

LE CURE DOMICILIARI IN ITALIA. RIFERIMENTI ORGANIZZATIVI¹

FRANCO PESARESI

DIRIGENTE SERVIZI SOCIALI E SANITARI COMUNE ANCONA, PRESIDENTE
ASSOCIAZIONE NAZ. OPERATORI SOCIALI E SOCIOSANITARI (ANOSS)

Si analizzano le indicazioni nazionali riferite alle cure domiciliari, in particolare si prendono in esame i contenuti di un recente documento del Ministero della salute riguardante la Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio

L'assistenza domiciliare consiste in trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, di aiuto alla persona e governo della casa, prestati al domicilio dell'assistito da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o in stato di riacutizzazione o con esiti delle stesse, per contrastare le forme patologiche, il declino funzionale e migliorare la qualità della vita (Toniolo, Banchero, 2006).

Il generico termine di assistenza a domicilio ricopre un'ampia serie di servizi di assistenza professionale e non professionale, assicurati presso l'utente che può essere un anziano, un disabile, una famiglia con minori o un malato. I servizi domiciliari si distinguono in due grandi categorie:

1. le cure domiciliari (CD) che garantiscono assistenza infermieristica, riabilitativa e medica erogata dalla organizzazione sanitaria preposta. Alcuni considerano in modo autonomo la modalità della ospedalizzazione a domicilio che preferiamo considerare come una variante delle cure domiciliari con la caratteristica della responsabilità assistenziale del personale ospedaliero.

2. Il Servizio di assistenza domiciliare (SAD), mirante ad aiutare l'anziano non autosufficiente o il disabile nelle attività della vita quotidiana. Il SAD viene erogato dai comuni.

LE NORME NAZIONALI SULLE CURE DOMICILIARI

A livello nazionale ci sono pochi punti di riferimento normativi od organizzativi sulle cure domiciliari: i principali sono il Progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani" del 1992 e un recente documento del 2006 della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza

dal titolo "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio".

Il Progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani". Il Progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani" (POA) del 1992 si è occupato di assistenza domiciliare rivolta agli anziani introducendo e codificando una particolare tipologia: l'assistenza domiciliare integrata (ADI). In tale atto l'ADI viene definita come un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socio-assistenziali, rese al domicilio dell'ammalato, nel rispetto di standard minimi di prestazione in forma integrata e secondo piani individuali programmati di assistenza, definiti con la partecipazione delle figure professionali interessate al singolo caso.

Secondo il POA, l'ADI assicura, in forma congiunta, le seguenti prestazioni fondamentali:

- **di tipo sanitario:** assistenza del medico di medicina generale, assistenza specialistica, assistenza infermieristica, assistenza riabilitativa, eventuali prelievi per esami clinici, altre forme assistenziali sanitarie erogabili al domicilio (prestazioni podologiche, sostegno psicologico, ecc.), medicina specialistica;
- **di tipo socio-assistenziale:** aiuto domestico, igiene della persona, eventuale somministrazione di pasti; eventuale servizio di lavanderia, disbrigo di commissioni e collegamento con altri servizi sociali.

Le figure professionali che di norma costituiscono il personale del servizio ADI sono:

- per la componente sanitaria: medico di medicina generale di libera scelta dell'assi-

stito, infermieri professionali, terapisti della riabilitazione, assistenti sanitari (per le funzioni di coordinamento e di collegamento funzionale con altri servizi);

- per la componente socioassistenziale: assistenti domiciliari, assistenti sociali (per le funzioni di coordinamento e di collegamento funzionale con altri servizi);
- figure eventuali, secondo necessità e ad accesso: medici specialisti, psicologo, assistente religioso, podologo, altri (per specifiche esigenze particolari).

Il medico di medicina generale resta il punto di riferimento primario per la copertura sanitaria domiciliare dell'anziano non autosufficiente e a lui competono le decisioni in ordine agli interventi terapeutici a domicilio e l'attuazione del programma consigliato dall'Unità operativa geriatrica e dalla sua componente valutativa.

Gli standard assistenziali minimi tendenziali per assistito che il servizio ADI deve assicurare annualmente sono i seguenti:

- 140 ore di assistenza domiciliare di tipo socio-assistenziale (aiuto domestico, pulizie personali, altre forme di assistenza);
- 100 ore di assistenza infermieristica;
- 50 ore di assistenza riabilitativa;
- 50 accessi del medico di medicina generale;
- 8 consulenze medico-specialistiche o di altri operatori (psicologo);
- altri servizi, secondo il bisogno (assistenza religiosa, podologo).

