



Paolo Da Col

Per curare di più a casa occorrono team multidisciplinari e servizi multiprofessionali integrati, continuativi, attivi tutti i giorni, nelle 24 ore per la parte sanitaria e nelle 12 ore per quella socioassistenziale.

Sono tempi di analisi, scelte e decisioni. Le restrizioni finanziarie ci espongono al rischio di cadute dei servizi di cura alla persona. Ci si interroga sulla “buona sanità”, che rientra tra le aspirazioni di tutti: cittadini-utenti-pazienti, professionisti, amministratori, decisori politici. Sul tema continuano ad accumularsi idee e dibattiti, proposte e riflessioni, attraverso pubblicazioni, convegni, documenti, ricerche, riflessioni. Prolifica la letteratura sulle valutazioni e sull’evoluzione del sistema sanitario e sociosanitario, e più in generale le proposte di riassetto dei sistemi di welfare.

Attualmente la prima preoccupazione unanime è sulla sostenibilità economica; diffusa quella sull’efficienza-efficacia dei servizi.

Spicca tuttavia un tema “orfano”: l’attuale inadeguatezza-insufficienza delle cure domiciliari. Molto si è scritto sulle cure a casa, ma molto meno è stato realizzato, sia per quella di tipo sanitario che socioassistenziale. In molti luoghi del Paese queste sono infatti assenti o irrilevanti. Dappertutto prevale l’assistenza informale su quella formale. Anche in realtà considerate “avanzate” (Regioni o Comuni), queste pratiche continuano ad essere dotate di insufficienti risorse e concrete attenzioni, permanendo così vere “Cenerentole” dei servizi, con drammatiche ripercussioni su persone e famiglie. Si assiste da anni ad una ormai palese ed insopportabile dissociazione tra assunti teorici, anche legislativi, e pratiche reali; tra intenzioni dichiarate ed azioni concrete.

In questa fase di continua evoluzione e ricerca di ridefinizione dei servizi occorre riportare il tema delle cure a casa al centro dell’attenzione e, soprattutto, decisamente invertire la rotta nelle scelte, decisioni ed allocazioni di risorse.

Scopo di questa nota è tentare di offrire una sintesi tascabile dei motivi. Occorrono strumenti comunicativi molto sintetici per diffondere consapevolezza, consenso e condivisione. **Le cure a casa devono poter risalire al primo posto tra le priorità di programmazione ed attuazione: nella pubblica opinione, tra i decisori politici e gli amministratori, tra tutti i professionisti che operano nelle diverse aree di cura alla persona, sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale; nel mondo dell'assistenza formale-istituzionale ed informale.**

Si riassumono di seguito venti principali motivazioni; seguono poi alcuni dati essenziali di supporto.

1. Essere curati a casa, di più e meglio per qualità e quantità, rappresenta oggi un **bisogno reale** per moltissime persone.
2. Rimanere il più a lungo possibile a casa è la più grande **aspirazione** di queste migliaia di cittadini con malattie di lunga-lunghissima durata.
3. Essere curati a casa è un **diritto** della persona e dei suoi familiari.
4. Curare a casa è **dovere** delle istituzioni pubbliche ed **interesse** della collettività.
5. Curare a casa, di più, **conviene** all'amministrazione pubblica e ai contribuenti, perché a parità di bisogno e di risultato può essere spesso più efficace e meno costoso che in ospedale o in residenza.
6. La casa delle buone cure a casa è il **distretto**. Il distretto deve essere per questo dotato di risorse e strumenti adeguati, con la responsabilità di organizzare percorsi di **presa in carico** unitaria coordinata e continuativa. Cure domiciliari integrate e distretto devono costituire per tutti un binomio inscindibile di pensiero ed azione (al pari di "pronto soccorso-ospedale").
7. Più cure a casa devono essere offerte e ottenute in tre attuali **emergenze**, colpevolmente ancora scoperte: le fasi ultime della vita; la demenza senile; l'infanzia a rischio di abbandono familiare.
8. Per curare di più a casa occorrono team multidisciplinari e **servizi multiprofessionali integrati più forti, continuativi**, attivi tutti i giorni, **nelle 24 ore** per la parte sanitaria e **nelle 12 ore** per quella socioassistenziale.
9. Curare a casa, di più e meglio, rappresenta un'eccellente **alternativa** ai ricoveri impropri in ospedale e contribuisce fortemente a renderlo più efficiente. Il buon funzionamento dell'ospedale sta a cuore a tutti, e per questo occorrono circuiti di cure domiciliari meglio strutturati e dotati.
10. Essere curati a casa fa sentire **meno sole le persone** e più vicine le istituzioni.

