

A cura di
Davide L. Vetrano
Ketty Vaccaro

LA BABELE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE IN ITALIA:

chi la fa, come si fa



LA BABELE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE IN ITALIA:

chi la fa, come si fa

A cura di

Davide L. Vetrano

Medico geriatra, Centro di Medicina dell'Invecchiamento,
Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Dottorando di ricerca,
Aging Research Center, Karolinska Institutet, Stoccolma

Ketty Vaccaro

Sociologa, Responsabile Area Welfare e Salute,
Centro Studi Investimenti Sociali (CENSIS), Roma

Con la collaborazione di

Andrea Poscia, Marco Colotto, Emanuela M. Frisicale
Istituto di Sanità Pubblica,
Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Con il supporto tecnico di

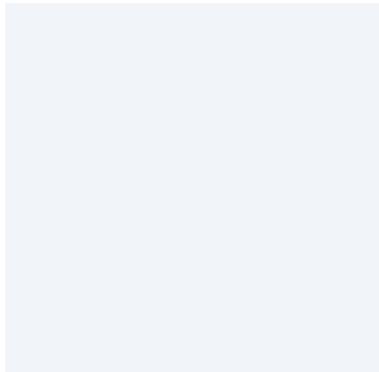
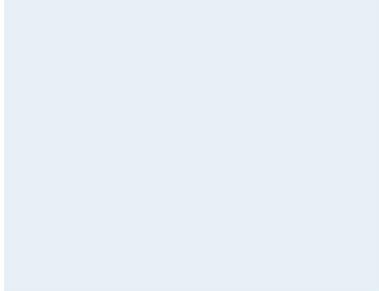
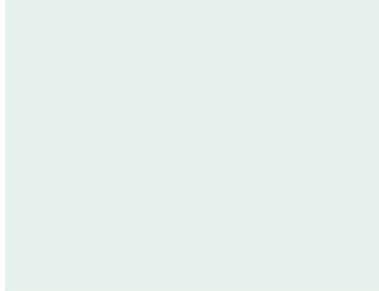
Andrea Bellieni
Centro di Medicina dell'Invecchiamento,
Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Impaginazione e grafica:

Puntografico printing sas

Finito di stampare nel mese di Luglio 2017

È vietata la riproduzione, la traduzione, anche parziale o ad uso interno o didattico, con qualsiasi mezzo effettuata, non autorizzata.



Indice

- 5 Prefazione
- 9 Capitolo 1
IL QUADRO D'INSIEME
- 11 Capitolo 2
L'ADI IN ITALIA
Un po' di storia
Definizione, obiettivi e modalità di erogazione dell'ADI
Riferimenti normativi
I numeri ufficiali dell'ADI
I nuovi flussi informativi ministeriali (SIAD)
- 21 Capitolo 3
I RISULTATI
La molteplice declinazione dell'integrazione socio-sanitaria
Modelli organizzativi
Chi fa l'ADI
Valutazione multidimensionale
L'informatizzazione e la tecnoassistenza
Costi dell'ADI
- 33 Capitolo 4
DISCUSSIONE E PROSPETTIVE FUTURE
- 37 Note metodologiche
- 38 Note bibliografiche
- 39 Ringraziamenti
- 41 I Partner



PREFAZIONE

Se provassimo ad uscire dall'associazione logica ormai ampiamente superata secondo la quale "salute uguale ospedale" e provassimo a porre al centro del tema della sanità pubblica il trend demografico che ci vede sempre più longevi, ci renderemmo conto di essere di fronte all'improcrastinabile necessità di rivolgere ogni sforzo a migliorare ed ampliare l'assistenza sanitaria per la cura dei pazienti cronici a casa propria. La partita della salute dei cittadini si gioca sulla long-term care e sulla capacità del nostro servizio sanitario nazionale di declinarsi sul territorio.

Oggi, a fronte di una sempre crescente domanda di assistenza sanitaria a lungo termine, la formula ospedale-centrica risulta inadeguata e costosa. Nonostante l'impegno posto in particolare da alcune regioni nel trasformare gli ospedali con un'apertura verso il territorio, si ha la sensazione che l'offerta di assistenza sanitaria nel nostro Paese evolva troppo lentamente rispetto al netto modificarsi della domanda e che gli ospedali rimangano motore "immobile" della salute italiana.

In questo contesto l'assistenza domiciliare potrebbe e dovrebbe rappresentare la via, la madre delle possibili risposte. Ma qual è la situazione dell'assistenza domiciliare in Italia? Perché i dati che circolano presentano numeri nettamente inferiori rispetto a quelli degli altri Paesi dell'Occidente che invecchia? Perché non solo i cittadini, ma anche gli addetti ai lavori sottolineano di continuo disparità ed incongruità tra le diverse aree del territorio nazionale?

Da queste domande nasce l'indagine che Italia Longeva ha realizzato andando a vedere cosa accade in dodici aziende sanitarie e distretti di undici regioni italiane – un campione che assiste circa il 20% della popolazione nazionale - nel tentativo di trovare risposte direttamente da chi eroga servizi di assistenza domiciliare. Un primo panel con cui abbiamo provato ad "aprire la scatola ADI" per capire chi fa e cosa.

Il quadro che ne viene fuori è interessante ed inquietante allo stesso tempo. Una Babele di impostazioni e soluzioni che variano a partire dai distretti di una stessa ASL, frutto abnorme del Titolo V e dell'autonomia.

Rispetto all'ospedale, oramai stabilizzato nella sua organizzazione e nei contenuti, l'assistenza domiciliare risulta un servizio "nuovo" nel quale proliferano soluzioni eccessivamente variegata e disomogenee. Altro sarebbe incanalare la "creatività" territoriale a vantaggio di un modello sul quale è opportuno soffermarsi a riflettere. Un modello che vada dalla valutazione del bisogno all'erogazione del servizio, quale e come, che abbia evidenze scientifiche e si basi su buon senso comune.

Per questa riflessione vorremmo partire dai risultati dell'indagine che vi presentiamo e che vi invitiamo a leggere. Buon divertimento.

Roberto Bernabei
Presidente Italia Longeva



Italia Longeva - Rete Nazionale di Ricerca sull'Invecchiamento e la Longevità Attiva - è l'associazione senza fini di lucro istituita nel 2011 dal Ministero della Salute con la Regione Marche e l'IRCCS INRCA, per consolidare la centralità degli anziani nelle politiche sanitarie, fronteggiare le crescenti esigenze di protezione della terza età e porre l'anziano come protagonista della vita sociale. Italia Longeva opera con un approccio integrato correlando i punti di eccellenza nazionali ed internazionali e le expertise scientifiche, sanitarie, sociali, economiche e tecnologiche, con l'ambizione di essere interlocutore privilegiato in tutti i settori della società influenzati dalla "rivoluzione" della longevità diffusa. Ciò nella convinzione di base che sia indispensabile coniugare il mondo delle aziende e quello dei sistemi di assistenza e cura perché il Paese e il SSN possano correre.

I CAMPI DI INDAGINE

- Il ripensamento dei modelli organizzativi della Long-Term Care e dei setting assistenziali dell'anziano cronico, con l'obiettivo di avanzare ai decisori istituzionali proposte su modalità efficaci e sostenibili di presa in cura delle persone fragili;
- La prevenzione delle patologie e la lotta alla fragilità, obiettivi perseguiti attraverso l'approfondimento scientifico e la comunicazione dei vantaggi legati all'immunizzazione, a una corretta alimentazione e all'esercizio fisico quotidiano;
- La salvaguardia dell'autonomia attraverso l'approfondimento e la comunicazione dei vantaggi legati al mantenimento da parte dell'anziano di interessi e relazioni sociali che ruotano tipicamente attorno al domicilio abituale. Di qui l'impegno dedicato da Italia Longeva all'assistenza domiciliare e alla tecnoassistenza, interventi assai diversi ma accomunati dall'obiettivo

di assistere e curare l'anziano a casa propria, il più vicino possibile ai suoi affetti e in continuità con le sue abitudini di vita;

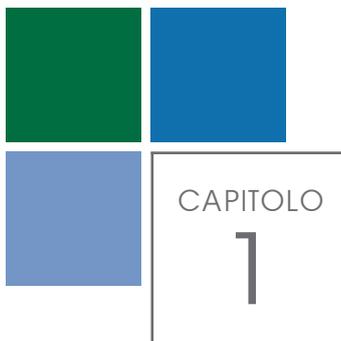
- Il miglioramento dell'assistenza all'anziano mediante la promozione della cultura della qualità nelle Residenze Sanitarie Assistenziali e attraverso la professionalizzazione delle badanti.

Italia Longeva sostiene questa nuova visione dell'anziano anche sollecitando il mondo delle imprese e dei servizi affinché lavorino per questo segmento di popolazione, poiché l'Italia, con oltre tredici milioni di over 65, è il secondo paese più anziano al mondo. Di qui una vera e propria vocazione produttiva del nostro Paese, poco valorizzata: quella per l'ideazione e la produzione di materiali, manufatti, dispositivi e servizi "a misura di anziano", esportabili in tutto l'Occidente che invecchia.

GLI OBIETTIVI E LE ATTIVITA'

I progetti di Italia Longeva investono vari settori del silver market e consistono in iniziative di comunicazione, di educazione e di diffusione "culturale" verso le istituzioni, i professionisti del comparto sanitario e i cittadini. Con l'obiettivo di ideare e di proporre nuovi modelli e nuove soluzioni alle problematiche socio-sanitarie, economiche e di governance inerenti l'invecchiamento, Italia Longeva con approccio inclusivo riunisce stakeholder e key-player in rappresentanza di istituzioni e business community di riferimento in tavoli di lavoro, board scientifici, convegni, seminari e road show sul territorio. Per diffondere la cultura dell'invecchiare bene e promuovere strategie e azioni utili a contrastare i deficit e i problemi che arrivano una volta invecchiati, Italia Longeva realizza campagne televisive, opuscoli e iniziative rivolte al cittadino. Numerose anche le partecipazioni a trasmissioni radio e tv.

www.italialongeva.it



CAPITOLO
1 IL QUADRO
D'INSIEME

Le cure domiciliari rappresentano una forma di assistenza sanitaria e sociale che viene fornita al cittadino direttamente al proprio domicilio. Tale servizio fa della casa il luogo privilegiato delle cure, consentendo alla persona di continuare a vivere tra i propri cari ed i propri affetti anche in fasi della vita dominate dalla malattia e dal declino funzionale. Con un'aspettativa di vita media pari a 80 anni per gli uomini e 85 per le donne, l'Italia si colloca tra i tre Paesi più longevi del mondo e il primo in Europa¹. "Il processo di invecchiamento della popolazione è da ritenersi certo e intenso" afferma l'Istat, commentando le recenti proiezioni che prevedono per la popolazione italiana un picco di invecchiamento nel 2045-2050, quando la percentuale di ultrasessantacinquenni raggiungerà il 34% del totale².

Se da un lato l'aumento dell'aspettativa di vita rispecchia il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie e socio-economiche del nostro Paese, dall'altro tale risultato pone considerevoli sfide per il presente e per l'imminente futuro. Nonostante le più recenti stime mostrino tra gli anziani un incremento del numero di anni vissuti in assenza di limitazioni funzionali, in termini assoluti il numero di cittadini che versano in uno stato di disabilità fisica o intellettuale è significativo ed in aumento³. In Italia, secondo i dati Istat, circa 13 milioni di persone presentano limitazioni funzionali, invalidità o patologie croniche gravi e la maggior parte ha un'età pari o superiore a 65 anni⁴. Questo configura un'emergenza non solo di carattere sanitario, ma anche sociale ed economico.

La medicina moderna e contemporanea e, conseguentemente i sistemi sanitari dei Paesi ad elevato reddito, si basano tradizionalmente sull'offerta di cure e servizi che ruotano intorno

alla gestione di eventi clinici puntiformi e vedono nell'ospedale il principale luogo delle cure. Tuttavia, in virtù della transizione epidemiologica che stiamo vivendo e che sta conducendo ad un incremento del numero di anziani disabili, si avverte una sempre più pressante necessità di spostare il baricentro dei sistemi sanitari dall'ospedale al territorio. Accanto a questo, significativi cambiamenti stanno interessando la nostra società: la progressiva disgregazione del costruito di famiglia tradizionale e il continuo processo di urbanizzazione generano dei gap di quella solidarietà inter ed intra-generazionale sulla quale si è da sempre basata l'assistenza agli anziani in Italia.

L'invecchiamento rappresenta il principale fattore di rischio per l'insorgenza e l'accumulo di malattie croniche, la principale causa di disabilità nei Paesi industrializzati. L'andamento cronico di tali condizioni impone la necessità di ideare ed implementare nuovi modelli assistenziali, che non siano più incentrati sulla risposta ad eventi acuti, ma finalizzati ad una più efficace ed efficiente gestione della disabilità da essi derivanti, che mettano al centro dell'attenzione la persona ed il mantenimento di un'adeguata qualità della vita.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), attraverso un network di servizi, garantisce continuità assistenziale alla persona che per via di condizioni morbose, in concomitanza o meno di problematiche di natura sociale, ha sviluppato uno stato di non autosufficienza che gli impedisce di usufruire dei servizi sanitari ambulatoriali ma per i quali, allo stesso tempo, l'utilizzo dei servizi ospedalieri risulta inappropriato.

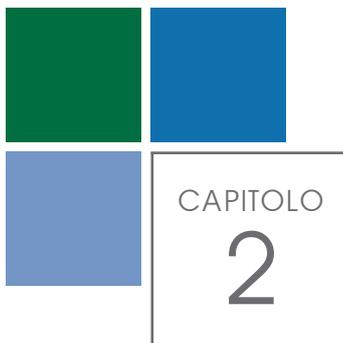
Forme strutturate di ADI sono presenti in Italia sin dagli anni '90, ma non esistono dati ufficiali circa i modelli organizzativi e i processi assistenziali

presenti oggi giorno sul territorio nazionale. Le diverse normative regionali, le numerose riforme che hanno interessato le Aziende Sanitarie Locali (ASL) e il divario economico esistente tra le diverse Regioni, hanno fatto sì che la normativa preposta alla regolamentazione dell'ADI, di per sé non stringente, sia stata interpretata e declinata a livello locale secondo modelli organizzativi talvolta estremamente differenti tra loro.

Partendo da tali premesse Italia Longeva - la Rete Nazionale di ricerca sull'invecchiamento e la longevità attiva istituita dal Ministero della Salute con la Regione Marche e l'IRCCS INRCA - si è posta l'obiettivo di provare ad "aprire la scatola ADI" e delineare uno spaccato dello stato dell'arte mediante l'analisi dei modelli organizzativi di dodici ASL selezionate nell'ambito di undici Regioni

italiane, che offrono servizi a circa un quinto della popolazione italiana. Dodici responsabili ADI d'azienda o di distretto sono stati coinvolti in rappresentanza delle ASL aderenti all'iniziativa. L'indagine è stata condotta a mezzo di un'intervista semi-strutturata, volta ad acquisire informazioni rilevanti circa la struttura ed il funzionamento dell'ADI ed un questionario, attraverso il quale sono stati ricavati dati di carattere prettamente quantitativo.