Il Progetto obiettivo si proponeva di far assistere attraverso l'ADI almeno il 2% degli anziani (POA, 1992), obiettivo poi ripreso dal Piano sanitario nazionale 1994-1996.

L'Ospedalizzazione domiciliare. Oltre alle definizione ed alla promozione dell'ADI, il Progetto obiettivo Anziani del 1992 propone con forza anche l'Ospedalizzazione domiciliare entrando anche nel dettaglio dell'organizzazione di questo servizio, all'epoca assai poco diffuso in Italia.

Nel Progetto Obiettivo, per servizio di ospedalizzazione domiciliare si intende l'effettuazione, nel luogo di vita del malato, dei principali interventi diagnostici e terapeutici normalmente possibili in ospedale, eventualmente integrati, per prestazioni particolari, da una breve presenza in ospedale con accesso

e trasporto facilitati. L'ospedalizzazione domiciliare consiste nel trattenere a casa persone bisognose di ricovero ospedaliero, o nel rinviare precocemente a casa persone ospedalizzate, per un proseguimento di cure al domicilio, sotto la responsabilità assistenziale diretta del presidio ospedaliero, il quale opera tramite proprio personale o con la collaborazione, funzionalmente guidata, del personale dei servizi territoriali.

La condizione necessaria per poter sperimentare l'ospedalizzazione domiciliare è la presenza di familiari al domicilio dei pazienti e l'esistenza di sufficienti garanzie per il mantenimento nell'ambiente domestico dei livelli di cura ospedaliera.

L'obiettivo che veniva posto nel 1992 era quello di trattare in questo modo il 5% di tutti i ricoveri ospedalieri mentre nella prima fase triennale la sperimentazione avrebbe dovuto riguardare 46.000 casi opportunamente selezionati.

L'ospedalizzazione domiciliare si presenta particolarmente utile per un programma di tutela della salute degli anziani, specialmente quando ricorrono le seguenti condizioni:

- malati anziani con riacutizzazione di patologie croniche, dimessi precocemente dopo il primo trattamento, per evitare gli effetti negativi di una prolungata degenza ospedaliera;
- malati con grave compromissione generale per patologie di tipo evolutivo che richiederebbero ricoveri ospedalieri periodici per controlli e trattamenti speciali;
- pazienti che in seguito ad interventi mutilanti (laringectomizzati, colostomizzati, ecc.) richiedono assistenza medica, rieducativa, psicologica, per il reinserimento socio-familiare;
- malati in fase terminale che si trovano in grave disagio fisico e psichico in ambiente ospedaliero.

L'ospedalizzazione domiciliare dovrebbe avere una durata media annua di 40 giorni a paziente, che possono prolungarsi a 60 giorni con eventuali rientri in ospedalizzazione domiciliare per ripetizione di trattamenti.

L'ospedalizzazione domiciliare assicura di regola le seguenti prestazioni:

- due ore di presenza infermieristica giornaliera, distribuite nelle 24 ore secondo le necessità;
- un passaggio giornaliero del medico curante, che può essere, a seconda del modello organizzativo in sperimentazione, o un me-

dico ospedaliero o un medico di medicina generale dei servizi territoriali operante in collegamento funzionale con la divisione ospedaliera;

- il collegamento permanente 24 ore su 24 con l'équipe ospedaliera preposta alla ospedalizzazione domiciliare per situazioni di emergenza necessitanti di intervento urgente;
- la possibilità di consulenze specialistiche specifiche;
- l'educazione sanitaria ai familiari per una migliore assistenza ed un adeguato rapporto con il paziente ospedalizzato a casa (PO anziani 1992).

Altri riferimenti normativi nazionali. Anche il Piano sanitario nazionale 1998-2000 riprende il tema dell'assistenza domiciliare collocando l'ADI all'interno della più ampia attività delle cure domiciliari. Il PSN 1998-2000 conferma che "l'assistenza domiciliare diventa integrata (ADI) quando professionalità diverse, sanitarie e sociali, collaborano per realizzare progetti unitari, cioè mirati sulla diversa natura del bisogno". Importanti indicazioni operative vengono fornite anche dagli accordi collettivi nazionali del 2000 con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta (DPR 270/2000 e DPR 272/2000), nonché con i medici specialisti ambulatoriali (DPR 271/2000). La normativa nazionale prevede poi specifiche indicazioni per l'assistenza domiciliare di particolari categorie di malati. Così le "Linee guida concernenti la prevenzione, la diagnosi e l'assistenza in oncologia" approvate dalla Conferenza Stato-Regioni l'8 marzo 2001 contengono anche specifiche indicazioni sulle cure palliative in ambito domiciliare rivolte ai malati terminali per cancro. In materia di AIDS l'attivazione dell'assistenza sanitaria domiciliare è prevista invece da varie normative (L. 135/1990, DPR 14/9/1991, Progetto obiettivo AIDS DPR 8/3/2000).

