

L'ORGANIZZAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI PER ANZIANI NELLE REGIONI¹

FRANCO PESARESI

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

L'assistenza domiciliare integrata è ancora un servizio "giovane" nella rete dei servizi sanitari; la sua organizzazione è ancora ben lungi dall'essere standardizzata con modelli di riferimento importanti e la sua diffusione è ancora inadeguata. Grandissime differenze permangono fra le varie regioni sia sul fronte organizzativo che su quello del numero di anziani assistiti

L'ADI NELLE REGIONI ITALIANE

L'approvazione nel 2006 del documento "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" a cura della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (vedi articolo pubblicato sul n. 1/2008 di "Appunti sulle politiche sociali") non ha ancora prodotto un incisivo effetto nelle regioni italiane. Infatti, l'ADI tradizionale, per complessità organizzativo-gestionale e potenzialità nel soddisfacimento dei molteplici bisogni assistenziali, continua ad essere la forma più importante di assistenza a domicilio ed anche il termine più frequentemente impiegato dalle regioni italiane.

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

I principali obiettivi dell'ADI sono:

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

massimizzando i benefici di salute per i pazienti (Marceca, 2003).

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

L'ADI è rivolta a soggetti in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta derivante da condizioni personali critiche ancorché non patologiche o specificatamente affetti da patologie croniche a medio lungo decorso o da patologie acute trattabili a domicilio che necessitano di assistenza da parte di una équipe multiprofessionale. In generale, le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a malati terminali, incidenti vascolari acuti, gravi fratture in anziani, forme psicotiche acute gravi, riabilitazione di vasculopatici, malattie acute temporaneamente invalidanti dell'anziano e dimissioni protette da strutture ospedaliere.

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

La responsabilità assistenziale è attribuita, in genere, al medico di medicina generale, la sede organizzativa è nel distretto e la sua realizzazione richiede la definizione di piani personalizzati di assistenza in relazione ai bisogni della persona. L'ADI garantisce al domicilio prestazioni di medicina generale, di medi-

cina specialistica, infermieristiche, di riabilitazione, di igiene della persona e di aiuto domestico.

L'ORGANIZZAZIONE

L'organizzazione dell'ADI è stata poco indagata in Italia dove peraltro rilevanti sono le differenze fra una regione e l'altra. Di norma, si accede all'ADI con la valutazione multidimensionale effettuata dalle unità valutative multidimensionali che per ogni paziente predispongono il Piano assistenziale individualizzato (PAI). Quasi tutte le regioni hanno regolamentato in modo dettagliato l'organizzazione dell'ADI e la maggioranza di queste ha attivato anche un sistema di rilevazioni annuali o un sistema informativo dell'ADI per seguirne le dinamiche e lo sviluppo (Cfr. Tab. 1).

Tutte le regioni, esclusa la Lombardia, hanno previsto un modello organizzativo basato sulla

erogazione diretta delle prestazioni da parte del distretto sanitario. Il modello organizzativo della regione Lombardia punta invece sulla diffusione del voucher socio-sanitario. Il voucher socio-sanitario è un "titolo di acquisto" (in tre livelli), erogato dalla regione attraverso le ASL, che può essere utilizzato esclusivamente per comprare prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata da soggetti accreditati, pubblici o privati, erogate da personale professionalmente qualificato. L'obiettivo principale di questa modalità oltre a quello di garantire l'assistenza domiciliare all'assistito è anche quello di affidargli la libertà di scelta degli erogatori dell'assistenza. Con il voucher socio-sanitario si intende offrire l'assistenza socio-sanitaria integrata in modo unitario, dove le prestazioni infermieristiche, riabilitative e medico-specialistiche sono erogate, dallo stesso fornitore, insieme a prestazioni per la cura dell'igiene personale, l'aiuto nelle attività della vita quo-

Tab. 1 – ADI nelle regioni. Modalità organizzative e di governo.