I risultati dell'indagine di Italia Longeva forniscono per la prima volta la "mappa" di cosa è l'ADI in Italia ed individuano i gap e le best practice presenti sul territorio. Si tratta di un passo preliminare per ottimizzare, omogeneizzare e migliorare i servizi offerti al cittadino.



CAPITOLO

2

L'ADI IN ITALIA

UN PO' DI STORIA

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è un servizio organizzato dalle ASL anche in collaborazione con i Comuni, volto a garantire a pazienti non autosufficienti, per lo più affetti da patologie cronico-evolutive, la permanenza presso il proprio domicilio, attraverso un'assistenza a carattere multidisciplinare che progetta e realizza un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI)⁵.

Finalità specifiche dell'ADI sono il miglioramento della qualità della vita, la stabilizzazione del quadro clinico e il rallentamento del declino funzionale e cognitivo dell'assistito.

L'ADI viene per la prima volta declinata formalmente agli inizi degli anni '90 nel Progetto Obiettivo "Tutela della Salute degli Anziani 1991-1995" presentato dal Governo italiano. Lo scopo prioritario, in linea con i dettami della Legge 833 del 1978 istitutiva del SSN, è l'incremento graduale del numero di pazienti da trattare a domicilio, garantendo inoltre una effettiva integrazione dei servizi sociali, sanitari ed assistenziali per rispondere in maniera efficace ed efficiente ai bisogni dell'anziano.

In una concezione più estesa, rivolta quindi agli assistiti di ogni età, l'ADI rientra fin dal 2001 nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e, in questi, viene inserita nella macro area che riguarda l'assistenza distrettuale, sempre con una chiara vocazione all'integrazione socio-sanitaria^{6,7}. In quest'ottica, il DPCM del 14 febbraio 2001 aveva individuato, sulla base dei principi e criteri direttivi previsti nella legge di riordino del SSN^{8,9}, le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e quelle socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, precisandone i criteri di finanziamento da parte delle Aziende Sanitarie Locali e dei Comuni. Per quanto concerne l'ADI rivolta ai pazienti anziani e alle persone non autosufficienti con patologie

cronico-degenerative, in linea con quanto previsto nel Progetto Obiettivo "Tutela della Salute degli Anziani 1991-1995", la spesa relativa alle prestazioni a domicilio di medicina generale e specialistica e l'assistenza infermieristica e di riabilitazione erano attribuite completamente al SSN, mentre l'assistenza tutelare era ripartita a metà (50%) tra SSN e Comuni (fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale). L'aiuto domestico e familiare, invece, rimaneva totalmente a carico del Comune.

L'aggiornamento dei LEA del 2017 ha ulteriormente precisato che le suddette prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle Regioni e dalle Province Autonome, sono interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50% nei giorni successivi¹⁰.

DEFINIZIONE, OBIETTIVI E MODALITÀ DI EROGAZIONE DELL'ADI

L'interazione tra l'assistenza sanitaria e quella sociale è stata motivo di approfondimento anche da parte della Commissione Nazionale per la Definizione e l'Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (vedi box), il cui lavoro è stato ripreso nell'ultima versione dei LEA del 2017, dove viene ribadito che "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. Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale deve essere valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale ed il conseguente impegno di risorse".

Gli obiettivi principali delle cure domiciliari sono quindi:

- 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.

Per rispondere a questo mandato, l'assistenza domiciliare è articolata secondo quattro livelli assistenziali caratterizzati da un grado crescente di complessità del bisogno e di intensità dell'intervento necessario. La valutazione dell'intensità assistenziale si basa sul calcolo del Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), un indicatore pensato ad hoc per l'assistenza domiciliare¹⁰. Il CIA si ottiene dal rapporto tra numero di Giornate Effettive di Assistenza (GEA) e numero di Giornate di Cura (GdC), ovvero tra il numero di giornate in cui viene eseguito almeno un accesso al domicilio e il numero totale di giornate di presa in carico. Il valore del CIA può variare da 0 (nessuna assistenza) a 1 (assistenza quotidiana); tanto più vicino ad 1 è il CIA tanto maggiore è l'intensità assistenziale di cui il paziente necessita.

Le cure domiciliari di livello base (CIA inferiore a 0,14) si caratterizzano per prestazioni a basso livello di intensità assistenziale, anche a carattere episodico (come ad esempio eseguire a domicilio un prelievo, una somministrazione occasionale di

farmaci per via parenterale). Questo livello di cure non necessita normalmente di un'integrazione socio-sanitaria.

Gli altri tre livelli (CIA rispettivamente compreso tra 0,14 e 0,30 - I livello, tra 0,31 e 0,50 - II livello, > 0,50 - III livello) riguardano esplicitamente cure domiciliari integrate di intensità assistenziale crescente. In questo caso i servizi sanitari al paziente si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, in linea con quanto previsto dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 recante "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"¹¹.

Esiste poi una quinta area che riguarda specificamente le cure palliative domiciliari. Queste vengono distinte in cure palliative di livello base (CIA inferiore a 0,50), erogate con il coordinamento del Medico di Medicina Generale (MMG) e cure palliative di livello specialistico, erogate da personale specializzato e caratterizzate da un CIA superiore a 0,50".

L'ADI è caratterizzata da una chiara definizione dell'intero processo e degli attori che ne fanno parte. Tali caratteristiche distintive, le modalità di offerta e gli attori dell'intero processo sono stati delineati in diversi documenti di programmazione del Ministero della Salute – oltre ai già citati LEA – a partire dagli anni 2000.

Prima attivazione e accesso. La segnalazione di un paziente candidabile all'ADI generalmente deve essere fatta al Punto Unico di Accesso (PUA), un servizio organizzato dalla ASL in collaborazione con il Comune, deputato a fare da collettore delle domande ed aiutare il cittadino, quando necessario, nella decodifica del bisogno di assistenza.

La domanda al PUA può pervenire da diverse fonti. Spesso è il MMG che si fa promotore della richiesta, ma in caso di pazienti ricoverati può essere il medico del reparto ospedaliero in fase di pre-dimissione, il medico responsabile di struttura residenziale (RSA) o altra struttura socio-assistenziale.

In molte ASL la richiesta può essere fatta, senza bisogno di intermediari, anche dal paziente stesso, da un suo familiare o altro caregiver, come anche dai servizi sociali, le associazioni di volontariato, o altri soggetti (ad esempio un tutore legale o il Pediatra di Libera Scelta per i bambini). Gli operatori del PUA rappresentano il front office e la porta di ingresso per il cittadino all'ADI. Sono essi ad avviare il paziente, quando necessario, alla valutazione multidimensionale.

Valutazione multidimensionale ai fini della presa in carico. In generale, i destinatari dell'ADI sono soggetti fragili in condizione di non autosufficienza, affetti da patologie croniche in atto o esiti di patologie che necessitano di assistenza e cure erogabili in un setting domiciliare. Non vi sono dunque limitazioni di età per l'accesso all'ADI anche se, come descritto più avanti, quasi il 90% di assistiti in ADI è costituito da pazienti anziani¹². La valutazione multidimensionale, la cui prassi è stata normata da alcune Regioni, le quali hanno definito l'utilizzo obbligatorio di appositi strumenti (schede precompilate o scale di valutazione), è volta sia a confermare o smentire l'indicazione alla presa in carico in ADI sia, in caso di conferma dell'indicazione, a caratterizzare al meglio il bisogno specifico dell'assistito, avviando così il processo di definizione di un PAI¹³.

Piano di Assistenza Individualizzato (PAI). L'équipe multidisciplinare stabilisce finalità specifiche, modalità e livello di intensità assistenziale necessario, definendo così i tempi, la frequenza degli accessi e l'attivazione delle figure professionali maggiormente indicate per la cura dello specifico caso. Il PAI nasce come strumento flessibile, nella misura in cui le necessità del paziente, l'intensità, le stesse finalità della cura possono variare nel corso dell'assistenza.

Assistenza multidisciplinare e interdisciplinare. I professionisti che fanno parte dell'équipe che presta l'ADI, pur nella necessaria suddivisione di ruoli, competenze e responsabilità, devono farsi sì che questi si esercitino in un clima di continuo confronto

e integrazione per la definizione e la prosecuzione dell'iter assistenziale più appropriato e coerente. Il lavoro di équipe dell'ADI è infatti pensato come la risposta più efficace alla complessità presentata dal paziente. Dal punto di vista operativo, i servizi assistenziali che l'ADI assicura sono di natura medica, infermieristica, riabilitativa (fisioterapia e terapia occupazionale), psicologica, socio-assistenziale, di aiuto alla persona e al governo della casa. Di fondamentale importanza il coinvolgimento dei familiari/caregiver, tramite attività di informazione e training erogati dagli operatori stessi a domicilio. Il caregiver diventa parte attiva dell'assistenza anche nella prospettiva dell'équipe professionale, che nel rispetto di ruoli e competenze, ne può esaltare le potenzialità uniche per il miglioramento globale dell'assistenza e della qualità della vita del paziente.

Case Manager. All'interno dell'équipe, la "regia" dell'assistenza è affidata ad un unico professionista, generalmente un infermiere, che oltre ad essere coinvolto personalmente nell'assistenza diretta, supervisiona il lavoro di tutti i membri, con la responsabilità di coordinare e rendere armonico il lavoro del team.

Dimissione dall'ADI. Le modalità di dimissione dall'ADI non differiscono sostanzialmente da quelle di altri tipi di assistenza sanitaria. Il paziente può terminare il percorso per completamento dell'iter terapeutico e miglioramento delle sue condizioni, per trasferimento ad altro setting assistenziale (per acuti o RSA) o per avvenuto decesso.

Costi. Le prestazioni sanitarie erogate in ADI sono completamente gratuite per il paziente e, rientrando nei Livelli Essenziali di Assistenza, sono finanziate dal Servizio Sanitario Nazionale. Per quanto concerne le prestazioni socio-assistenziali, pur facendo riferimento alle indicazioni nazionali sopra richiamate per le definizioni e per una suddivisione generale, le Regioni godono di una larga autonomia nell'assumere le determinazioni definitive in materia, generando disomogeneità anche consistenti a livello locale¹⁴.

Erogatori del servizio. La complessità delle prestazioni erogabili in ADI può essere offerta con diverse modalità sia a livello di ASL che di Comune. Entrambe queste Istituzioni possono offrire direttamente la gestione e la fornitura di servizi, affidare a terzi (ad esempio cooperative, Onlus, realtà profit e no profit) questo compito attraverso un accreditamento, optare per l'erogazione in denaro al paziente preso in carico, sotto forma di voucher, assegni di cura o buoni socio-assistenziali. Il voucher consiste in una provvidenza economica che può essere "spesa" esclusivamente per acquisire da operatori professionali accreditati presso la Regione e/o il Comune prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata; l'assegno di cura è invece un incentivo economico finalizzato ad aiutare la permanenza dell'assistito al proprio domicilio evitando l'istituzionalizzazione di soggetti anziani o disabili non-autosufficienti; infine,

il buono socio-assistenziale viene fornito come sostegno economico erogato se l'assistenza viene fornita da un caregiver familiare o appartenente alle reti di solidarietà (vicinato, associazioni)¹⁵. Nei contesti regionali, e anche a livello di aziende sanitarie e Comuni, modalità di erogazione e caratteristiche variano talvolta anche in modo rilevante, come si vedrà nel successivo capitolo.

Riferimenti normativi

Come è stato già espresso, una ricca legislazione a carattere nazionale ha tracciato, negli ultimi venticinque anni, le linee per la nascita e lo sviluppo del servizio ADI, delineandone in modo dettagliato le caratteristiche fondamentali descritte. Una sintesi non esaustiva della normativa a carattere nazionale relativa all'ADI è riportata nel seguente box.

Box. Riferimenti normativi e principali aspetti concernenti l'ADI

Legge n. 833/1978: l'art.25 della legge istitutiva del SSN prevede che le prestazioni specialistiche possano essere erogate anche al domicilio dell'utente in forme che consentano la riduzione dei ricoveri ospedalieri.

Progetto Obiettivo "Tutela Della Salute degli Anziani 1991-1995": definisce le caratteristiche funzionali ed organizzative essenziali per garantire gli standard assistenziali minimi per gli assistiti in ADI. Nel quinquennio, il progetto prevedeva di trattare in ADI 140.000 anziani, con un costo per assistito di lire 12.400.000 annui (9 milioni per la parte sanitaria e 3,4 per la parte socio-assistenziale), con una spesa globale annua di 135 miliardi di lire nel 1991, 180 miliardi nel 1992 e 225 miliardi nel 1993.

D.Lgs n.502/1992 e s.m.i.: L'ADI è indicata tra le funzioni e le risorse garantite dai distretti sociosanitari (art. 3-quinquies) e le prestazioni domiciliari fra quelle possibile oggetto dei fondi integrativi del SSN, ovvero i fondi volti a favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal SSN attraverso i LEA (art. 9).

Piano Sanitario Nazionale 1998-2000: Il PSN 1998-2000 prevede 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 che favoriscano il concorso della famiglia e della rete sociale del paziente. L'ADI è considerata una delle forme assistenziali alternative al ricovero in quanto rispondente ai criteri di efficacia, economicità e umanizzazione ed è in grado di assicurare la riduzione degli sprechi derivanti dalle cronicità evitabili.

D.Lgs. n. 229/99: Cfr. D.Lgs n.502/1992

DPR 28 luglio 2000, n. 270: Il DPR regola la complessiva riorganizzazione della Medicina Generale nell'ambito del riordino del SSN. L'allegato H disciplina il ruolo del MMG nell'ADI, declinando le prestazioni, i destinatari, le procedure per l'attivazione e sospensione, il trattamento economico e la documentazione/riunioni periodiche/verifiche.

Il DPR, evidenziando il progressivo invecchiamento della popolazione e il conseguente incremento dalle patologie cronicodegenerative, sottolinea l'importanza che gli accordi regionali siano prioritariamente indirizzati a dare impulso allo sviluppo e alla diffusione sul territorio dell'assistenza domiciliare, in particolare dell'ADI e di nuove forme di assistenza residenziale e/o semiresidenziale in alternativa al ricovero ospedaliero.

Legge n. 328/2000: Prevede che il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali determini ogni anno una quota economica esplicitamente destinata al sostegno domiciliare di persone anziane non autosufficienti, con particolare riferimento a “progetti integrati tra assistenza e sanità, realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare”.

DPCM 14.2.2001: Definisce le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria precisandone i criteri di finanziamento da parte delle Aziende Sanitarie Locali e dei Comuni.

DPCM 29.11.2001: Nel definire i Livelli Essenziali di Assistenza, il DPCM inserisce l'ADI nell'ambito dell'assistenza distrettuale, in particolare all'interno dell'assistenza territoriale programmata a domicilio (Allegato 1, Livello 2 G, comma 1).

Piano Sanitario Nazionale 2001-2003; 2003-2005; 2006-2008: I Piani successivi alla definizione dei LEA confermano al distretto il ruolo di coordinamento di tutte le attività extra-ospedaliere (di assistenza sanitaria di base e specialistiche, di assistenza sanitaria a rilevanza sociale ed a elevata integrazione sociosanitaria), esplicitando che «l'uso appropriato delle risorse disponibili rende imprescindibile privilegiare forme di cura domiciliari» in quanto «la casa è il miglior luogo di prevenzione, cura e riabilitazione».

