

Le cure domiciliari per anziani in Italia

LE CURE DOMICILIARI RAPPRESENTANO UN MODELLO ASSISTENZIALE CHE PUÒ GARANTIRE UNA MIGLIORE QUALITÀ DELLA VITA ALLE PERSONE CHE ABBIANO SUBÌTO UNA COMPROMISSIONE DELL'AUTOSUFFICIENZA, EVITANDO O RIDUCENDO ALTRESÌ IL RISCHIO DI RICOVERI. TRA QUESTE, L'ADI VA CONSIDERATA COME LA FORMA PIÙ IMPORTANTE DI ASSISTENZA A DOMICILIO, MA LA SUA ORGANIZZAZIONE E DIFFUSIONE SONO ANCORA INADEGUATE.

Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, di aiuto alla persona e governo della casa, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per contrastare le forme patologiche in atto, il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

Oggi, le cure domiciliari possono assumere modalità organizzative diverse e sono classificate dalle Regioni, in base alle diverse prestazioni erogate, nel modo seguente:

- Assistenza domiciliare programmata (Adp), che consiste nelle prestazioni erogate dal Medico di medicina generale (Mmg) al domicilio di un proprio assistito, previa autorizzazione del servizio sanitario pubblico e secondo un programma ben definito;
- Assistenza domiciliare integrata (Adi), che consiste nell'integrazione delle prestazioni e degli interventi di natura sanitaria e di natura sociale da erogare in modo coordinato e unitario secondo il Piano assistenziale individualizzato;
- Ospedalizzazione domiciliare (OD), che consiste nell'erogazione di forme assistenziali al domicilio dell'assistito da parte di professionisti e di tecnologie di esclusiva pertinenza ospedaliera (Marceca, 2003);
- altre tipologie, che prevedono l'erogazione di singole prestazioni sanitarie da parte, soprattutto, di professioni non mediche come l'Assistenza infermieristica domiciliare (Marche), l'Assistenza riabilitativa domiciliare (Marche, Umbria, Veneto), l'Assistenza domiciliare di tipo esclusivamente sanitario (Basilicata), l'Assistenza domiciliare ai malati in fase critica (Basilicata), le

Franco Pesaresi *

* Dirigente Servizi sociali e sanitari, Comune di Ancona. Presidente Anoss *

Prestazioni infermieristiche estemporanee (Piemonte), ecc.

L'ADI NELLE REGIONI ITALIANE

In questo paragrafo presteremo particolare attenzione a quella che, per complessità organizzativo-gestionale e potenzialità nel soddisfacimento dei molteplici bisogni assistenziali, va considerata come la forma più importante di assistenza a domicilio, cioè l'Adi, che è anche il termine più frequentemente impiegato dalle Regioni italiane.

L'assistenza domiciliare integrata è il modello assistenziale che si propone di promuovere l'integrazione delle competenze professionali sanitarie con quelle sociali, per realizzare programmi di cura e assistenza orientati a soggetti di qualsiasi età, che necessitano di un'assistenza continuativa o limitata nel tempo, erogabile al loro domicilio e sostenibile dal nucleo familiare, favorendo il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione ed evitando il ricorso improprio al ricovero in ospedale o in strutture residenziali.

I principali obiettivi dell'Adi sono:

- dare una risposta assistenziale a specifici bisogni di salute;
- evitare ricoveri non giustificati in ospedali e strutture residenziali;
- mantenere il paziente nel proprio ambiente di vita;
- contribuire alla realizzazione della continuità e dell'integrazione dell'assistenza;
- coinvolgere attivamente i *caregiver* informali del paziente (familiari, amici, volontari);
- perseguire la sostenibilità assistenziale, massimizzando i benefici di salute per i pazienti (Marceca, 2003).

Occorre aggiungere che il termine Adi viene usato impropriamente da alcune Regioni per riferirsi all'integrazione tra prestazioni di natura esclusivamente sanitaria, facenti capo a discipline diverse, ma in cui non sono presenti le prestazioni socio-assistenziali. Secondo queste Regioni, in sostanza, è l'eventuale complessità del caso che richiede un *mix* di prestazioni sanitarie differenziate, a definire l'Adi anche laddove non sussistano esigenze di natura socio-assistenziale" (Marceca, 2003).

L'Adi è rivolta a soggetti in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta, derivante da condizioni personali critiche ancorché non patologiche, o specificatamente affetti da patologie croniche a medio-lungo decorso o da patologie acute trattabili a domicilio che necessitano di assistenza da parte di un'equipe multiprofessionale.¹

L'Adi, pur essendo erogata a soggetti di tutte le età (tra cui malati oncologici, disabili fisici e psichici, immunodepressi, ecc.), di fatto, è prevalentemente utilizzata per rispondere ai bisogni di salute di soggetti anziani.

