I LUOGHI DELLA CURA online

Numero 1-2019 Gennaio

Dove sta andando l'ADI? Le principali tendenze evolutive delle cure domiciliari

L'ADI viene individuata dai nuovi LEA quale servizio strategico, ma il suo profilo quali-quantitativo resta ancora perlopiù da esplorare. Una recente indagine, il rapporto di Italia Longeva, si è focalizzata proprio su questo servizio. L'articolo ne presenta i principali risultati, integrati da una lettura congiunta con gli indicatori della Griglia LEA. Come si posizionano le singole regioni? Verso quale direzione si sta indirizzando questo servizio?

di Laura Pelliccia (Funzionario di Regione Lombardia; collaboratrice di "Lombardia sociale"; collaboratrice di NNA)

Le recenti politiche sanitarie individuano l'assistenza domiciliare quale *setting* privilegiato dell'assistenza territoriale. Non a caso, i nuovi LEA – nello specifico l'art. 21 del Dpcm 12 gennaio 2017 – prevedono che *"nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali"*. L'assistenza domiciliare integrata si configura come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi sostitutivi dei ricoveri e, per questo, comporta benefici sia in termini di benessere degli assistiti, sia in termini di appropriatezza ed efficienza nell'uso delle risorse.

Rispetto alla precedente versione del Dpcm sui LEA che definiva l'ADI in modo piuttosto generico, la normativa del 2017 (art. 22) prevede una maggiore articolazione delle risposte assistenziali in sottolivelli, individuati a partire dalla metodologia – in origine definita dal gruppo di lavoro "Mattone 13 – Assistenza Primaria e prestazioni domiciliare" – e successivamente recepita nel Sistema Informativo dell'Assistenza Domiciliare (SIAD). La classificazione nei sottolivelli avviene facendo riferimento al Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), un indicatore che sostanzialmente misura la frequenza degli accessi nel periodo di presa in carico.

Questa metodologia (si veda il box 1) mira a isolare, rispetto alle "cure domiciliari integrate" vere e proprie, gli interventi meramente estemporanei-prestazionali (cure domiciliari di livello base/"CIA zero") in quanto essi rispondono a bisogni di bassa complessità e, conseguentemente, richiedono interventi poco frequenti (meno di una volta alla settimana). A loro volta le cure domiciliari integrate si classificano in tre livelli (I, II, III) per i quali è prevista una sempre maggiore intensità degli accessi, multiprofessionalità e complessità delle risposte. Una ulteriore distinzione è dedicata alle cure palliative domiciliari (art. 23), a loro volta articolate su due livelli (base e specialistico).

Oggi la principale fonte informativa sull'ADI è rappresentata dal Sistema Informativo dell'Assistenza Domiciliare (SIAD) disegnato proprio sulla scorta della metodologia del Mattone per l'assistenza domiciliare. Al momento, di questo prezioso patrimonio informativo vengono diffusi alcuni indicatori di estrema sintesi in occasione delle verifiche LEA. Nel momento in cui si scrive il Ministero della Salute ha aggiornato l'indicatore sull'ADI della Griglia LEA al 2016.

La questione dell'ADI è stata inoltre oggetto di un'apposita analisi a cura di Italia Longeva (2018): alla sua seconda edizione, l'indagine "L'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa e buone pratiche" ha cercato di fotografare, attraverso questionari/interviste ad hoc a referenti di 31 aziende sanitarie, i modelli organizzativi e assistenziali diffusi sul territorio. Oltretutto, grazie alla messa a disposizione da parte del Ministero della Salute dei principali risultati tratti dal SIAD aggiornati al 2017, il rapporto offre un'anteprima sul posizionamento delle regioni sui principali indicatori del

settore.

Integrando queste fonti si cercherà di offrire un quadro sulle tendenze evolutive dell'ADI in termini di utenza raggiunta e intensità dell'assistenza, anche attraverso confronti tra le regioni; seguiranno alcune riflessioni sui principali contenuti di questo servizio ed alcune considerazioni sulle sue prospettive.