TIPOLOGIE DI CURE DOMICILIARI

Sulla base delle normative illustrate nelle righe precedenti, nel corso degli anni, sono state individuate le seguenti tipologie di cure domiciliari caratterizzate dalle diverse prestazioni erogate e da specifiche modalità organizzative:

- "Assistenza domiciliare programmata" (ADP), che consiste nelle prestazioni erogate dal Medico di medicina generale (MMG)

al domicilio di un proprio assistito, previa autorizzazione del servizio sanitario pubblico e secondo un programma ben definito;

- "Assistenza domiciliare integrata" (ADI), che consiste nella integrazione delle prestazioni e degli interventi di natura sanitaria e di natura sociale da erogare in modo coordinato ed unitario secondo il Piano assistenziale individualizzato.
- "Ospedalizzazione domiciliare" (OD), che consiste nell'erogazione di forme assistenziali al domicilio dell'assistito da parte di professionisti e di tecnologie di esclusiva pertinenza ospedaliera (Marceca, 2003).
- Altre tipologie, che prevedono l'erogazione di singole prestazioni sanitarie da parte, soprattutto, di professioni non mediche come l'"assistenza infermieristica domiciliare" (Marche), l'"assistenza riabilitativa domiciliare" (Marche, Umbria, Veneto), ecc..

NUOVA CARATTERIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE DOMICILIARE

Alla fine del 2006 la Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza ha approvato un documento dal titolo "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" che provvede ad una nuova caratterizzazione dei profili di cura domiciliari, all'individuazione delle principali prestazioni domiciliari per profilo e figura professionale, alla definizione dei criteri omogenei di eleggibilità nonché alla valorizzazione economica mensile dei profili di cura.

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

Definizione e profili di cura. Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quoti-

diana². Nell'ambito delle cure domiciliari integrate risulta fondamentale l'integrazione con i servizi sociali dei comuni. Gli obiettivi principali delle cure domiciliari sono:

- 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 di vita anche nella fase terminale.

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

1. **“Cure Domiciliari Prestazionali”** caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato; Esse costituiscono una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, non presuppone la presa in carico del paziente, né una valutazione multidimensionale e l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare. Sono richieste dal medico, responsabile del processo di cura del paziente e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente presenta limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatori (Cfr. Tab. 1).

2. **“Cure Domiciliari Integrate di primo, secondo e terzo livello”**. Le cure di primo e secondo livello assorbono quelle già definite Assistenza domiciliare integrata (ADI). Si rivolgono a malati che pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati. Le cure integrate di primo e secondo livello prevedono un ruolo centrale del Medico di Medicina Generale che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura e partecipa alla definizione degli obiettivi e dei processi assistenziali attraverso la valutazione multidimensionale e la necessaria redazione del PAI. Quando l'équipe che eroga le cure domiciliari è di provenienza ospedaliera è in ogni caso superata la denominazione “Ospedalizzazione Domiciliare” dato che la stessa è assorbita dalle cure domiciliari di terzo

livello. Le cure domiciliari di terzo livello consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche come malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare), fasi avanzate e complicate di malattie croniche, pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale, pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo e pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza. Presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare.

3. **“Cure domiciliari palliative a malati terminali”**. Esse assorbono “l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale” e l'ospedalizzazione domiciliare per cure palliative (OD-CP) e sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal PAI ed erogata da un'équipe in possesso di specifiche competenze. Presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare (Cfr. Tab. 1 pagina successiva).

L'accesso alle cure domiciliari. I requisiti indispensabili per l'attivazione delle cure domiciliari sono:

- a) Condizione di non autosufficienza (disabilità), di fragilità e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- b) Adeguato supporto familiare o informale;
- c) Idonee condizioni abitative;
- d) Consenso informato da parte della persona e della famiglia;
- e) Presa in carico da parte del medico di medicina generale (garanzia degli accessi concordati, disponibilità telefonica dalle ore 8 alle 20).