La responsabilità assistenziale è attribuita, in genere, al medico di medicina generale, la sede organizzativa è nel distretto e la sua realizzazione richiede la definizione di piani personalizzati di assistenza, in relazione ai bisogni della persona. L'Adi garantisce al domicilio prestazioni di medicina generale, di medicina specialistica, infermieristiche, di riabilitazione, di igiene della persona e di aiuto domestico.

L'organizzazione

L'organizzazione dell'Adi è stata poco indagata in Italia, dove peraltro rilevanti sono le differenze fra una Regione e l'altra. Di norma, si accede all'Adi con la valutazione multidimensionale effettuata dalle unità valutative multidimensionali che, per ogni paziente, predispongono il Piano assistenziale individualizzato (Pai).

Quasi tutte le Regioni hanno regolamentato in modo dettagliato l'organizzazione dell'Adi e la maggioranza di queste ha attivato anche un sistema di rilevazioni annuali, o un sistema informativo dell'Adi, per seguirne le dinamiche e lo sviluppo.

Tutte le Regioni, esclusa la Lombar-

Note

* Associazione nazionale operatori sociali e sociosanitari.

¹ Per esempio, le ipotesi di attivazione dell'intervento si possono riferire a malati terminali, incidenti vascolari acuti, gravi fratture in anziani, forme psicotiche acute gravi, riabilitazione di vasculopatici, malattie acute temporaneamente invalidanti dell'anziano e dimissioni protette da strutture ospedaliere.

dia, hanno previsto un modello organizzativo basato sull'erogazione diretta delle prestazioni da parte del distretto sanitario. Il modello organizzativo della Regione Lombardia punta invece sulla diffusione del *voucher* sociosanitario.

Quasi metà delle Regioni ha classificato le varie prestazioni di Adi in due o tre livelli, in base all'intensità assistenziale. Il gruppo più ampio di Regioni (Emilia-Romagna, Piemonte, Veneto, Toscana e Sicilia) ha classificato le prestazioni in tre livelli: Adi a bassa intensità sanitaria domiciliare; Adi a media intensità sanitaria domiciliare; Adi ad alta intensità sanitaria domiciliare.² Anche la Lombardia ha previsto tre livelli, ma il terzo è dedicato a una condizione sanitaria specifica (profilo di base, pazienti complessi e pazienti terminali). Le Marche hanno invece classificato le prestazioni in due livelli (bassa e alta intensità assistenziale).

Quando sale l'intensità dell'assistenza, è richiesto un maggior impegno sanitario. Per esempio, si richiede un elevato impegno medico, attraverso più accessi settimanali, nonché, congiuntamente, l'apporto infermieristico o di altri operatori sanitari, il tutto da garantire in un quadro di pronta disponibilità diurna medica e infermieristica.

Inoltre, la maggior parte delle Regioni ha previsto varie tipologie di Adi specialistica, indirizzate alla cura di pazienti con patologie ben individuate e che richiedono un'organizzazione specifica (la tavola 1 fornisce un panorama non esaustivo di tale organizzazione nelle varie Regioni).

Questa organizzazione dell'Adi, insieme all'ospedalizzazione domiciliare prevista da diverse Regioni (Emilia-Romagna, Lombardia, Marche, Piemonte, Sicilia, Umbria, Veneto) ha dimostrato di poter erogare, con piena sicurezza per il paziente e pari efficacia di altri ambiti assistenziali, prestazioni complesse e considerate di alta intensità, quali la ventilazione meccanica, la nutrizione artificiale enterale e parenterale, il trattamento di piaghe da decubito di 3° e 4° stadio e le terapie palliative a soggetti terminali.

Gli anziani assistiti

Pur essendo rivolta a tutta la popolazione, l'Adi assiste soprattutto la popolazione anziana. Infatti, nel 2005, il totale degli assistiti con l'Adi è stato di 396.757 persone (373.414 nel 2004) e, di queste, 334.069 erano anziane, pari all'84,2% circa del totale. La popolazione anziana assistita con l'Adi è cresciuta costantemente in questi ultimi anni, raddoppiando nel periodo 1997-2005, con eccezione del 2003, anno in cui si è registrata una

TAVOLA 1 Tipologie di Adi specialistica

Tipologie di Adi specialistica	Regioni
Nutrizione artificiale domiciliare (Nad)	Bolzano, Friuli V. G., Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Toscana, Trento, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto
Adi-cure palliative/per pazienti terminali	Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Sicilia, Trento, Veneto
Riabilitazione domiciliare	Marche, Umbria, Veneto (integrata con intervento sociale)
Adi per pazienti con demenza/alzheimer	Molise, Veneto
Trattamento a domicilio (Tad) per le persone con Aids	Emilia Romagna, Lazio
Ossigeno liquido terapia domiciliare a lungo termine (Olti) o assistenza domiciliare ventilatoria	Marche, Veneto
Dialisi peritoneale domiciliare	Marche
Assistenza domiciliare infermieristica con intervento sociale	Veneto

Fonte: Bibliografia.

lieve flessione (-0,3% rispetto al 2002) del numero di anziani assistiti.

Seppure il livello di copertura sia in crescita, il numero di anziani assistiti è ancora molto basso, collocandosi attorno al 2,9% degli anziani, rispetto a una platea di anziani bisognosi di assistenza calcolato fra l'11% e il 20%. Le differenze fra le Regioni italiane sono enormi, passando dalla Valle d'Aosta, che sembrerebbe assistere solo lo 0,1% di anziani, al Friuli Venezia Giulia, che ne assiste l'8,0%. Questi dati, in verità, non sarebbero perfettamente rappresentativi dell'impegno delle singole Regioni se, oltre al numero dei casi trattati, non aggiungessimo anche il numero medio di ore erogate per singolo caso trattato, perché talune Regioni potrebbero puntare su un alto numero di assistiti, cui dare mediamente poche ore di assistenza domiciliare. Da questo punto di vista, il *trend* di questi ultimissimi anni non è positivo, perché le ore di assistenza in Adi, dopo essere aumentate fino al 2001, si sono costantemente ridotte nel triennio successivo. Infatti, le ore medie annue dedicate a ogni assistito sono passate da 16 a 27 dal 1997 al 2001, per poi scendere a 23 ore nel 2004 e 2005. Nel 2005, la media italiana era di 16 ore (erano 15 nel 2004) erogate dagli infermieri professionali, 4 ore erogate dai terapisti della riabilitazione e 3 ore da altre figure. Colpiscono soprattutto i dati della Valle d'Aosta, che erogava 331 ore di assistenza per utente, ma al numero più basso di anziani (37 anziani, pari a 0,1 ogni 100 anziani) e dove l'assistenza infermieristica rappresenta solo l'11% del totale erogato (cfr. tavola 2).

Risulta evidente la strategia più recente delle Aziende sanitarie che hanno puntato sull'assistenza a un maggior numero di anziani, riducendo

per contro il numero, già basso, di ore medie di assistenza per singolo caso trattato; anche se occorre riconoscere che il numero complessivo di ore di assistenza domiciliare erogate è costantemente cresciuto, riuscendo più che a raddoppiare dal 1999 al 2005.

Il dato di sintesi fra numero di assistiti in Adi e numero medio di ore per assistito, in attesa di un indicatore più preciso, può essere fornito dalla spesa media per abitante destinata all'Adi. L'ultimo dato disponibile, relativo al 2002, attesta una spesa annua di 13,7 euro per abitante, una somma ancora non molto elevata. Tra le Regioni che spendono di più troviamo il Friuli Venezia Giulia (56,1 euro), l'Abruzzo (22,9), il Veneto (22,8) e l'Umbria (22,8), mentre tra quelle che spendono di meno registriamo la Campania (1,6), la Basilicata (2,4) e la Puglia (8,0) (cfr. tavola 2). Le regioni del Sud, ancora una volta, sono quelle che investono meno nella costruzione della rete dei servizi, anche domiciliari.

LA RIPARTIZIONE DEI COSTI DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Per l'assistenza domiciliare integrata (Adi), la normativa nazionale (Dpcm 29/11/2001) prevede che il Servizio sanitario si faccia carico, per i soli anziani (e non per le altre categorie di assistiti), di tutte le prestazioni, con eccezione delle prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona, che invece vengono coperte solo per il 50%. Ma che cosa si intende con la terminologia ambigua dell'"aiuto infermieristico"? È proprio un organismo istituito dalla Conferenza Stato-Regioni che lo chiarisce: infatti, il Tavolo di monitoraggio e verifica sui Lea³ ha stabilito

TAVOLA 2 L'Adi per anziani non autosufficienti nelle Regioni italiane (2005)

Regioni	Anziani trattati	Anziani trattati per 1000 residenti anziani	Ore di assistenza erogata per caso trattato	Spesa pro capite (per residente) (2002)
Piemonte	17.446	18,1	23	8,10
Valle d'Aosta	37	1,5	331	11,21*
Lombardia	58.776	32,7	20	14,14
Bolzano	239	3,1	8	8,21
Trento	778	8,5	21	17,51*
Veneto	44.923	50,6	10	22,84
Friuli V. G.	21.464	80,3	12	56,11
Liguria	13.407	31,7	28	8,60*
Emilia-Rom.	50.882	54,1	24	17,51
Toscana	17.273	20,8	20	10,63
Umbria	8.312	41,6	15	22,77
Marche	11.459	33,7	32	19,64
Lazio	33.204	33,5	21	16,80
Abruzzo	4.825	17,6	40	22,90
Molise	4.275	61,0	17	12,62*
Campania	12.115	13,9	42	1,57
Puglia	14.105	20,5	47	8,04
Calabria	5.941	16,4	27	10,12*
Basilicata	4.589	39,2	46	2,41
Sicilia	7.123	8,0	37	9,51
Sardegna	3.123	11,0	82	10,12
Italia	334.069	29,4	23	13,68

Note: * Dati stimati sulla base del costo complessivo dell'assistenza domiciliare (Adi e Adp a favore di anziani non autosufficienti e di altri utenti).