Un generale potenziamento delle cure domiciliari

L'indagine 2018 di Italia Longeva fa il punto su alcune tendenze evolutive nazionali, sottolineando:

- il progressivo e costante aumento della numerosità dei casi presi in carico nelle cure domiciliari vere e proprie (+41% tra il 2014 e il 2017), a fronte di una stabilità dell'ADI prestazionale (pur con qualche oscillazione, i valori 2017 sono analoghi a quelli 2014);
- la costante crescita del numero di anziani assistiti a domicilio in termini assoluti (+86% nel periodo in questione per gli ultrasessantacinquenni e +44% per gli ultrasettantacinquenni);
- una crescente diffusione di questo servizio rispetto alla popolazione anziana (ad esempio la quota di popolazione ultrasesessantacinquenne servita sarebbe passata dall'1,8% del 2014 al 3,2% del 2017).

Un quadro complessivo da cui sembrerebbe essere in atto un generale potenziamento di questo *setting* assistenziale. Tale crescita sembrerebbe essere confermata anche dagli indicatori della Griglia LEA, che evidenziano il passaggio, su base nazionale, della diffusione del servizio dal 2,3% del 2014 al 3,04% del 2016 (ns elaborazioni, si veda la figura 1[1]).

La diffusione del servizio regione per regione

Va premesso che per l'ADI, a differenza di altre tipologie di servizi sanitari (si pensi al DM 70 in ambito ospedaliero), **non esistono standard nazionali di riferimento sulla copertura attesa dalle regioni, sulla intensità delle cure e sui livelli qualitativi del servizio**. Oggi, in occasione delle verifiche LEA, le regioni sono valutate attraverso un indicatore che fotografa la percentuale di anziani trattati in ADI[2]. In assenza di standard normativi nazionali, il confronto e la valutazione dell'adeguatezza del servizio delle regioni avviene sulla base di standard statistici[3].

Sono stati confrontati per tutte le regioni i risultati della Griglia LEA 2014-2016 con le informazioni più recenti sul 2017, disponibili grazie alle anticipazioni del rapporto di Italia Longeva[4].