Commissione Nazionale per la Definizione e l'Aggiornamento dei LEA 18.10.2006: L'elevata disomogeneità delle prestazioni domiciliari (sia sul piano dell'accesso che su quello del trattamento) ha portato alla necessità di effettuare una nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio al fine di specificare:

1. La caratterizzazione dei profili di cura domiciliari per livelli differenziati in funzione della natura del bisogno, dell'intensità, della complessità, della durata media e delle fasce orarie di operatività dei servizi erogatori di cure domiciliari;
2. L'individuazione delle principali prestazioni domiciliari per profilo e per figura professionale;
3. La definizione di criteri omogenei di eleggibilità;
4. L'individuazione di un set minimo di indicatori di verifica;
5. La valorizzazione economica dei profili di cura (Costo Medio Mensile) e la stima del costo pro capite per residente.

DPCM 23.04.2008 (ritirato): Questo DPCM di revisione dei LEA avrebbe recepito il lavoro della Commissione Nazionale per la Definizione e l'Aggiornamento dei LEA, prevedendo la articolazione delle cure domiciliari come riportato sopra (art. 22). Non è però mai stato pubblicato in Gazzetta per problemi relativi alla copertura economica .

DM 17.12.2008: L'istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD) è il risultato di un lungo percorso di condivisione ed approfondimento sul tema, iniziato nel 2003 nell'ambito “Programma Mattoni del SSN” (Mattone 13 – Assistenza Primaria e Prestazioni Domiciliari). Il decreto disciplina la rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata da operatori afferenti al SSN, nell'ambito dell'assistenza domiciliare, e descrive le modalità di trasmissione di tali dati dalle Regioni e Province Autonome al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Patto per la Salute 2014/2016: Prevede il rafforzamento dell'ADI in vari contesti, in primis quello relativo all'umanizzazione delle cure (art. 4).

Inoltre, l'art. 5, che definisce l'assistenza territoriale, in particolare i nuovi modelli multi-professionali e interdisciplinari (Unità Complesse di Cure Primarie, UCCP, e Aggregazioni Funzionali Territoriali, AFT), richiede alle Regioni di provvedere a definire per le persone in condizione di stato vegetativo e di minima coscienza soluzioni sia di assistenza domiciliare integrata che di assistenza residenziale in speciali unità di accoglienza permanente.

Infine, il patto, al fine di migliorare la distribuzione delle prestazioni domiciliari e residenziali per i malati cronici non autosufficienti, prevede all'art. 6 - “Assistenza Socio-Sanitaria” - che le Regioni, in relazione ai propri bisogni territoriali, adottino/aggiornino progetti di attuazione del “punto unico di accesso”, della valutazione multidimensionale e del piano delle prestazioni personalizzato. Il patto recepisce anche l'impegno delle regioni ad armonizzare i servizi socio sanitari, individuando standard minimi qualificanti di erogazione delle prestazioni socio sanitarie.

DPCM 12 gennaio 2017 (“Definizione e aggiornamento dei LEA”): All'art. 22 definisce le cure domiciliari integrate di I, II e III livello, esplicitando la loro integrazione con prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona (comma 4) e da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

I numeri ufficiali dell'ADI

Questa ricca produzione normativa nazionale ha spinto le Regioni, nel corso degli anni, ad organizzare l'ADI attraverso modelli di volta in volta diversi, per esempio nella gestione dei rapporti con i Comuni, nelle modalità di erogazione dei servizi o nella ripartizione del budget, a seconda della specifica realtà locale. Questa mancanza di omogeneità organizzativa ha avuto, ed ha tuttora, come effetto una non omogenea offerta di ADI nel territorio nazionale.

Alcuni importanti indicatori, come mostrato in tabella 1, quali ad esempio il tasso di anziani assistiti in ADI o la percentuale di spesa sanitaria dedicata all'ADI presentano incredibile variabilità nei diversi contesti e testimoniano disomogeneità profonde nell'offerta tra una Regione e l'altra. Se la media nazionale nel 2014 indica, per ogni 100 residenti, 0,6 assistiti trattati in ADI (+ 27,7% rispetto al 2013), un'ampia variabilità è presente tra il tasso minimo di 0,1 assistiti in ADI (per 100) di Calabria e Valle d'Aosta, e i valori massimi di 1,2 e 1,1 rispettivamente della Provincia Autonoma di Trento e dell'Emilia-Romagna.

Analogamente, considerando che l'87% degli assistiti in ADI è rappresentato da anziani (dati 2014), che nel 2016 raggiungono quota 370.546 (dato non mostrato in tabella), è presente un'ampia variabilità tra le Regioni relativamente al numero di anziani assistiti riferito alla stessa popolazione anziana residente. Difatti, si va da 0,4 assistiti (per 100 persone di età ≥ 65 anni) nella Valle d'Aosta a 4,2 (per 100 persone di età ≥ 65 anni) e 4,1 (per 100 persone di età ≥ 65 anni) rispettivamente per l'Emilia Romagna e la Provincia Autonoma di Trento, con Regioni quali ad esempio l'Umbria (1,5 per 100 persone di età ≥ 65 anni) o la Toscana (2,8 per 100 persone di età ≥ 65 anni) che si attestano attorno alla media nazionale. In accordo con i dati più recenti (anno 2016), il tasso di anziani assistiti va incontro ad un lieve incremento, passando da 2,3 (per 100 persone di età ≥ 65 anni) nel 2014 a 2,8

(per 100 persone di età ≥ 65 anni) nel 2016. Anche in questo caso il panorama regionale è variegato, con Regioni, quali il Piemonte o la Valle d'Aosta, per le quali non viene riscontrato alcun incremento e Regioni, quali il Friuli Venezia Giulia o la Puglia, che vedono quasi raddoppiare il tasso di anziani assistiti nell'arco di due anni. In controtendenza, nella Provincia Autonoma di Trento, nel Lazio e in Basilicata, si assiste ad una riduzione del tasso di anziani assistiti.

Nonostante ci sia stato un incremento dell'erogazione dell'ADI tra il 2013 e 2014 in termini di persone trattate (+ 27,7%), nel corso degli anni si è anche osservata una diminuzione delle ore medie erogate per singolo caso trattato che, nel 2013, si sono attestate sulle 18 ore per caso (17 se si prendono in considerazione solamente i soggetti anziani). Già dal 2001 al 2005 si era osservato un decremento medio delle ore erogate per singolo caso (da 27 a 23 ore), plausibilmente dovuto all'aumento del numero complessivo degli assistiti, a cui le Regioni hanno fatto fronte riducendo le ore medie per caso trattato a favore di una copertura maggiore¹⁴.

Tale decremento è andato sempre di più affermandosi nel corso degli anni, rimarcando la già ampia variabilità tra le Regioni¹⁵, evidenziabile nel 2013 nel range tra le Regioni con l'erogazione minima (rispettivamente 7 e 8 ore per caso trattato in Friuli Venezia Giulia e Toscana) e massima (Molise, 54 ore per caso trattato). Infine, per quanto riguarda l'incidenza del costo dell'ADI sul totale della spesa sanitaria (dati 2012) si riscontrano importanti differenze, con il valore più basso presentato dalla Valle d'Aosta (0,7%) e quelli più alti da Friuli Venezia Giulia (6,2%) ed Emilia-Romagna (5,6%) che addirittura superano di più della metà la media nazionale (2,4%).

Tabella 1. ADI: principali indicatori

Regioni	Popolazione Residente (al 1° gennaio 2017) ¹	Percentuale di anziani (≥65) (al 1° gennaio 2017) ²	Numero degli assistiti in ADI (anche non anziani) – anno 2014 ³	Tasso di assistiti in ADI (anche non anziani) x 100 abitanti – anno 2014 ³	% di anziani sul totale dei trattati in ADI – anno 2014 ³	Tasso (per 100) di anziani assistiti – anno 2014 ⁴	Tasso (per 100) di anziani assistiti – anno 2016 ⁵	Totale ore per caso trattato ⁶ – anno 2013	Incidenza del costo della ADI sul totale della spesa sanitaria per Regione (anno 2012) ⁷
Piemonte	4.404.246	25,0	38.800	0,9	86,7	3,2	3,2	14	2,4
Valle d'Aosta	127.329	23,2	131	0,1	83,2	0,4	0,4	30	0,7
Lombardia	10.008.349	22,2	60.328	0,6	86,6	2,6	3,0	20	1,4
P.A. Bolzano	520.891	19,3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	36	1,3*
P.A. Trento	538.223	21,4	6.303	1,2	88,5	4,1	3,9	15	1,3*
Veneto	4.915.123	22,3	32.489	0,7	86,2	2,8	4,2	10	2,3
Friuli V. Giulia	1.221.218	25,7	5.338	0,4	86,0	1,5	2,7	7	6,2
Liguria	1.571.053	28,3	15.745	1,0	90,9	3,3	3,4	28	1,7
E. Romagna	4.448.146	23,7	49.306	1,1	85,7	4,2	4,2	13	5,6
Toscana	3.744.398	25,1	26.967	0,7	89,1	2,8	3,6	8	2,8
Umbria	891.181	25,1	3.836	0,4	90,4	1,5	2,3	26	4,9
Marche	1.543.752	24,3	6.312	0,4	88,4	1,6	2,1	28	4,7
Lazio	5.888.472	21,2	14.868	0,3	87,8	1,1	0,3	19	2,1
Abruzzo	1.326.513	23,2	11.181	0,8	89,2	2,9	3,6	31	2,5
Molise	312.027	23,9	2.333	0,7	87,7	2,9	5,1	54	3,2
Campania	5.850.850	18,2	14.160	0,2	88,0	1,2	1,9	35	1,6
Puglia	4.077.166	21,3	15.869	0,4	85,0	1,6	3,0	38	1,4
Basilicata	573.694	22,3	2.901	0,5	88,6	2,1	1,1	41	2,5
Calabria	1.970.521	20,9	2.002	0,1	85,8	0,3	1,4	23	1,5
Sicilia	5.074.261	20,5	31.787	0,6	86,9	2,9	3,5	30	1,7
Sardegna	1.658.138	22,6	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	23	2,0
Italia	60.665.551	22,3	340.656	0,6	87,1	2,3	2,8	18	2,4

* Dato Aggregato per Trentino Alto Adige.

1 www.istat.it

2 dati-anziani.istat.it

3 Osservatorio Nazionale Sulla Salute Nelle Regioni Italiane. Assistenza territoriale. Rapporto Osservasalute 2016; 2016: 347-52.

4 Ministero della Salute. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Ufficio VI. Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2014. Giugno 2016.

5 Ministero della Salute - NSIS - SIAD - DIM 17 dicembre 2008 e s.m.i. - anno 2016 Elaborazione a cura dell'Ufficio III – Dir. generale della digitalizzazione, sistema informativo sanitario e della statistica.

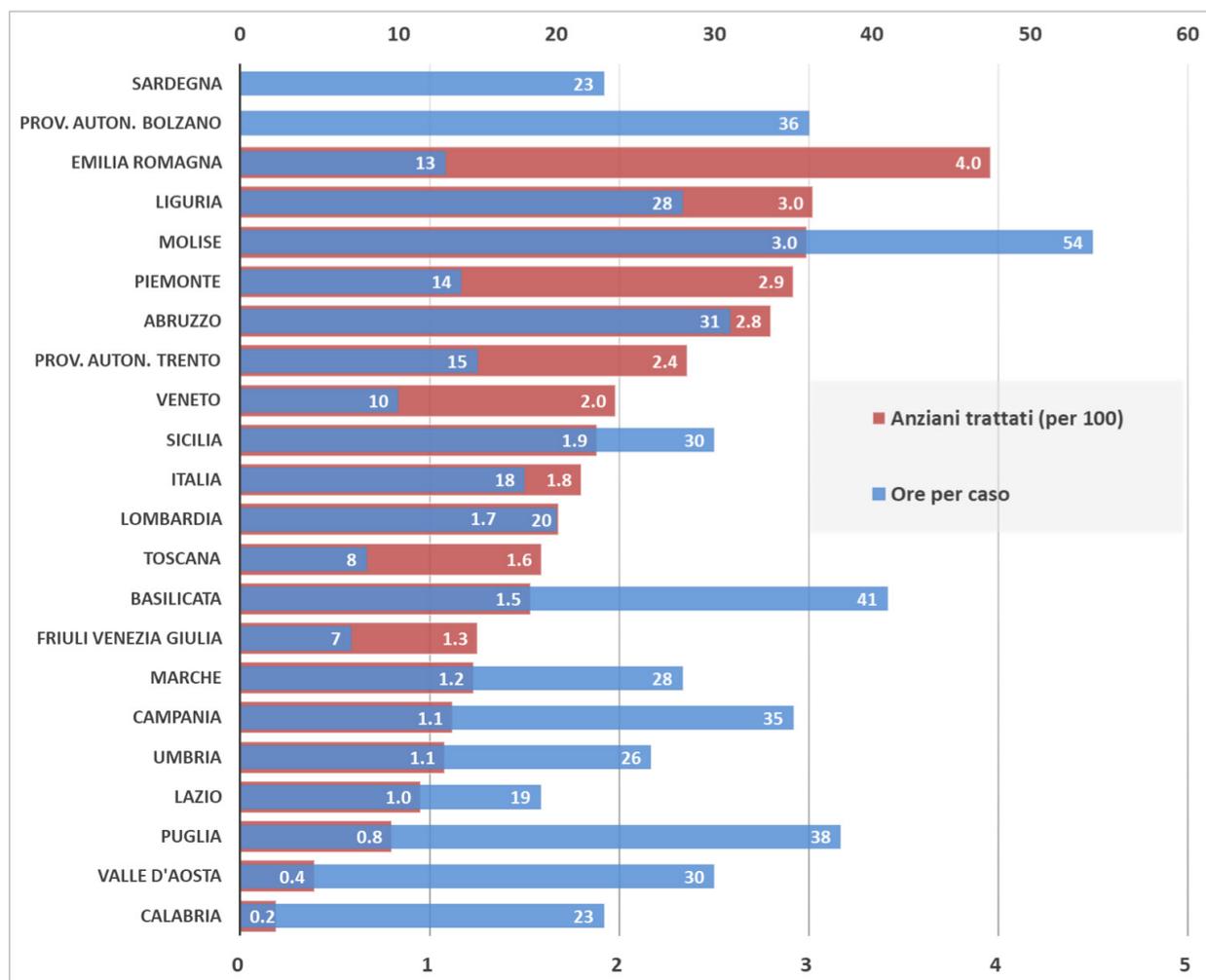
6 Ministero della Salute. Assistenza Domiciliare Integrata - Ore e Accessi 2013.

7 www.datopen.it. Fonte originaria: Elaborazione Istat su dati Ministero Salute.

La figura 1 mette in rapporto il tasso di anziani trattati con il numero medio di ore erogate per caso trattato. Dal confronto non si evince alcuna proporzionalità tra i due parametri: all'aumentare del tasso di anziani trattati, il numero di ore erogate per caso varia in modo assolutamente indipendente. Emblematici sono il caso della Liguria e quello del Molise, per i quali viene riportato un identico tasso di anziani trattati (3 per 100) ma un numero di ore erogate per caso rispettivamente di 28 e di 54.