Fonte: Rielaborazione su dati del Ministero della Salute (2007) e Monitor n.10.

unitariamente che “le prestazioni di aiuto infermieristico, indicate alla lett. e nell'ambito dell'assistenza programmata a domicilio, non coincidono con le prestazioni proprie dell'infermiere professionale (indicate alla lett. c come prestazioni infermieristiche a domicilio), ma rappresentano prestazioni eseguite da operatori diversi che, svolgendo compiti di assistenza tutelare, collaborano con l'infermiere professionale”. Per cui i Comuni e/o gli utenti non partecipano alla spesa dell'assistenza infermieristica, ma intervengono solo per l'assistenza tutelare e nella misura del 50%.

La misura della suddivisione dei costi fra il sociale e il sanitario delle prestazioni sociosanitarie è proposta dal Dcpm del 14/2/2001 e dal Dcpm del 29/11/2001, ma spetta alle singole Regioni assumere le determinazioni definitive sulla materia, anche allontanandosi dai citati decreti. Dal 2001 a oggi, solo 7 Regioni (di cui due in modo incompleto) hanno provveduto a stabilire le regole della suddivisione dei costi fra sociale e sanitario, apportando delle modificazioni rispetto al testo normativo nazionale.

Secondo le 7 Regioni, non ci sono dubbi sul fatto che le prestazioni tipicamente sanitarie, come quelle di medici-

na generale, di medicina specialistica, di assistenza infermieristica, di riabilitazione e recupero funzionale, sono totalmente a carico del Ssn. Così come non ci sono dubbi sul fatto che le prestazioni educative/organizzative fornite come sostegno all'organizzazione familiare e/o al contesto domiciliare sono a totale carico del Comune e del beneficiario (per la quota che il Comune stesso vorrà stabilire). L'unica prestazione il cui onere va suddiviso fra sanitario e sociale è costituito dall'assistenza tutelare alla persona, che è posta a carico del Servizio sanitario fino al 60% nelle Regioni Calabria, Veneto e Toscana, mentre in Sardegna e Umbria è determinata nel 50%. A questo proposito, il Piemonte ha voluto precisare che la quota del 50% vale solo per la fase di lungoassistenza (che decorre dal 61° giorno dall'inizio dell'assistenza in fase acuta), perché in quelle intensiva ed estensiva le prestazioni di assistenza tutelare alla persona sono totalmente a carico del Servizio sanitario (Pesaresi, 2006).

NUOVA CARATTERIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

Alla fine del 2006, la Commissione nazionale per la definizione e l'aggiorn-

namento dei Livelli essenziali di assistenza ha approvato un documento dal titolo “Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”, che provvede a una nuova caratterizzazione dei profili di cura domiciliari, all'individuazione delle principali prestazioni domiciliari per profilo e figura professionale, alla definizione dei criteri omogenei di eleggibilità, nonché alla valorizzazione economica mensile dei profili di cura.

Cambia anche la terminologia: per l'assistenza sanitaria si dovrà utilizzare la denominazione “cure domiciliari”, anziché “assistenza domiciliare”, per distinguere in modo esclusivo le cure sanitarie e sociosanitarie integrate dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale e tutelare. Di seguito si sintetizzano i principali contenuti del documento ministeriale.

Definizione e profili di cura

Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Nell'ambito delle cure domiciliari integrate, risulta fondamentale l'integrazione con i servizi sociali dei Comuni.

Le cure domiciliari, in relazione ai bisogni degli assistiti, si distinguono nei seguenti profili di cura:

1. “Cure domiciliari prestazionali”, caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato; esse costituiscono una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, a un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, non presuppone la presa in carico del paziente, né una valutazione multidimensionale e l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare. Sono richieste dal medi-

Note

2 “Bassa intensità”: in genere, interventi infermieristici di tipo prestazionale a carico di persone che non possono recarsi presso le opportune strutture ambulatoriali. “Media intensità”: in genere, gli interventi di tipo infermieristico e/o riabilitativo e di aiuto domestico il cui scopo è di intervenire precocemente sulle riacutizzazioni, consentendo la permanenza a domicilio, o di completare trattamenti più complessi eseguiti in ospedale, per favorire le dimissioni. “Alta intensità”: In genere, cure domiciliari alternative al ricovero ospedaliero o in struttura residenziale, rivolte a persone in condizioni di relativa acuzie o instabilità clinica, che non richiede un monitoraggio continuativo in sede ospedaliera.

3 L'interpretazione formale è stata approvata nella riunione del 17/7/2002 e riportata nella Relazione conclusiva sullo stato dei lavori del tavolo di monitoraggio e verifica sui Lea.

co, responsabile del processo di cura del paziente e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice, nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatori (cfr. tavola 3).

2. "Cure domiciliari integrate di primo, secondo e terzo livello". Le cure di primo e secondo livello assorbono quelle già definite come Adi, si rivolgono a malati che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, hanno bisogno di continuità assistenziale e interventi programmati, prevedono un ruolo centrale del Mmg, che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura e partecipa alla definizione degli obiettivi e dei processi assistenziali attraverso la valutazione multidimensionale e la necessaria redazione del Pai; quando l'equipe che eroga le cure domiciliari è di provenienza ospedaliera, è in ogni caso superata la denominazione "Ospedalizzazione domiciliare" dato che la stessa è assorbita dalle cure domiciliari di terzo livello. Le cure domiciliari di terzo livello consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità, in presenza di criticità specifiche, come malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (Sla, distrofia muscolare), fasi avanzate e complicate di malattie croniche, pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale, pazienti con

necessità di supporto ventilatorio invasivo e pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza; presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare.

3. "Cure domiciliari palliative a malati terminali", che assorbono "l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale" e l'ospedalizzazione domiciliare per cure palliative (OD-CP) e sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità, definita dal Pai ed erogata da un'equipe in possesso di specifiche competenze; presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare (cfr. tavola 3).

Valorizzazione economica dei profili di cura

Il documento (Ministero della Salute, 2006), infine, avvia una riflessione anche sulla valorizzazione economica dei profili standard di cura attraverso l'identificazione di percorsi di cura iso-costi. L'individuazione di gruppi di pazienti omogenei ha consentito di stimare delle tariffe per ciascun gruppo attraverso criteri classificativi legati al valore della Giornata effettiva di assistenza (Gea), all'intensità assistenziale (Cia) e alla durata del piano di cura

(Gdc). Le valorizzazioni economiche sono state definite in base al Costo medio mensile (Cmm) dei percorsi di cura (ottenuto moltiplicando il Cia per il valore Gea per 30), che interpreta congiuntamente l'intensità assistenziale e la complessità. Sono stati creati allo scopo 6 gruppi tariffari comprensivi di tutti costi assistenziali (Ministero della Salute, 2006).⁴

Di fronte all'estrema variabilità dell'organizzazione e della terminologia usata dalle Regioni italiane per le cure domiciliari, l'approfondimento proposto dalla Commissione Lea appare assai utile per garantire dei livelli assistenziali domiciliari adeguati, omogenei e comparabili. Colpisce invece negativamente che, insieme alla scomparsa terminologica dell'Adi, scompaia nel documento ministeriale ogni riferimento organizzativo all'integrazione delle cure domiciliari con l'assistenza domiciliare sociale di competenza comunale. Nessuna utile indicazione viene data sulle modalità di organizzazione e di promozione dell'integrazione dei due servizi e questo appare un passo indietro significativo, che avrà sicuramente delle negative ricadute a livello locale.

VALUTAZIONI

Le cure domiciliari rappresentano un modello assistenziale che può garantire una migliore qualità della vita alle persone che abbiano subito una compromissione temporanea o per-

TAVOLA 3 Profili di cura e standard qualificanti delle cure domiciliari

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità Cia=Gea/Gdc*	Durata media	Complessità	
				Mix delle figure professionali/impegno assistenziale**	Operatività del servizio (fascia oraria 8-20)
CD prestazionali (occasionalmente o cicliche programmate)	Clinico funzionale			Infermiere (15-30') Professionisti della riabilitazione (30') Medico (30')	5 giorni su 7 8 ore die
CD integrate di primo livello (già Adi)	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,30	180 giorni	Infermiere (30') Professionisti della riabilitazione (45') Medico (30') Operatore sociosanitario (60')	5 giorni su 7 8 ore die
CD integrate di secondo livello (già Adi)	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,50	180 giorni	Infermiere (30-45') Professionisti della riabilitazione (45') Dietista (30') Medico (45') Operatore sociosanitario (60-90')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
CD integrate di terzo livello (già OD)	Clinico funzionale sociale	Superiore a 0,50	90 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilit. (60') Dietista (30') Psicologo (60') Medico e/o specialista (60') Operatore sociosanitario (60-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi pronta disponibilità medica ore 8/20
Cure palliative malati terminali (già OD-CP)	Clinico funzionale sociale	Superiore a 0,60	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilit. (60') Dietista (30') Psicologo (60') Medico e/o specialista (60') Operatore sociosanitario (60-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi pronta disponibilità medica 24 ore

Note: * Cia=Coefficiente intensità assistenziale; Gea=Giornata effettiva di assistenza; Gdc=Giornate di cura (durata Pai).
** Figure professionali previste in funzione del Pai e tempo medio in minuti per accesso domiciliare.

Fonte: Ministero della Salute (2006).

manente dell'autosufficienza, evitando o riducendo altresì il rischio di ricoveri in strutture residenziali o in ospedali.

La diffusione dei servizi domiciliari sociali e sanitari per gli anziani (cfr. tavola 4) è assai diversificata nei vari Paesi europei; la media non ponderata è del 7,8% degli anziani (nel 2003).

Al livello più alto troviamo le nazioni del Nord Europa (Danimarca, Svezia, ecc.), che assistono al domicilio un alto numero di anziani, con servizi di qualità che prevedono prestazioni integrate sociali e sanitarie, erogate 24 ore su 24, e con l'utilizzo di moderne tecnologie telematiche e informatiche. Tra le nazioni che assistono a domicilio un grande numero di anziani troviamo anche l'Austria (19,3%) e la Svizzera (9,4%). A un livello intermedio troviamo Paesi come il Regno Unito e la Germania, che assistono un numero di anziani compreso fra il 6 e il 7%, e interessate a dare efficienza e qualità al settore attraverso la costruzione di mercati sociali, pur senza essere ancora riusciti a integrare il settore sociale con il sanitario. I Paesi del Sud Europa presentano, invece, una bassa percentuale di anziani assistiti al domicilio, che non supera il 4,4%, anche se tutti hanno recentemente approvato programmi che ne prevedono lo sviluppo.

L'Italia, con una percentuale di anziani assistiti al domicilio pari al 4,5% (2,9% Adi + 1,6% Sad nel 2005), si colloca al livello più elevato dei Paesi del Sud Europa. Nel 2003, tale percentuale era al 4,1%. Un livello crescente, ma ancora troppo basso, molto lontano anche dalla media dei Paesi valutati nella tavola 4. All'interno del dato complessivo (sociale più sanitario), la quota relativa alle cure domiciliari per anziani è stata del 2,3% nel 2003 e del 2,9% nel 2005.

Se pensiamo alla straordinaria differenza di offerta di cure domiciliari delle varie Regioni italiane (cfr. tavola 2), non possiamo fare a meno di riflettere sull'inadeguatezza del Decreto Lea con il quale il Governo ha inteso garantire uguali livelli sanitari di base in tutte le Regioni italiane. Tale Decreto, infatti, dispone che tutte le Regioni garantiscano l'assistenza domiciliare integrata, ma non fornisce alcun elemento quantitativo sui livelli da raggiungere, per cui sono egualmente rispettosi dei Lea sia il Friuli Venezia Giulia, con i suoi 80 anziani su mille assistiti a domicilio, sia la Sicilia, con i suoi 8 anziani assistiti su mille. Su questo fronte, è quindi necessario uno sforzo regionale ben maggiore, magari sottraendo risorse ad altri settori (come il livello ospedaliero), per assistere a casa un numero superiore di persone e per garantire equità di acces-

TAVOLA 4 Anziani assistiti a domicilio in alcuni Paesi Ocse (2003)

Nazione	% anziani assistiti a domicilio
Danimarca	21,5
Austria	19,3
Svizzera	9,4
Svezia	9,3
Giappone	8,4
Belgio	7,5 (2004)
Nuova Zelanda	7,0
Finlandia	6,9
Regno Unito	6,9
Germania	6,2
Australia	5,9
Francia	4,4
Lussemburgo	4,4
Italia	4,1
Spagna	2,1 (2001)
Grecia	0,5 (2002)

Fonte: Eurostat (2003); Ministero delle Politiche sociali (2006); Istat (2006); Oecd (<http://www.ecosante.fr/OCDEFRA/80.html>).

so ai servizi sociosanitari, con un'offerta di servizi domiciliari che, nella sua dimensione minima, sia però assicurata in tutto il territorio nazionale.

Anche le ore di cura domiciliare sono poche per assistere adeguatamente un anziano non autosufficiente. Colpisce la media di 23 ore di assistenza annua di Adi per anziano che risulta addirittura inferiore alle ore medie erogate con il Sad per singolo caso trattato.

L'assistenza domiciliare integrata è ancora un servizio "giovane" nella rete dei servizi sanitari. La sua organizzazione è ancora ben lungi dall'essere standardizzata con modelli di riferimento importanti e la sua diffusione è ancora inadeguata. Grandissime differenze permangono fra le varie Regioni sia sul fronte organizzativo sia su quello del numero di anziani assistiti. Se è vero che la positiva tendenza di questi ultimi anni è stata quella di un aumento del numero di anziani assistiti in Adi, è però anche vero che l'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali rimane un obiettivo ancora lontano dall'essere raggiunto. Sad e Adi continuano a riferirsi a comparti separati tra loro e sono ancora una piccola percentuale i casi che vengono trattati congiuntamente. Infatti, su 334.069 anziani trattati in Adi nel 2005, sono stati solo 60.409 quelli (0,5% di tutti gli anziani residenti) che hanno effettivamente ricevuto cure sanitarie e servizi socio-assistenziali domiciliari, pari al 18% di tutti gli assistiti a domicilio (Istat, 2007). L'unica integrazione realizzata è stata quella che ha coinvolto solamente le varie figure sanitarie, ma che non è ancora

sufficiente a definire davvero integrata l'assistenza domiciliare. Occorre un'integrazione vera tra i due servizi, che deve essere promossa e realizzata a livello regionale e locale.

Affinché l'integrazione sociosanitaria si sviluppi davvero e si possa erogare un'assistenza domiciliare integrata sociale e sanitaria occorre creare le condizioni perché ciò si realizzi. Oggi queste condizioni non ci sono in tutto il territorio nazionale. Sono ancora una minoranza le Regioni che hanno stabilito le regole dell'integrazione con la definizione della ripartizione degli oneri fra il sociale e il sanitario per i servizi sociosanitari e, in particolare, per l'assistenza domiciliare. Senza regole definite e condivise prevale l'incertezza e, di conseguenza, gli enti coinvolti non investono sull'integrazione. Anche in questo caso, il problema è risolvibile con l'impegno delle Regioni ancora inadempienti.

I dati a disposizione ci dicono che più dell'80% degli utenti dell'Adi sono soddisfatti del servizio (83% nella ricerca di Cittadinanzattiva, 2006,⁵ e il 97,5% degli utenti dell'Emilia-Romagna, 2005⁶). Si tratta di un dato estremamente positivo che non deve, però, far dimenticare le criticità rilevate nelle stesse ricerche che sono:

- La scarsa diffusione della terapia del dolore; il 40% dei malati che hanno segnalato stati dolorosi non ha ricevuto alcuna terapia specifica (Cittadinanzattiva, 2006).
- La continuità assistenziale non è garantita adeguatamente; particolarmente problematico risulta il momento di passaggio dall'ospedale all'assistenza domiciliare, verificato che le procedure per attuare le dimissioni protette, anche se previste, spesso non vengono attuate; la maggioranza delle famiglie, inoltre, non ha potuto contare su una reperibilità 24 ore su 24 del personale sanitario (Cittadinanzattiva, 2006; Asr Emilia-Romagna, 2005).
- L'insufficiente coinvolgimento del paziente e della famiglia nella definizione, nella realizzazione e nella verifica (con questionario di soddisfazione)

Note

⁴ Sono stati esclusi: la spesa farmaceutica, la protesica, la diagnostica di laboratorio, i costi aggiuntivi per l'assistenza domiciliare dei Mmg e il ribaltamento dei costi aziendali. I sei gruppi tariffari prevedono il seguente Costo medio mensile (Cmm) in euro: A=2.386; B=1.597; C=1.323; D=631; E=433; F=172.

⁵ Cittadinanzattiva (2006) ha recentemente concluso un primo rapporto sull'assistenza domiciliare integrata, che ha interessato 38 Asl in 14 Regioni e 467 familiari di utenti dell'Adi.

⁶ Il dato è ancor di più elevato in Emilia-Romagna, dove una ricerca sulla soddisfazione degli utenti che ha coinvolto 1.345 assistiti ha registrato che sono soddisfatti o molto soddisfatti del servizio il 97,5% degli utenti dell'Adi (Asr Emilia-Romagna, 2005).

del piano terapeutico personalizzato; l'avvio di un percorso di assistenza domiciliare deve essere accompagnato da una completa informazione (supportata anche da documenti scritti) circa le modalità di funzionamento, i tempi di consegna dei presidi e dei farmaci, la composizione delle equipe e le competenze previste (Cittadinanzattiva, 2006; Asr Emilia-Romagna, 2005).

- La qualità dell'assistenza domiciliare è buona, ma è migliorabile; la presenza di lesioni da decubito nei pazienti assistiti ne è una conferma; la ricerca di Cittadinanzattiva (2006) rileva che il 12% degli assistiti ha lesioni da decubito, ma che il fenomeno sia presente è confermato anche dai dati della Regione Marche, dove il fenomeno coinvolge il 14% degli assistiti (Asr Marche, 2004) e, in misura minore, anche in Emilia-Romagna, dove sono coinvolti il 4,2% degli assistiti (Asr Emilia-Romagna, 2005).

- Una richiesta di assistenza psicologica non soddisfatta da parte dei pazienti e delle loro famiglie; la ricerca di Cittadinanzattiva (2006) ha verificato che l'assistenza psicologica è prevista dal 63,2% delle Asl ed effettivamente ricevuta soltanto dall'8,1% delle famiglie (Cittadinanzattiva, 2006; Asr Emilia-Romagna, 2005).

Inoltre, le famiglie, pur apprezzando l'Adi, rilevano che l'erogazione dell'assistenza domiciliare non riduce i costi dell'assistenza che rimangono a carico delle famiglie. Il 48,6% di esse ha avuto la necessità di integrare le prestazioni fornite con ulteriori servizi a pagamento. Nello specifico, le situazioni più critiche si registrano per l'acquisto di farmaci, con costi che giungono fino a 1080 euro (nel 31% dei casi) e per l'assunzione di un'assistente familiare (nel 23% dei casi) che integri le prestazioni assistenziali fornite. In questi casi, i costi arrivano fino a 1500 euro mensili. Questo ultimo rilievo presente nella ricerca di Cittadinanzattiva (2006) è in qualche modo confermato dalla rilevazione effettuata dall'Agenzia sanitaria dell'Emilia-Romagna (2005), i cui utenti hanno richiesto un'estensione dell'assistenza in grado di coprire anche le ore notturne e i giorni festivi e più sostegno per l'igiene personale degli assistiti.