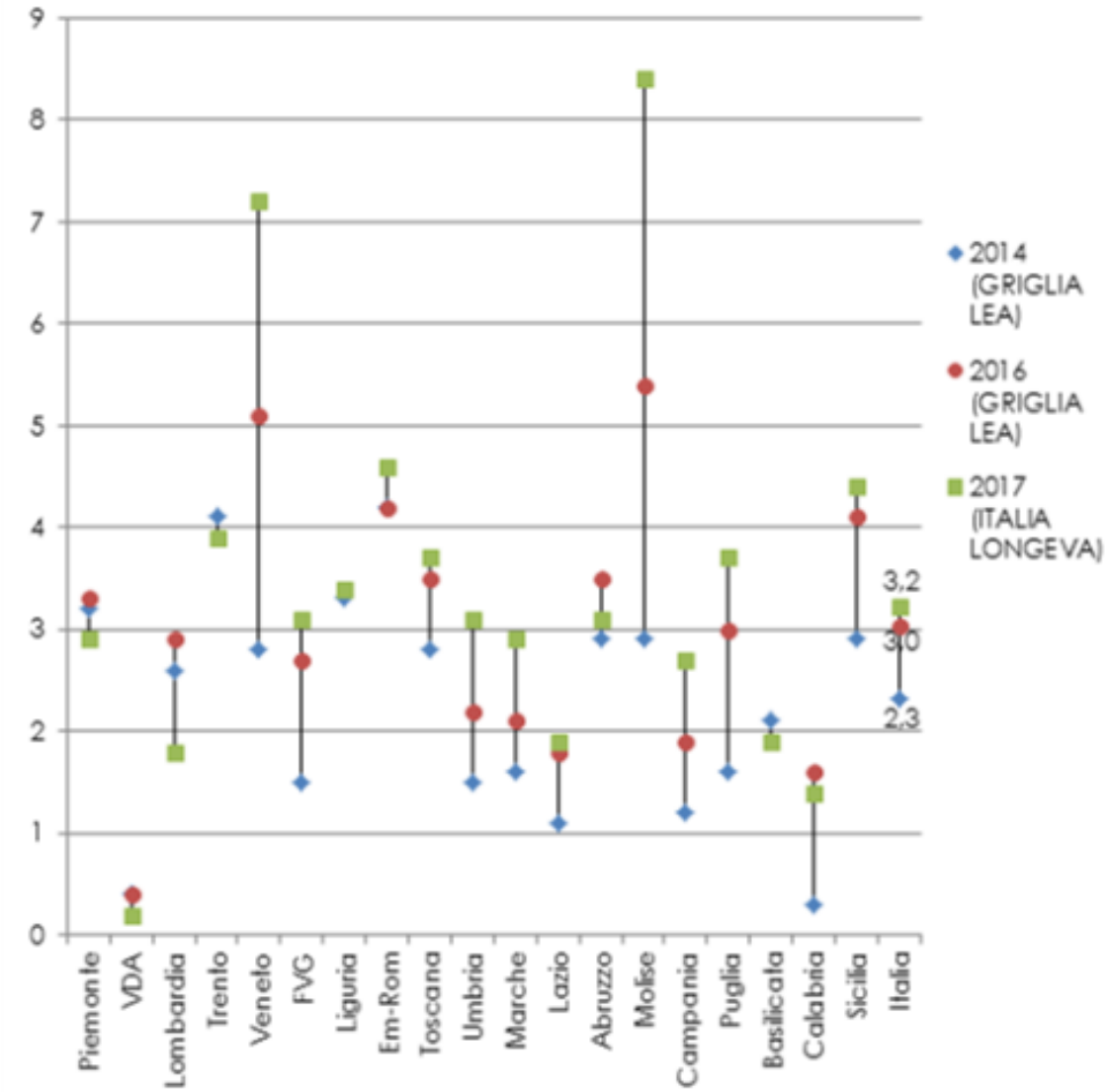

Figura 1 – Percentuale di anziani (65+) trattati in ADI per regione – anni 2014-2016-2017 (escluso CIA "zero")
Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute (anni vari) e Italia Longeva (2018).

Le regioni che storicamente partivano con forti ritardi (ad esempio si posizionavano nel 2014 al di sotto del 2%) hanno tendenzialmente realizzato un miglioramento (le asticelle sono rappresentative dei progressi). Nel 2016 restavano al di sotto di quella che il Ministero della Salute considera la soglia di normalità (1,88%) soltanto Valle d'Aosta, Lazio e Calabria.

Anche le regioni con valori di partenza medio alti (>2,5%) hanno generalmente proseguito, anche negli ultimi anni, il rafforzamento della propria ADI (ad esempio l'Emilia-Romagna, la Toscana, l'Abruzzo). Da verificare, in quanto presumibilmente anomali, gli eccessivi balzi in avanti del 2017 di Veneto e Molise e l'ingente arretramento, nello stesso anno, della Lombardia. Vicende che lasciano pensare che, nonostante gli sforzi compiuti, la misurazione dell'ADI necessiti ancora di affinamenti dal punto di vista statistico-informativo affinché possa essere assicurata omogeneità e continuità delle serie storiche.

Oggi quasi tutte le regioni si collocano nel range tra il 2 e il 4% . **Pur sperimentando un generale miglioramento, ciò non sembra il risultato di una programmazione nazionale, quanto di aggiustamenti locali**

; la necessità di un quadro nazionale di riferimento continua ad essere fortemente avvertita, anche per evitare che tale processo di rafforzamento del territorio si esaurisca.

L'intensità del servizio

Per analizzare il livello di sviluppo dell'ADI non basta osservare i tassi di presa in carico ma è necessario considerare anche altre dimensioni dell'assistenza. Come premesso, per potersi configurare come alternativa ai ricoveri, c'è bisogno che l'ADI garantisca e migliori l'intensità del servizio, in modo che possano essere servite in questo *setting* casistiche sempre più complesse (ad esempio rafforzando il ricorso alle dimissioni protette o altre procedure che favoriscano la continuità ospedale territorio).

Come si misura l'intensità dell'ADI?

Sulla scorta delle indicazioni del Gruppo Ministeriale per il cosiddetto "Mattone Domiciliare", a partire dalla disponibilità di informazioni analitiche consentita dalla messa a regime del SIAD, è possibile calcolare i seguenti indicatori:

- le giornate di cura (GDC, indicativo della durata della presa in carico);
- le giornate di effettiva assistenza (GEA, indicativo del numero di giorni in cui il paziente ha ricevuto accessi domiciliari);
- il coefficiente di intensità assistenziale (CIA, rapporto tra GEA e GDC, indicativo della frequenza con cui il paziente ha ricevuto cure domiciliari nel periodo di cura).