Regioni	ADI regolamentata	rilevazioni annuali o sistema informativo sull'ADI	definizione di un piano assistenziale individuale	accesso tramite U.V.M.
Piemonte	si (2002)	si	si	si
Valle d'Aosta			si	si
Lombardia	si	si	si	no
Bolzano				si
Trento	si	si	si	si
Veneto	si (1998)	si	si	si
Friuli-V. G.	si (1991 e 1993)		si	si
Liguria				si
E. Romagna	si (1999)	si	si	si
Toscana	si	si	si	si
Umbria	si	si	si	si
Marche	si (1997 e 2001)	si	si	si
Lazio	si		si	si
Abruzzo	si (1997)			si
Molise	si	si	si	si
Campania	si (2000)		si	si
Puglia	si (1998)		si	si
Calabria	si (2006)		si	si
Basilicata	si (1999 e 2001)	si	si	si
Sicilia	si (1994, 2007)	si	si	si
Sardegna	si (1999, 2002, 2007)		si	si
ITALIA	18	11	18	20

Legenda: U.V.M.= Unità di valutazione multidimensionale.

Fonte: Censis 2005, Censis, 1996, Basilicata DGR 1655/2001, Calabria L.R. 11/2004, Calabria DGR 548/2006, Emilia Romagna DGR 124/1999, Marche DGR 606/2001, Piemonte DGR 41-5952/2002 e DGR 51-11389/2003, Sicilia D.A. 20/12/1994, Sardegna DGR 51/49-2007.

tidiana, ecc.

In questo caso però l'ammissione dell'utente alle prestazioni, in genere, non è effettuata da una unità valutativa ma dal MMG senza l'ausilio formale di strumenti di valutazione multidimensionale. Il 21,2% degli utenti ADI lombardi, nel 2001, ha ricevuto l'assistenza domiciliare con queste modalità.

Quasi metà delle regioni ha classificato le varie prestazioni di ADI in due o tre livelli in base all'intensità assistenziale. Il gruppo più ampio di regioni (Emilia Romagna, Piemonte, Veneto e Toscana) ha classificato le prestazioni in tre livelli: ADI a bassa intensità sanitaria domiciliare; ADI a media intensità sanitaria domiciliare; ADI a alta intensità sanitaria domiciliare³. Anche la Lombardia ha previsto tre livelli ma il terzo è dedicato ad una condizione sanitaria specifica (profilo di base, pazienti complessi e pazienti terminali). Le Marche hanno invece classificato le prestazioni in due livelli (bassa e alta intensità assistenziale).

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

Inoltre, la maggior parte delle regioni ha previsto varie tipologie di ADI specialistica indirizzate alla cura di pazienti con patologie ben individuate e che richiedono una organizzazione specifica (la tab. 2 fornisce un panorama non esaustivo di tale organizzazione nelle varie regioni).

Tab. 2 – Tipologie di ADI specialistica.

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

Fonte: bibliografia.

Questa organizzazione dell'ADI, insieme alla ospedalizzazione domiciliare⁴ prevista da diverse regioni (Emilia Romagna, Lombardia, Marche, Piemonte, Umbria, Veneto) ha dimostrato di poter erogare, con piena sicurezza per il paziente e pari efficacia di altri ambiti assistenziali, prestazioni complesse e considerate di alta intensità, quali la ventilazione meccanica, la nutrizione artificiale enterale e parenterale, il trattamento di piaghe da decubito di 3° e 4° stadio e le terapie palliative a soggetti terminali.

Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare. A seguito della nuova organizzazione dell'assistenza domiciliare proposta dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (descritta nell'articolo pubblicato nel n. 1/2008 di questa rivista⁵) solo due regioni hanno adottato la nuova organizzazione. Le due regioni sono la Sicilia che riprende integralmente il documento della Commissione LEA e la Sardegna che accoglie tutti i contenuti del nuovo modello e cerca di calarlo nella realtà regionale.