Valutazione del caso. La presa in carico nelle cure domiciliari si accompagna ad un approccio multidimensionale di cui sono aspetti essenziali:

- a) la valutazione globale dello stato funzionale del paziente attraverso sistemi di valutazione sperimentati e validati su ampia scala, standardizzati e in grado di produrre una sintesi delle condizioni cliniche, funzionali e sociali;

Tab. 1 – Profili di cura e standards qualificanti delle cure domiciliari

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

Note:

CIA= coefficiente intensità assistenziale;

GEA= giornata effettiva assistenza;

GDC= giornate di cura (durata PAI).

**Figure professionali previste in funzione del PAI e tempo medio in minuti per accesso domiciliare.

Fonte: Ministero della salute (2006).

- b) la predisposizione del PAI;
 - c) un approccio assistenziale erogato attraverso un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare che comprende anche operatori sociali;
 - d) il monitoraggio periodico e la valutazione degli esiti.
- All'interno dell'équipe erogatrice delle cure

viene inoltre individuato un responsabile del caso (case manager) che, in collaborazione con il MMG, orienta e coordina gli interventi in base a quanto definito nel piano assistenziale individuale, compresa l'assistenza protesica e farmaceutica.

Valorizzazione economica dei profili di cura.

Il documento (Ministero della Salute, 2006), infine, avvia una riflessione anche sulla valorizzazione economica dei profili standard di cura attraverso l'identificazione di percorsi di cura isocosto. L'individuazione di gruppi di pazienti omogenei ha consentito di stimare delle tariffe per ciascun gruppo attraverso criteri classificativi legati al Valore della Giornata Effettiva d'Assistenza (Valore GEA), all'intensità assistenziale³ (CIA) e alla durata del piano di cura (GdC). Le valorizzazioni economiche sono state definite in base al costo medio mensile (CMM) dei percorsi di cura (ottenuto moltiplicando il CIA per il valore GEA per 30) che interpreta congiuntamente l'intensità assistenziale e la complessità. Sono stati creati allo scopo 6 gruppi tariffari comprensivi di tutti costi assistenziali (escluso la farmaceutica, protesica, diagnostica di laboratorio, i costi aggiuntivi per l'assistenza domiciliare dei MMG ed il ribaltamento dei costi aziendali) di cui tre costituiscono una sub classificazione del livello di cure palliative e più in generale delle cure di fine vita (A, B,C) discriminati tra loro da un valore soglia della scala Karnofsky, ed un gruppo (F) si riferisce alle cure prestazionali a ciclo programmato (Cfr. Tab. 2) (Ministero della Salute, 2006).

Fonte: Ministero Salute (2006)
Tab. 2 – Costo medio mensile dei gruppi tariffari delle cure domiciliari

Gruppo	Durata media del piano di cura in giorni	Costo medio mensile (CMM) (in €)
A	81,0	2.386
B	87,4	1.597
C	101,2	1.323
D	189,7	631
E	145,3	433
F	308,0	172

VALUTAZIONI

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

Il documento del Ministero della Salute ha però il grande merito di proporre alle regioni la discussione sulla riorganizzazione delle Cure domiciliari. Si tratta essenzialmente della necessità di sviluppare e qualificare ulteriormente le cure domiciliari e di implementare nel sistema regionale le nuove linee guida nazionali. Tutto questo rende probabilmente necessario ripensare all'organizzazione delle cure domiciliari e all'omogeneizzazione della classificazione delle prestazioni domiciliari per permettere uno sviluppo del settore in un quadro di forte condivisione organizzativa ed informativa. Occorre però rilevare che ad un anno di distanza dalla pubblicazione del documento sulla "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" (Ministero Salute, 2006) nessuna regione, esclusa la Sardegna, ha provveduto a riorganiz-

La povertà come destino

A giudicare dalle campagne mediatiche e dagli strilli particolarmente acuti (nei quali si distinguono elusori ed evasori fiscali) la riduzione della pressione fiscale sembra costituire una priorità assoluta della politica italiana. Se queste pretese verranno assecondate, bisogna sapere che tra i prezzi da pagare c'è quello per cui la povertà, invece di essere una condizione dalla quale si entra e si esce (in rapporto alle circostanze della vita, ma che all'efficacia delle politiche di contrasto), finisce per diventare una sorta di "destino", segnato dal luogo in cui si nasce, dalla famiglia a cui si appartiene, dal gruppo sociale da cui si proviene. Scongiurare che circostanze sfavorevoli si trasformino in una condanna, per certi versi irreversibile, è compito della politica cui tocca promuovere interventi appropriati per correggere i fattori di rischio e ricostruire, per chi si è trovato in circostanze sfavorevoli, la speranza di un futuro migliore. Purtroppo però la politica sembra attratta da altre priorità.