Gli indicatori qui riportati, frutto di una revisione estensiva della letteratura grigia su questo argomento, richiedono però una certa cautela in fase di interpretazione. Nonostante essi rappresentino allo stato attuale l'unica modalità per poter effettuare un confronto tra i diversi modelli regionali di offerta e, quindi, una fonte istituzionale affidabile su cui valutare l'evoluzione del modello di assistenza domiciliare integrata in Italia, non si può non sottolineare come la registrazione del dato sia prevalentemente finalizzata ad ottemperare

Figura 1. Rapporto tra tasso di anziani trattati e numero medio di ore erogate per caso trattato (dati 2013)



agli obblighi di rendicontazione economica delle aziende sanitarie e non possa di conseguenza considerarsi qualitativamente ottimale per una valutazione dei bisogni degli assistiti e dell'efficacia ed efficienza dei modelli organizzativi. Si presti infine attenzione a fare opportuna distinzione tra il concetto di persona o assistito, riferito al numero di persone differenti destinatarie di ADI in un determinato arco di tempo e quello di caso trattato, riferito invece alla singola presa in carico (una singola persona può essere presa in carico più volte nell'arco del periodo in esame).

I nuovi flussi informativi ministeriali (SIAD)

Mentre fino a qualche anno fa l'unico modo per avere contezza dell'erogazione dell'ADI era far riferimento al modello di rilevazione di attività gestionali ed economiche delle ASL, relativamente all'attività dell'assistenza sanitaria di base (modello FLS.21), oggi sta entrando a regime il flusso del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD)¹⁶, all'interno del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), il cui sviluppo è stato siglato dall'Accordo Quadro tra Stato, Regioni e Province Autonome il 22 Febbraio 2011, dopo che con il "Patto per la Salute" del 28 Settembre 2006 è stato sancito l'obbligo delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano di trasmettere i dati sanitari a livello centrale. All'interno del SIAD i dati trasmessi riguardano tutte le attività inerenti l'assistenza domiciliare sanitaria e socio-sanitaria a partire dal 1 Gennaio 2009. Le informazioni inviate devono interessare la presa in carico e la valutazione multidimensionale dell'assistito, la definizione di un piano/programma/progetto di assistenza individuale, la responsabilità clinica di operatori afferenti alla ASL (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta o medico competente per la terapia del dolore). Se soddisfatti i suddetti aspetti, andranno trasmesse anche informazioni riguardanti le prestazioni erogate all'interno delle cure palliative domiciliari e i casi di "dimissione protetta".

All'interno del Sistema, i contenuti sono stati distinti in due tracciati:

- *Tracciato 1: contiene le informazioni associate agli eventi presa in carico (dati anagrafici del paziente, ASL erogante, soggetto richiedente la presa in carico) e valutazione (autonomia e bisogni assistenziali);*
- *Tracciato 2: contiene le informazioni relative alle prestazioni erogate (dati riferiti agli accessi), sospensione, rivalutazione (autonomia e bisogni assistenziali) e conclusione (dimissione assistito).*

Le predette informazioni devono essere trasmesse al NSIS con cadenza mensile, entro il mese successivo al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi idonei alla generazione e modifica delle informazioni richieste per singolo assistito. Tali eventi sono identificabili con le seguenti fasi del processo assistenziale: presa in carico, erogazione, sospensione, rivalutazione e conclusione.

Ad oggi però il SIAD, nonostante sia diventato fonte di valutazione per la Griglia LEA a partire dal 2013, presenta sia criticità di implementazione nelle Regioni (ad esempio tra gli indicatori permangono dei dati non disponibili per la Sardegna e la PA di Bolzano), sia mancanza di dati che permettono di valutare in toto la qualità dell'ADI erogata¹².

La tabella 2 fa riferimento ai dati più recenti resi disponibili dal Ministero della Salute e mostra la distribuzione regionale dell'assistenza domiciliare erogata nel 2016 per isolivelli di intensità assistenziale. Nel 2016, in Italia, si sono registrati un totale di 804.866 casi trattati, in aumento rispetto a quelli riportati nel 2011 (507.126) e nel 2013 (732.780). In Italia, la maggior parte delle prese in carico presenta un CIA di livello base (37%) ed a seguire un CIA di I livello (23%) e di II livello (18%). Il tasso medio nazionale di anziani trattati varia tra gli isolivelli di intensità assistenziale, andando da un massimo di 4,9 casi per 1000 abitanti con un CIA di livello base ad un minimo di 0,38 casi per 1000 abitanti con un CIA di III livello.

Nell'ambito dello stesso isolivello di complessità è

possibile individuare alcune differenze inter-regionali in termini di tassi di casi trattati. Ad esempio l'Emilia Romagna, il Veneto e la Toscana presentano i tassi di casi trattati con CIA di livello base più alti in Italia, rispettivamente 15,9, 13,4 e 11,9 casi per 1000 abitanti. Le stesse Regioni presentano i tassi più alti di casi trattati con CIA di I livello, rispettivamente 6,5, 6,1 e 5,2 casi per 1000 abitanti. Abruzzo, Molise e Sicilia presentano invece i più alti tassi di casi trattati con CIA di III livello, rispettivamente 0,9, 0,8 e 0,7 casi per 1000 abitanti. Nell'ambito del CIA di IV livello sono infine Molise, Piemonte e Toscana a

riportare i tassi più alti, rispettivamente 2,7, 2,0 e 1,9 casi trattati per 1000 abitanti.

Poiché i dati a nostra disposizione presentano delle evidenti limitazioni, che si auspica diminuiranno fino a scomparire con il progressivo sviluppo e la sempre maggior copertura del flusso SIAD, si è ritenuto necessario valutare nel dettaglio l'erogazione dei servizi ADI in un campione di aziende sanitarie che offrono servizi a circa un quinto della popolazione italiana. Pertanto, si rimanda al capitolo successivo, in cui l'erogazione dell'ADI è stata valutata in 12 contesti diversi distribuiti su tutto il territorio nazionale.

Tabella 2. Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura - Anno 2016

Regioni	GdC 0*		CIA 0-0,13** (base)		CIA 0,14-0,30 (I livello)		CIA 0,31-0,50 (II livello)		CIA 0,51-0,60 (III livello)		CIA >60 (IV livello)		Totale casi trattati
	Casi trattati	Tasso di casi trattati (per 1000 ab.)	Casi trattati	Tasso di casi trattati (per 1000 ab.)	Casi trattati	Tasso di casi trattati (per 1000 ab.)	Casi trattati	Tasso di casi trattati (per 1000 ab.)	Casi trattati	Tasso di casi trattati (per 1000 ab.)	Casi trattati	Tasso di casi trattati (per 1000 ab.)	
Piemonte	5.187	1,2	43.934	10,0	20.203	4,6	9.030	2,1	1.687	0,4	8.823	2,0	88.864
Valle D'aosta	5	0,1	16	0,1	54	0,4	33	0,3	10	0,1	23	0,2	141
Lombardia	38.231	3,8	33.016	3,3	24.202	2,4	35.211	3,52	4.984	0,5	11.419	1,1	147.063
P.A. Bolzano	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
P.A. Trento	423	0,8	4.584	8,5	2.810	5,2	1.243	2,3	268	0,5	713	1,3	10.041
Veneto	2.172	0,4	65.828	13,4	29.992	6,1	11.493	2,3	2.001	0,4	7.873	1,6	119.359
Friuli V. Giulia	902	0,7	7.003	5,7	6.383	5,2	2.199	1,8	280	0,2	815	0,7	17.582
Liguria	620	0,4	1.047	0,7	7.789	5,0	6.311	4,0	723	0,5	1.767	1,1	18.257
E. Romagna	11.541	2,6	70.526	15,9	29.075	6,5	11.093	2,5	1.915	0,4	7.331	1,7	131.481
Toscana	18.312	4,9	44.609	11,9	19.633	5,2	9.040	2,4	1.505	0,4	6.971	1,9	100.070
Umbria	257	0,3	1.591	1,8	2.829	3,2	1.460	1,6	225	0,3	993	1,1	7.355
Marche	378	0,3	2.083	1,4	4.467	2,9	2.880	1,9	262	0,2	1.191	0,8	11.261
Lazio	251	0,1	2.162	0,4	2.196	0,4	1.576	0,3	217	0,1	621	0,1	7.023
Abruzzo	1.051	0,	1.671	1,3	3.489	2,6	5.275	4,0	1.164	0,9	2.301	1,7	14.951
Molise	225	0,7	935	3,0	1.632	5,2	1.565	5,0	233	0,8	856	2,7	5.446
Campania	1.737	0,3	2.807	0,5	5.415	0,9	9.551	1,6	1.918	0,3	5.551	1,0	26.979
Puglia	1.814	0,4	9.214	2,3	12.042	3,0	11.597	2,8	1.651	0,4	5.380	1,3	41.698
Basilicata	78	0,1	933	1,6	521	0,9	449	0,8	93	0,1	473	0,8	2.547
Calabria	930	0,5	2.427	1,2	2.833	1,4	2.701	1,4	279	0,1	598	0,3	9.768
Sicilia	1.298	0,3	2.395	0,5	7.009	1,4	22.419	4,42	3.502	0,7	8.357	1,7	44.980
Sardegna	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Italia	85.412	1,4	296.781	5,0	182.574	3,0	145.126	2,4	22.917	0,4	72.056	1,2	804.866

GdC=Giurnate di presa in carico; CIA= Coefficiente di intensità assistenziale.

Fonte: Ministero della Salute - NSIS - Sistema informativo per l'assistenza domiciliare (SIAD) - DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. - anno 2016.

Elaborazione a cura dell'Ufficio III - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica.

* In questo caso, la data del primo e dell'ultimo accesso coincidono.

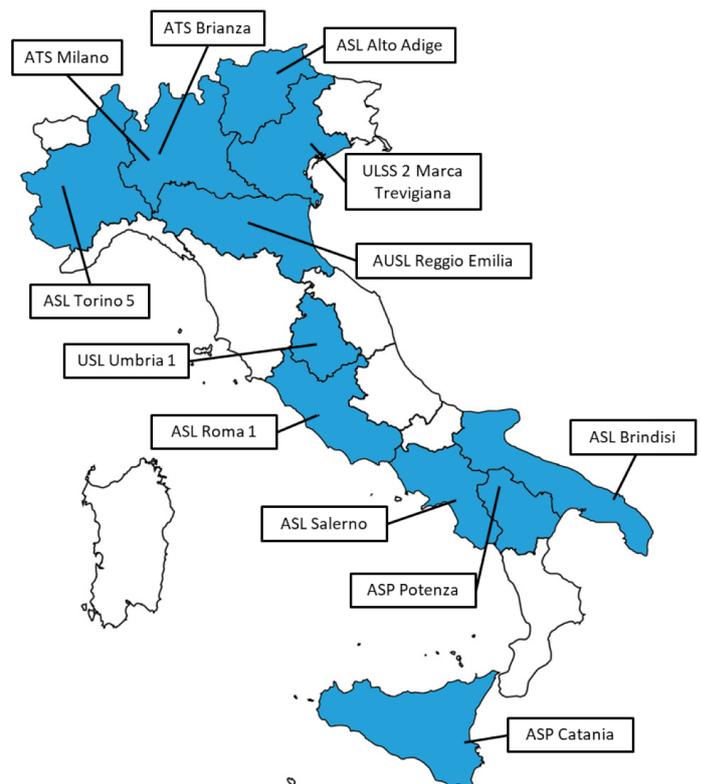
** Tale livello non è assimilabile a quelli previsti dalla Commissione LEA, tuttavia si introduce, su specifica richiesta di alcune Regioni, per misurare nell'assistenza domiciliare la numerosità dei PAI con CIA compresi tra 0 e 0,13. Questo livello viene inserito anche per evidenziare una necessaria distinzione dall'assistenza domiciliare prestazionale.



L'indagine di Italia Longeva ha coinvolto dodici aziende sanitarie italiane, distribuite in undici differenti Regioni equamente bilanciate tra Nord e Centro-Sud (figura 2). Con un bacino di utenza pari a 10,5 milioni di abitanti, le aziende coinvolte offrono servizi sanitari territoriali al 17% della popolazione italiana.

Nella presente sezione del report si farà riferimento a quanto emerso dai questionari e dalle interviste a cui sono stati sottoposti i dodici responsabili ADI delle aziende sanitarie coinvolte. In Italia, e più specificatamente nelle ASL considerate, i primi tentativi di ADI propriamente detta risalgono all'inizio degli anni '90, come risposta a quanto previsto da normative che diventeranno man mano più specifiche a partire dal 1992. L'ADI nasce come un servizio dedicato alla popolazione anziana non autosufficiente, che nella maggior parte dei casi prevedeva la semplice interazione tra il MMG ed il personale infermieristico del distretto. Più raramente consisteva in forme di ospedalizzazione domiciliare, con parziale coinvolgimento del personale ospedaliero. Al MMG e all'infermiere, nel corso degli anni, si affiancheranno altre figure professionali, quali ad esempio il fisioterapista e l'assistente sociale, dando luogo ad una vera e propria integrazione multidisciplinare. Ad oggi, l'ADI in Italia è garantita dal 100% delle aziende sanitarie locali. Tuttavia, come evidenziato dai risultati della presente indagine, le profonde differenze geografiche, politiche ed economiche, la frammentazione normativa inter-regionale e il susseguirsi di numerose riforme, hanno fatto sì che negli anni l'ADI fosse declinata a livello locale secondo molteplici modelli. Il risultato è un panorama variegato, le cui sfumature organizzative differiscono al punto tale da renderne ardua la descrizione inducendo numerose riflessioni circa

Figura 2. Aziende sanitarie coinvolte nell'indagine



la reale efficienza del sistema e il suo potenziale di sviluppo.

La molteplice declinazione dell'integrazione socio-sanitaria

Già nelle intenzioni del legislatore del 1978, l'integrazione socio-sanitaria si configurava come una modalità efficace di risposta ai bisogni della popolazione in grado di coniugare gli aspetti sanitari con quelli sociali, e non è un caso che, fin dalla determinazione degli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali, si fosse stabilito che questi dovessero coincidere con gli ambiti territoriali di gestione dei servizi sociali. Eppure i numerosi interventi legislativi e gli atti programmatori, sia

di livello nazionale che regionale che si sono succeduti nel tempo, non hanno nei fatti modificato le profonde differenze nella concreta attuazione di una integrazione tra servizi socio-assistenziali e sanitari, che pure viene considerata un obiettivo qualificante in ogni atto normativo. Nei casi qui analizzati emerge la varietà e talvolta la carenza di strumenti di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria nella loro possibile diversa articolazione istituzionale, organizzativa ed operativa; una costante è invece rappresentata dalla separazione degli aspetti amministrativi e contabili relativi al personale, al finanziamento e ad altre risorse materiali tra gli enti gestori (ASL e Comuni), anche nel caso di interventi che vengono delegati. Così, nella concreta erogazione del servizio di ADI, può anche verificarsi che l'integrazione si attui nella persona stessa dell'assistito, pur soddisfatto destinatario di una serie, anche importante, di attività sanitarie e assistenziali, ma assolutamente non coordinate. Anche quando esistono, come avviene nella maggior parte dei casi, gli strumenti operativi e di coordinamento tra servizi per una gestione unitaria delle competenze appaiono molto variegati.