Oggi le statistiche ministeriali classificano le cure domiciliari su quattro livelli crescenti di intensità a seconda del numero effettivo di giornate in cui l'utente, durante il periodo di presa in carico, ha effettivamente ricevuto accessi (il livello "Zero/Base" è comunque escluso nel calcolo dell'indicatore della Griglia Lea, in quanto riferito presumibilmente alla pura assistenza prestazionale). La seguente tabella riporta l'attuale classificazione e quella contemplata dal Dpcm sui nuovi Lea.

Classificazione SIAD				Classificazione nuovi Lea
Livello	Range CIA		Giornate con accessi su base mensile	
	Min	Max		
Zero/Base	0	0,13	GEA < 4	**cure domiciliari di livello base**
Primo	0,14	0,3	4 < GEA < 9	**cure domiciliari integrate (ADI) di I^ livello**
Secondo	0,31	0,5	9 < GEA < 15	**cure domiciliari integrate (ADI) di II^ livello**
Terzo	0,51	0,6	15 < GEA < 18	**cure domiciliari integrate (ADI) di III^ livello** (n.b. Cia >0,5)
Quarto*	>0,6	1	GEA > 18	**cure palliative domiciliari**

* CD integrate di Cure palliative terminali oncologico/ non oncologico
L'assistenza erogata da una regione è quanto più intensiva quanto maggiore è il peso delle casistiche che si collocano nel terzo/quarto livello.

Box 1 – La misurazione dell'intensità dell'ADI

A livello nazionale nel 2017 circa il 38% delle prese in carico erano annoverabili quali cure domiciliari di base. Focalizzandoci invece sulle sole **cure domiciliari integrate** (figura 2) risulta che quasi la metà dei casi (45%) si colloca nel primo livello di intensità, quello in cui si ricevono accessi al massimo un giorno ogni tre e un altro 33% dei pazienti riceve ADI di intensità di secondo livello. L'assistenza più intensiva, quella che assicura accessi almeno un giorno ogni due (la somma delle classi CIA III e IV) è destinata al 23% dei casi.

Con riferimento alle singole regioni, le realtà dove l'assistenza particolarmente intensiva ha maggior rilievo sono la Campania, la Sicilia, la Puglia e il Molise, mentre all'opposto, si caratterizzano per una forte incidenza degli interventi di intensità medio-bassa il Friuli Venezia Giulia, la Liguria e la Calabria.