Pierre Carniti, In Italia Caritas, novembre 2007

zare le proprie cure domiciliari anche solo ispirandosi al documento ministeriale. Documento ministeriale che, come è noto, non ha alcun valore normativo dato che la competenza nella organizzazione sanitaria è affidata costituzionalmente alle regioni.

Proprio per questo si ritiene che questo lavoro di riorganizzazione del settore domiciliare non possa essere lasciato al caso o alla buona volontà delle singole regioni ma deve essere sostenuto e coordinato dal Ministero della Salute per svilupparsi velocemente ed in modo

coordinato. Questa attività è ancora possibile anche in tempo di federalismo e può essere anche efficace soprattutto se pensiamo a quello che il Ministero può fare con atti normativi relativi alla migliore definizione dei LEA, con il supporto tecnico che può essere fornito dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR) e con una puntuale opera di monitoraggio sull'attività regionale.



Bibliografia⁴

- Agenzia sanitaria regionale Emilia Romagna, *La qualità del servizio di assistenza domiciliare integrata: il punto di vista degli utenti*, Bologna, 2005.
- Agenzia sanitaria regionale Marche in collaborazione con CRISS Università Politecnica delle Marche, *L'assistenza domiciliare nelle Marche - Anno 2003*, Ancona, 2004.
- ASSR, *Regione per regione i dati 2002*, Monitor n.10/2004.
- ASSR – Gruppo di lavoro Progetto di ricerca finalizzato ex art.12 sulla condizione dell'anziano non autosufficiente, *Assistenza domiciliare e residenziale nelle normative regionali: glossario e sintesi delle indicazioni programmate*, sito web: www.assr.it
- Censis, *Home care per anziani*, Franco Angeli, Milano, 1996.
- Censis, *Analisi comparativa dei principali servizi per gli anziani non autosufficienti*, dattiloscritto per convegno, luglio 2005.
- Cittadinanzattiva, *Rapporto sull'Assistenza Domiciliare Integrata - Prima edizione 2005-2006*, Roma, 2006.
- Gori C., *Il voucher socio-sanitario*, in Gori C. (a cura di) "Politiche sociali di centro destra", Carocci, Roma, 2005.
- Istat, *La prima indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni - anno 2003*, 2005, Sito web: www.istat.it
- Istat, *La seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni - anno 2004*, 2007, Sito web: www.istat.it
- Marceca M., *Assistenza domiciliare*, Care n.3/2003.
- Ministero della salute – Comitato ospedalizzazione domiciliare, *Documento conclusivo "Caratterizzazione dei servizi di cure domiciliari*, Ministero della salute, Roma, 2002.
- Ministero della salute, *Attività gestionali ed economiche delle ASL e aziende ospedaliere anno 2003*, Ministero della salute, Roma, 2004.
- Ministero della salute, *Attività gestionali ed economiche delle ASL e aziende ospedaliere - anno 2005*, Ministero della salute, Roma, 2007.
- Ministero della salute – Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio", Ministero della salute, Roma, 2006.
- Ministero della salute – Gruppo di lavoro sulla Nutrizione artificiale domiciliare, *Relazione sulla situazione attuale della Nutrizione artificiale domiciliare (NAD) in Italia*, Ministero della salute, Roma, 2004.
- Ministero della Solidarietà sociale, *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, Ministero della Solidarietà sociale, Roma, 2006.
- Pesaresi F., *La suddivisione dei costi tra servizi sociali e servizi sanitari*, in Gori C. (a cura di) "La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti", Bologna, Il Mulino, 2006.
- Pesaresi F., Gori C., *Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa*, in "Tendenze nuove" n.4-5/2003, Bologna, Il Mulino.
- Toniolo F., Banchero A., *Cure domiciliari integrate, un manuale per l'uso*, in "Il sole 24 ore Sanità" 7-13/2/2006.

Note

¹ Il presente articolo è il primo di due articoli dedicati alle cure domiciliari. Il secondo articolo, che approfondirà l'organizzazione delle cure domiciliari nelle Regioni italiane, sarà pubblicato sul n. 2/2008 di "Appunti sulle politiche sociali".

² La definizione delle cure domiciliari, curiosamente, omette di dire che le stesse sono erogate al domicilio dell'assistito.

³ È data dal numero di giornate effettive di assistenza diviso la durata (il numero di giornate) del piano di cura.

⁴ La presente bibliografia contiene i riferimenti bibliografici relativi anche al secondo articolo sulle cure domiciliari che sarà pubblicato sul n. 2/2008 di "Appunti sulle politiche sociali".