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

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

Tab. 3 – L'ADI per gli anziani negli ultimi anni.

anno	anziani assistiti	variazione %rispetto anno precedente	Ore di assistenza erogata per caso trattato	Numero complessivo di ore di assistenza erogate
1997	165.604		16	2.649.664
1998	176.522	+6,6	19	3.353.918
1999	186.222	+5,5	19	3.538.218
2000	191.604	+2,9	24	4.598.496
2001	214.515	+12,0	27	5.791.905
2002	262.443	+22,3	26	6.823.518
2003	261.570	-0,3	25	6.439.250
2004	314.041	+20,1	23	7.222.943
2005	334.069	+6,4	23	7.683.587
1997-2005		+101,7%	+ 43,7%	+190%

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute.

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

Risulta evidente la strategia più recente delle aziende sanitarie che hanno puntato sul-

l'assistenza ad un maggior numero di anziani riducendo per contro il numero – già basso – di ore medie di assistenza per singolo caso trattato anche se occorre riconoscere che il numero complessivo di ore di assistenza domiciliare erogate sono costantemente cresciute riuscendo più che a raddoppiare dal 1999 al 2005.

Il dato di sintesi fra numero di assistiti in ADI e numero medio di ore per assistito, in attesa di

un indicatore più preciso, può essere fornito dalla spesa media per abitante destinata all'ADI. L'ultimo dato disponibile relativo al 2002 attesta una spesa annua di • 13,7 euro per abitante, una somma ancora non molto elevata. Tra le regioni che spendono di più troviamo il Friuli-Venezia Giulia (• 56,1), l'Abruzzo (• 22,9), il Veneto (• 22,8) e l'Umbria (• 22,8), mentre tra quelle che spendono di meno registriamo la Campania (• 1,6), la Basilicata (• 2,4) e la Puglia (• 8,0) (Cfr. Tab. 4 pagina successiva). Le regioni del sud, ancora una volta, sono quelle che investono meno nella costruzione della rete dei servizi anche domiciliari.

LA RIPARTIZIONE DEI COSTI DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Per l'assistenza domiciliare integrata (ADI), la normativa nazionale (DPCM 29/11/2001) prevede che il Servizio sanitario si faccia carico, per i soli anziani (e non per le altre categorie di assistiti), di tutte le prestazioni con eccezione delle prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona che invece vengono coperte solo per il 50%. Ma che cosa si intende con la terminologia ambigua dell'"aiuto infermieristico"? E' proprio un organismo istituito dalla Conferenza Stato-Regioni che lo chiarisce. Infatti, il Tavolo di monitoraggio e verifica sui LEA6 ha stabilito unitariamente che "le prestazioni di aiuto infermieristico indicate alla lett. e) nell'ambito dell'assistenza programmata a domicilio, non coincidono con le prestazioni proprie dell'infermiere professionale (indicate alla lett. c come presta-

Tab. 4 – L'ADI per anziani non autosufficienti nelle regioni italiane.

Regioni	anziani trattati 2005	anziani trattati x 1000 residenti anziani - 2005	ore di assistenza erogata per caso trattato - 2005	spesa pro capite (per residente) 2002
Piemonte	17.446	18,1	23	8,10
Valle d'Aosta	37	1,5	331	11,21*
Lombardia	58.776	32,7	20	14,14
Bolzano	239	3,1	8	8,21
Trento	778	8,5	21	17,51*
Veneto	44.923	50,6	10	22,84
Friuli V. G.	21.464	80,3	12	56,11
Liguria	13.407	31,7	28	8,60*
E. Romagna	50.882	54,1	24	17,51
Toscana	17.273	20,8	20	10,63
Umbria	8.312	41,6	15	22,77
Marche	11.459	33,7	32	19,64
Lazio	33.204	33,5	21	16,80
Abruzzo	4.825	17,6	40	22,90
Molise	4.275	61,0	17	12,62*
Campania	12.115	13,9	42	1,57
Puglia	14.105	20,5	47	8,04
Calabria	5.941	16,4	27	10,12*
Basilicata	4.589	39,2	46	2,41
Sicilia	7.123	8,0	37	9,51
Sardegna	3.123	11,0	82	10,12
ITALIA	334.069	29,4	23	13,68