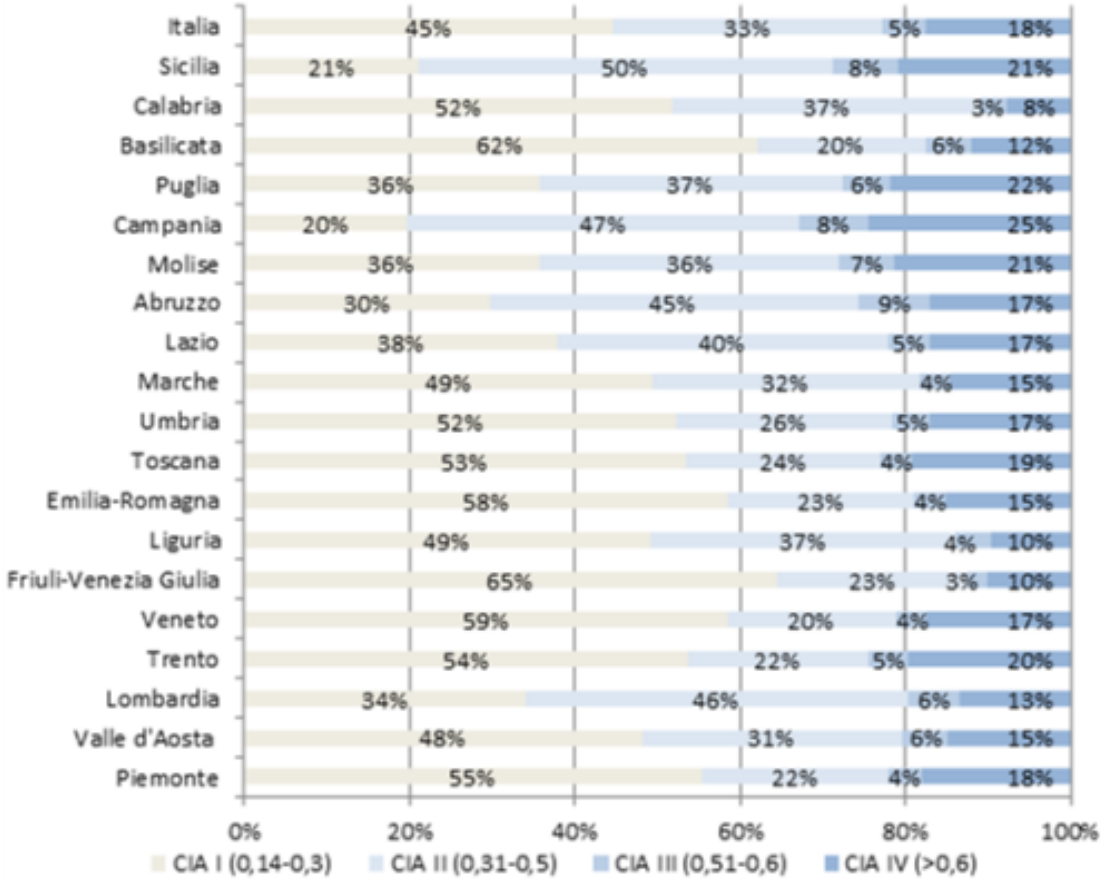

Figura 2 – Distribuzione Pic CIA >0,14 per classe CIA – anno 2017, per regione
Fonte: nostra elaborazione su dati Italia Longeva (2018).

Il rapporto tra copertura e intensità dell'ADI

Dopo avere osservato i livelli di diffusione e la distribuzione per classi di intensità delle singole regioni, è utile un'analisi combinata delle due dimensioni, per fare emergere il posizionamento congiunto di ogni ente. Ciò richiede la stima di un valore di sintesi dell'intensità dell'assistenza della regione.

A partire dalla distribuzione di cui al precedente paragrafo, riproponendo la metodologia utilizzata in Pelliccia (2017), è stato costruito un indicatore (Cia medio ponderato), ipotizzando che tutti gli utenti presi in carico si posizionino sul valore centrale della classe/livello. La numerosità dei casi di ogni classe è considerabile come peso di quel livello, ai fini del calcolo della media ponderata della regione[5]: le regioni che riportano un CIA medio più elevato sono quelle che assicurano una maggiore frequenza degli accessi (e, presumibilmente, la gestione a domicilio di casistiche più impegnative).

Rispetto al dato di sintesi medio nazionale così ottenuto (0,4) e, prendendo a riferimento ai fini della diffusione del servizio la popolazione over 75enne, le regioni si distribuiscono sui vari quadranti a seconda del posizionamento al di sopra o al di sotto della media (figura 3). Non sembra emergere una relazione particolarmente robusta tra copertura e intensità (non sempre al crescere della diffusione del servizio cresce anche il CIA medio ponderato e viceversa). Anche dal punto di vista geografico non risultano differenze sistematiche Nord-Sud, anche se va sottolineato che le regioni con livelli medio-alti di entrambi gli indicatori sono al Sud del Paese (Molise, Sicilia e Puglia). Allo stesso tempo due regioni

meridionali (Calabria e Basilicata) si collocano all' estremo opposto (livelli bassi di diffusione e di intensità).

Le regioni centrali tendenzialmente si posizionano a mezza via su entrambi gli indicatori (si noti che il Lazio sembra dedicare una discreta intensità del servizio ad una casistica limitata), mentre il Nord presenta risultati molto variegati: l'Emilia-Romagna e il Veneto presentano una buona copertura ma una debole intensità del servizio, in Lombardia una copertura scarsa si accompagna a un'intensità medio-alta, mentre le restanti regioni presentano situazioni abbastanza bilanciate.