La parola chiave che ricorre in modo indifferenziato su tutto il territorio nazionale è eterogeneità, anche laddove l'impianto normativo, organizzativo e le scelte operative rendono più facile l'attuazione dell'integrazione. Esiste comunque una prima macro-differenziazione: da una parte, ci sono le regioni e le ASL in cui i Comuni hanno delegato alle ASL anche l'attività socio-assistenziale o, come più spesso accade nel nostro campione, esistono momenti di raccordo strutturati tra i due enti a livello di programmazione, valutazione del bisogno ed attivazione del servizio; dall'altra, si collocano le regioni in cui ASL e Comuni si muovono in modo autonomo, rispondendo in modo separato ai bisogni sanitari e a quelli sociali degli assistiti, anche quando, come accade nella maggior parte dei casi, la valutazione del bisogno assistenziale viene effettuata insieme all'assistente sociale (che può

fare capo al Comune o alla ASL), figura sempre prevista anche nei casi di presa in carico al momento della dimissione ospedaliera.

La differenziazione appare trasversale: così una integrazione che si concretizza sul paziente, che riceve di volta in volta forme diffuse di assistenza di tipo sociale dagli operatori comunali e sanitaria dagli infermieri della ASL, si ritrova ad esempio nel caso della ASL dell'Alto Adige, ma anche nel caso di Catania, Salerno, e Roma 1, con delle eccezioni che riguardano particolari progetti o tipologie specifiche di utenti.

Le forme più compiute di integrazione, in cui il percorso di collaborazione parte dal buon funzionamento del punto unico di accesso (PUA), dalla valutazione congiunta del caso, dalla definizione condivisa di un piano assistenziale fino agli incontri periodici per la organizzazione ed il monitoraggio di una modalità di assistenza veramente integrata, emergono prima di tutto nell'esperienza di Reggio Emilia, Torino 5, Umbria 1 e le ATS lombarde, ma anche della ULSS della Marca Trevigiana e in modo non uniforme a Brindisi.

Infatti, è vero che quasi in tutte le aziende sanitarie considerate la valutazione del bisogno assistenziale prevede la figura dell'assistente sociale (che può fare capo al Comune o alla ASL), e si parla spesso di una segnalazione reciproca, che può partire sia dalla ASL che dal Comune, della coesistenza di problemi di tipo sociale e sanitario, ma dopo il momento valutativo, le modalità di integrazione dell'assistenza possono essere molto variabili e nella maggior parte dei casi le attività sono realizzate da operatori che, facendo capo a enti differenti, non sempre trovano momenti reali di raccordo. Così in Lombardia come a Catania, a Salerno come nella Marca Trevigiana sono segnalate le difficoltà dei Comuni, soprattutto di quelli di dimensioni più piccole, ad adeguarsi alla più veloce e completa attivazione dei servizi sanitari. Tra i responsabili interpellati sono quelli di Reggio Emilia, Torino 5,

Umbria 1, ad affermare più nettamente che il livello di integrazione socio-sanitaria nell'ADI è soddisfacente, mentre negli altri casi si segnalano difficoltà o situazioni eterogenee. E' comunque abbastanza frequente nella prassi che alcuni aspetti del bisogno sociale dei pazienti trovino una risposta già all'interno dell'attività gestita dalla stessa ASL attraverso la figura dell'operatore socio-sanitario (OSS). Le modalità gestionali hanno comunque un peso nel determinare il grado di integrazione socio-sanitaria ed anche sotto questo profilo la situazione rilevata appare diversificata, anche se la modalità prevalente è quella dell'appalto, da parte della ASL e del Comune, ad enti gestori esterni (più spesso cooperative) rispettivamente per la parte sanitaria e per quella sociale, in cui è sempre il soggetto pubblico a definire il fabbisogno generale ed effettuare la valutazione multidimensionale: questa la situazione descritta da Potenza, Brindisi, Catania, e Roma 1. Nel caso di altre ASL invece ci possono essere modalità di erogazione miste in cui alcune prestazioni sono erogate con personale interno ed altre appaltate all'esterno.

Nell'articolazione frastagliata dei modelli e delle scelte operative emerge una difficoltà ricorrente legata alla asimmetria tra ASL e Comuni. Mentre le ASL rappresentano realtà più strutturate, i Comuni hanno una forte differenziazione anche in termini di dimensioni e quindi di disponibilità di risorse. L'attivazione della parte sociale è spesso ritardata e ci sono difficoltà di coordinamento, che può, in alcuni casi, risultare anche molto limitata in termini di ore e di attività. Da non sottovalutare infine che, mentre la parte sanitaria è sempre gratuita, la parte sociale può essere soggetta a compartecipazione dell'utente, il che rappresenta un ulteriore deterrente, stavolta dal punto di vista dell'utente, ad una reale integrazione tra le attività garantite dai due enti.

I modelli organizzativi

In Italia l'ADI viene erogata secondo diversi

modelli organizzativi che prevedono l'interazione e l'integrazione di vari erogatori sia pubblici che privati. Si tratta di una forma di assistenza che si innesta e si interseca con svariati altri servizi territoriali che talvolta implicano anche interventi domiciliari e che vedono come attori i MMG, l'ospedale, gli hospice e lo stesso distretto. La descrizione dei modelli organizzativi qui fornita farà esclusivo riferimento a quanto formalmente codificato come ADI. Se da un lato la programmazione, la valutazione ed il controllo delle attività vengono sempre svolte in maniera centralizzata dalle aziende sanitarie, l'erogazione dei servizi avviene secondo le più differenti modalità.

In un primo caso il distretto garantisce l'intera gamma di servizi sanitari previsti dal PAI: medici specialisti del distretto e altri professionisti sanitari si interfacciano quindi con il MMG per erogare le prestazioni programmate. È questo, ad esempio, il caso dell'ASL dell'Alto Adige e dell'AUSL di Reggio Emilia, dove il MMG coordina e supervisiona il percorso del paziente in collaborazione con medici specialisti, infermieri, fisioterapisti e tutte le altre figure professionali coinvolte.

Alternativamente, l'erogazione delle attività viene garantita a mezzo di terzi: enti gestori profit e no profit recepiscono il PAI formulato dal distretto (tranne in alcuni casi in cui PAI viene stilato dall'ente gestore stesso sulla base dei bisogni individuati dall'unità di valutazione multidimensionale) e, per incarico diretto o attraverso l'utilizzo di voucher socio-sanitari, erogano i servizi al cittadino, come ad esempio nel caso dell'ASP di Catania o delle ATS lombarde qui prese in esame. Nella maggior parte delle realtà, tuttavia, si documenta una suddivisione delle prestazioni tra distretto ed enti gestori privati che possono essere di varie tipologie, prevalentemente cooperative sociali, fondazioni, Onlus e S.p.A.

È interessante evidenziare come l'eterogeneità organizzativa emerga non solo tra aziende sanitarie

diverse, ma talvolta anche nell'ambito della stessa realtà si assiste ad una commistura di differenti modelli assistenziali. È questo il caso della ASL di Salerno, dove il servizio ADI è garantito tramite enti gestori privati nei distretti della parte Sud della provincia e direttamente dalla ASL nella parte Nord. Un sistema misto è invece presente nel territorio del distretto che copre l'area urbana del capoluogo.

La tabella 3 riassume il numero e la tipologia di soggetti privati coinvolti nell'erogazione dell'ADI nelle aziende sanitarie di interesse.

Tabella 3. Numero e tipologia di erogatori privati per azienda sanitaria

	Erogatori Privati	
	Profit	No profit
Alto Adige	0	0
M. Trevigiana	2	1
Torino 5	0	5
Milano	25	55
Brianza	11	31
R. Emilia	0	0
Umbria 1	3	2
Roma 1	1	0
Salerno	1	0
Brindisi	1	0
Potenza	1	0
Catania	1	3

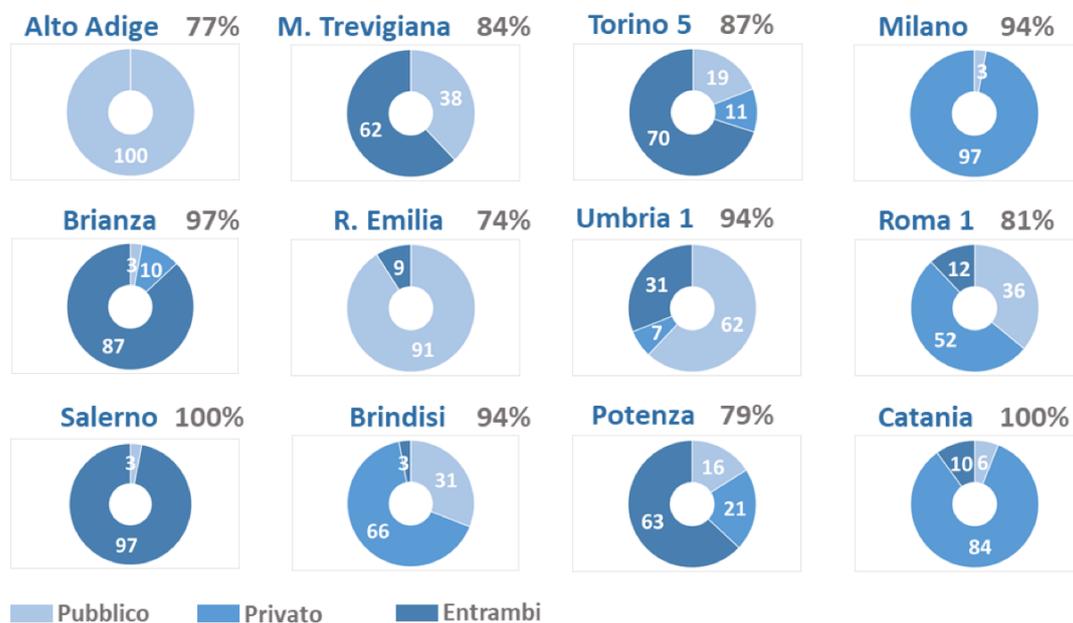
I servizi offerti al cittadino in regime di ADI sono diversificati e ricalcano quanto già stabilito dai LEA. A tal riguardo, il Ministero della Salute fornisce un puntuale elenco di prestazioni erogabili, suddivise per livello di intensità assistenziale, che raggiungono il numero di centodieci nel caso di cure domiciliari integrate di terzo livello e cure domiciliari palliative

fornite ai malati terminali. Trentuno tra queste attività, quelle con la maggiore valenza clinico-assistenziale, sono state selezionate e divenute oggetto di approfondimento nell'ambito della presente indagine. Si tratta di prestazioni relative ad attività di tipo valutativo/diagnostico, attività educative e relazionali ed attività terapeutico-riabilitative, invero non tutte realmente recepite dalle normative regionali (elenco completo presente nelle note metodologiche). Le aziende sanitarie coinvolte nello studio hanno dichiarato di essere in grado di garantire l'erogazione del 74-100% delle 31 prestazioni identificate.

Tra queste, in media, il 37% viene erogato esclusivamente dall'ente pubblico, il 32% esclusivamente dagli enti privati e il 31% da entrambi (figura 3). Se da un lato prestazioni essenziali, quali ad esempio prelievi ematici, igiene della persona o gestione dei cateteri vescicali vengono universalmente garantite, dall'altro vi sono prestazioni che in talune realtà non risultano disponibili. Tra quelle più frequentemente non garantite figurano procedure diagnostiche a maggiore complessità (quali paracentesi e toracentesi), procedure terapeutiche (come le emotrasfusioni e la dialisi peritoneale), trattamenti riabilitativi (quali la logopedia e la rieducazione respiratoria) ed infine il supporto psicologico al paziente e alla famiglia.

Per quel che riguarda la copertura temporale del servizio, la maggior parte delle unità operative distrettuali e degli enti gestori privati garantiscono le attività assistenziali esclusivamente durante le ore diurne dei giorni feriali, con sporadiche eccezioni che prevedono una reperibilità H-24 del personale e la disponibilità di un numero di riferimento per le chiamate di emergenza. Un caso a parte è rappresentato dai pazienti assistiti in regime di cure palliative domiciliari, per i quali nella grande maggioranza dei casi un pronto intervento del personale è garantito H-24, sette giorni su sette. Laddove la copertura globale del servizio non sia

Figura 3. Percentuale delle prestazioni garantite e suddivisione tra erogatori pubblici e privati



Il valore percentuale indica la proporzione delle 31 prestazioni garantite da ciascuna delle aziende sanitarie. Esse sono raggruppati in tre macro-aree: prestazioni relative ad attività di tipo valutativo/diagnostico, attività educative e relazionali ed attività terapeutico-riabilitative. I valori riportati nei grafici a torta rappresentano la percentuale delle attività garantite che viene espletata esclusivamente dall'erogatore pubblico, esclusivamente da quello privato o da entrambi. L'elenco completo delle prestazioni valutate è riportato nelle note metodologiche.

garantita, il paziente ricorrerà in caso di necessità al servizio di continuità assistenziale (guardia medica) ed eventualmente al Pronto Soccorso.

Chi fa l'ADI

Al fine di delineare il profilo assistenziale delle dodici aziende sanitarie oggetto della nostra indagine, sono stati raccolti dati circa la tipologia degli assistiti, le professionalità coinvolte e il volume di servizi erogati, prendendo come periodo di riferimento l'anno 2016. Non tutte le aziende sanitarie coinvolte sono state in grado di fornire dati completi a riguardo. In alcuni casi l'informazione per l'anno 2016 non era ancora disponibile al 31 Maggio 2017,

in altri casi la mancanza di un adeguato sistema di informatizzazione o i recenti accorpamenti che hanno interessato le ASL hanno reso difficile il reperimento dei dati richiesti.

Come mostrato in tabella 4, il numero di casi trattati durante l'anno 2016 va da un minimo di 3202 della AUSL di Reggio Emilia ad un massimo di 39855 dell'ATS di Milano, volumi di attività non sempre proporzionali al numero di abitanti o alla percentuale di anziani presenti sul territorio, in ragione delle differenze amministrative e gestionali presenti tra le aziende sanitarie coinvolte. Si fa presente che tale indicatore fa riferimento al numero totale di prese in carico e non al numero di individui differenti

trattati nell'arco di tempo in esame. In altri termini, a parità di numero di assistiti, ripetute prese in carico della stessa persona spiegano numeri più elevati di casi trattati. Le aziende sanitarie per le quali è stato possibile ottenere il numero medio di prese in carico per individuo durante l'anno 2016, hanno riportato valori compresi tra 1,1 (ASP Potenza) e 2,2 (ASL Salerno), con una media non pesata pari a 1,4 prese in carico per assistito per anno.

Tra i casi trattati, come atteso, la popolazione anziana risulta la più rappresentata, con un'età media compresa tra 75 ed 80 anni. La percentuale del ultrasessantacinquenni va da un minimo del 64% dell'ASP di Catania ad un massimo del 91%

delle aziende sanitarie di Roma 1, Umbria 1 e Torino 5. I grandi anziani, ovvero i soggetti di età maggiore o uguale agli 85 anni, rappresentano dal 26% al 52% del totale dei casi trattati. Al contrario, gli assistiti di età inferiore ai 18 anni si attestano intorno all'1% del totale dei casi trattati. La proporzione di casi per i quali è riferita una diagnosi formale di demenza va dal 3% dell'ASP di Catania al 16% della ASL di Salerno. Infine, i casi per cui viene riferita una diagnosi di terminalità (considerando malattie oncologiche e non) vanno dal 6% della ATS di Milano al 34% della AUSL di Reggio Emilia.

Il coefficiente di intensità assistenziale (CIA), che permette di stabilire il carico assistenziale medio dei

Tabella 4. Caratteristiche dei casi trattati in ADI nel 2016

	Popolazione (X 1000)	≥65 anni (%)	Totale	Durata media (giorni)	Casi trattati nel 2016					CIA
					≥65 anni (%)	≥85 anni (%)	<18 anni (%)	Demenza (%)	Terminali (%)	
Alto Adige	521	19	-	-	-	-	-	-	-	-
M. Trevigiana*	885	21	13.421	-	-	-	-	-	-	-
Torino 5	310	24	5.386	96	91	30	0,4	10	12	0,14
Milano	3.548	22	39.855	118	90	44	1	8	6	0,18
Brianza	866	21	14.638	104	90	45	1	8	14	0,19
R. Emilia	533	21	3.202	162	84	34	3	8	34	0,19
Umbria 1	662	24	4.974	123	91	52	0,5	8	9	0,23
Roma 1**	134	22	1.645 ^a	-	91	34	1,4	-	-	-
Salerno	1.107	20	17.866	79	86	44	1	16	8	0,52
Brindisi	399	22	9.792	-	-	-	-	-	-	-
Potenza	373	22	3.218	148	89	43	3	-	18	0,29
Catania	1.115	19	14.889	148	64	26	0,8	3	23	0,17

Per numero di casi si intende il numero di prese in carico effettuate nel periodo indicato.

CIA = Coefficiente di Intensità Assistenziale.

* Dato parziale, riguardante la sola ex Azienda ULSS 9 Treviso, oggi corrispondente ad uno dei tre distretti della ULSS 2 di Marca Trevigiana.

** Dato parziale, riguardante il solo distretto 13 della ASL Roma 1.

^a Il numero si riferisce alle persone assistite e non ai casi presi in carico.

riceventi ADI, testimonia un panorama anche qui eterogeneo, con valori di CIA che oscillano dallo 0,14 dell'ASL Torino 5, allo 0,52 della ASL di Salerno.

Per quanto concerne i professionisti coinvolti, il MMG, richiedente e responsabile dell'ADI, rappresenta la figura costantemente coinvolta nelle cure. I suoi accessi al domicilio dipenderanno dalle necessità stimate nel PAI e dalle valutazioni condotte in itinere e le sue prestazioni si integreranno con quelle di altri professionisti, medici e non.

La tipologia e la numerosità delle figure professionali coinvolte nell'erogazione dell'ADI variano estremamente tra le diverse aziende sanitarie oggetto dell'indagine: le differenze demografiche, il numero di distretti presenti nell'ASL, le scelte fatte a monte sul modello di ADI da offrire e l'intervento di erogatori terzi spiegano solo in parte tale eterogeneità.

E' stato chiesto ai responsabili ADI intervistati di riportare il numero di professionisti coinvolti nell'erogazione dell'ADI. Al fine di fornire una rappresentazione numerica della forza lavoro, parzialmente confrontabile tra le varie realtà, la tabella 5 riporta il rapporto tra il numero di prese in carico e il numero di professionisti coinvolti nel corso dell'anno 2016.

L'indicatore in questione, di per sé non esaustivo, va letto in associazione a quelli riportati in tabella 4. Esso riflette la propensione di alcuni modelli organizzativi ad erogare una maggior quantità di trattamenti riabilitativi o quella di altri a incentrare l'attività su interventi di tipo infermieristico.

Ad esempio, dall'analisi dei dati riportati dalla ASP di Potenza emerge che, per l'anno 2016, ogni fisioterapista ha avuto in cura una media di 58 casi. Al contrario, il divario tra fisioterapisti e casi trattati risulta essere molto più ampio nel caso della ASL di Torino 5, dove per il 2016 è stato riportato un rapporto tra fisioterapisti e casi trattati pari a 1:1795. Similmente, vi sono casi in cui il rapporto

Tabella 5. Numero di casi trattati per ciascuna figura professionale nel 2016

	 CASI/ Medico	 CASI/ Infermiere	 CASI/ Fisioterapista
Alto Adige	-	-	-
Marca Trevigiana	51	298	-
Torino 5	24	125	1.795
Milano	-	-	-
Brianza	-	-	-
Reggio Emilia	8	29	-
Umbria 1	20	17	738
Roma 1	14	57	165
Salerno	-	-	-
Brindisi	42	350	490
Potenza	65	35	58
Catania	14	70	207

Il rapporto tra il numero dei casi trattati e il numero di medici tiene conto dei medici preposti all'ADI più i MMG operanti nell'azienda sanitaria d'interesse.

tra numero di infermieri e casi trattati risulta essere estremamente basso, come nel caso della USL Umbria 1 (rapporto di 1:17) o realtà in cui il divario cresce, come nel caso della ASL di Brindisi (rapporto di 1:350).

É d'obbligo far notare come l'interpretazione di questo indicatore presenti numerosi limiti, tra i quali il fatto che:

- brevi ma ripetuti episodi di presa in carico possono far apparire il divario tra numero di professionisti e casi trattati più ampio del reale;
- la complessità assistenziale presentata dal paziente è in grado di spostare considerevolmente la richiesta assistenziale verso un intervento di tipo medico/infermieristico, riabilitativo, o al contrario di tipo palliativo, incidendo sull'utilizzo delle risorse a disposizione;
- le attività di supporto sociale, prettamente ga-

rantite dai Comuni, non vengono prese in considerazione nel presente report, come conseguenza rimane inesplorato l'impatto sui risultati del bisogno di carattere sociale e dei relativi interventi.

L'assistenza domiciliare prestata dal personale medico merita un focus a parte. Considerando che per definizione ad ogni presa in carico corrisponde un MMG, che ne rappresenta il responsabile, risulta difficile analizzare a fondo il rapporto numerico tra medici e casi trattati. I numeri riportati in tabella 5 fanno riferimento alla somma dei MMG e di altri medici, specialisti e non preposti all'ADI, operanti nel territorio delle ASL di riferimento. Se restringessimo l'analisi ai soli medici (non MMG) dedicati all'ADI, includendo sia i dipendenti del distretto che quelli dipendenti degli enti gestori, essi si ridurrebbero a poche unità per ASL, ad esempio: sedici nel caso dell'ASL Umbria 1, cinque nelle ASP di Potenza e Catania e due nell'ASL di Torino 5. Nella maggior parte dei casi si tratta di figure dedicate quali medici palliativisti. Assolutamente carenti risultano invece i geriatri preposti all'erogazione di cure domiciliari. Si ritiene tuttavia che i dati inerenti la numerosità dei medici rappresentino delle stime al ribasso rispetto alla situazione reale. Risulta infatti arduo quantificare l'effettivo numero di medici operanti sul territorio, essendo molti di essi gli stessi che esercitano attività ambulatoriali presso lo stesso distretto.

Altre figure professionali quali operatori socio-sanitari (OSS), logopedisti e terapisti occupazionali figurano sporadicamente tra l'organico delle ASL o degli enti gestori. Laddove presenti, si tratta nella maggior parte dei casi di numeri esigui, con la più ampia variabilità registrata nel numero degli OSS la cui gestione, in alcuni casi, spetta totalmente ai Comuni. Nell'impossibilità di offrire un quadro univoco riguardo la disponibilità e la gestione degli OSS sul territorio, in questa sede si soprassedie dall'approfondire l'argomento.

La tabella 6 riporta il numero di accessi e di ore di ADI erogati per ogni caso, nel corso del 2016. Il numero

di accessi erogati va da un minimo di 10 per caso nella ASL di Marca Trevigiana ad un massimo di 77 per caso nella ASP di Potenza. Le ore di assistenza per caso trattato variano invece da un minimo di 9 nel caso della ASL di Torino 5 ad un massimo di 42 nel caso di Potenza. Sul totale degli accessi per caso, la maggior parte è costantemente rappresentata da interventi di tipo infermieristico (47-84%), seguiti da quelli fisioterapici (4-33%) ed infine da quelli medici (2-24%). Similmente, rispetto al totale delle ore per caso, la maggior parte è rappresentata da interventi di tipo infermieristico (35-82%), seguiti da quelli fisioterapici (5-38%) ed infine da quelli medici (8-20%). In generale, la stima delle ore per caso erogate da personale medico presenta il più elevato numero di dati mancanti, principalmente per la difficoltà di contabilizzare l'attività dei medici dipendenti dalle aziende sanitarie.

Anche nel caso di questi indicatori, è necessaria una certa cautela nell'interpretazione dei risultati, in quanto il numero di accessi e il numero di ore per caso possono dipendere da molti fattori quali: la durata della presa in carico, la quantità di risorse a disposizione dell'azienda sanitaria e la complessità dei pazienti trattati. La routinaria raccolta di informazioni inerenti le condizioni cliniche e funzionali dei pazienti potrebbe essere utile nel chiarire le ragioni sottostanti tali discrepanze.

La valutazione multidimensionale

La prima valutazione della persona per cui è stata richiesta l'attivazione dell'ADI e quelle in itinere si basano su una valutazione multidimensionale e interdisciplinare che viene eseguita dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) preposta dal distretto. Nelle aziende sanitarie coinvolte nell'indagine l'UVM è solitamente composta da un medico, un infermiere e un fisioterapista. Più raramente l'assistente sociale, della stessa ASL o del Comune di residenza dell'assistito, prende parte alla valutazione. A seconda di quanto esplicitato nella richiesta di ADI, specifiche figure professionali possono essere coinvolte nella valutazione, come

Tabella 6. Numero medio di accessi e di ore erogate nel 2016 e loro distribuzione tra le diverse figure professionali

	ACCESSI/ caso 	ORE/ caso 	MEDICI		INFERMIERI		FISIOTERAPISTI		ALTRI	
			Accessi (%)	Ore (%)	Accessi (%)	Ore (%)	Accessi (%)	Ore (%)	Accessi (%)	Ore (%)
Alto Adige	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
M. Trevigiana	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Torino 5	15	9	24	20	67	54	4	5	5	21
Milano	41	23	2	3	79	70	14	18	5	9
Brianza	25	14	4	5	77	67	14	20	5	8
R. Emilia	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Umbria 1	26	16	17	-	84	82	-	-	-	-
Roma 1	32	-	10	-	70	-	17	-	3	-
Salerno	37	30	21	26	62	48	16	13	1	13
Brindisi	21	13	12	-	47	35	33	38	8	-
Potenza	77	42	4	6	80	64	15	29	1	1
Catania	31	18	11	8	51	51	25	32	13	9

N.B.: Il numero di accessi della ASL di Reggio Emilia non comprende quelli effettuati dai medici palliativisti. Il numero di accessi e di ore della ASP di Potenza non comprende quelli erogati direttamente dal distretto.

ad esempio medici palliativisti, geriatri e logopedisti. Sulla base della valutazione multidimensionale verrà poi stilato un PAI da parte del distretto o, come talvolta accade in Lombardia, dall'ente gestore scelto dal cittadino.

In tutte le aziende sanitarie coinvolte, ad eccezione della ASL dell'Alto Adige, la valutazione del bisogno assistenziale avviene tramite strumenti di valutazione multidimensionale. Si tratta di scale validate che vengono solitamente somministrate da uno o più componenti dell'UVM. Nella maggior parte dei casi si tratta di strumenti di valutazione multidimensionale di prima e seconda generazione, ovvero che riuniscono più strumenti di valutazione monodimensionale in un'unica batteria, ma che

comunque rimangono "setting-specifici" (ad es. Barthel, SVaMA, BINA). In cinque casi, nella fattispecie nelle aziende sanitarie di Roma, Perugia, Milano, Brianza e Potenza, viene invece impiegato lo strumento di valutazione multidimensionale di terza generazione InterRAI Home Care (InterRAI-HC). Esso ha la caratteristica di fornire una valutazione validata dello stato clinico, funzionale e sociale dell'assistito e quindi del tutto confrontabile con quella eseguita in altri setting assistenziali con strumenti germani, facilitando la transizione della persona dall'ospedale al domicilio.

Al di là della valutazione multidimensionale eseguita dall'UVM, che in qualche modo standardizza la misura del bisogno, sebbene limitatamente alla

ASL/Regione in questione, viene costantemente riportata dagli intervistati la mancanza di strumenti standardizzati sul versante sociale. Quando la segnalazione del caso viene effettuata dal Comune, infatti, si riscontra l'assenza di strumenti e scale valide che garantiscano un facile raccordo con l'attività dei distretti, generando ritardi e potenzialmente disequità.

A tal riguardo, maggiori sforzi dovrebbero essere messi in campo per omogeneizzare la valutazione dei bisogni socio-sanitari tra i vari attori preendenti parte al processo.

L'informatizzazione e la tecnoassistenza

L'utilizzo delle tecnologie, come ampiamente dimostrato in molti ambiti, è in grado di snellire i processi, facilitare la raccolta dei dati e, nella fattispecie dell'assistenza ai malati, garantire standard più elevati di qualità ed efficienza delle cure. Tuttavia, nell'ambito dell'ADI, raramente la tecnologia raggiunge il domicilio dell'assistito.

Come già detto nel presente report, il SIAD, il Sistema di Informatizzazione dell'Assistenza Domiciliare, impone la raccolta e la trasmissione al Ministero della Salute dei dati relativi alle caratteristiche demografiche e cliniche degli assistiti e ai servizi loro erogati in regime di ADI. In generale, le modalità di raccolta di tali informazioni e il livello di maturazione e di dettaglio dei sistemi informativi variano a seconda della realtà esaminata. In una minoranza dei casi la registrazione delle attività avviene in tempo reale al domicilio, tramite l'utilizzo di devices collegati in rete e con la possibilità di ottenere una validazione dell'accesso da parte dell'assistito. In altri casi la registrazione è postuma rispetto all'accesso e viene effettuata in centrale operativa. Eccezionalmente, come nel caso della ASL dell'Alto Adige, si registra l'assenza di un sistema informativo condiviso dai vari distretti. Un processo di adeguamento risulta tuttavia essere in corso.

Per quanto concerne la cartella clinica, essa è nella maggior parte dei casi esclusivamente cartacea. Raramente viene riferita la compilazione, totale o

parziale, di una cartella clinica digitale, come nel caso della ASL Umbria 1. Un processo di digitalizzazione della cartella clinica sta comunque interessando le diverse aziende sanitarie coinvolte. Ritardi nella digitalizzazione dei documenti clinici vengono talvolta attribuiti a normative che impongono la presenza di informazioni su supporto cartaceo al domicilio dell'assistito.

Rari risultano i casi di utilizzo di tecnoassistenza nel processo di cura al domicilio. Nella maggior parte dei casi si tratta di iniziative sperimentali, che coinvolgono una minoranza dei presidi territoriali e per i quali non si conoscono ancora gli esiti. Nell'ambito di tali sperimentazioni, il telemonitoraggio di parametri clinici quali glicemia, pressione arteriosa e frequenza cardiaca rappresenta la più frequente modalità di tecnoassistenza. Totalmente assente risulta invece l'utilizzo della domotica per l'assistenza domiciliare dei soggetti disabili.

I costi dell'ADI

I costi di erogazione dell'ADI variano tra le diverse realtà coinvolte. Al di là delle ovvie differenze derivanti dalla tipologia degli assistiti, l'eterogeneità nei modelli organizzativi ed assistenziali contribuisce a generare ulteriore variabilità rendendo arduo il confronto degli indicatori. Un'importante differenza riguarda la modalità di rendicontazione e rimborso dei servizi erogati. Nella maggior parte dei casi i costi vengono calcolati sulla base del numero di prestazioni, di giornate di presa in carico o di accessi. Più raramente la rendicontazione si basa sul numero di ore di assistenza erogate o sulla fascia di intensità assistenziale. La commistura di erogatori pubblici e privati, profit e no profit, fa sì che nell'ambito della stessa azienda sanitaria l'attività venga rendicontata secondo modalità differenti.

Vi sono poi voci di spesa che in alcuni casi risultano difficile attribuire univocamente all'ADI. Si pensi ad esempio ai servizi di protesica o agli ausili che possono essere destinati sia all'ADI che alle attività ambulatoriali, la cui rendicontazione risulta talvolta indistinguibile nei bilanci del distretto. Similmente,

farmaci ed altri presidi possono incidere in maniera differente nella spesa dell'ADI a seconda di quanto previsto dai regolamenti regionali.

Nella figura 4 viene indicato il costo medio per caso trattato durante il corso del 2016 nelle otto aziende sanitarie per cui è stato possibile reperire il dato al momento dell'indagine. Al fine di incrementare la confrontabilità, viene riportato il costo medio al netto della spesa farmaceutica. La spesa per caso trattato va da un minimo di 761 euro nella ASL Tori-

no 5 ad un massimo di 1157 euro nella ASP di Potenza, con un costo medio per caso trattato pari a 911 euro. La figura 5 mostra il rapporto tra il costo per caso trattato, il CIA e la durata media della presa in carico nelle sette aziende sanitarie per cui i dati erano disponibili. Spiccano i costi per caso trattato riportati dalla ASP di Potenza (1157 euro/caso) e dalla USL di Umbria 1 (1132 euro/caso). Non a caso, si tratta delle due aziende per le quali si registrano i valori di CIA (rispettivamente 0.29 e 0.23) e di dura-

Figura 4. Costo medio per caso trattato nel 2016

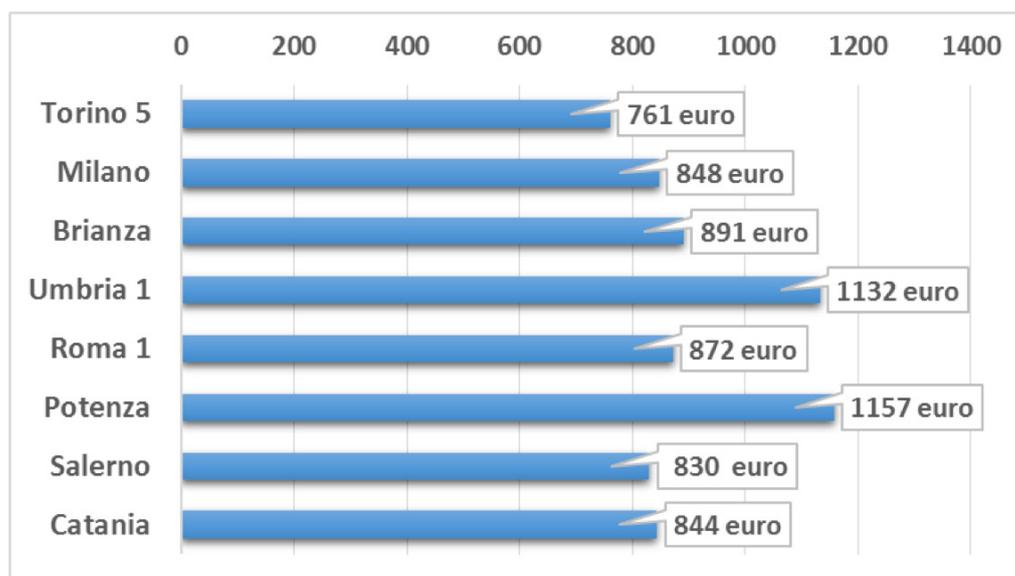
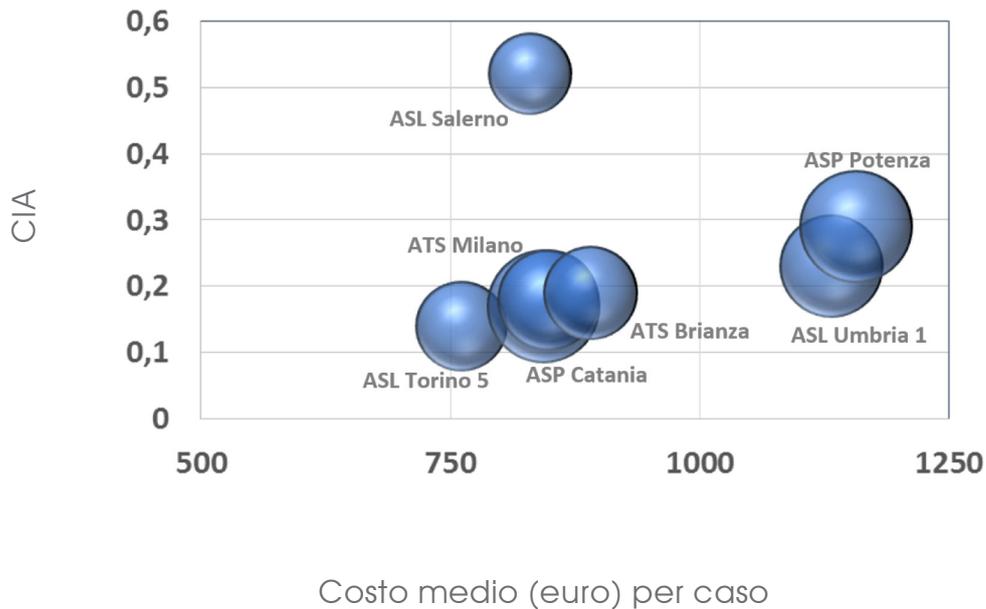


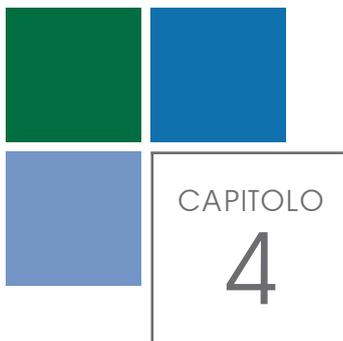
Figura 5. Relazione tra costo medio della presa in carico (ascisse), CIA (ordinate) e durata media della presa in carico per caso trattato (volume delle sfere)



ta media della presa in carico (rispettivamente 123 e 148 giorni) maggiori. Un caso a parte è rappresentato dalla ASL di Salerno dove a parità di costi, ad esempio rispetto alle ATS lombarde, viene riferita un'intensità del carico assistenziale considerevole (CIA 0.52) ma allo stesso tempo la più breve durata media di presa in carico (79 giorni), ad indicare una erogazione di servizi a basso costo ma più frequenti nel corso della presa in carico.

Questi dati offrono uno spunto di riflessione circa la reale efficacia del CIA nel catturare l'ampia variabilità del carico assistenziale dell'ADI. La computazione di un indice basato sul mero numero di giorni di effettiva assistenza non fornisce alcuna

informazione sulla tipologia dei servizi erogati. In tal senso, la valutazione multidimensionale eseguita con determinati strumenti viene incontro a tali esigenze. Ad esempio, l'InterRAI Home Care, già in utilizzo in alcune Regioni italiane, attraverso i Resource Utilization Groups (RUG) consente di classificare gli assistiti in ventitre gruppi omogenei basati sul livello di utilizzo delle risorse. In questo caso, non solo informazioni cliniche ma anche informazioni relative alla funzione e all'autonomia vengono tenute in considerazione, offrendo un quadro completo delle condizioni del ricevente ADI.



CAPITOLO

4

DISCUSSIONE E PROSPETTIVE FUTURE

Certo la scelta del titolo non è casuale, perché il resoconto dell'indagine di campo sull'ADI, realizzata da Italia Longeva grazie alla disponibilità di 12 ASL distribuite sul territorio nazionale, restituisce una immagine dominata dalla estrema variabilità del servizio offerto ai cittadini. E' evidente che la concreta attuazione dell'ADI, le cui caratteristiche appaiono pur ben delineate nei diversi provvedimenti legislativi e negli atti di programmazione sanitaria che si sono susseguiti nel tempo, fino all'ultimo DPCM del gennaio 2017, risente della marcata articolazione dei Servizi Sanitari Regionali presente nel nostro Paese.

Ma la variabilità descritta dai dati e dalle interviste si spinge ad un livello ancora più estremo, con differenze significative tra ASL di una unica Regione e anche a livello distrettuale, tanto è vero che anche all'interno di una stessa ASL sono state descritte fino a tre diverse modalità gestionali e di erogazione.

A livello metodologico, questa situazione non solo non ha consentito di attribuire gli assetti descritti nella ASL analizzata alla sua Regione di appartenenza, ma ha rappresentato anche un limite alla comparabilità dei risultati ottenuti tra le stesse ASL che hanno partecipato all'indagine.

In primo luogo, va infatti registrata una diversità anche nella disponibilità dei dati, sia descrittivi del servizio che dell'utenza, e anche in questo caso si sono registrate una pluralità di circostanze: a fronte dei casi in cui l'assenza di informatizzazione rende difficile tout court il reperimento dei dati ai casi in cui modifiche organizzative (ad esempio accorpamenti di ASL diverse in una unica) hanno determinato l'indisponibilità dei dati necessari, fino alle diverse scelte di allocazione dei servizi che non rendono reperibili tutti i dati all'interno di un unico flusso informativo.

Questo contribuisce a spiegare l'ampia variabilità riscontrata tra gli indicatori utilizzati, che non sempre restituisce in modo puntuale la diversa gamma delle prestazioni erogate o del personale coinvolto. Certo, alcune macro differenziazioni nelle scelte organizzative e gestionali meritano una particolare attenzione e andrebbero valutate anche tenendo conto del gradimento dei pazienti. Infatti, a fronte della generalizzata differenziazione dei ruoli dei due principali enti (ASL e Comuni) chiamati a garantire (anche in questo caso in forme abbastanza differenziate) l'integrazione tra servizi sanitari e socio-assistenziali e della costante centralizzazione in capo alle aziende sanitarie (in qualche caso con la partecipazione del Comune) della programmazione, la valutazione e il controllo delle attività, sono emersi almeno tre diversi modelli di erogazione dei servizi:

- una gestione (minoritaria) totalmente in capo ai soggetti pubblici che erogano le prestazioni programmate;
- una gestione (più comune) in cui l'erogazione delle attività è garantita da enti gestori privati, più frequentemente cooperative, che partecipano ad una gara ed ottengono un incarico dall'ente pubblico (sia ASL che Comune);
- una gestione (presente solo in due casi) in capo a soggetti privati che sono scelti tra una gamma di soggetti accreditati dagli stessi pazienti attraverso l'utilizzo di un voucher. Peraltro è questo l'unico caso in cui il PAI può essere stilato dall'ente gestore stesso sulla base dei bisogni individuati dall'azienda sanitaria mentre è prassi più comune che gli enti gestori recepiscano il PAI formulato dal distretto sanitario erogando le prestazioni previste.

Anche l'aspetto dell'integrazione socio-sanitaria, che pure dovrebbe rappresentare un elemento qualificante del servizio, appare variegato e

soprattutto sono meno frequenti nel nostro campione i casi in cui i responsabili intervistati riferiscono di una integrazione reale, testimoniata da momenti di raccordo strutturati tra i due enti a livello di programmazione, valutazione del bisogno ed attivazione del servizio. È più frequente che ASL e Comuni si muovano in modo autonomo, rispondendo in modo separato ai bisogni sanitari e a quelli sociali degli assistiti.

Può inoltre capitare che siano scelte individuali e buona volontà di operatori specifici a garantire la dimensione integrata dei servizi. A questo proposito, è infatti emersa una difficoltà ricorrente legata alla asimmetria tra ASL e Comuni: le ASL rappresentano realtà più strutturate mentre i Comuni hanno una forte differenziazione anche in termini di dimensioni e quindi di disponibilità di risorse. Così, l'attivazione della parte sociale è spesso ritardata, ci sono difficoltà di coordinamento e non di rado può risultare limitata in termini di ore e di attività. Inoltre va ricordato che, a fronte di una parte sanitaria sempre gratuita, la parte sociale può essere soggetta a compartecipazione dell'utente, il che rappresenta un ulteriore deterrente, stavolta dal punto di vista di quest'ultimo, ad una reale integrazione tra le attività garantite dai due enti. Un'altra costante (ma anche in questo caso troviamo una eccezione) è una valutazione del bisogno assistenziale che appare essenzialmente caratterizzato dalla dimensione sanitaria. Per essa vengono utilizzati appositi strumenti di valutazione multidimensionale e, anche se l'Unità di Valutazione Multidimensionale può essere composta da molteplici figure professionali, sono quasi sempre un medico, un infermiere e un fisioterapista ad essere presenti. Talvolta essi vengono affiancati dall'assistente sociale o da altri professionisti che possono esser chiamati in causa dopo una prima valutazione.

Anche la stesura del PAI, se si escludono alcuni casi che riguardano le ATS lombarde, è appannaggio del distretto mentre l'eventuale ente gestore è chiamato ad applicarlo sotto la supervisione

pubblica.

In tutte le ASL considerate, in linea con i dati ufficiali relativi all'ADI in Italia, si registra la prevalenza di utenti anziani: l'età media degli assistiti è compresa tra 75 ed 80 anni e la percentuale di ultrasessantacinquenni tra i casi trattati va da un minimo del 64% ad un massimo del 91%, mentre l'altro impegno significativo riguarda la gestione di casi di soggetti affetti da malattie in fase terminale (oncologiche e non) che vanno dal 6% al 34%.

Per quel che riguarda le prestazioni, possono essere fatte due considerazioni:

- da un lato, la valutazione del carico assistenziale medio di chi riceve il servizio, misurato attraverso il coefficiente di intensità assistenziale (CIA), mette in luce una situazione differenziata (i valori di CIA oscillano dallo 0,14 allo 0,52), che si evidenzia anche nella estrema variabilità delle ore medie di assistenza per caso trattato (da 9 a 42);
- dall'altro, la gamma delle prestazioni appare abbastanza standardizzata e vede generalmente prevalere gli interventi infermieristici seguiti dai trattamenti riabilitativi, mentre nel complesso sono meno frequenti le prestazioni mediche. Sulle prestazioni di tipo sociale non sono stati forniti dati, anche se nelle interviste si citano interventi di aiuto domestico, preparazione dei pasti, igiene della persona (questi ultimi talvolta appannaggio degli OSS).

Il tentativo di scendere nel dettaglio di modelli organizzativi e prestazioni che caratterizzano l'ADI ha dunque restituito un quadro molto articolato, con livelli di piena soddisfazione dichiarata per la qualità del servizio offerto da parte dei responsabili del servizio intervistati che si limitano a pochi casi.

Tuttavia, nel loro racconto, anche quando vengono sottolineati i limiti e le difficoltà del servizio, emerge in ogni caso l'attribuzione di valore ad una tipologia di intervento che si configura come strategico per la sua capacità di risposta ai bisogni sanitari e socio-sanitari a casa della persona con problemi di autosufficienza, in quello che è il suo ambito di vita. Il quadro emerso, tuttavia, mostra ancora i segni

della presenza di una evidente asimmetria tra domanda e offerta di assistenza, tra composizione dei servizi sanitari e socio-sanitari e domanda sul territorio, tra esigenze di pazienti, che al momento possono contare soprattutto su una forte risposta autogestita da parte delle famiglie, e capacità di supporto reale che un servizio, sulla carta fondamentale, come l'ADI è in grado davvero di garantire.

Inoltre, è risultato evidente tutto il peso di una diversa capacità di risposta tra aree del Paese e delle iniquità di fatto che ciò comporta a livello della condizione dei pazienti e di chi se ne prende cura.

Di fatto, il necessario e proclamato viraggio dell'assetto dei servizi di cura e di assistenza verso il territorio ed il domicilio stenta a prendere piede e l'assetto attuale del sistema appare ancora poco pronto a dare risposte efficaci alle patologie croniche e degenerative ed alla domanda molto intensa di assistenza sul territorio che esse portano con sé.

Ma in tutte le esperienze analizzate è evidente il potenziale del servizio ed in molte sono già evidenti le ampie possibilità di risposta che questo tipo di servizio può fornire alle ingenti esigenze assistenziali di un Paese che invecchia ad un ritmo accelerato come il nostro.



NOTE METODOLOGICHE

La presente indagine è stata condotta coinvolgendo 12 Aziende Sanitarie presenti in 11 Regioni italiane, con distribuzione bilanciata tra Nord e Centro-Sud, che offrono servizi territoriali a 10.5 milioni di persone, pari a un quinto della popolazione italiana. L'indagine consta di due principali componenti: un'estensiva revisione della letteratura grigia disponibile prodotta negli anni in tema di ADI e sua relativa normativa (capitolo 2); l'analisi di 12 casi studio individuati sul territorio (capitolo 3).

Un responsabile ADI per ogni ente coinvolto è stato invitato a compilare un questionario ed a rispondere ad un'intervista strutturata condotta dagli autori del presente report. Attraverso lo svolgimento delle interviste è stato possibile derivare informazioni circa: l'evoluzione nel tempo delle cure domiciliari, la struttura amministrativa del servizio nelle aziende sanitarie di interesse, le modalità di erogazione dei servizi e il livello e il funzionamento dell'integrazione socio-sanitaria tra Comuni e distretti. Attraverso le 32 domande presenti nel questionario sono state raccolte informazioni circa: la tipologia di enti gestori coinvolti, la tipologia di servizi offerti, la distribuzione dell'attività tra ambito pubblico e privato, il profilo professionale delle aziende sanitarie e degli enti gestori, la tipologia degli assistiti, i volumi di attività erogata nell'anno legale 2016 e i dati relativi alla spesa.

Il Ministero della Salute fornisce un puntuale elenco di prestazioni erogabili, suddivise per isolivelli di intensità assistenziale, che raggiungono il numero di centodieci nel caso di cure domiciliari integrate di terzo livello e cure domiciliari palliative fornite ai malati terminali. Si tratta di prestazioni relative ad attività di tipo valutativo/diagnostico, attività educative e relazionali ed attività terapeutico-riabilitative.

Di seguito si riportano le trentuno attività ritenute con la maggiore valenza clinico-assistenziale, che sono state selezionate e sono divenute oggetto di approfondimento nell'ambito della presente indagine.

PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO VALUTATIVO DIAGNOSTICO: 1. Redazione del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI); 2. Valutazione Multidimensionale (VMD); 3. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali); 4. Visita programmata di controllo (esame obiettivo + rilevazione parametri vitali + monitoraggio segni e sintomi); 5. Visita in urgenza; 6. Prelievo ematico; 7. Elettrocardiogramma (ECG); 8. Consulenze specialistiche.

PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' EDUCATIVO/RELAZIONALE/AMBIENTALE: 9. Igiene a persone allettate o con lesioni cutanee, bagno assistito; 10. Supporto psicologico per il paziente e la famiglia; 11. Educazione sanitaria all'utilizzo dell'ossigenoterapia.

PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO TERAPEUTICO: 12. Gestione catererismo venoso centrale/ sist. Port-a-cath; 13. Emotrasfusione; 14. Impostazione dialisi peritoneale; 15. Paracentesi/Toracentesi; 16. Gestione tracheostomia; 17. Impostazione ventilazione meccanica domiciliare; 18. Formulazione dieta personalizzata; 19. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale; 20. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale; 21. Gestione sondino naso-gastrico; 22. Gestione PEG; 23. Gestione Enterostomie; 24. Gestione alvo; 25. Gestione cateterismo vescicale; 26. Terapia iniettiva infusione; 27. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post-chirurgiche, post-attiniche, ecc.); 28. Trattamento di rieducazione motoria (paziente neurologico, ortopedico, amputato, ecc.); 29. Rieducazione respiratoria; 30. Rieducazione del linguaggio; 31. Recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane.

I dati raccolti sono stati elaborati al fine di costruire indicatori validi e il più possibile confrontabili in grado di fornire un quadro d'insieme dello stato dell'arte dell'ADI nelle realtà di interesse.

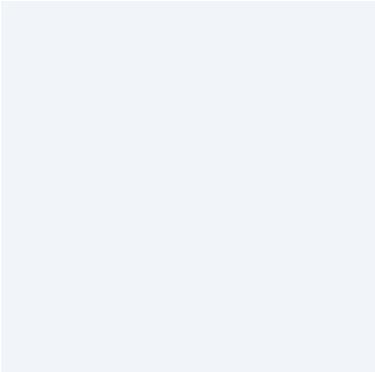
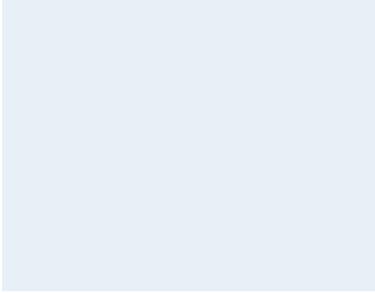
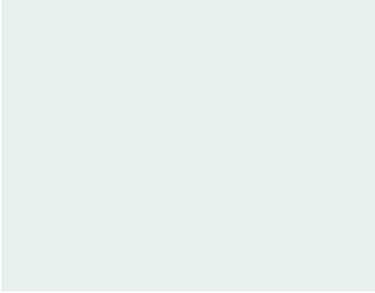


NOTE BIBLIOGRAFICHE

1. World Factbook 2016
2. ISTAT 2017. Il futuro demografico del paese
3. ISTAT 2017. Rapporto annuale
4. ISTAT 2015. Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi
5. Gruppo di Lavoro Primary Health Care della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica. Governare l'Assistenza Primaria-Manuale per operatori di Sanità Pubblica. 2016. Pearson Italia
6. DPCM del 29 novembre 2001 - Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza
7. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. "Un patto di solidarietà per la salute"
8. D.P.C.M. 14 febbraio 2001 - Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie
9. DPCM 12 del 12 gennaio 2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502
10. DPCM 12 del 12 gennaio 2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502
11. D.P.C.M. 14 febbraio 2001 - Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie
12. Osservatorio Nazionale Sulla Salute nelle Regioni Italiane. Assistenza territoriale. Rapporto Osservasalute 2016; 2016: 347-52
13. Mattoni del SSN. Mattone 13. Assistenza Primaria e Prestazioni Domiciliari 2005
14. Pesaresi Franco. Le cure domiciliari per anziani in Italia. Prospettive Sociali e Sanitarie, 2007; 15
15. CREA Sanità - Università Tor Vergata: XI rapporto Sanità-L'Universalismo diseguale. 2015
16. Decreto del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 17 dicembre 2008. Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare. GU n.6 del 9 gennaio 2009

Bibliografia inerente i riferimenti normativi riportati nel capitolo 2 (box)

- Legge 23 dicembre 1978, n. 833. "Istituzione del servizio sanitario nazionale". Supplemento Ordinario alla GU n. 360 del 28-12-1978
- Progetto Obiettivo "Tutela Della Salute degli Anziani 1991-1995". approvato il 30/01/1992
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421". Supplemento Ordinario alla G.U. 30 dicembre 1992, n. 305
- Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. "Un patto di solidarietà per la salute"
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419. Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999 - Supplemento Ordinario n. 132
- DPR 28 luglio 2000, n. 270. "Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale". Gazzetta Ufficiale n. 230 del 02-10-2000
- Legge n. 328 dell'8 novembre 2000. Legge-quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13 novembre 2000 - Supplemento ordinario n. 186
- Decreto del presidente del consiglio dei ministri 14 febbraio 2001. Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie. G.U. Serie Generale, n. 129 del 06 giugno 2001
- Decreto del presidente del consiglio dei ministri 29 novembre 2001. Definizione dei livelli essenziali di assistenza. G.U. Serie Generale , n. 33 del 08 febbraio 2002
- Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2001-2003. "Dalla Sanità alla Salute"
- Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005.
- Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.
- 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
- Decreto del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 17 dicembre 2008. Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare. GU n.6 del 9 gennaio 2009
- DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. GU n.65 del 18 marzo 2017



Ringraziamenti

RESPONSABILI DELLE AZIENDE SANITARIE COINVOLTE

Bruno Atorino, ASL Salerno

Teresa Bevivino, ASL Torino 5

Giovanni Battista Bochicchio, ASP Potenza

Silvano Casazza, ATS Milano

Gianvito Corona, ASP Potenza

Pietro Paolo Faronato, ULSS 2 Marca Trevigiana

Antonella Gemma, ASL Roma 1

Vincenza Iannone, ATS Brianza

Manuela Pioppo, ASL Umbria 1

Sonia Romani, ASL Reggio Emilia

Rosa Rosato, ASL Brindisi

Marianna Siller, ASL Alto Adige

Giuseppe Squillaci, ASP Catania

DIREZIONE GENERALE DELLA DIGITALIZZAZIONE, DEL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO E DELLA STATISTICA DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Massimo Casciello, Direttore Generale

Lidia Di Minco, Direttore Sistema Informativo
Sanitario Nazionale



Cooperativa Sociale, opera nel settore del welfare dal 1999. Con oltre 1700 lavoratori (dei quali 1100 sono soci lavoratori), Auxilium è oggi una delle aziende leader nel suo settore e offre servizi assistenziali per persone che vivono un disagio fisico, psichico e sociale.

Residenze Sanitarie Assistenziali, Assistenza Domiciliare Integrata, Servizi Socio Assistenziali ed Educativi, Centri per Minori, Residenzialità, Immigrazione e Asilo sono i principali settori nei quali opera Auxilium con umanità, passione e professionalità. Auxilium collabora con Università, Centri di Ricerca ed operatori tra i più avanzati, come il Gruppo ospedaliero San Donato e la Fondazione Don Carlo Gnocchi.

L'Assistenza Domiciliare Integrata, elemento strategico nell'orizzonte del Long-Term Care, è uno

dei settori più importanti dell'attività di Auxilium, la quale gestisce il servizio ADI nell'intera Regione Basilicata, fornendo con il suo staff altamente qualificato e accreditato un servizio ispirato ai modelli più avanzati di Person-focused care. Partendo dall'attenzione alla persona, Auxilium assiste e cura migliaia di malati, anziani e disabili non autosufficienti presso la loro casa, creando benessere al paziente, supportando le famiglie, rendendo sostenibile la spesa sanitaria pubblica. Solidarietà, qualità del servizio, centralità dell'utente, territorialità, lavoro di rete e quotidiana aspirazione all'eccellenza sono i valori storici che da sempre contraddistinguono l'attività della Cooperativa.

www.coopauxilium.it



Medicasa Italia, nata nel 1993, è specializzata nella progettazione ed erogazione di Cure Domiciliari e collabora con le ASL italiane principalmente per i servizi di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata); fa parte del Gruppo Air Liquide e insieme a VitalAire Italia costituisce la Business Unit Home Healthcare.

Medicasa è presente su tutto il territorio nazionale e si avvale di infermieri, medici specialisti, fisioterapisti, logopedisti, psicologi ecc. per offrire, oltre all'ADI, un'ampia gamma di servizi al domicilio: Assistenza Respiratoria, Supporto alla Nutrizione Artificiale, Ospedalizzazione Domiciliare e Programmi educazionali infermieristici di supporto alle terapie (Patient Support Program).

Prima società homecare ad offrire il servizio Post Acuti al domicilio. Questo servizio, iniziato in Lombardia con una sperimentazione avviata con Dgr 3239/12, è durato fino al 31 Dicembre 2016, riscontrando un importante apprezzamento sia da parte delle

Strutture Ospedaliere, sia e soprattutto da parte dei pazienti e delle famiglie che hanno aderito al progetto. L'Assistenza Post Acuta è attualmente un nuovo profilo ADI definito dalla Dgr n. X/5954 del Dicembre 2016 che risponde alle necessità di "assicurare un migliore accompagnamento del paziente 'complesso' nel rientro al domicilio, attraverso la continuità della presa in carico".

Medicasa Italia è certificata UNI EN ISO 9001:2008. Nel 2016, grazie alla collaborazione di oltre 1.500 operatori sanitari, eroga all'anno più di un milione di visite a domicilio a circa 30.000 assistiti, in sicurezza ed affidabilità, garantendo la continuità assistenziale dall'ospedale al proprio domicilio.

www.medicasa.it



Mediolanum Farmaceutici è un gruppo farmaceutico italiano di respiro internazionale fondato a Milano nel 1972 da Rinaldo Del Bono. Si occupa di ricerca, sperimentazione, produzione e distribuzione di farmaci in numerose aree terapeutiche tra cui cardiovascolare, osteoporosi e diabete.

La ricerca e lo sviluppo di prodotti originali e innovativi rappresenta una parte fondante dell'attività del Gruppo che negli anni ha ottenuto oltre 700 brevetti per più di 40 nazioni. Ha interamente sviluppato 4 prodotti tra cui il Mesoglicano, un farmaco ad attività anticoagulante ed antiaggregante, indicato per la prevenzione e la terapia di diverse patologie. Grazie a una tecnologia innovativa, la molecola sviluppata da Mediolanum è inoltre impiegata, sotto forma di biofilm, per la cura delle ulcere cutanee di difficile guarigione.

Il Gruppo ha un organico complessivo di 650 persone e un fatturato annuo di circa 200 milioni di euro. Grazie alle recenti partnership e acquisizioni, ha consolidato il proprio impegno anche in ambito pneumologico e oncologico, dove è presente con un farmaco per il trattamento del carcinoma mammario in stadio avanzato distribuito da Istituto Gentili, una delle aziende del Gruppo.

Il gruppo Mediolanum Farmaceutici crede ed è impegnato direttamente nella promozione della cultura della Responsabilità Sociale d'Impresa mirata a fornire un servizio alla collettività, grazie al sostegno ad iniziative e partnership sul territorio nazionale come parte integrante delle proprie attività produttive.

www.mediolanum-farma.it



ITALIA LONGEVA
RETE NAZIONALE DI RICERCA SULL'INVECCHIAMENTO E LA LONGEVITA' ATTIVA



www.italialongeva.it

SI RINGRAZIANO PER IL CONTRIBUTO NON CONDIZIONANTE

