare con finalità socio-riabilitativa ed educativa: le attività sono rivolte a persone con disabilità o affette da disturbi psichici nell'ambito del più complessivo progetto terapeutico-riabilitativo o ergoterapico teso allo sviluppo delle capacità residue o al mantenimento dell'autonomia acquisita. L'erogazione di questo servizio è al 50% a carico del FSR e al 50% a carico del FSC (dal 2009, 100% fondo PRINA), salva compartecipazione da parte dell'utenza sulla base dell'ISEE.
- Servizi di aiuto e sostegno familiare e domestico che favoriscono la permanenza a domicilio e si articolano in:
 - a) aiuto domestico: servizio al 100% a carico del FSC;

- b) ricovero di sollievo: servizio al 70% a carico del FSR e al 30% a carico del FSC;
- c) comunità alloggio: servizio al 50% a carico del FSR e al 50% FSC;
- d) durante noi/dopo di noi: servizio al 40% a carico del FSR e al 60% a carico del FSC.

Personne anziane non autosufficienti

L'assistenza domiciliare diretta per le persone anziane non autosufficienti è così organizzata:

- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): comprende un insieme coordinato di prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, riabilitative) e socio-assistenziali (aiuto domestico, sociale, aiuto psico-sociale diretto alla persona e alla famiglia) erogate, all'interno di un progetto personalizzato di assistenza, all'anziano «fragile» nel suo ordinario contesto di vita. La spesa è al 50% a carico del FSR e al 50% a carico del FSC (dal 2009, 50% fondo PRINA), salva compartecipazione da parte dell'utenza sulla base dell'ISEE.
- Assistenza domiciliare domestica: comprende prestazioni di assistenza e cura della casa. La spesa è al 100% a carico del FSC.

Personne in carico ai Centri di Salute Mentale (CSM)

Nell'ambito della salute mentale, le persone in carico possono avvalersi di tre tipologie di assistenza domiciliare diretta:

- Assistenza domiciliare con finalità terapeutico-riabilitativo: comprende prestazioni tera-

peutiche e riabilitative finalizzate alla prevenzione e al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite. La spesa del servizio è al 50% a carico del FSR e al 50% a carico del FSC, salva compartecipazione da parte dell'utenza sulla base dell'ISEE.

- Assistenza domiciliare con finalità assistenziale: comprende le attività rivolte a persone con disabilità o affette da disturbi psichici nell'ambito del più complessivo progetto terapeutico-riabilitativo o ergoterapico teso allo sviluppo delle capacità residue o al mantenimento dell'autonomia acquisita. La spesa del servizio è al 50% a carico del FSR e al 50% a carico del FSC, salva compartecipazione da parte dell'utenza sulla base dell'ISEE.
- I servizi di aiuto e sostegno familiare e domestico che favoriscono la permanenza a domicilio e si articolano in:
 - a) aiuto domestico: la spesa è al 100% a carico del FSC;
 - b) ricovero di sollievo: la spesa è al 70% a carico FSR e al 30% a carico del FSC;
 - c) gruppo appartamento: la spesa è al 50% a carico del FSR e al 50% a carico del FSC;
 - d) unità di convivenza: la spesa è al 40% a carico del FSR e al 60% a carico del FSC.

Persone affette da HIV

Per le persone affette da HIV l'assistenza domiciliare diretta è così garantita:

- Assistenza domiciliare con finalità terapeutico-riabilitativa: prestazioni terapeutiche e riabilitative finalizzate alla prevenzione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite. La spesa è al 100% a carico del FSR.
- Case alloggio: la spesa è al 100% a carico del FSR.

Assistenza domiciliare “indiretta”

Per quanto riguarda l’assistenza domiciliare indiretta, su impulso del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016, la Regione Umbria ha dato avvio sul territorio a forme sperimentali di contributi che sono stati erogati ai cittadini:

- assegno per persone con “gravissime disabilità” (€ 600), DGR n. 639/2017 e s.m.i.;
- assegno per persone con “gravissime patologie invalidanti associate a malattia rara” (€ 1.200), DGR n. 454/2017 e s.m.i.;
- assegno per persone con SLA (€ 1.200), DGR n. 207/2017 e s.m.i..

La commissione e i nuovi criteri di accesso all’assistenza indiretta

La materia è stata sottoposta ad un processo di revisione da parte di una commissione di esperti (di cui alla determinazione n. 13306/2019 del Dirigente

regionale del “Servizio di Programmazione socio sanitaria dell’assistenza distrettuale, inclusione sociale, economia sociale e terzo settore”) per proporre nuovi criteri di erogazione degli assegni:

- condizionamento dei trasferimenti monetari all’acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalla Regione o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e/o dal vicinato sulla base del Piano Assistenziale Personalizzato;
- monitoraggio semestrale del Piano Assistenziale Personalizzato con i criteri di cui sopra;
- valutazione multidimensionale secondo il modello bio-psico-sociale di cui alla *Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute* (ICF);
- soglia economica limite al di sopra della quale l’assistenza indiretta non può essere erogata; questa soglia – misurata tramite l’Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) – scatta a partire da Euro 50.000 (per gli adulti) e da Euro 65.000 (per i minori);
- modulistica specifica contenente gli elementi utili alla valutazione sociale, personale e del contesto di vita della persona beneficiaria.

La commissione ha ritenuto opportuno effettuare un lavoro di transcodifica degli *item* delle scale *Activities of Daily Living* (ADL) e *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) in codici che tengano conto di quelli presenti nella *checklist* dell’ICF (ad esempio, nella griglia di valutazione utilizzata per l’accertamen-

to dello stato di *handicap* di cui alla Legge n. 104 del 5 febbraio 1992).

Le conclusioni del lavoro della commissione hanno permesso alla Regione Umbria di far confluire e confermare le prestazioni di assistenza domiciliare indiretta all'interno della DGR n. 993/2020.

Assistenza domiciliare: flessibilità e impatto

L'assistenza domiciliare, pur essendo un sistema storicizzato e giuridicamente rigido, colta all'interno dell'accezione di "domicilio" di cui si è detto sopra, ha permesso tuttavia di supportare PAI e PTRP con sperimentazioni innovative, come ad esempio, valutazioni della propedeuticità ai Progetti di Vita Indipendente, al Dopo di Noi e a forme legate all'incremento dell'autonomia personale.

Inoltre, grazie alla collaborazione della Regione Umbria e della Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica con l'Università di Tor Vergata, sta prendendo avvio uno studio sulla valutazione dell'impatto (*outcome*) del servizio domiciliare (sia erogato in forma diretta, che indiretta) per persone adulte con disabilità.

Emergenza da Covid-19 e assistenza domiciliare

La pandemia da Covid-19 iniziata alla fine di febbraio 2020 ha avuto e ha tutt'ora effetti molto gravi e pesanti su tutto il sistema di *welfare* nazionale e

regionale. Nei confronti dell'assistenza domiciliare, per la sua intrinseca caratteristica di prossimità con l'ambiente di vita della persona che ne usufruisce, ha prodotto diversi effetti negativi:

- ha messo in crisi il modello stesso di aiuto domiciliare, fondato sulla relazione prossimale con la persona e il suo ambiente di vita, con la necessità del distanziamento fisico;
- ha causato la richiesta di sospensione dell'erogazione del servizio da parte di molte persone e familiari per timore di diffusione del contagio (da parte e verso il personale), con maggiore coinvolgimento del Servizio Sociale professionale nell'attività di monitoraggio e valutazione del rischio nelle situazioni più fragili;
- ha comportato un ripensamento delle metodologie di aiuto professionale con la necessità di utilizzo di strumenti informatici e telefonici per mantenere i contatti con l'utenza;
- ha permesso di incrementare l'importante lavoro di supporto al *caregiver* che si trovava costretto a provvedere in totale autonomia al prendersi cura del familiare fragile;
- ha permesso il ricorso a forme sperimentali e innovative di assistenza domiciliare da remoto, soprattutto in caso di minori e di persone in carico ai Centri di Salute Mentale (soprattutto percorsi con finalità socio-educativa);
- ha comportato l'attivazione delle USCA (Unità Speciali Continuità Assistenziali);
- ha comportato l'attivazione del numero verde per il supporto psicologico e sociale.

I dati della pandemia illustrano che i territori che hanno fronteggiato meglio la situazione pandemica (almeno nella prima ondata di marzo-giugno 2020) sono quelli con una visione comunitaria e un lavoro territoriale “con” e “per” la comunità, “con” e “per” le reti sociali, capaci cioè di accrescere il senso di appartenenza di tutti i cittadini.

La pandemia ha rappresentato uno *stress-test* per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, che ha fatto emergere due grandi contrapposizioni:

- una medicina ospedaliera che si rifà a logiche aziendalistiche di tipo produttivistico *versus* una medicina territoriale, della prevenzione, che si occupa di servizi alle persone e alle comunità;
- una residenzialità come trasposizione a livello territoriale del modello ospedaliero, di ottimizzazione della produttività *versus* una domiciliarità che declina verso la casa il tema del supporto e dell’assistenza.

Il fronteggiamento della pandemia, tuttavia, permette di poter disporre di fondi specifici da collocare in sanità, indispensabili per rilanciare i principi del SSN e della Legge n. 180/1978.

A conclusione di questa disamina, è possibile indicare nuove prospettive:

- potenziamento del lavoro territoriale attraverso: proroga delle USCA;
- incremento delle risorse (umane e strumentali) dei servizi per il monitoraggio post-Covid-19 a domicilio;
- lettura dei bisogni della persona e della famiglia;

- promozione dell'integrazione e del coordinamento socio-sanitario (come già previsto nel Decreto Legge "Rilancio" n. 34 del 19 maggio 2020);
- potenziamento delle *équipes* delle Dimissioni Protette;
- individuazione di luoghi diversificati per un'alternativa temporanea al domicilio (asintomatici, ricoveri di sollievo per supporti al *caregiver*);
- potenziamento del supporto al *caregiver* e alla resilienza familiare.

L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA NELLA REGIONE VENETO

Maria Cristina Ghiotto *

1. *L'assistenza domiciliare integrata nel contesto regionale*

La Regione del Veneto con una popolazione di 4,92 milioni di abitanti (23% con età uguale o superiore ai 65 anni) prevede un'organizzazione del Sistema Socio-Sanitario Regionale, recentemente rivista con LR 19/2016, basata su 9 Aziende ULSS, articolate a loro volta in 26 Distretti. Sono, inoltre, presenti due Aziende Ospedaliere (Azienda Ospedale Università di Padova, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona), un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Istituto Oncologico Veneto) e un'Azienda con ruolo di capofila, e supporto tecnico-amministrativo a tutti gli altri enti, Azienda Zero.

La Regione Veneto ha da sempre investito sulle Cure Domiciliari assumendo come obiettivo qualitativamente e culturalmente il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita ed al proprio domicilio. In questi anni è stato pertanto promosso uno sviluppo pianifi-

* Dirigente U.O. Cure primarie e strutture socio-sanitarie territoriali.

cato ed omogeneo delle Cure domiciliari su tutto il territorio regionale, attraverso un'organizzazione che garantisce la continuità dell'assistenza. Tale percorso è stato fondato sul consolidamento delle esperienze di ammissione e dimissione protetta con il pieno coinvolgimento del medico di famiglia, sulla valorizzazione del ruolo dell'infermiere quale figura di collegamento e facilitatore organizzativo e sulla responsabilizzazione ed il coinvolgimento della persona, della famiglia e dei *caregivers* nella definizione ed attuazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

Le Cure domiciliari, intese come presa in carico e non come erogazione di una prestazione, sono garantite dalle Aziende ULSS con personale dipendente dal SSN nella quasi totalità dei Distretti. Soltanto in 6 Distretti su 26 vi è una parte di esternalizzazione, che equivale però ad una quota residuale (pari al 17% del totale degli accessi infermieristici per ADI) dell'attività erogata a livello regionale. Peraltro da un paio d'anni sono in essere progettualità per la progressiva internalizzazione dell'attività.

Al 31 dicembre 2019 le persone in carico alle Cure domiciliari della Regione del Veneto rappresentavano il 3% della popolazione totale e il 7,7% *della popolazione degli ultra 65enni*: il valore si pone ben al di sopra della soglia data dall'obiettivo LEA che corrisponde al 1,88%.

1.1. Il modello regionale di governance

La gestione delle Cure domiciliari *afferisce alla Unità operativa Cure primarie del Distretto*, come de-

clinato nelle Linee guida per la definizione degli Atti aziendali (DGR n. 1306/2017).

Si tratta tipicamente di una *governance* pubblica ed ascritta quindi al Distretto, in cui il Direttore di Distretto assume un ruolo di Responsabile dei percorsi di cura, Gestore delle risorse e Facilitatore di processi integrati.

È rilevante richiamare come la Regione Veneto abbia da anni investito su un modello di *governance multilivello*: anche nel caso specifico delle Cure domiciliari gli obiettivi (in particolare attinenti agli adempimenti LEA, ma non solo) vengono annualmente assegnati ai Direttori Generali, che a loro volta provvedono ad attribuirli alle rispettive componenti e macrostrutture aziendali (Distretti/Ospedale/Dipartimento di Prevenzione).

Nel caso di specie, proprio per favorire l'esercizio della *governance*, è stato implementato il flusso sulle Cure domiciliari, provvedendo a mettere a disposizione dei Direttori di Distretto un apposito cruscotto con gli indicatori specifici. Questo costituisce peraltro un valido supporto negli audit clinici ed organizzativi, anche nei confronti della medicina generale.

La competente struttura regionale (UO Cure primarie e strutture socio-sanitarie territoriali) effettua semestralmente monitoraggi di tipo organizzativo e sui volumi di attività, organizzando momenti di confronto con tutti i Direttori di Distretto.

1.2. Personalizzazione e valorizzazione delle "risorse" individuali

L'Unità Valutativa Multidimensionale (UVMD)

costituisce la porta d'accesso per le Cure domiciliari ed anche per altri servizi (es. residenzialità): in sede di UVMD viene analizzato il bisogno dell'assistito e definito il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). La definizione del PAI rappresenta la tappa del percorso di assistenza in cui entrano in gioco le varie "risorse" disponibili e la personalizzazione del percorso di presa in carico.

2. *Modello organizzativo*

La riorganizzazione delle Cure domiciliari avviata nel 2017 ha posto come elementi salienti del modello organizzativo da implementare in modo progressivo:

- a) la presenza di personale infermieristico 7 giorni su 7, nella fascia oraria compresa tra le ore 07:00 e le ore 21:00, con una pianificazione degli accessi domiciliari sviluppata nell'arco dell'intera settimana.
- b) la contattabilità del personale infermieristico per la ricezione delle richieste assistenziali dei pazienti già in carico al servizio stesso ed eventuale attivazione degli infermieri dell'area di competenza, 7 giorni su 7, dalle ore 07:00 alle ore 21:00, in ogni Azienda ULSS;
- c) l'attivazione in ogni Azienda ULSS di un numero specifico dedicato esclusivamente ai pazienti presi in carico dalle cure domiciliari, in modo da garantire sempre una risposta;
- d) l'integrazione funzionale con i Medici di Me-

dicina Generale e con i Medici di Continuità Assistenziale;

e) la definizione e formalizzazione di procedure organizzativo/assistenziali a livello aziendale, quale garanzia di qualità del servizio offerto. Si riferiscono in particolare a:

- *Inserimento ed affiancamento del nuovo personale*
- *Attivazione della presa in carico del paziente in ADI*
- *Definizione del PAI*
- *Gestione del paziente in ADI*
- *Formazione all'educazione terapeutica e addestramento della famiglia/ caregiver*
- *Valutazione periodica dell'appropriatezza dei pazienti presi in carico.*

Le Aziende ULSS si stanno gradualmente adeguando agli standard previsti con DGR n. 1075/2017 e ad oggi 14 Distretti su 26 hanno la presenza infermieristica in conformità con le indicazioni regionali.

Relativamente all'ambito della integrazione, è inoltre rilevante richiamare i seguenti aspetti:

- *infermieri che lavorano presso le medicine di gruppo integrate:* tramite la partecipazione a momenti formativi condivisi con gli infermieri delle cure domiciliari su presentazione/condizione delle procedure aziendali per la presa in carico;
- *medici di continuità assistenziale:* tramite l'invio della lista aggiornata dei pazienti in carico al fine di consentire una migliore continuità

dell'assistenza anche quando il MMG dell'assistito non è attivo.

Inoltre sono stati assegnati ai medici di continuità assistenziale delle forme di contratto diurno già previsti dall'ACN vigente, quale valido supporto all'attività domiciliare del distretto ma, al contempo, consente di formare e "fidelizzare" anche il medico di continuità assistenziale, figura spesso soggetta a frequente turnover.

Ulteriori strumenti a supporto

Ad integrazione del modello organizzativo delle Cure Domiciliari e con l'obiettivo di contrastare specifiche situazioni di fragilità sociale (anziani soli o che vivono lontano dai figli, rischio sociale) da diversi anni è attivo un sistema di "Telesoccorso e Telecontrollo domiciliari" gratuito e disponibile per tutti gli adulti e anziani del Veneto di età superiore ai 60 anni e per coloro che si trovino in documentate situazioni di rischio sociali e/o sanitario.

Il servizio, coordinato congiuntamente dalle Aziende ULSS e dai Comuni, prevede il collegamento dell'utente ad un Call Center funzionante 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, tramite l'installazione presso il domicilio di un dispositivo collegato alla linea telefonica fissa e dotato di radiocomando da indossare al collo oppure al polso. Il servizio prevede anche la componente di telecontrollo, dove è il Call Center che si mette in contatto con l'utente, due volte alla settimana, per conoscere le sue condizioni e per effettuare la prova del dispositivo. In caso di necessità, l'utente può mettersi in contatto con il Call Center semplice-

mente premendo il pulsante rosso del radiocomando. Alla ricezione dell'allarme il Call Center verifica i bisogni dell'utente e procede con l'intervento delle persone di riferimento e, se necessario, dei soccorritori istituzionali (118, Vigili del Fuoco, ecc.).

2.1. Volume di attività e risorse

Nel territorio regionale nell'ambito delle UOC Cure Primarie si contano n. 97 équipe infermieristiche dedicate al servizio di Cure domiciliari. Ciascuna équipe infermieristica è referente per uno specifico ambito territoriale, per gli assistiti che vi risiedono in integrazione con i Medici di Medicina di Generale o per i Pediatri di Libera Scelta, a garantire la continuità del rapporto di cura. Hanno una composizione variabile per meglio adattarsi all'orografia dei territori e di densità di popolazione e lavorano sotto la supervisione di un Coordinatore (unità elementari composte da un gruppo di infermieri a cui viene affidata una determinata zona territoriale).

Le Centrali Operative dell'ADI, raggiungibili attraverso un numero unico aziendale, sono il punto di riferimento e l'interfaccia principale con l'utente già preso in carico dal servizio. Le Centrali Operative rispondono prontamente alle richieste degli utenti, accolgono le loro segnalazioni, pianificano e organizzano il servizio delle équipe sul territorio, 7 giorni su 7, dalle ore 07:00 alle ore 21:00.

La quantificazione dell'attività infermieristica rileva che nell'arco dell'ultima annualità vi sono stati quasi un milione e mezzo di accessi, di cui il 28% ascrivi-

bile alla sola attività di prelievo. Complessivamente le risorse infermieristiche impiegate al 31 dicembre 2019 in questa attività sono pari a 865 ossia a 823,9 Tp.Eq.

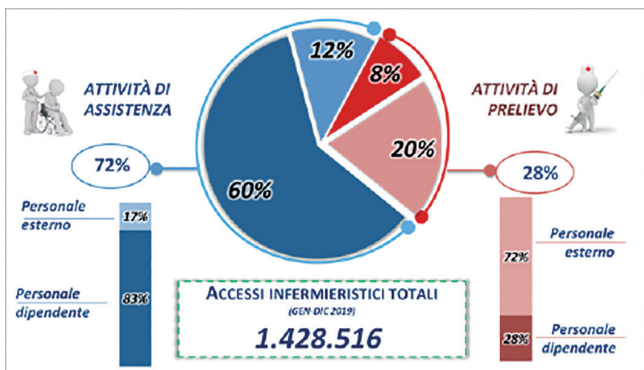


Grafico 1 – Accessi infermieristici, Anno 2019.

Distretti che esternalizzano l'attività ADI

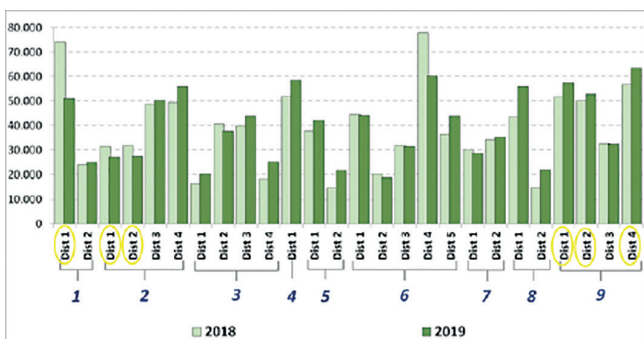


Grafico 2 – Trend accessi infermieristici domiciliari (esclusi i prelievi), Anni 2018 – 2019.

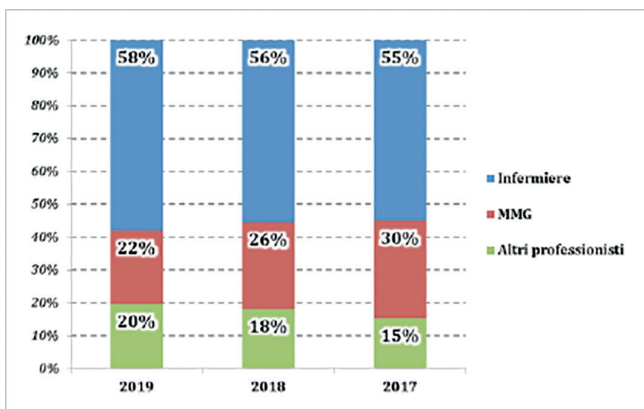


Grafico 3 – % di accessi per operatore, Anni 2017-2018-2019. Altri professionisti: OSS, fisioterapista, medico specialista, medico palliativista, assistente sociale, ecc.

3. Sviluppi durante l'emergenza Covid

3.1. Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)

A seguito dell'approvazione del DL 9 marzo 2020 n. 14 sono state attivate sul territorio regionale le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) attive sette giorni su sette, dalle ore 8:00 alle ore 20:00 costituite principalmente da Medici (tra cui Medici titolari e sostituti di Continuità assistenziale e Medici iscritti al Corso di formazione Specifica in Medicina Generale) per la gestione domiciliare, compresa la somministrazione ed il monitoraggio delle terapie a domicilio, dei pazienti sospetti e confermati Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero.

La previsione normativa di uno standard di un'unità USCA ogni 50.000 abitanti, ha condotto ad una programmazione di 97 USCA, ma di fatto all'attivazione di 51 unità, correlate ai bisogni, all'andamento dell'epidemia e all'orografia del territorio.

A livello regionale le USCA sono stati investite di obiettivi e di un mandato più ampio rispetto a quanto previsto a livello normativo nazionale, con la previsione di un'estensione dell'attività delle USCA anche a pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti che in relazione all'emergenza in corso costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione. Nella gestione delle attività domiciliari l'attività delle USCA, oltre al coordinamento con il MMG/PLS (per ogni MMG/PLS è stata identificata l'afferenza di ciascuna USCA), è stata prevista l'integrazione con infermieri e OSS del servizio ADI o della Medicina di Gruppo Integrata con l'effettuazione di un accesso a domicilio congiunto.

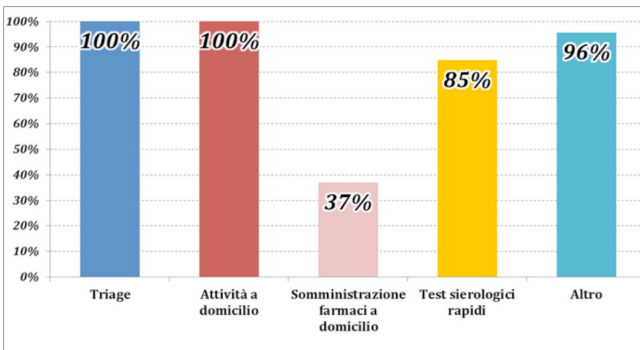


Grafico 4 – % di U.S.C.A. attivate che svolgono attività (triage, attività domiciliare, attività domiciliare con somministrazione farmaci, altro)

Il concetto di gestione domiciliare è stato esteso anche alle Residenze Sanitarie Assistite (RSA), un setting assistenziale con una popolazione particolarmente colpita dall'epidemia, e presso le Strutture intermedie (Ospedali di Comunità, Unità Riabilitative Territoriali) e ad altri ambienti di assistenza con componenti ad elevata integrazione socio-sanitaria (strutture residenziali per persone con disabilità, dell'area della Salute Mentale, Comunità Terapeutiche o strutture di accoglienza per minori, ecc.).

Le USCA hanno costituito a livello regionale anche un utile supporto alla risposta territoriale dei Dipartimenti di Prevenzione con un'intensa attività presso i punti per l'effettuazione dei test diagnostici, anche in occasione di picchi di attività. Tali occasioni sono state legate sia all'identificazione di focolai epidemici con il conseguente intervento di testing (presso attività produttive, contesti comunitari, ...), sia ai rientri estivi da località turistiche con l'esecuzione dei tamponi oro-faringei ad un elevato numero di soggetti.

3.2. Centrale Operativa Territoriale (COT)

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è una funzione organizzativa presente in tutte le Aziende ULSS che garantisce e coordina la presa in carico dei pazienti "fragili", intercettando i bisogni di cure e/o di assistenza, gestisce le transizioni da setting diversi o da livelli assistenziali differenti, garantendo la continuità mediante l'interazione con l'Ospedale, con le strutture di ricovero intermedie (Hospice, Ospedale

di Comunità, Unità Riabilitativa Territoriale), con le strutture residenziali, con i medici/pediatri di famiglia, con i medici di continuità assistenziale, con le équipes delle cure domiciliari e delle cure palliative, con la Centrale Operativa del Suem 118.

La COT nasce per rispondere alla necessità di garantire le transizioni, specie per pazienti non noti ossia non già presi in carico dal servizio, specie nella gestione delle dimissioni ospedaliere o comunque in ogni transizione.

La COT riveste un ruolo importante in quanto conosce le risorse, i servizi, la loro interrelazione, i processi, le modalità di attuazione e il monitoraggio e pertanto interviene nelle situazioni di varianza artificiale, rendendo operativi i PDTA. Peraltro la valenza della tracciabilità degli interventi si esplica non solo nel sapere chi fa che cosa nel processo in un determinato momento, ma anche nel garantire trasparenza alle azioni svolte sul e con l'assistito.

Nell'emergenza Covid ha rappresentato l'elemento funzionale che ha consentito l'integrazione tra le varie strutture aziendali e facilitante rispetto la connessione dei vari processi, elemento strategico per il coordinamento oltre che per la tracciabilità dei vari processi dell'emergenza stessa.

3.3. Fisioterapia e Riabilitazione Domiciliare

Durante il periodo di emergenza Covid è stato inoltre consolidato il ruolo della fisioterapia domiciliare, quale componente del Dipartimento Funzionale Riabilitazione Ospedale Territorio tra i diversi setting

di cura (ospedale, strutture riabilitative intensive ed estensive, territorio).

In stretta integrazione con l'équipe ADI, la fisioterapia domiciliare garantisce la continuità del Progetto Riabilitativo Individuale stilato nel reparto di Riabilitazione o nelle Unità Riabilitative Territoriali per assicurare un efficace ed adeguato reinserimento del paziente presso il proprio domicilio.

Questo modello risulta particolarmente rilevante nella presa in carico dei pazienti Covid19 negativizzati dimessi dai reparti per acuti e per post-acuti o di riabilitazione intensiva, richiedendo un monitoraggio nel tempo e/o la prosecuzione del trattamento, sia a domicilio o in ambulatorio, secondo interventi personalizzati in base agli esiti.

Obiettivi specifici della programmazione regionale sono infatti:

- a) abbreviare i tempi di ripresa del trattamento attraverso una presa in cura diretta dei pazienti da parte dei fisioterapisti territoriali, riservando visite fisiatriche domiciliari a situazione di particolare complessità che prefigurino la necessità di un Progetto Riabilitativo Individuale;
- b) riservare le prestazioni ambulatoriali laddove necessario un setting terapeutico dedicato;
- c) integrare il set informativo (Fascicolo Sanitario Elettronico e cartella ADI) con dati rilevanti sull'andamento dello stato funzionale.

3.4. Telemedicina

In considerazione dell'emergenza sanitaria Covid,

per i pazienti dimessi dall'Ospedale e che necessitano di continuare le attività di riabilitazione sono state potenziate le attività di Telemedicina comprese le attività di Teleriabilitazione.

È stato inoltre previsto che le équipes ADI siano dotate di adeguati kit di monitoraggio dei pazienti sia al domicilio che presso le RSA in funzione di attività in telemedicina, per cui è prevista l'ottimizzazione del ruolo degli Specialisti ambulatoriali interni nella refertazione a distanza.

4. *Iniziative in itinere e spunti di riflessione*

È in corso di sviluppo una *Cartella unica regionale per la domiciliarità* informatizzata, alimentabile e consultabile da tutti gli operatori, ciascuno per la propria area di competenza. Questo strumento rappresenta una componente fondamentale del Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico per l'integrazione dei servizi e la continuità di cura.

L'analisi di processo, che ha preceduto la definizione delle specifiche tecniche della *Cartella unica*, ha consentito di mettere in rilievo alcune attività migliorabili. Ne costituisce un semplice esempio l'Unità Valutativa MultiDimensionale la cui sola attività di pianificazione ed organizzazione impiega attualmente anche 1 o 2 tempi pieni equivalenti per Distretto. Una volta a regime la *Cartella unica per la domiciliarità*, conterrà in modo organico e completo le informazioni necessarie a definire e guidare la risposta ai bisogni dell'utente nel proprio contesto domiciliare.

La Cartella permetterà inoltre a tutti gli operatori coinvolti nel percorso di valutazione e gestione multidimensionale di avere gli elementi aggiornati in tempo reale, alleggerendo il carico burocratico e costituendo un prezioso strumento per interventi proporzionati e tempestivi.

Da ultimo si sottolinea che la complessità organizzativa delle cure domiciliari, su cui incidono molte dimensioni tra cui la tipologia di pazienti presi in carico, l'orografia, la gestione delle transizioni (ospedale/territorio), portano a considerare la necessità di ragionare per «*standard di servizi*» piuttosto che per standard di personale.

L'A.D.I. NEL QUADRO PROGRAMMATARIO DELLA REGIONE DEL VENETO

*Chiara Cacciavillani**

1. La relazione della dott. Ghiotto di Regione del Veneto, alla quale questo mio intervento è correlato, pone in luce la struttura organizzativa dell'a.d.i. nel territorio regionale veneto. Si tratta di relazione preziosa perché dà evidenza anche del concreto funzionamento dell'a.d.i. nel contesto organizzativo delle cure primarie: con il passaggio, dunque, dal piano del mero assetto organizzativo al piano dell'erogazione del servizio in concreto, di cui la dott. Ghiotto ha documentato, attraverso le slides, i dati salienti anche in termini di volumi di attività.

È così possibile comprendere come, in un contesto così organizzato e operativo, sia stato possibile – quand'anche certamente non facile – investire le u.s.c.a., di cui al d.l. n. 14/2020, di obiettivi e di compiti più vasti di quelli previsti dalla fonte legislativa statale, come emerge dai dati fornitici dalla dott. Ghiotto.

In Regione del Veneto era infatti già operativa, con strutturazione a rete, l'attività istituzionalizzata di as-

* Ordinario di Diritto Amministrativo, Università degli Studi di Padova.

sistenza a pazienti fragili, cronici o affetti da patologie invalidanti; e ciò avuto riguardo anche, per il tramite dei sistemi di telesoccorso e telecontrollo domiciliari attivi nel territorio regionale da diversi anni, a persone che versino in documentate situazioni di rischio non solo sanitario ma anche sociale.

Il che, a sua volta, è frutto di quella che viene definita come la “cifra qualificante il modello veneto nell’ambito delle politiche per la salute”: l’organizzazione coordinata e unitaria della risposta assistenziale mediante l’integrazione socio-sanitaria, che viene declinata, nelle leggi di programmazione, in termini di individuazione, quale obiettivo da perseguire, del consolidamento del rapporto di collaborazione e condivisione di progettualità specifiche con gli enti locali, l’associazionismo e il volontariato.

2. Vorrei evidenziare che la strutturazione organizzativa e l’attuazione in concreto dei percorsi che la dott. Ghiotto ha così efficacemente illustrati sono il frutto di precise scelte del programmatore socio-sanitario regionale, le cui linee portanti sono poste nel piano socio-sanitario regionale approvato con la l.r. n. 23/2012, sviluppate e implementate con il p.s.s.r. approvato con la l.r. n. 48/2018.

Colpisce il dato che la dott. Ghiotto ci ha esposto, ossia che al 31 dicembre 2019 le persone in carico alle Cure domiciliari della Regione rappresentavano il 3% della popolazione totale e il 7,7% della popolazione degli ultra-sessantacinquenni: valore che si pone ben al di sopra della soglia data dall’obiettivo l.e.a.

(1,88%). Un dato, questo, che evidentemente viene da lontano, e la cui genesi merita la massima attenzione; a me sembra evidente che esso non può che essere il frutto di specifiche e ponderate scelte strategiche e programmatiche e dell'attenzione prestata dalla Regione per la loro traduzione in concreto.

A guardare alle due leggi di programmazione socio-sanitaria, balza agli occhi come la formula così spesso ripetuta dai programmatori pubblici e dagli studiosi dei sistemi sanitari – “la persona al centro” – non sia mero *flatus vocis*, ma si sia trasfusa nella ideazione di una struttura organizzativa e nella sua attuazione progressiva, secondo linee di azione nelle quali l'attuazione è stata declinata quale obiettivo per i Direttori generali delle Aziende sanitarie venete.

Il che disvela la sottostante scelta strategica di Regione del Veneto, risalente nel tempo e sempre confermata nelle due leggi di programmazione socio-sanitarie che ho sopra evocate: internalizzare nel sistema pubblico le cure primarie e la loro declinazione nell'a.d.i., in una evidente e trasparente logica di servizio pubblico.

In questo ambito, e limitando lo sguardo al p.s.s.r. approvato con la l.r. n. 48/2018, è di immediata evidenza come la persona sia “al centro” non già solo a livello di preordinazione funzionale del sistema alla sua cura e alla sua assistenza, ma assuma centralità proprio in quanto “parte di un patto di cura” (cfr. p. 91 del p.s.s.r.), il quale rappresenta il punto terminale del coinvolgimento e della responsabilizzazione della persona, in considerazione anche delle sue potenzialità e del suo contesto di vita.

Il piano socio-sanitario regionale ci parla, così, di “paziente ben ingaggiato”: locuzione non particolarmente elegante, se si vuole, ma significativa del ruolo che il piano, nel delineare i propri obiettivi e le proprie strategie nel settore di interesse, assegna alla persona: la quale non è soltanto soggetto passivo, o soggetto destinatario di percorsi di cura e di assistenza, ma soggetto potenzialmente attivo in quanto coinvolto e responsabilizzato, naturalmente nei limiti delle sue potenzialità e sulla base della considerazione del suo contesto di vita.

Sotto questo specifico profilo, preme segnalare un aspetto peculiare del S.s.r. veneto: una sua costante, che qui mi limito a semplicemente enunciare ma che è documentabile attraverso una serie imponente di atti programmatori e attuativi di programmazione, è l’attenzione per i contesti, sulla presupposizione che essi sono vari e variabili nel tempo e nello spazio, e quindi tendenzialmente dinamici o *in progress*. Il modus della programmazione socio-sanitaria della Regione del Veneto ha quindi un focus specifico sulla flessibilità, proprio perché esso non poggia né riposa su mere declinazioni di obiettivi, ma sussume che a diversità di contesti possono conseguire modalità organizzative e attuative – e obiettivi specifici – diversificabili.

Va da sé, poi, che in un sistema così congegnato sotto il profilo sia degli obiettivi sia dell’organizzazione, la persona non è sussunta come soggetto cui erogare prestazioni, bensì come persona che il servizio pubblico prende in carico, in modo possibilmente condiviso e nel quadro di quello che il p.s.s.r. definisce in termini di “patto di cura”.

3. La legge di programmazione assegna, per il perseguimento degli obiettivi in essa declinati nel campo delle cure primarie, ruolo centrale al Distretto: definito come articolazione delle Aziende sanitarie deputata al perseguimento dell'integrazione tra i diversi servizi e le diverse strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti nel territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, di cui peraltro sono imposte la previa analisi e misurazione, la decodificazione e la trasformazione in domanda (il che certamente non è cosa irrilevante né, per così dire, scontata).

E spetta al Direttore del Distretto – altra dimostrazione della duttilità di sistema – identificare i modelli organizzativi, le risorse e i luoghi di cura più appropriati per specifico livello assistenziale, nonché ergersi a “facilitatore” (sic a p. 93 del p.s.s.r.) dei processi di integrazione tra i diversi nodi della rete dei servizi.

Spetta a questa figura, inoltre, alimentare e creare, laddove mancanti, le connessioni tra i soggetti (nodi) di una rete (sic a p. 160 del p.s.s.r.): anche a questo proposito, il p.s.s.r. non assume modelli rigidi, prevedendo finanche la possibilità, a livello locale (ossia di Distretto), di implementare connessioni tra nodi di rete, ove constatate, in concreto, come carenti.

Anche a questo proposito, è di immediata evidenza come il programmatore regionale impronti le proprie scelte, organizzative e funzionali, sulla logica di reti: reti bensì diversificate, ma tutte interconnesse e interdipendenti, avvinte dalla preordinazione funzionale alla risposta ai bisogni (delle persone e delle comunità, a leggere p. 160 del p.s.s.r.). Ma con l'avver-

tenza – che informa di sé tutte le strategie e le scelte di piano – che i bisogni vanno previamente analizzati, misurati, decodificati e trasformati in domanda: emerge, nella trasversalità al piano di questo approccio alla figure del bisogno e della domanda, la costante preoccupazione del programmatore regionale per la sostenibilità del sistema ideato.

4. L'attenzione del programmatore regionale per le cure domiciliari è frutto dell'obiettivo – definito rilevante non solo sotto il profilo qualitativo (per la vita delle persone), ma anche sotto il profilo culturale – di favorire il mantenimento delle persone nel proprio ambiente di vita e nel proprio domicilio.

Nasce da qui la scelta organizzativa conseguente, incentrata su team multiprofessionali dedicati, chiamati anche a garantire l'assistenza al domicilio 7 giorni su 7, con pianificazione degli accessi domiciliari sviluppata sull'intera settimana, e coinvolti anche nella rete delle cure palliative.

La legge regionale di programmazione dedica ampio spazio – sempre nella logica della flessibilità che la informa – alla gestione delle transizioni, imperniata sulla ricognizione previa che la cronicità avanzata e complessa richiede frequentemente la connessione tra diversi ambiti assistenziali: la risposta operativa è rappresentata dalla istituzione delle Centrali operative territoriali (C.o.t.), definite quali “centrali della continuità” (di cura e assistenziale), imperniate sul ruolo delle Unità valutative multi-dimensionali (Uvmd), rispondenti a una scelta strategica regionale ben risalente nel tempo.

5. Un'ultima notazione: le scelte organizzative poste in campo dal p.s.s.r., in funzione della perseguibilità degli obiettivi declinati, sono consapevolmente sussunte come implementabili e adattabili agli esiti della loro traduzione in realtà operative.

È forse questa la cifra che ha consentito e consente al S.s.r. veneto di essere dotato di un grado intrinseco di duttilità, o di capacità di reagire in tempi ragionevoli ad eventi avversi di tipo globale e sistemico (quale la pandemia da Covid-9 tuttora in corso).

DOPO IL CONTAGIO. QUATTRO TRACCE
PER LA RIPROGETTAZIONE
DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

*Daniele Donati**

Premetto che ho ascoltato le relazioni dei dirigenti regionali nella consapevolezza dell'urgenza con cui si è dovuto intervenire tra febbraio e aprile del 2020, e del cambiamento forzato e repentino che l'organizzazione sanitaria ha dovuto introdurre, con risultati di tutto riguardo nel contesto dato.

Muovo dunque da un giudizio complessivamente positivo su come l'amministrazione sanitaria (ma anche le università, le scuole, gli enti territoriali) ha reagito in quei mesi, mentre resto più critico su quanto si è fatto (o non fatto) nei mesi successivi.

E già questo è un dato da considerare, avendo davanti agli occhi la (inattesa) capacità di risposta veloce, di reazione all'emergenza di molti apparati che invece, nell'ordinario, sembrano non perdere il vizio della lentezza quando non dell'inerzia.

In questo senso e per questa ragione ho annotato alcune osservazioni che intendono ragionare non dell'emergenza – che è condizione necessariamente

* Associato di Diritto Amministrativo, Università Alma Mater Studiorum – Bologna.

precaria – ma piuttosto nella prospettiva di un’evoluzione permanente del Servizio Sanitario Nazionale e dei modelli regionali in particolare.

Quattro sono i profili che mi vengono in mente, strettamente collegati tra loro che, scusandomi per il dover essere assertivo, cercherò di illustrare brevemente nel rispetto dello spazio assegnatoci.

1. Nel titolo di questo volume, e coerentemente nell’impostazione di tutti i contributi, ma direi persino nel sentire del paese oggi c’è un evidente favore per un avvicinamento delle strutture sanitarie alle persone. Per la territorializzazione, si dice o, appunto, per la domiciliarizzazione, secondo una traiettoria che arriva fino a predicare un’individualizzazione marcata dell’assistenza e delle cure.

Si pensi in questo senso a come il d.l. 34/2020 assegni proprio alla assistenza domiciliare il 40% dei 3,25 miliardi di euro complessivamente dedicati alla sanità.

Nel confronto in corso questa tendenza si riporta sempre come in conflitto con quella che ha visto, negli anni scorsi, favorire invece il modello aziendale/ospedaliero.

Questa narrazione è evidentemente giusta, fondata. Aggiungo che nelle tendenze attuali non si scorge solo il consenso unanime per un (ri)avvicinamento dei servizi alle persone, ma anche che questo rimanda inevitabilmente al contrasto tra ragioni economiche ed esigenze di cura, laddove si fanno notare solo oggi, in tono scandalizzato, le forti riduzioni al finanziamento

del Servizio sanitario operate degli anni passati, nella consapevolezza che, a fronte di risorse limitate, la preferenza, direi quasi la necessità, indirizzava quelle risorse ai reparti che dovevano comunque continuare a operare e non all'implementazione di sperimentazioni nei Distretti.

Aggiungo, sulla linea di questi nuovi orientamenti che, volendo guardare al profilo organizzativo, nei commenti alle scelte che sembrano prevalere oggi si può leggere anche un favore per la flessibilità che recano i sistemi locali e territoriali a dispetto della rigidità imposta dal modello aziendale/ospedaliero.

Vedo senz'altro con favore questa inversione di rotta, ma non posso non stupirmi per come questo cambiamento – costretto dall'incedere dei fatti più che dal prevalere delle idee – avvenga senza una parola di giustificazione per le scelte compiute in passato e, anche in dottrina, il capovolgimento in atto sia registrato quasi senza sorpresa, come se in fondo fosse naturale ciò che fino a pochi mesi fa sembrava un'eresia.

Al di là di questo, io credo soprattutto che questa sia l'occasione che abbiamo per pensare finalmente fuori da uno schema di contrapposizione ideologica tra efficienza e garanzie dei diritti che ritengo – da molto tempo, e non solo per effetto di un anno di pandemia – talmente superato da apparire non solo *fané*, ma quasi archeologico.

È forse il rassicurante richiamo a categorie consolidate, a classificazioni facili che, invece, ancora ci lega a questi schemi, mentre io ritengo che si debba avere il coraggio di pensare che è possibile un modello terzo il quale, tenendo saldamente i diritti delle

persone in primo piano, non debba per forza essere rappresentato, ma soprattutto pensato e progettato come causa di un deficit economico inevitabile. In altri termini credo fortemente, come alcuni elementi e casi provano, che sia possibile una sintesi che vede la costruzione di una territorializzazione dei sistemi sanitari e di una personalizzazione delle cure economicamente efficiente. Certo, questa soluzione passa per il ripensamento di fattori strutturali dei sistemi in campo, ma francamente non mi pare vi sia più tempo o tolleranza per altro.

2. Tra questi fattori vi è senz'altro la cronica incomunicabilità tra servizi sociali e sanitari, il loro muovere lungo rette parallele che raramente si incrociano: si pensi, come elemento non solo simbolico di questa condizione, alla impossibilità dei sanitari di trasmettere e condividere i dati sensibili di loro pertinenza con gli operatori sociali, secondo una concezione assai discutibile, e comunque pregiudiziale, della tutela della riservatezza.

Siamo davanti – e lo sappiamo – a due sistemi cresciuti ed affermatasi con logiche e tempi diversissimi.

Uno – la sanità – con radici costituzionali solide e certe, se pur tormentate nell'interpretazione e nella declinazione concreta. E con risorse (della cui flessione abbiamo già detto) comunque garantite nei bilanci di Stato e regioni.

L'altro – l'ambito dei servizi sociali – muove invece da presupposti incerti (si pensi per tutti al tormento interpretativo su beneficenza e assistenza nella

rubrica originale dell'art. 117 Cost.) e conosce una breve stagione felice di regolazione e sistematizzazione in forza della legge quadro n. 328/2000, che poi (per ragioni che non possiamo qui ricordare) verrà ripresa non sempre felicemente dalle leggi regionali, e rimessa comunque alla gestione (e alla disponibilità di risorse) locale.

Pesa, su questa divaricazione, la lunga e infruttuosa ricerca da parte della giurisprudenza di criteri definitivi di classificazione e distinzione, che nel tempo hanno portato a risultati anche aberranti.

Si pensi al caso (Cass. civ., Sez. Un., sent. n. 1003/1993) in cui si arrivò a sostenere che fossero da assicurare sui bilanci pubblici le sole prestazioni sanitarie, identificate in quelle che si intraprendono con l'obiettivo di un effettivo miglioramento delle condizioni psico-fisiche della persona, e mirano quindi a soddisfare solo la sua «esigenza terapeutica», mentre restano fuori dalle medesime garanzie le attività di solo accompagnamento e contenimento del soggetto nel corso di una malattia irrimediabile.

Più di recente il tema si ripropone in termini diversi, quando è la Corte costituzionale a focalizzarsi sul concetto di «stato di bisogno» da assumere come fondamento del sistema di sicurezza sociale, in tal modo avvicinando, ma non intersecando le due sfere di intervento (sent. n. 287/2004 in cui si afferma «la sussistenza di un nesso funzionale tra i servizi sociali [...] e la rimozione o il superamento di situazioni di svantaggio o di bisogno, per la promozione del benessere fisico e psichico della persona»).

Anche qui forse è tempo di rivedere l'assunto pre-

liminare che sta alla base di questo sforzo classificatorio, se è vero che la crisi in atto, proprio per le esigenze di cure recate al domicilio delle persone, mostra con chiarezza l'urgenza di un'evoluzione in direzione di una vera integrazione (non solo concettuale) dei due sistemi che tuttora gravitano attorno a livelli territoriali diversi e non sempre dialoganti, ma che potrebbe essere favorita dalle riforme in atto in diverse regioni.

Sempre sotto questo profilo, un'ulteriore questione riguarda la relazione tra le amministrazioni (sanitaria o locale) e l'ambito del non profit, da cui provengono gran parte degli operatori del sociale che assistono le persone al loro domicilio.

Questa relazione muove, tutt'oggi, con strumenti giuridici incerti, nella tensione tra l'applicazione delle disposizioni del Codice degli appalti e il Codice del terzo settore (e in particolare gli artt. 55-57) che, a tutt'oggi, non ha trovato soluzione nemmeno nell'applicazione giurisprudenziale, dando al contrario vita a posizioni significativamente divergenti.

Infatti il Consiglio di Stato (sent. n. 2052/2018) risolve il contrasto riconoscendo agli istituti propri del D.Lgs 117/2017, ispirati a valori solidaristici, uno spazio marginale, sicuramente più contratto rispetto all'intento della norma, mentre afferma una decisa preferenza per le dinamiche concorrenziali di cui al D.Lgs n.50/2016.

Per parte sua invece la Corte costituzionale, con la sent. n. 131/2020, prendendo atto del fatto che l'azione dei pubblici poteri non è più l'unica idonea a soddisfare gli interessi generali e che l'affidamento della tutela di tali bisogni al mercato ha creato gra-

vi disequaglianze, riconosce che determinate attività sono meglio perseguite dalle organizzazioni espressione della solidarietà sociale, con ciò riportando in primo piano la funzione essenziale di “procedimentalizzazione dell’azione sussidiaria” di cui agli artt. 55 e ss. del D.Lgs 117/2017.

A mio parere a questo proposito, ancor prima di ogni presa di posizione sul ricorrente conflitto tra due valori (concorrenza e solidarietà) comunque costituzionali, è opportuno valutare quale strumentazione giuridica – specie in tempi come questi – riesca ad assicurare, a fronte di adeguate garanzie, il risultato più efficace. In questo senso, anche per realizzare una sanità davvero attenta ai bisogni dei singoli (e non eccessivamente costosa), il modello della co-programmazione e co-progettazione previsto dal D.lgs 117/2017, preliminare all’erogazione di prestazioni congiunte socio-sanitarie, sembrerebbe più adeguato.

Né si deve escludere dalle nostre considerazioni sulle relazioni in orizzontale il ruolo delle famiglie e dei *caregivers*, nel senso di una loro maggior responsabilizzazione. In questo senso si può pensare a una generalizzazione del dovere di sostegno delle persone in stato di bisogno, pur senza arrivare a delineare un ruolo solo sostitutivo della PA e quindi un eventuale diritto di rivalsa contro i familiari inerti, pur già profilatasi in giurisprudenza (Cass. civ, Sez. I, sent. 16 marzo 2001, n. 3822 e, in senso analogo, il precedente di Sez. I, 14 ottobre 1992, sent. n. 11209)

3. L'attenzione muove così verso il terzo profilo del mio commento, relativo alla attività di pianificazione che nell'emergenza CoVid ha rivelato, sia sotto il profilo sanitario che sotto quello assistenziale, gravi carenze.

La pianificazione – innanzitutto condotta a livello statale – avrebbe infatti dovuto assicurare priorità condivise per aree territoriali superando la frammentazione (che invece abbiamo registrato ad esempio per capacità di risposta, disponibilità di posti, possibilità di reazione all'inatteso) dando vita a un nucleo di obiettivi comuni e assicurando prestazioni omogenee nel rispetto dei livelli minimi di assistenza su tutto il territorio nazionale. Una sorta di piattaforma, di *plafond* essenziale condiviso rispetto alla susseguente differenziazione regionale.

Dobbiamo però ricordare che il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali, approvato per la prima volta solo nel 2001, ritorna col Decreto Interministeriale del 26 novembre dopo uno iato di 17 anni, approvando un programma triennale 2018-2020 che (art.1, comma 2) ora «costituisce l'atto di programmazione nazionale delle risorse afferenti al Fondo nazionale per le politiche sociali» ed è finalmente redatto «nell'ottica di una progressione graduale, nei limiti delle risorse disponibili, nel raggiungimento di livelli essenziali delle prestazioni da garantire su tutto il territorio nazionale» (art. 21, co. 7, d. lgs. 147/2017).

Così come si deve sottolineare che a dispetto del Patto per la Salute 2019-2021 (il più recente e rilevante tra i numerosi strumenti di pianificazione sanitaria – approvato con intesa della Conferenza Stato-Regio-

ni il 18 dicembre 2019) non si fosse evidentemente messo in conto l'insorgere di una pandemia come quella in atto, e conseguentemente non si fosse delineato un quadro armonico e cooperativo delle competenze all'insorgenza di una simile emergenza. E ciò malgrado l'attenzione che il documento riserva allo «Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale» (scheda 8), o ancora ai «Modelli previsionali a supporto della programmazione» (scheda 10) e alle attività di «Prevenzione» (scheda 12).

Purtroppo (anche) sotto questo profilo il confronto con gli altri paesi rivela la nostra debolezza strutturale ove, pur a fronte di sistemi autonomistici anche molto diversi, le cose sembrano aver funzionato meglio.

Per parte sua la Francia è tornata a mostrare con forza il peso dello Stato centrale, assegnando saldamente al governo di Parigi la determinazione degli interventi per tutto il paese, mentre la Germania – rappresentando il modello diametralmente opposto – ha mostrato comunque una capacità di coesione e intervento armonico tra governo federale e *Länder*. Né si può tacere come in questo paese, pur nell'attuazione diffusa di modelli che si rifanno fortemente a strutture private, da lungo tempo negli atti equivalenti al nostro accreditamento si fosse prevista come obbligatoria la garanzia di un altissimo numero di posti letto di terapia intensiva, in genere non remunerativi. Ancora una volta, un problema di programmazione.

Ciò che impariamo così, e a caro prezzo, è dunque che la programmazione è mestiere che si deve prati-

care con attenzione e lungimiranza, e richiede capacità solide e dati sicuri. A quest'ultimo riguardo non possiamo qui non ricordare come il nostro sistema di rilevazione sia saldamente in mano a Regione e AASSLL, e anche nella definizione dei bisogni di sanità pubblica, o dello stato epidemiologico del territorio poco coinvolga i Distretti che pure sarebbero gli interlocutori privilegiati.

4. Veniamo così all'ultimo punto.

La nostra “geografia sanitaria” ha da tempo messo ai margini il livello comunale e, ancor di più, l'area vasta, mentre è proprio provincia per provincia che – come abbiamo constatato a marzo e ancora oggi registriamo – si è sviluppata l'epidemia da CoVid 19.

Non basta. Insiste su questo quadro anche l'evoluzione del nostro assetto demografico e sociale che, lo sappiamo bene, è oggi molto articolato, con profonde diseguaglianze fra città e ambiti non urbani, una altissima varianza nella composizione delle famiglie e un livello crescente di solitudini specie per gli anziani, specie se donne.

Si pongono così una serie di riflessioni, o meglio – ricollegandoci al punto da cui siamo partiti – di possibili ripensamenti del modello di organizzazione sanitaria.

In primo luogo, i distretti. Omologati su un modello di mera mediazione tra enti locali, appaiono tuttora poco coinvolti sia nella fase ascendente della programmazione (quella della raccolta dei dati, come si ricordava) che in quella discendente, di

progettazione e organizzazione delle prestazioni. Un ridisegno del loro ruolo distrettuale e una maggiore responsabilizzazione dei loro direttori ai quali si può chiedere, a fronte di funzioni di cui già dispongono (e come già avviene in alcuni dei casi che abbiamo visto), di diventare veri e propri “garanti dello stato di salute della comunità” a cui si riferiscono. A ciò, dovrebbe far sponda un maggior coinvolgimento dei comuni nella loro funzione di programmazione dei servizi sociali.

Inoltre, passata la fase attuale e tornati a una “normalità assistenziale”, si dovrebbe far tesoro dell’esperienza delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), introdotte con l’art.8, D.L. 9 marzo 2020, n. 14/2020 e formate da medici che assistono a domicilio i pazienti affetti da Covid-19 che non presentano un quadro clinico tale da richiedere il ricovero ospedaliero. In questo modo – pur mantenendo un alto livello di attenzione sul paziente – tali unità contribuiscono decisamente ad alleggerire il carico dei reparti.

Agendo in stretto contatto con i distretti e (come già accade) con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, strutture analoghe alle USCA possono rappresentare la soluzione che ci consentirà di rivedere il sistema di prevenzione e che deve essere ispirato a

- l’idea di transmuralità, con servizio per il personale medico in alternanza tra ospedale e territorio, in grado di assicurare di servizi di prossimità “h24”;
- la medicina di gruppo, con la creazione di una

rete ambulatoriale per i medici di base e i pediatri di libera scelta, che consenta a questi di fare diagnosi e impostare terapie in tempi adeguati, facendo accedere con facilità i pazienti a una rete di accertamenti e di consulenze specialistiche.

L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA: IL RUOLO DELL'INTERNISTA OSPEDALIERO

*Claudio Santini**

Dell'assistenza domiciliare si discute ormai da trent'anni, in particolare in alcune regioni virtuose si è fatto molto per portare avanti siffatto progetto; in altre regioni, invece, si è fatto molto poco ed in alcune zone d'Italia il sistema di assistenza domiciliare non è stato addirittura ancora avviato.

L'esperienza del Covid-19 è stata illuminante, nel senso che ha dimostrato la fragilità del dell'organizzazione, sia a livello ospedaliero sia a livello territoriale, ma ha anche dimostrato qualcosa che forse non ci aspettavamo, cioè la capacità di rispondere con una flessibilità estrema alle esigenze indotte dall'emergenza.

Si tratta ora di spostare la nostra attenzione dalla situazione emergenziale, nella quale la risposta è stata positiva, alle condizioni ordinarie, in cui le patologie croniche sono di gran lunga quelle di più frequente riscontro ormai da diversi decenni.

È necessario garantire al paziente, soprattutto cronico, una continuità assistenziale che parta dal medi-

* Direttore U.O.C. Medicina Interna, Ospedale Generale M.G. Vannini, Roma.

co di medicina generale, passi al medico ospedaliero e torni poi di nuovo al medico di medicina generale. Questa continuità assistenziale è indubbiamente ostacolata da tutte quelle frammentazioni burocratiche e mentali che purtroppo ci contraddistinguono.

Si è evidenziato che il momento fondamentale di presa in carico del paziente non è sempre agevole a tutti i livelli; da questo punto l'attuale contesto sembra estremamente favorevole, perché consente di disporre di nuove soluzioni tecnologiche, quali, fra tutte, il fascicolo sanitario elettronico, la ricetta dematerializzata e la telemedicina.

C'è da chiedersi però perché tali strumenti non siano ancora, o comunque non sempre, utilizzati. Si pensi ad esempio al fascicolo sanitario elettronico la cui realizzazione, oltre a essere "agevole" dal punto di vista tecnologico, sembrerebbe oggi incontrare un *favor* anche dal punto di vista economico: il Covid, infatti, sembra aver reso tutti consapevoli che la sanità va curata anche sotto il profilo dei finanziamenti.

Ma c'è di più: molti indizi fanno pensare che si sia attivato anche un importante processo culturale mirato a riportare gli anziani al centro della vita familiare e sociale dopo che per anni il loro ruolo era stato disconosciuto al punto di creare una organizzazione socio-sanitaria alternativa a quella familiare che ha inevitabilmente portato alla sostanziale emarginazione di molti di loro.

La diffusione del Covid nelle RSA, con l'altissimo numero di anziani morti senza cure adeguate e in solitudine, sembra aver risvegliato molte coscienze e aver avviato un tentativo di organizzazione nuova che favo-

risca una adeguata assistenza degli anziani nel proprio domicilio. In questo senso preme ricordare la recente nomina della Commissione anziani ad opera del Ministro della Salute, presieduta da Mons. Vincenzo Paglia e costituita solo in piccola parte da medici ed epidemiologi; ne fanno parte infatti molte persone del mondo della cultura, giornalisti, artisti e letterati. L'importanza del ruolo degli anziani nella famiglia è stato ricordato anche dal Presidente Mattarella in un suo recente discorso.

Fatta tale premessa, è possibile entrare nel merito della visione del medico internista sull'assistenza domiciliare.

È stato detto che l'internista spesso attiva in ritardo l'assistenza domiciliare, talvolta proprio all'ultimo momento prima della dimissione. La tempestività, da questo punto di vista, deve essere un obiettivo da perseguire al fine di abbreviare le degenze. Non tanto e non solo per motivi sottesi a logiche produttivistiche (direi piuttosto, di sostenibilità del sistema sanitario), ma soprattutto per ridurre il trauma e i rischi che l'ospedalizzazione determina sull'anziano.

Per ridurre i tempi di degenza in ospedale l'internista ha certamente un ruolo chiave, ma deve trovare un sostegno valido in una medicina territoriale più efficiente. In tal senso, quindi, occorre chiedersi quanto il medico internista possa fare e se sia opportuno che intervenga sul territorio, ad esempio, dando un contributo agli ospedali di comunità e alle ospedalizzazioni domiciliari; si tratta di una questione aperta che richiede un confronto con tutte le parti in causa.

Se l'internista deve assumere un ruolo nuovo in

questa organizzazione che si va disegnando, anche il medico di Medicina Generale è una figura cruciale che andrebbe ridiscussa: ci si aspetta da quest'ultimo una piena presa in carico del paziente e un'elaborazione di percorsi assistenziali anche complessi, al fine di ricorrere al ricovero solo quando sia effettivamente necessario; è lo stesso medico di Medicina Generale che può attivare autonomamente l'assistenza domiciliare, senza bisogno di effettuare, a questo scopo, un ricovero ospedaliero.

Va anche riconsiderato il ruolo dell'internista del distretto, che è oggi la figura meno utilizzata nel sistema sanitario; nonostante la sua competenza sulle situazioni complesse e sulle comorbidità, molto raramente egli viene chiamato in causa dal medico di medicina generale, che preferisce coinvolgere gli specialisti d'organo.

Un altro punto fondamentale per rendere più compatibili la medicina ospedaliera e quella del territorio è una più uniforme considerazione dei tempi concessi, che per l'internista ospedaliero sono molto più brevi che per i medici dell'assistenza domiciliare. In molte realtà territoriali passa spesso una settimana dalla richiesta di attivazione dell'assistenza domiciliare alla presa in carico. Ciò comporta molti giorni di ricovero non necessario, un affanno del sistema e un carico di penalizzazione per il paziente che è particolarmente rilevante.

In altre parole, sembra che molto si possa ancora fare e che questo sia il momento propizio per ottenere, anche grazie all'integrazione tra le diverse figure, dei risultati davvero concreti.

ASSISTENZA SANITARIA DOMICILIARE E PROFESSIONE INFERMIERISTICA

*Nicola Draoli**

L'attuale dibattito mostra una sintesi concettuale di prospettive, di progettazione di salute, una strada da percorrere che ha trovato tutti terribilmente d'accordo ed è giusto a questo punto metterla in pratica, vista la possibilità sia economica che culturale che questa pandemia ci offre. Occorre evidenziare però che questo terribile momento non ci sta insegnando niente di nuovo: ha solo squarciato un velo, scoperto un vaso di pandora, che nessuno ha voluto affrontare e ha voluto vedere. Oggi stiamo provando in pochissimo tempo a realizzare ciò che in effetti si auspica da oltre 30 anni in ogni convegno e in ogni congresso: la valorizzazione del territorio e dei professionisti, valorizzazione che poi concretamente non è però mai arrivata. Oggi abbiamo questa grandissima opportunità anche pagando un prezzo altissimo a causa del ritardo, a tratti intollerabile.

Per quanto riguarda la professione infermieristica, la legge n. 77 del 2020 attribuisce insieme alla Conferenza Stato Regioni concretezza all'attuazione dell'in-

* Presidente dell'Ordine Provinciale delle Professioni Infermieristiche di Grosseto.

fermieristica di famiglia e comunità che è qualcosa che va a integrarsi fortemente nei progetti delle varie regioni all'interno dell'assistenza domiciliare integrata. L'infermieristica di famiglia e comunità si integra in un modello territoriale di avanguardia improntato alla telemedicina, all'utilizzo di piattaforme condivise da professionisti e pazienti, come il fascicolo sanitario elettronico. Tali piattaforme devono essere effettivamente oggetto di condivisione, poiché in assenza di un concreto flusso informativo condiviso fra più professionisti oltre che, chiaramente, dal paziente stesso, questo lavoro di connettività rischia di andare perduto; si incardina poi nei percorsi ospedale-territorio. Ad ogni modo, preme porre l'accento sul grandissimo lavoro di connessione che è stata realizzato (soprattutto) con la parte sociale: troppo spesso si parla di *equipe* multidisciplinare riferendosi sempre all'infermiere e al medico di medicina generale, ma occorre invece considerare tutta quella parte sociale che opera sul territorio che non può essere assolutamente elusa e che va trovata nel modello collaborativo, o meglio in un'*equipe* che affronta le problematiche della persona a casa e della comunità in un contesto più ampio, giacché presso il domicilio ciò che viene prodotto in termini di livello di salute è quello che spesso viene definito nel contesto infermieristico con l'espressione "cure invisibili", ossia quelle cure che non trovano formalizzazione all'interno degli esiti monetizzabili, all'interno delle certificazioni di *performance* di un sistema. Tale lavoro si sostanzia nell'educare la persona, il "*care giver*", allo scopo di rendere tali soggetti autonomi, autosufficienti, in grado di intervenire nella

quotidianità della persona malata, dei suoi bisogni più complessi e stratificati, in tutto ciò che effettivamente riguarda la sua salute.

L'obiettivo a livello domiciliare non è quello di intervenire sul livello prestazionale ma è quello di rendere le comunità e le persone consapevoli della propria salute e in grado di rispondere il più autonomamente possibile alla propria salute. Stiamo parlando della capacità di interconnettersi con il terzo settore, la capacità che ha la società, la comunità, di utilizzare le forme di volontariato e di *welfare* rigenerativo. Ecco, tutti questi percorsi che sono tipici dell'infermieristica di famiglia e comunità vanno costruiti in maniera molto pragmatica, è possibile farlo e, laddove intrapresi, comportano una serie di esiti e di fondamentali ricadute sugli accessi al pronto soccorso, piuttosto che sulle ospedalizzazioni. Sono molto più complessi da spiegare a livello teorico rispetto alla loro realizzabilità nella pratica, dato che è molto più agevole compierli che descriverli. Qual è il cambio di paradigma sostanziale che si impone. Il cambio di paradigma si sostanzia nell'offrire ai cittadini non solo un servizio ma dei professionisti di riferimento. È noto che il concetto di malattia non è solo organico. Sappiamo, infatti – lo dice l'ISTAT – che il principale problema di salute della nostra popolazione non solo anziana è quello dell'abbandono, dell'isolamento, dell'incapacità di avere risposte strutturate. Questo accade in una società sempre più povera di legami familiari con una allarmante differenza in termini economici e culturali. Questa frammentarietà dei servizi deve essere governata dal professionista di riferimento che deve saper

ricomporre per offrire salute. Questo accade proprio offrendo ai cittadini dei professionisti di riferimento fiduciari contrattabili, individuabili, in grado quindi di facilitare la strada alle persone indicando i servizi, percorsi e collaborando con tutti per garantire la risposta più indicata, intervenendo autonomamente nel proprio settore di competenza ma sempre con uno sguardo “allargato”. Ora verrà attuata questa missione con l’auspicio che venga colta da più Regioni possibili come il potenziamento dell’infermieristica attraverso il D.L. Rilancio. Tale potenziamento non è però evidentemente l’unica risposta. Prima della pandemia la FNOPI lamentava una carenza di trentamila infermieri in ambito territoriale e questa prima risposta non esaurisce il fabbisogno, ma deve servire a far partire quel percorso di personalizzazione di cure che avviene soltanto con dei modelli che partono dal rapporto fiduciario “professionista di riferimento-cittadino”. A ciò aggiungasi l’esigenza di evitare di confondere i vari ruoli a livello territoriale.

In conclusione, alla luce di quanto illustrato in tale sede, è evidente che vi siano tutte le opportunità per far ripartire un territorio diverso.

CONCLUSIONI

*Alessandra Pioggia**

Se la pandemia ha avuto un merito è quello di aver riportato l'attenzione sull'importanza dei servizi di assistenza domiciliare, come significativo strumento per evitare ospedalizzazione inappropriata o eccessivo ricorso alla residenzialità assistita.

L'assistenza domiciliare integrata (ADI), in Italia è divenuta strumento di intervento a tutela della salute nel corso della metà degli anni '90, grazie al Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli anziani 1991-1995" del 1992, con il quale ha iniziato ad imporsi il modello assistenziale per piani di intervento personalizzato. Con il Piano Sanitario nazionale del 1998-2000, si è ribadita la necessità di garantire, fin quando possibile, la permanenza a casa delle persone malate croniche non autosufficienti fornendo cure domiciliari, interventi di sostegno alle famiglie, assistenza domiciliare integrata. Nel 2001 l'ADI è entrata ufficialmente fra i livelli essenziali delle prestazioni che soddisfano il diritto all'assistenza socio-sanitaria e, anche nell'aggiornamento dei livelli del 2017, si è tornati sulla sua essenziale funzione assistenziale, arti-

* Ordinario di Diritto Amministrativo, Università degli Studi di Perugia.

colandone le diverse finalità: a) l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale; b) la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure; c) il supporto alla famiglia; d) il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione; e) il miglioramento della qualità della vita anche nella fase terminale.

Nonostante ciò, tuttavia, l'investimento su questo strumento di assistenza è stato parziale e discontinuo e ancora oggi l'attenzione a questa modalità di assistenza integrata alle persone fragili (persone con disabilità, anziani con cronicità, ecc...) appare, soprattutto in alcune regioni, colpevolmente trascurata e sottovalutata.

Nel corso dell'ultimo ventennio, infatti, se pure sono aumentate progressivamente, se pur lentamente, le percentuali di pazienti anziani assistiti domiciliariamente, come emerge dall'ultima rilevazione in merito¹, sono diminuite le ore di assistenza mediamente erogate alle persone assistite. Con ogni probabilità gli obiettivi di estensione della percentuale di persone in assistenza domiciliare sono stati perseguiti senza aumentare proporzionalmente il personale impiegato nell'attività di cura, anche a causa delle restrizioni in termini di assunzioni che, soprattutto nel corso dell'ultimo decennio, hanno riguardato tutta l'amministrazione pubblica, ivi compresi i servizi sociali e sanitari.

¹ https://italialongeva.it/wp-content/uploads/2020/06/Indagine-ADI_2017_ItaliaLongeva.pdf.

L'assistenza domiciliare, quindi, pur apparentemente non oggetto di contrazione dei servizi, ha subito di fatto un depotenziamento, soprattutto con riferimento all'entità delle prestazioni erogate al singolo assistito.

Se quanto appena considerato fotografa una media nazionale, se spostiamo l'attenzione sul livello regionale, l'elemento che maggiormente salta agli occhi è la difformità fra regioni nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare integrata.

I dati prestazionali sono di per se stessi significativi. Basta guardare al tasso di anziani assistiti in ADI, riguardo al quale si va dagli 0,1 assistiti in ADI (per 100) di Calabria e Valle d'Aosta, ai 1,2 e 1,1 rispettivamente della Provincia Autonoma di Trento e dell'Emilia-Romagna; o ancora al numero di ore dedicate al singolo assistito domiciliarmente, che, nel 2013, andavano dalle 7 e 8 ore per caso trattato in Friuli Venezia Giulia e Toscana, alle 54 del Molise. Anche i dati sulla spesa sono significativi di un diverso investimento su tale modalità assistenziale: nel 2012, ad esempio, la spesa minore sull'insieme del bilancio della sanità è quella della Valle d'Aosta, che si ferma allo 0,7%, mentre la spesa maggiore è quella sostenuta da Friuli Venezia Giulia (6,2%) ed Emilia-Romagna (5,6%), che addirittura superano di più della metà la media nazionale (2,4%).

Se poi dai dati passiamo ai modelli organizzativi, troviamo ulteriori difformità, che riguardano la gestione dei rapporti con il privato accreditato, con il terzo settore, con i Comuni, le modalità di erogazione dei servizi o, ancora, la ripartizione del budget.

Importanti differenze resistono nelle modalità dell'integrazione socio sanitaria, spesso scarsamente governata a livello regionale e rimessa alla buona volontà degli enti coinvolti. Si va da regioni come il Veneto in cui le funzioni sociali sono delegate alle ASL, a realtà, molto più frequenti, in cui ASL e Comuni si muovono in modo autonomo, rispondendo separatamente ai bisogni sanitari e a quelli sociali degli assistiti. Anche all'interno della stessa regione le risposte possono essere diverse a seconda della dimensione e quindi anche della capacità di intervento dei comuni di volta in volta considerati.

Altre differenze riguardano i rapporti fra distretto e medici di medicina generale nella gestione dell'ADI o, ancora, le prestazioni erogate a seconda dei diversi livelli di intensità dell'assistenza: solo per fare un esempio, nella stessa regione una azienda territoriale può prevedere l'assistenza fisioterapica a domicilio e un'altra richiedere che sia la persona a doversi recare nei locali dell'azienda per poterne usufruire. Queste differenze, apparentemente piccole, per le persone fragili, magari affette da disabilità gravissime, possono incidere sulla concreta possibilità o meno di godere della prestazione.

Infine, scelte molto differenti riguardano il rapporto con il privato accreditato. In alcune regioni, come Veneto, Trentino Alto Adige, Emilia Romagna, la quasi totalità delle prestazioni sanitarie sono erogate direttamente dal distretto che si rapporta con il Medico di Medicina Generale; in altre realtà, come, ad esempio, il Lazio o la Lombardia, la maggior parte dei servizi è erogata da soggetti privati accreditati. Anche

le modalità di coinvolgimento dei privati erogatori possono essere diverse, a seconda che si proceda per incarico diretto o si utilizzino voucher socio-sanitari, come nel caso della Lombardia.

In sintesi, nel nostro Paese quella domiciliare è stata, sino ad oggi, una forma di assistenza connotata da forti diseguaglianze regionali e, nel suo complesso, “debole”. Sotto quest’ultimo profilo, non può non notarsi come, anche nelle realtà più virtuose, non abbia raggiunto livelli assimilabili alle percentuali di alcuni Paesi del Nord Europa, in cui ad essere assistiti con questa modalità sono fino al 20% delle persone anziane. Insomma una assistenza fragile per persone fragili.

In occasione dell’epidemia da Covid-19, si è acquisita consapevolezza dell’importanza di non affollare le strutture ospedaliere, sia per evitare ricoveri inappropriati, che complicano l’assistenza ai pazienti più gravi, sia per evitare il, purtroppo inizialmente molto diffuso, contagio intraospedaliero. Così l’assistenza domiciliare è divenuta, da questione marginale, un tema di interesse collettivo.

Il decreto legge 34 contempla misure significative in termini di valorizzazione dell’assistenza domiciliare, anche in termini generali, nella sua capacità, cioè, di rispondere alle esigenze di tutti i pazienti fragili, non solo di coloro che sono affetti da Covid-19. In quest’ottica impegna le regioni ad incrementare tutte le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare, prevedendo una intesa in sede di conferenza Stato regioni, che avvii la sperimentazione, per il biennio 2020-2021, di progetti basati sulle strutture di prossimità (art. 1, c. 4 *bis*). L’idea è quella di va-

lorizzare il ruolo di queste ultime quali terminali di erogazione dei servizi di medicina territoriale, come prevenzione, promozione della salute, presa in carico e riabilitazione dei pazienti fragili, in modo da favorire la permanenza a domicilio di coloro che possono essere curati adeguatamente anche presso la propria abitazione. L'aspetto più interessante di queste misure riguarda l'investimento sul metodo dell'integrazione socio sanitaria, da tempo predicato come chiave di organizzazione dell'assistenza domiciliare, ma, come sopra considerato, praticato ancora in modo parziale e diseguale, da parte delle diverse realtà regionali. Oltre all'integrazione con i servizi sociali, la sperimentazione dovrà puntare anche al coinvolgimento delle diverse istituzioni presenti nel territorio, nonché del volontariato e del terzo settore.

Un ulteriore elemento significativo della sperimentazione inerente le strutture di prossimità e il loro impiego nel sostegno della domiciliarità riguarda l'utilizzazione del budget di salute individuale e di comunità². Anche in questo caso si punta su un metodo di cui si discute da tempo e del quale prevalgono le valutazioni positive in relazione alla sua utilità nella personalizzazione dell'assistenza alle persone affette da gravi disabilità, ma poco utilizzato. Il budget di sa-

² Il budget di salute è stato definito dall'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità (istituito dalla legge 3 marzo 2009, n. 18, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri) quale "strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale".

lute consente di disegnare le modalità assistenziali in relazione alle esigenze e alle specificità della persona che ne beneficia, immaginando le risorse dell'assistenza (economiche, professionali e umane) come capitale assegnato a ciascun soggetto e finalizzato ad obiettivi personalizzati e rendicontabili. Al centro c'è l'idea di attenuare ulteriormente la "rigidità" del servizio, promuovendo una maggiore flessibilità del progetto individuale, attraverso una presa in carico che consenta alla persona, non solo di rimanere nel proprio ambiente, ma anche di godere di una esistenza piena (relazionale, culturale, sociale, ecc...), che va "oltre" la semplice cura della salute. Si tratta, quindi, di uno strumento funzionale sia all'integrazione fra i diversi aspetti del welfare pubblico, sia al coinvolgimento del privato (sociale e non solo), sia, infine, alla valorizzazione dell'autodeterminazione individuale.

Un altro aspetto che merita di essere segnalato fra le misure assunte dal Decreto Rilancio a sostegno della domiciliarità e dell'assistenza territoriale è il rafforzamento dei servizi infermieristici con l'introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità. Si tratta di una figura presente da diversi anni in alcune realtà regionali, ma mai codificata come funzione/ruolo. I compiti dell'infermiere di famiglia riguardano la promozione della salute, la prevenzione e l'assistenza infermieristica nei progetti di salute individuali, familiari e della comunità, il tutto all'interno del sistema delle cure primarie, del quale arricchisce la rete integrata di professionisti. Anche questa figura contribuisce, proprio per la sua relazione con ambiti più ristretti, quali, per l'appunto, la comunità e la famiglia, al processo di

personalizzazione dell'assistenza e alla presa in carico dei pazienti presso il proprio domicilio.

Ma lo strumento più promettente nella prospettiva di un serio investimento sull'assistenza domiciliare è quello delle Usca (Unità speciali di continuità assistenziale), immaginate come soluzione operativo-organizzativa per rispondere alle esigenze sanitarie originatesi con la pandemia, ma suscettibili di trovare un fruttuoso impiego anche nella nuova domiciliarità del futuro. Le Usca sono state previste nella misura di una ogni 50.000 abitanti, con la funzione provvedere alla gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19. Tali Unità effettuano la presa in carico e il successivo monitoraggio e assistenza delle persone malate che, non necessitando di ricovero ospedaliero, permangono presso la propria abitazione o sono ospitate nelle strutture per l'isolamento dei pazienti asintomatici o paucisintomatici. L'aspetto significativo di queste unità speciali è l'interdisciplinarietà delle professionalità coinvolte (medici specialisti, psicologi, assistenti sociali), che gestiscono l'assistenza in team e garantiscono alla persona prestazioni complessive senza il bisogno, come accade ancora oggi nell'assistenza domiciliare "standard", che sia la persona a costruire il proprio percorso, interfacciandosi singolarmente con i diversi professionisti.

Altri interventi significativi e potenzialmente in grado di rafforzare l'assistenza domiciliare sono stati prospettati dal Ministro della salute nell'audizione alla Camera del 10 settembre scorso, occasione nella quale ha illustrato, se pure in maniera sintetica, alcune le linee di possibile intervento sul sistema sanitario.

Una posizione di rilievo è stata riservata all'innovazione digitale, che attraversa tutti gli aspetti del servizio, fino alla domiciliarità delle cure, rafforzando, oltre alla personalizzazione degli interventi, la capacità conoscitiva del sistema, anche ai fini di prevenzione e programmazione. Un altro aspetto sul quale ha mostrato di voler consolidare l'investimento già avviato con i primi decreti che hanno inciso sull'organizzazione sanitaria è quello della sanità di prossimità e della medicina territoriale. In questo quadro ha ipotizzato interventi sul monitoraggio a distanza della salute delle persone in assistenza domiciliare, la creazione strutture (le Case di comunità), in cui operino équipe multiprofessionali e interdisciplinari che definiscano percorsi integrati fra territorio ed ospedale e tra servizi sanitari e sociali, e la realizzazione di presidi sanitari a degenza breve che svolgano una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero.

Gli interventi disciplinati e prospettati in questi ultimi mesi, pur contenendo misure significative in termini di investimento e promozione del modello assistenziale domiciliare, rischiano però di rafforzare alcuni aspetti di un sistema che nel suo complesso continua a non corrispondere appieno alle esigenze e ai bisogni ai quali dovrebbe fornire risposte.

Due aspetti in particolare non sembrano essere oggetto della dovuta attenzione. Il primo riguarda il modo in cui un rafforzamento dell'assistenza domiciliare deve inserirsi nel sistema sanitario regionale nel suo complesso. Il corretto investimento sull'assistenza territoriale, oltre a richiedere un investimento i termini di reclutamento di personale ai diversi livelli, non

deve trascurare, ad esempio, il rapporto con le strutture ospedaliere, con le quali spesso il paziente assistito domiciliariamente si trova a dover dialogare, per ricoveri periodici o per servizi particolari, che vengono forniti solo in sede ospedaliera. La relazione fra l'organizzazione del territorio e dell'ospedale va curata sin dall'inizio, garantendo, una programmazione anticipata delle dimissioni protette e magari assicurando che le cure della persona assistita a domicilio siano seguite, in una prima fase, anche dalle professionalità che se ne sono occupate durante il ricovero. Lo stesso vale per l'organizzazione dei distretti e per l'integrazione con i servizi sociali, che non può essere assicurata unicamente attraverso il dialogo fra i professionisti e l'affiancamento delle prestazioni, ma impone una organizzazione a monte che costruisca i servizi in maniera integrata sin dalla loro progettazione.

L'altro aspetto significativo, sul quale non si intravedono linee di intervento, riguarda il modo in cui l'assistenza domiciliare si inserisce nei diversi sistemi sanitari regionali. Ad essere sottovalutate sono quelle diseguaglianze sulle quali si è puntata l'attenzione all'inizio di questo discorso e che rischiano di amplificarsi nel momento in cui si interviene rafforzando l'esistente. Investire sulla domiciliarità è possibile quando questa esiste ed è già consolidata, ma non è così in tutte le regioni. L'esempio delle USCA, come caso di introduzione di un servizio che intendeva rafforzare la domiciliarità è significativo. L'operazione è riuscita meglio laddove la sanità pubblica era già attrezzata con le cure a domicilio. In Emilia-Romagna questo servizio ha coperto il 91% del territorio, in Toscana

il 52, in Veneto il 49 e in Lombardia solo il 25% con 47 unità create sulle 200 previste (dati Alterales-Università Cattolica). Problemi si sono verificati anche in quelle realtà regionali in cui l'assistenza domiciliare è un servizio normalmente fornito da enti gestori esterni, dove l'introduzione delle USCA ha scontato ritardi e risultati di copertura minori di quelli attesi.

Questo esempio ci mostra come, contemporaneamente ai condivisibili interventi sul rafforzamento dei servizi assistenziali erogati a domicilio del paziente, occorra farsi carico delle diverse impostazioni che le regioni hanno dato a questa modalità operativa e a come questa si inserisca nel sistema regionale delle cure. Diversamente si rischia di amplificare differenze importanti che nascondono diseguaglianze che vanno ben oltre la tipologia e l'intensità dei servizi offerti. Assicurare ai pazienti cronici e affetti da gravi disabilità la possibilità di essere presi in carico presso la propria abitazione o comunque nel proprio luogo di vita, consente di evitare che la malattia assorba interamente l'esistenza dell'individuo, riconoscendo al "pieno sviluppo della persona", al quale la Costituzione orienta ogni intervento di garanzia dei diritti, il giusto valore.

Nel corso del seminario abbiamo avuto una fruttuosa occasione di confrontarci con esperienze regionali diverse che mostrano molti differenti punti di eccellenza. Costruire, attraverso la piena collaborazione fra regioni, un modello che possa rappresentare una base comune sul piano nazionale è forse il modo migliore di procedere alla definizione dei principi fondamentali di questa essenziale forma di assistenza.

Finito di stampare nel mese di aprile 2021
dalla *Grafica elettronica* - Napoli