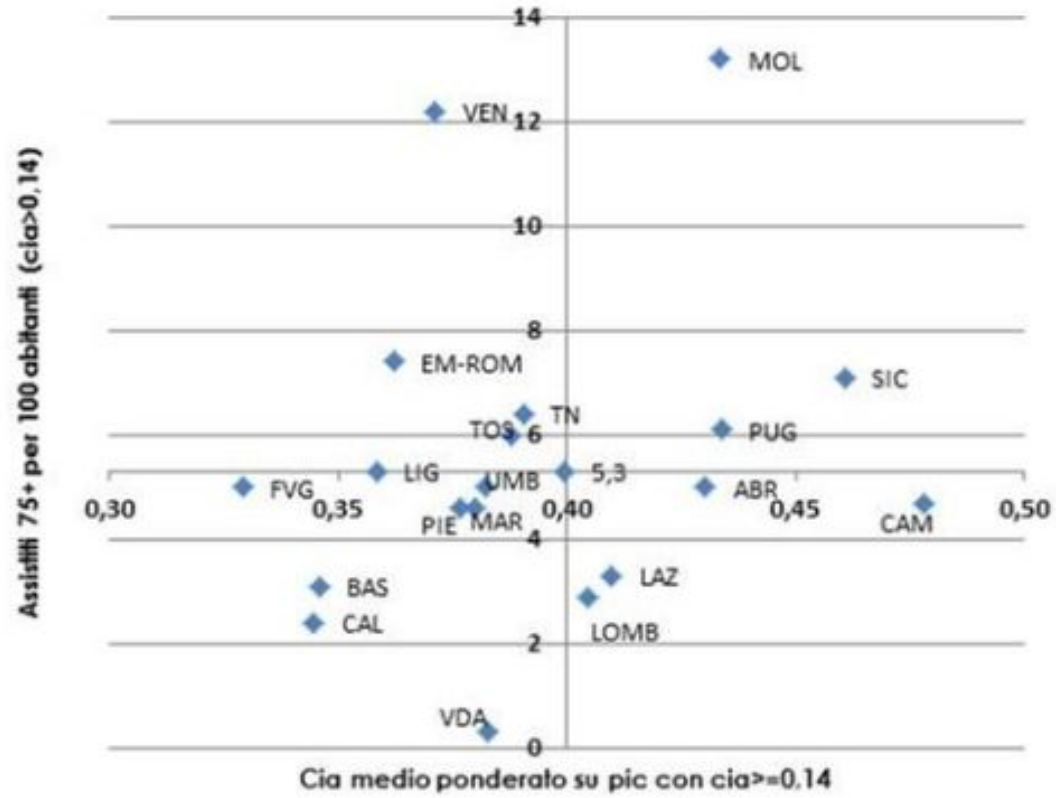

Figura 3 – Intensità di cura e diffusione dell'ADI – anno 2017, per regione
Fonte: nostra elaborazione su dati Italia Longeva (2018).

Altri profili del servizio

Oltre ad offrire una panoramica sugli indicatori già descritti, l'indagine di Italia Longeva ha esplorato altre caratteristiche organizzative dell'erogazione del servizio nelle regioni, attraverso **interviste effettuate su un campione di ASL**.

Un primo aspetto indagato è quello della **diversificazione dell'offerta**: premesso che in ADI possono essere erogate prestazioni molto semplici, ma anche interventi particolarmente complessi e, tenuto conto che questo ventaglio di prestazioni può essere riassunto in tre macrocategorie (attività valutative/diagnostiche, prestazioni relative all'attività relazionale/educativa/ambientale e attività cliniche di tipo terapeutico), si è proceduto a mappare i servizi erogati in ogni ASL attraverso le cure domiciliari. Sono poche le realtà che assicurano l'intera offerta, mentre è frequente che le ASL eroghino intorno all'80% delle tipologie di prestazioni erogabili in questo contesto. Ad esempio in diverse ASL non vengono erogati tramite l'ADI alcuni trattamenti riabilitativi quali la logopedia, la rieducazione respiratoria e il supporto

psicologico al paziente, come anche alcune procedure terapeutiche quali le emotrasfusioni e la dialisi peritoneale, oltre che alcune procedure diagnostiche particolarmente complesse.

In secondo luogo si è cercato far emergere il **profilo dell'utenza servita**, considerando, in primis, la distribuzione per fasce d'età: predominano, quasi ovunque le prese in carico di anziani (in molte ASL rappresentano più del 90% degli assistiti), con un' incidenza abbastanza elevata degli ultra 85enni (di solito tra il 40 e il 50%), si veda la figura 4[6].

Un focus particolare è stato effettuato mappando l'incidenza di due categorie ritenute simboliche:

- le persone affette da demenza, per le quali emerge, come evidenziato nella figura 3, un peso rispetto al totale degli utenti ADI abbastanza limitato (di solito al di sotto del 10%), incidenza modesta legata presumibilmente al bisogno, per questa casistica, più che di interventi clinici, di interventi tutelari/assistenziali non garantiti dall'ADI);
- i malati terminali (le cure palliative domiciliari hanno un rilievo estremamente variabile da territorio a territorio[7]).