Una serie di elementi vecchi e nuovi determinano dunque una situazione di movimento che va orientata e governata. Si tratta essenzialmente della necessità di sviluppare e qualificare ulteriormente le cure domiciliari e di implementare nel sistema regionale le nuove linee guida nazionali e il "matteone" ministeriale sulle cure domiciliari (che dovrebbe mettere a disposizione

un flusso informativo nazionale ricco e omogeneo). Tutto questo rende probabilmente necessario ripensare all'organizzazione delle cure domiciliari e all'omogeneizzazione della classificazione delle prestazioni domiciliari, per permettere uno sviluppo del settore in un quadro di forte condivisione organizzativa e informativa. Questo lavoro non può essere lasciato al caso o alla buona volontà delle singole Regioni, ma deve essere sostenuto e coordinato dal Ministero della Salute, per svilupparsi velocemente e in modo coordinato. Questa attività è ancora possibile anche in tempo di federalismo e può essere anche efficace, soprattutto se pensiamo a quello che il Ministero può fare con atti normativi relativi alla migliore definizione dei Lea, con il supporto tecnico che può essere fornito dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Assr) e con una puntuale opera di monitoraggio sull'attività regionale.

Bibliografia

Asr (Agenzia sanitaria regionale) Emilia-Romagna, *La qualità del servizio di assistenza domiciliare integrata: il punto di vista degli utenti*, Bologna, 2005.

Asr (Agenzia sanitaria regionale) Marche, in collaborazione con Criss Università Politecnica delle Marche, *L'assistenza domiciliare nelle Marche. Anno 2003*, Ancona, 2004.

Cittadinanzattiva, *Rapporto sull'Assistenza domiciliare integrata. Prima edizione 2005-2006*, Roma, 2006.

Istat, *La seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni. Anno 2004*, www.istat.it, 2007.

Marceca M., "Assistenza domiciliare", *Care*, 3, 2003.

Ministero della Salute, *Attività gestionali ed economiche delle asl e Aziende ospedaliere. Anno 2005*, Roma, 2007.

Ministero della Salute, Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*, Roma, 2006.

Ministero della Salute, Gruppo di lavoro sulla Nutrizione artificiale domiciliare, *Relazione sulla situazione attuale della Nutrizione artificiale domiciliare (Nad) in Italia*, Roma, 2004.

Pesaresi F., "La suddivisione dei costi tra servizi sociali e servizi sanitari", in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Il Mulino, Bologna, 2006.

APPUNTAMENTI

Il Laboratorio di Politiche Sociali del Politecnico di Milano in collaborazione con l'Istituto per la Ricerca Sociale (IRS) organizza la II edizione del

"Master in Social Planning"

Il Master si rivolge a coloro che ricoprono o intendono ricoprire ruoli professionali qualificati nel campo delle politiche sociali, sociosanitarie e di sviluppo locale ed è indirizzato a persone già inserite o che mirano ad inserirsi in realtà pubbliche, private e del Terzo Settore.

Il percorso formativo mira a sviluppare competenze per l'analisi, la programmazione, la progettazione e la valutazione delle politiche sociali e ha l'obiettivo di formare figure professionali, all'incrocio tra funzioni di carattere progettuale e funzioni connesse all'organizzazione e gestione degli interventi e delle politiche sociali, in grado di interpretare i cambiamenti in atto e di formulare politiche innovative.

Struttura del Master

Il Master di I livello in Social Planning ha la durata di un anno e permette di acquisire 60 crediti formativi (CFU). Il percorso avrà inizio il 22 febbraio 2008 e si articolerà in:

- 340 ore di lezioni in aula, nelle giornate di venerdì e sabato con cadenza bisettimanale;
- 160 ore di formazione a distanza (FAD);
- 300 ore di stage eventualmente anche presso la stessa organizzazione in cui opera il partecipante.

La frequenza del Master è compatibile con le eventuali attività lavorative ordinarie dei partecipanti.

Requisiti di ammissione

Diploma Universitario, Laurea di I o II livello o Laurea v.o. in discipline economiche e statistiche, sociologia, scienze politiche, scienze dell'educazione, pedagogia, servizio sociale, giurisprudenza, architettura, pianificazione territoriale urbanistica e ambientale.

Possono essere ammessi candidati in possesso di diplomi di laurea in discipline diverse da quelle sopra elencate, purché compatibili con il percorso didattico del Master.

Scadenza iscrizioni: 14 gennaio 2007

Info: Politecnico di Milano - Laboratorio di Politiche Sociali

Dott.ssa Laura Di Maria

tel. 022399.5466 - fax 022399.5435

email: lps@polimi.it

www.mastersocialplanning.org

www.lps.polimi.it