11. Servizi più forti a casa, anziché più soldi o contributi, rendono **più credibili** le **istituzioni** pubbliche, che in questo modo dimostrano al meglio di riconoscere lo straordinario lavoro di cura svolto oggi dalle famiglie.
12. La buona sanità entra con discrezione nelle case e per sua natura questo è intervento sanitario ad alto valore umano; le auspiccate qualità di **umanizzazione** e **personalizzazione** delle cure risultano più probabilmente espresse in quelle domiciliari rispetto ad altre di pari scopo (il bene della persona). Curare a casa comporta infatti un approccio olistico, capacità di ascolto, vicinanza, comprensione, flessibilità, tenacia, programmi personalizzati di continuità assistenziale.
13. Rafforzare le cure integrate a casa si accompagna, in premessa ed in esito, a virtuosi **cambiamenti** culturali, nella gente e negli operatori, a nuovi modi di leggere la realtà, al progresso delle scienze umane, non solo mediche, con impatto positivo per sani rimodellamenti della società.
14. Essere curati a casa è provato scientificamente può assicurare, rispetto ad altri luoghi di cura, più pronta ripresa, migliore **qualità di vita**, anche e soprattutto nel lungo termine.
15. Curare a casa i vecchi vuol dire **voler bene** davvero ai **vecchi** ed evitarne o ritardarne l'ingresso in casa di riposo (*contemporaneamente impegniamoci tutti per evitare che divengano case di pre-eterno riposo*).
16. Curare di più a domicilio **contrasta** il **consumismo** sanitario e le ambizioni produttive dei "prestazionifici sanitari"; **eleva** il grado di **responsabilizzazione** di individui e famiglie, operatori ed imprese; pone il **distretto** al **centro della rete dei servizi**.
17. Qualificare reti integrate di cura a casa crea nuovi **posti di lavoro** nobile; agevola l'impresa e la **cooperazione sociale**; apre nuovi spazi alla sana **imprenditoria privata**, a sue vantaggiose riconversioni; promuove **l'innovazione** e la ricerca (ad esempio nella teleinformazione e nella telemedicina); stimola il progresso delle professioni esistenti, nuove professionalità e forme di impiego; consente di coniugare assistenza e sviluppo socio-economico senza generare nuovi centri di poteri forti.
18. Curare di più a casa evita insostenibili mega-investimenti/insediamenti per nuovi edifici di ricovero; fa circolare risorse ed **energie positive** per più confortevoli tipologie abitative; qualifica nelle città e nei territori nuovi habitat, **patrimoni durevoli** di più facile e amichevole utilizzazione per tutti (non solamente per i disabili).
19. Curare di più e meglio a casa le persone arricchisce le comunità locali, ne accresce il **capitale umano e sociale**.
20. Curare ed essere curati a casa è atto di democrazia: testimonia la presenza di buoni pensieri e buone azioni **che proteggono la scelta della libertà e non solo la libertà di scelta**.

Alcuni dati per orientarsi

A supporto delle affermazioni soprariportate, alcune fonti ampiamente indicative consentono di acquisire consapevolezza delle questioni cruciali [1-6].

Da queste, in estrema sintesi, si traggono alcune considerazioni la cui importanza è autoevidente. Descrivono i problemi maggiori ed il divario con le soluzioni/risposte oggi in atto:

- **L'andamento demografico[4] è implacabile: gli ultra65enni al censimento 2001 rappresentavano il 18,7% della popolazione totale (età media della popolazione totale 41,4; indice di vecchiaia 131,4); tra 10 anni (2021) saliranno al 23,9% (45,7 età media, indice di invecchiamento 188,9).** In pratica a breve ci ritroveremo con un cittadino su quattro che richiederà i servizi propri di quell'età; si sottolinea che la metà di questi anziani avrà varcato la soglia dei 75 anni, collocandosi quindi in fasce di bisogno e dipendenza molto elevate.
- La larga maggioranza degli italiani abita in case di proprietà; infatti solamente il 13% della popolazione paga un canone; tuttavia, il 10% non ha un riscaldamento adeguato e nel 19% delle abitazioni si riscontra importante umidità[4]. Resta il fatto che questo patrimonio abitativo, con i limiti correggibili, dovrebbe incoraggiare la diffusione delle cure a casa e scoraggiare il proliferare di residenze.
- Le famiglie, incluse le assistenti familiari, continuano a sopportare il carico prevalente di cura di persone anziane nonautosufficienti[2,4], con una copertura formale dei bisogni prevalenti minima, nel range del 5-10%, considerando singolarmente voci quali l'aiuto domestico, l'organizzazione dell'assistenza, il sostegno psicologico, l'assistenza sanitaria, la mobilità ed i trasporti, l'assistenza personale, il sostegno finanziario[4].
- La stima dei potenziali care giver (popolazione 50-79 anni su > 80enni nonautosufficienti) mostra un trend drammaticamente decrescente: anno 2005=21,88; 2015=17,35; 2035= 12,02)[2] **Un cittadino ultra65enne su sei - dieci al nord - dispone oggi di una "badante"**² (7% in media in tutto il Paese), valore che sale al 48% delle persone nonautosufficienti; in media queste assistenti lavorano in casa per 5 hr/die. La spesa privata per questo "esercito" di assistenti familiari (stima: 774.000 "badanti" attive, 700.000 straniere) ammonta a circa 10 miliardi di €/anno[2]. Un contratto di 54 ore/settimana vale circa 25.000 €/anno[2,5]. **Questa ingente spesa privata equivale al 10% della spesa sanitaria pubblica** ed è all'incirca equivalente a quanto stanziato dallo Stato per le indennità di accompagnamento[2,5]. Va notato che la crescita del fenomeno è stata imponente[5]: nel 1991 le "badanti" erano 180.000, nel 2009 760.000. Si osserva quindi una vera risposta di "mercato" certamente non proporzionale a quelle delle istituzioni.

- La diffusione dei servizi domiciliari in Italia è molto ridotta rispetto all'Europa settentrionale (4,9% vs 13%), che impegnano un quarto delle risorse del long term care, l'1,08% della spesa sanitaria. Mediamente, questi servizi raggiungono il 5% della popolazione anziana (vs 9,5% in Germania, 7,9% in Francia, 7,1% in Regno Unito)[2].
- La scarsa forza delle cure domiciliari è ubiquitaria[2,4]. Anche in Regioni "ricche" (es. Lombardia), l'assistenza domiciliare sanitaria (ADI delle ASL) copre appena il 4,7% del totale degli ultra65enni, salendo al 30% degli anziani non-autosufficienti[2,4]; l'assistenza domiciliare di parte sociale (SAD) non supera il 2% (1,7%) negli anziani in generale e l'11,1% dei non-autosufficienti[3].
- Negli ultimi 10 anni si sono verificati fenomeni allarmanti [2,4]:
 1. l'utenza anziana in ADI è salita da 1,9% (2001) a 3.3% (2008), ma in media sono calate le ore totali /anno di assistenza pro capite: da 26 (2002) a 22 (2006), con disuguaglianze clamorose tra le regioni (range 7-177ore)[3]. Appare clamorosa questa associazione inversa tra ampiezza della copertura e intensità dei servizi e permane apparentemente inconsistente il tempo di cura istituzionale.
 2. l'utenza in SAD è rimasta stabile: intorno a 1.6-1.8%, con una spesa media nel 2006 di 1.646 euro per utente , pur con ampio divario regionale (605 €/p.c. in Calabria; 4.500 in Valle d'Aosta)[2,3].
 3. la reale assistenza domiciliare integrata riguarda solamente 8,2 per mille anziani, ed è in diminuzione [3].
- La percentuale di Pil nel nostro Paese dedicato ai servizi domiciliari è pari allo 0,29; all'assistenza continuativa (servizi domiciliari, residenziali e indennità di accompagnamento) all' 1,18; al welfare è destinato il 26% .La percentuale di spesa sanitaria destinata all'ADI è pari all' 1,08, con range 0,3-3% nelle diverse regioni[3]. Il dato è confermato anche da una recente ricerca FIASO-Cergas Bocconi [6]. Dunque, con modesti investimenti sarebbe facile raddoppiare le risorse e le potenzialità operative dell'assistenza domiciliare.
- Nella *long term care* da sempre in Italia erroneamente si privilegiano i trasferimenti monetari (42%) anziché i servizi, a differenza di quanto avviene in Paesi come la Germania (24%) o la Norvegia (14%) [2]. Nel 2010 le indennità di accompagnamento (utenza da 5,5% della popolazione anziana del 2001 a 9,5% del 2008) raggiungeranno una spesa superiore a 12,5 miliardi di euro (7,5 nel 2002), di cui 11 miliardi stimati per anziani nonautosufficienti [3]. La percentuale di ultra65enni percettori dell'indennità oscilla dal 2,1% tra 65 e 69 anni a 23,8% oltre 80 anni[4]. Ci si chiede se quanto e come sia possibile riconvertire queste risorse verso servizi istituzionali.

In conclusione, urge potenziare quest'area di cura e ancor più dirimere le profonde

disuguaglianze territoriali.

Paolo Da Col. Direttore Distretto n.1, Azienda per i Servizi Sanitari n.1 "Triestina" - Trieste

Bibliografia

1. Marco Geddes - [Rapporto sulla nonautosufficienza in Italia](#). Saluteinternazionale.info 18.11.2010
2. Ministero del lavoro e delle politiche sociali. **Rapporto sulla non autosufficienza in Italia**, 2010. [[PDF: 7,0 Mb](#)].
3. RELAZIONE NETWORK NA. **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia**. 2° Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA per il Network nazionale per l'invecchiamento, 2010. [[PDF: 1,43 Mb](#)].
4. [Rapporto Nazionale 2009 sulle "Condizioni ed il Pensiero degli Anziani: una società diversa. Sintesi](#) [[PDF: 1,3 Mb](#)].
5. Sergio Pasquinelli, Giselda Rumini. **Badanti: la nuova generazione. Caratteristiche e tendenze del lavoro privato di cura**. Novembre 2008 [[PDF: 659 Kb](#)].
6. Il Governo del territorio delle aziende sanitarie: risultati dal laboratorio di ricerca della FIASO. [Fotografia dei servizi territoriali delle AUSL](#)