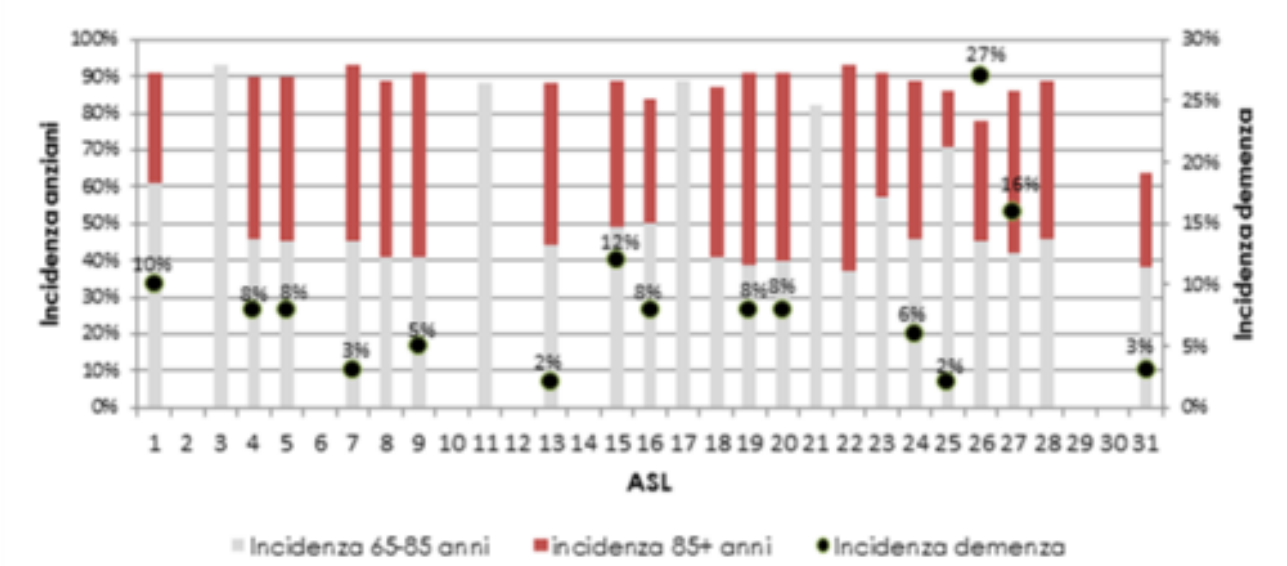

Figura 4 – Utenza ADI: incidenza anziani e incidenza demenze su totale assistiti in ADI dell'Asl (valori %)
Fonte: nostra elaborazione su dati Italia Longeva (2018).

Ulteriori confronti hanno riguardato il **CIA medio erogato dalle ASL**: anche in questo ultimo caso la variabilità risulta fortissima (si va da ASL che assicurano accessi una volta ogni 10 giorni a ASL che inviano personale a domicilio ogni due giorni).

Quanto al**tipo di figure professionali coinvolte**, prevalgono quasi ovunque gli accessi degli infermieri (in molte ASL rappresentano i tre quarti dell'assistenza erogata), seguiti dai fisioterapisti e dai medici. Purtroppo non sono disponibili evidenze sul livello di coinvolgimento di ulteriori figure non strettamente sanitarie e, più in generale, sul livello di integrazione tra sociale e sanità. I referenti regionali intervistati hanno riferito che spesso l'attivazione dell'ADI si concretizza attraverso percorsi separati rispetto all'assistenza domiciliare socio-assistenziale gestita dai comuni e che, un'organizzazione in forma congiunta del servizio, costituisce ancora "un miraggio" nella maggior parte dei territori.

L'indagine ha tentato anche alcuni **confronti sul costo dei servizi** tra diverse ASL, sottolineando gli effetti di un sistema di remunerazione delle cure domiciliari molto variabile da regione a regione, in assenza di un tariffario di riferimento nazionale. Non sembra esserci una relazione univoca tra i costi del servizio e l'intensità assistenziale (ci

sono casi di spesa elevata anche a fronte di CIA bassi e viceversa).

Alcune considerazioni d'insieme

Nonostante i progressi compiuti, l'ADI continua a rappresentare un mondo ancora da esplorare e, per le sue molteplici sfaccettature, difficilmente inquadrabile con strumenti e approcci monodimensionali.