Note: i dati con l'asterisco (*) sono stimati sulla base del costo complessivo dell'assistenza domiciliare (ADI e ADP a favore di anziani non autosufficienti e di altri utenti). Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero Salute (2007) e Monitor n.10.

zioni infermieristiche a domicilio) ma rappresentano prestazioni eseguite da operatori diversi che, svolgendo compiti di assistenza tutelare, collaborano con l'infermiere professionale". Per cui i comuni e/o gli utenti non partecipano alla spesa dell'assistenza infermieristica ma intervengono solo per l'assistenza tutelare e nella misura del 50%.

La misura della suddivisione dei costi fra il sociale e il sanitario delle prestazioni socio-sanitarie è proposta dal DPCM del 14/2/2001 e dal DPCM del 29/11/2001 ma spetta alle singole regioni assumere le determinazioni definitive sulla materia anche allontanandosi dai citati decreti. Dal 2001 ad oggi solo 8 regioni (di cui due in modo incompleto) hanno provveduto a stabilire le regole della suddivisione dei costi fra sociale e sanitario apportando delle modificazioni rispetto al testo normativo nazionale. Gli orientamenti delle regioni italiane per quel che riguarda la suddivisione dei costi dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) sono abbastanza chiari. Le regioni preferiscono distinguere le varie presta-

zioni (sanitarie, tutelari, educative/organizzative) che vengono erogate e su queste applicare le singole quote di partecipazione. Non ci sono dubbi sul fatto che le prestazioni tipicamente sanitarie come quelle di medicina generale, di medicina specialistica, di assistenza infermieristica, di riabilitazione e recupero funzionale sono totalmente a carico del SSN.

Così come non ci sono dubbi sul fatto che le prestazioni educative/organizzative fornite come sostegno all'organizzazione familiare e/o al contesto domiciliare (servizi di auto aiuto, sostituzione a tempo dei familiari, disbrigo pratiche, fornitura pasti, aiuto domestico) sono a totale carico del comune e del beneficiario (per la quota che il comune stesso vorrà stabilire).

L'unica prestazione il cui onere va suddiviso fra sanitario e sociale è costituito dall'assistenza tutelare alla persona che è posta a carico del Servizio sanitario fino al 60% nelle regioni Calabria, Veneto e Toscana mentre in Sardegna, Lazio e Umbria è determinata nel 50%

(Cfr. Tab. 5). A questo proposito il Piemonte ha voluto precisare che la quota del 50% vale

te dell'autosufficienza evitando o riducendo altresì il rischio di ricoveri in strutture residenziali o in ospedali. La diffusione dei servizi domiciliari sociali e sanitari per gli anziani (Cfr. Tab. 6) è assai diversificata nei vari paesi europei; la media non ponderata è del 7,8% degli anziani (nel 2003).

Al livello più alto troviamo le nazioni del nord d'Europa (Danimarca, Svezia, ecc.) che assistono al domicilio un alto numero di anziani, con servizi di qualità che prevedono prestazioni integrate sociali e sanitarie, erogate 24 ore su 24, e con l'utilizzo di moderne tecnologie telematiche ed informatiche. Tra le nazioni che assistono a domicilio un grande numero di anziani troviamo anche l'Austria (19,3%) e la Svizzera (9,4%). Ad un

Tab. 5 – I costi dell'ADI per gli anziani a carico del Servizio sanitario nelle regioni italiane

Prestazione	Lazio Sardegna	Calabria Toscana Veneto	Piemonte	Umbria
prestazioni di medicina generale, di medicina specialistica, di assistenza infermieristica, di riabilitazione e di recupero funzionale.	100%	100%	100%	100%
prestazioni assistenza tutelare alla persona (assistenza tutelare e di collaborazione con le figure infermieristiche).	50%	max 60%		50%
Prestazioni di assistenza tutelare alla persona nella fase intensiva ed estensiva (dal 30° al 60° giorno dall'inizio dell'assistenza in fase acuta) e in determinate condizioni sanitarie dell'assistito			0	
Prestazioni di assistenza tutelare alla persona (ADEST/OSS) nella fase di lungoassistenza (oltre il 60° giorno) e in determinate condizioni sanitarie dell'assistito			50%	
prestazioni educative/organizzative fornite come sostegno all'organizzazione familiare e/o al contesto domiciliare (servizi di auto aiuto, sostituzione a tempo dei familiari, disbrigo pratiche, fornitura pasti, aiuto domestico).		0%		0%

Fonte: Pesaresi (2006).

solamente per la fase di lungoassistenza (che dura dal 61° giorno dall'inizio dell'assistenza in fase acuta) perché in quelle intensiva ed estensiva le prestazioni di assistenza tutelare alla persona sono totalmente (100%) a carico del Servizio sanitario (Pesaresi, 2006).

VALUTAZIONI

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

te livello intermedio troviamo paesi come il Re-

Tab. 6 – Percentuale di anziani assistiti a domicilio in alcuni paesi dell'OCSE. Anno 2003.

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

Fonte: Pesaresi, Gori (2003), Eurostat (2003), Ministero politiche sociali (2006), Istat (2006), OECD
sito web: <http://www.ecosante.fr/OCDEFRA/80.html>

gno Unito e la Germania che assistono un numero di anziani compreso fra il 6% e il 7% ed interessate a dare efficienza e qualità al settore attraverso la costruzione di mercati sociali pur senza essere ancora riusciti ad integrare il settore sociale con il sanitario. I paesi del sud d'Europa presentano invece una bassa percentuale di anziani assistiti al domicilio che non supera il 4,4%, anche se tutti hanno recentemente approvato programmi che ne prevedono lo sviluppo (Pesaresi, Gori, 2003).

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

Se pensiamo alla straordinaria differenza di offerta di cure domiciliari delle varie regioni italiane (Cfr. Tab. 4) non possiamo fare a meno di riflettere sull'inadeguatezza del Decreto sui Livelli essenziali di assistenza (LEA) con il quale il Governo ha inteso garantire uguali livelli sanitari di base in tutte le regioni italiane. Il Decreto sui LEA, infatti, dispone che tutte le regioni garantiscono l'assistenza domiciliare integrata ma non fornisce alcun elemento quantitativo sui livelli da raggiungere per cui sono egualmente rispettosi dei LEA sia il Friuli Venezia Giulia con i suoi 80 anziani su mille

assistiti a domicilio sia la Sicilia con i suoi 8 anziani assistiti su mille. Su questo fronte è quindi necessario uno sforzo regionale ben maggiore, magari sottraendo risorse ad altri settori (come il livello ospedaliero), per assistere a casa un numero superiore di persone e per garantire equità di accesso ai servizi sociosanitari con una offerta di servizi domiciliari che nella sua dimensione minima sia però assicurata in tutto il territorio nazionale.

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

L'assistenza domiciliare integrata è ancora un servizio "giovane" nella rete dei servizi sanitari. La sua organizzazione è ancora ben lungi dall'essere standardizzata con modelli di riferimento importanti e la sua diffusione è ancora inadeguata. Grandissime differenze permanono fra le varie regioni sia sul fronte organizzativo che su quello del numero di anziani assistiti. Se è vero che la positiva tendenza di questi ultimi anni è stata quella di un aumento del numero di anziani assistiti in ADI è però anche vero che l'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali rimane un obiettivo ancora lontano dall'essere raggiunto. SAD e ADI continuano a riferirsi a comparti separati tra loro e sono ancora una piccola percentuale i casi che vengono trattati congiuntamente.

Tracce dell'olocausto nel presente

Nei due volumi, entrambi ambientati negli Stati Uniti di oggi, tracce dell'Olocausto si riflettono nel presente, costringendo con motivazioni diverse, i protagonisti a fare il conto con il passato. Nel libro ***Gli scomparsi*** un bambino di una famiglia di ebrei emigrati in America, sente sempre parlare durante la sua infanzia dello zio Shmiel, ucciso dai nazisti durante la seconda guerra mondiale con la moglie e le figlie; diventato adulto comincia un'indagine personale, alla ricerca di informazioni, tra archivi, lettere del nonno, testimonianze dei sopravvissuti per ricostruire la storia dei parenti scomparsi e della comunità di origine a Bolechow in Ucraina, tra ricordi e richiami della tradizione ebraica. In ***Quelli che ci salvavano*** Trudy, insegnante universitaria, in occasione di una ricerca accademica sulla seconda guerra mondiale in Germania, si trova ad affrontare i dolorosi ricordi della vicenda della madre Anna, di origine tedesca, che durante la seconda guerra mondiale era stata costretta a subire una relazione violenta ed umiliante con un tenente delle SS per salvare la sua vita e quella della propria bambina.

Daniel Mendelsohn, ***Gli scomparsi***, Neri Pozza, Vicenza 2007, p. 722, 20.00 euro; Jenna Blum, ***Quelli che ci salvavano***, Neri Pozza, Vicenza 2007, p. 510, 10.00 euro.

te. Infatti, su 334.069 anziani trattati in ADI nel 2005, sono stati solo 60.409 quelli (0,5% di tutti gli anziani residenti) che hanno effettivamente ricevuto cure sanitarie e servizi socio-assistenziali domiciliari pari al 18% di tutti gli assistiti a domicilio (Istat, 2007). Anche la spesa ci conferma la stessa tendenza. Nel 2003, la spesa complessiva per l'ADI è stata di 829 milioni di euro coperta per il 94,6% dalle ASL (784 milioni di euro) e per il 5,4% coperta dai comuni (45 milioni di euro). L'unica integrazione realizzata è stata quella che ha coinvolto solamente le varie figure sanitarie ma che non è ancora sufficiente a definire davvero integrata l'assistenza domiciliare. Occorre una integrazione vera tra i due servizi che deve essere promossa e realizzata a livello regionale e locale. Affinché l'integrazione sociosanitaria si sviluppi davvero e si possa erogare una assistenza domiciliare integrata sociale e sanitaria occorre creare le condizioni perché ciò si realizzzi. Oggi queste condizioni non ci sono in tutto il territorio nazionale. Sono ancora una minoranza le regioni che hanno stabilito le regole dell'integrazione con la definizione della ripartizione degli oneri fra il sociale e il sanitario per i servizi sociosanitari ed in particolare per l'as-

sistenza domiciliare. Senza regole definite e condivise prevale l'incertezza e di conseguenza gli enti coinvolti non investono sulla integrazione. Anche in questo caso il problema è risolvibile con l'impegno delle regioni ancora inadempienti.

I dati a disposizione ci dicono che più dell'80% degli utenti dell'ADI sono soddisfatti del servizio (83% nella ricerca di Cittadinanzattiva⁷ (2006) e il 97,5% degli utenti della Emilia Romagna⁸ (2005). Si tratta di un dato estremamente positivo che non deve però far dimenticare le criticità rilevate nelle stesse ricerche che sono:

1. la scarsa diffusione della terapia del **dolore**. Il 40% dei malati che hanno segnalato stati dolorosi non ha ricevuto alcuna terapia specifica (Cittadinanzattiva, 2006).
2. la **continuità assistenziale** non è garantita adeguatamente. Particolarmenete problematico risulta il momento di passaggio dall'ospedale all'assistenza domiciliare verificato che le procedure per attuare le dimissioni protette, anche se previste, spesso non vengono attuate. La maggioranza delle famiglie, inoltre, non ha potuto contare su una reperibilità 24 ore su 24 del personale

Approfondimenti per gli operatori dei servizi alla persona

I libri citati dalla *Carocci*, fanno parte della collana *Il Servizio sociale*: strumenti pensati per la formazione professionale e l'aggiornamento degli operatori dei servizi alla persona (sociali, sanitari, educativi) e per quanti stanno studiando per diventarlo. Come illustra il volume, ***Il segretariato sociale***, svolge un ruolo determinante nei servizi sociali, per filtrare i bisogni dell'utente, accogliere le domande e fornire informazioni necessarie all'erogazione di prestazioni di qualità e nella creazione di un sistema di servizi accessibili a tutti: dopo una breve introduzione storica, vengono descritti alcuni modelli (organizzativi, professionali) e delle esperienze (società della Salute Mugello, esempi di realizzazione in Spagna). ***Lo sviluppo del welfare di comunità*** approfondisce potenzialità e caratteristiche del gruppo di lavoro, come spazio di democrazia che può favorire lo sviluppo locale, promuovendo la partecipazione e la responsabilizzazione della comunità nella programmazione e gestione delle politiche sociali del territorio: sono analizzati in particolare i gruppi di lavoro nei piani di zona, con indicazioni e suggerimenti. ***Assistenti sociali professionisti*** si presenta come manuale completo sul lavoro del servizio sociale. La prima parte analizza gli strumenti e le strategie operative nella relazione di aiuto alle persone: metodologia, la relazione professionale, la documentazione; la seconda parte è dedicata agli strumenti e strategie nella complessità del lavoro sociale: interdisciplinarità e lavoro di gruppo e con i gruppi, lavoro di rete, lavoro con la comunità, lavoro per progetti, lavoro nella complessità della società attuale.

Valeria Fabbri, Angelo Lippi, ***Il segretariato sociale***, Roma 2007, p. 175, euro 16.10; Franco Vernò, ***Lo sviluppo del welfare di comunità***, Roma 2007, p. 149, euro 15.30; Annamaria Zilianti, Beatrice Rovai, ***Assistenti sociali professionisti***, Roma 2007, p. 270, euro 26.30.

- sanitario (Cittadinanzattiva, 2006; Agenzia sanitaria regionale Emilia Romagna, 2005).
3. l'insufficiente coinvolgimento del paziente e della famiglia nella definizione, nella realizzazione e nella verifica (con questionario di soddisfazione) del piano terapeutico personalizzato. L'avvio di un percorso di assistenza domiciliare deve essere accompagnato da una completa **informazione** (supportata anche da documenti scritti) circa le modalità di funzionamento, i tempi di consegna dei presidi e dei farmaci, la composizione delle équipe e le competenze previste (Cittadinanzattiva, 2006; Agenzia sanitaria regionale Emilia Romagna, 2005).
 4. La qualità dell'assistenza domiciliare è buona ma è migliorabile. La presenza di lesioni da decubito nei pazienti assistiti ne è una conferma. La ricerca di Cittadinanzattiva (2006) rileva che il 12% degli assistiti ha lesioni da decubito, ma che il fenomeno sia presente è confermato anche dai dati della regione Marche dove il fenomeno coinvolge il 14% degli assistiti (Agenzia sanitaria Marche, 2004) e, in misura minore, anche in Emilia Romagna dove sono coinvolti il 4,2% degli assistiti (Agenzia Sanitaria regionale Emilia Romagna, 2005).
 5. Una richiesta di **assistenza psicologica** non soddisfatta da parte dei pazienti e delle loro famiglie. La ricerca di Cittadinanzattiva (2006) ha verificato che l'assistenza psicologica è prevista dal 63,2% delle Asl ed effettivamente ricevuta soltanto dall'8,1% delle famiglie (Cittadinanzattiva, 2006; Agenzia
- sanitaria regionale Emilia Romagna, 2005).
- Inoltre, le famiglie, pur apprezzando l'ADI, rilevano che l'erogazione dell'assistenza domiciliare non riduce i **costi dell'assistenza** che rimangono a carico delle famiglie. Il 48,6% di esse ha avuto la necessità di integrare le prestazioni fornite con ulteriori servizi a pagamento. Nello specifico, le situazioni più critiche si registrano per l'acquisto di farmaci con costi che giungono fino a 1.080 euro (nel 31% dei casi) e per l'assunzione di una assistente familiare (nel 23% dei casi) che integri le prestazioni assistenziali fornite. In questi casi i costi arrivano fino a 1500 euro mensili. Questo ultimo rilievo presente nella ricerca di Cittadinanzattiva (2006) è in qualche modo confermato dalla rilevazione effettuata dalla Agenzia sanitaria della regione Emilia Romagna (2005) i cui utenti hanno richiesto una estensione dell'assistenza in grado di coprire anche le ore notturne e i giorni festivi e più sostegno per l'igiene personale degli assistiti.
- Una serie di elementi vecchi e nuovi determinano dunque una situazione di movimento che va orientata e governata per migliorare e sviluppare ulteriormente il sistema delle cure domiciliari.



Bibliografia

La bibliografia del presente articolo è contenuta nell'articolo "Le cure domiciliari in Italia. Riferimenti organizzativi", pubblicato sul n. 1/2008 di "Appunti sulle politiche sociali".

Note

1 Il presente articolo è il secondo di due articoli dedicati alle cure domiciliari. Il primo è stato pubblicato nel n.1/2008 di "Appunti sulle politiche sociali".

2 Nel 2004, in Lombardia, sono state assistite con il voucher socio-sanitario 19.382 persone (non solo anziani).

3 Bassa intensità: in genere, interventi infermieristici di tipo prestazionale a carico di persone che non possono recarsi presso le opportune strutture ambulatoriali. Media intensità: in genere, gli interventi di tipo infermieristico e/o riabilitativo e di aiuto domestico il cui scopo è di intervenire precocemente sulle riacutizzazioni consentendo la permanenza a domicilio o di completare trattamenti più complessi eseguiti in ospedale o struttura residenziale per favorire le dimissioni. Alta intensità: In genere, cure domiciliari alternative al ricovero ospedaliero o in struttura residenziale rivolte a persone in condizioni di relativa acuzie o instabilità clinica, che non richiede un monitoraggio continuativo in sede ospedaliera (Tonolo, Banchero, 2006)

4 La ospedalizzazione domiciliare era presente, nel 1996, in 8 ASL: Piemonte 1, Lombardia 1, Veneto 1, Liguria 2, Marche 2, Umbria 1 (Agenzia sanitaria italiana, 1997).

5 Ottenuto moltiplicando il numero di anziani assistiti per il numero medio di ore di assistenza per caso trattato.

6 Organismo istituito dalla Conferenza Stato-Regioni in attuazione del punto 15 dell'accordo dell'8 agosto 2001. L'interpretazione formale è stata approvata nella riunione del 17 luglio 2002 e riportata nella Relazione conclusiva sullo stato dei lavori del tavolo di monitoraggio e verifica sui livelli essenziali di assistenza sanitaria di cui al punto 15 dell'accordo 8 agosto 2001 dell'aprile 2003.

7 Cittadinanzattiva (2006) ha recentemente concluso un primo rapporto sull'assistenza domiciliare integrata che ha interessato 38 ASL in 14 regioni e 467 familiari di utenti dell'ADI.

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