A differenza di altri servizi sanitari per i quali vi è una più consolidata tradizione di misurazione e *benchmarking*, per le cure domiciliari ci sono ancora molte possibilità di miglioramento degli strumenti di analisi in termini di valutazione dei processi, degli output e, soprattutto, dell'appropriatezza e degli esiti del servizio.

L'ampliamento della platea dei beneficiari è solo parzialmente indicativo dei livelli quali-quantitativi del servizio. E' sempre più avvertita la necessità di analizzare il ruolo delle cure domiciliari nell'ambito dei percorsi assistenziali sperimentati da anziani e disabili a fronte di singoli eventi acuti, oppure nella gestione delle esigenze di lungo assistenza legate alla cronicità e alla non autosufficienza (ad esempio le potenzialità in termini di capacità di prevenzione del prolungamento delle degenze ospedaliere o di istituzionalizzazioni nelle strutture residenziali).

Dalle statistiche disponibili risulta una situazione ancora molto differenziata tra le regioni sia in termini di livelli di copertura del servizio, sia di intensità, ma anche per quel che concerne il contenuto assistenziale, un quadro che richiama la necessità della definizione di standard nazionali, oltre che di altri strumenti comuni quali i tariffari. Insomma, l'enfasi assegnata alle cure domiciliari nei nuovi LEA ha bisogno ancora di tradursi in percorsi attuativi.

Se in molti contesti sembrano essere in atto miglioramenti in termini di integrazione ospedale-territorio, una delle dimensioni avvertita ancora come fortemente lacunosa è l'integrazione dell'ADI con i servizi domiciliari socio-assistenziali.

Note

1. Le medie nazionali sono state ricavate ponderando il tasso di copertura delle singole regioni per la rispettiva popolazione anziana dell'anno in questione.
2. Si considerano gli assistiti per i quali sia stato inviato almeno un accesso. Sono, inoltre, escluse dal calcolo le prese in carico con CIA zero.
3. Le soglia di normalità/scostamento minimo sono individuate tramite il valore mediano e il 30° percentile della distribuzione dell'ultimo anno disponibile escludendo le regioni con copertura temporale e territoriale < 100% nonché le regioni non sottoposte a verifica LEA (si vedano note metodologiche della Griglia Lea).
4. E' stato verificato, attraverso apposito confronto con gli autori, che il numero di assistiti per 100 abitanti over 65 riportato nelle tabelle del rapporto di Italia Longeva fosse calcolato al netto dei casi Cia zero.
5. Va premesso che tale metodologia presuppone che la durata della presa in carico sia omogenea in tutte le regioni, mentre di fatto potrebbe non essere così. Al momento, purtroppo le statistiche non diffondono il numero di giornate erogate da ogni regione per ogni classe di intensità, per cui per ottenere un valore di sintesi sull'intensità è stato necessario ricorrere alla *proxy* appena illustrata. I dati a disposizione sulla distribuzione per

classe CIA si riferiscono all'intera popolazione, senza possibilità di isolare i soli anziani e, pertanto, è stato necessario supporre che gli anziani si distribuiscano tra le varie classi CIA come l'intera popolazione; si ricorda che gli anziani, pur non essendo gli unici beneficiari dell'ADI, rappresentano l'83,5% dei casi trattati in ADI (Fonte: Ministero della Salute, 2016).

6. Più che un'informazione di dettaglio sulle singole ASL si intende fornire un quadro delle tendenze d'insieme. E' stata comunque mantenuta la numerazione delle ASL utilizzata nella tabella 4.2 del suddetto rapporto, alla quale si può fare riferimento per conoscere i valori specifici di ogni azienda.
7. Per i valori specifici dell'utenza in fase terminale nei vari territori si rimanda a Italia Longeva, 2018.

Bibliografia

Italia Longeva (2018), "L'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa e buone pratiche".
Ministero della Salute (2007), Assistenza primaria e prestazioni domiciliari – Relazione finale, Progetto Mattoni SSN.
Ministero della Salute (2012), Indicatori SIAD – Sistema Assistenza Domiciliare.
Ministero della Salute (2016), Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN. Anno 2013.
Ministero della Salute (anni vari), Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia LEA, Metodologia e Risultati.
Pelliccia (2017), Alcuni profili dell'assistenza nelle regioni, in NNA (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto. 2017/2018. Il tempo delle risposte, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore.