

L'ORGANIZZAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI NELLE REGIONI ITALIANE¹

FRANCO PESARESI

DIRETTORE DI ZONA DI SENIGALLIA/ASUR MARCHE, ANOSS

L'analisi di come le Regioni italiane hanno organizzato le cure domiciliari evidenzia una grande eterogeneità. Le indicazioni del 2006 del Ministero della Salute sono state sostanzialmente disattese proprio in quelle parti che puntavano alla omogeneizzazione organizzativa in tutto il territorio nazionale

IL MODELLO ORGANIZZATIVO PER L'EROGAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI

Quasi tutte le regioni hanno regolamentato in modo dettagliato l'organizzazione dell'ADI. Senza entrare troppo nei dettagli possiamo identificare 4 diverse fasi nel processo di erogazione, che sono:

1. La segnalazione-accettazione;
2. La valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione del piano assistenziale;
3. L'esecuzione delle attività di cura;
4. La dimissione.

La segnalazione/accettazione. Nelle diverse regioni, la fase della segnalazione dell'intervento da attivare, è allargata a più soggetti: possono effettuarla medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), medici ospedalieri all'atto della dimissione, familiari, volontari, servizi sociali comunitari, ecc. In metà delle regioni (Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Puglia, Sicilia, Veneto) la segnalazione è già una proposta di intervento mentre nelle altre (Lazio, Lombardia, Molise, Sardegna, Toscana, Umbria) le segnalazioni, per diventare proposta di intervento, hanno bisogno della formalizzazione da parte del MMG. Alcune regioni utilizzano la conoscenza che i MMG hanno dei loro pazienti per confermare le segnalazioni delle proposte di intervento. Nel Molise ed in Sardegna, per esempio, nel caso che la segnalazione consegnata al PUA non provenga dal MMG, la stessa dovrà essere trasmessa tempestivamente al medico di

medicina generale per la corretta identificazione del bisogno e la redazione dell'apposita scheda. Si tratta probabilmente di una modalità più efficace delle altre perché utilizza in modo ottimale le risorse e le competenze disponibili nel territorio e perché, coinvolgendo il MMG, garantisce una migliore continuità assistenziale al paziente.

Tutte le segnalazioni e le proposte hanno un luogo di raccolta, di accettazione formale e di attivazione operativa dell'intervento domiciliare. In metà delle regioni (Abruzzo, Lombardia, Molise, Puglia, Sardegna, Toscana ecc.) le domande vengono accolte nel Punto Unico di accesso (PUA), in Basilicata, Emilia Romagna e Sicilia e Veneto vengono accettate in uffici dedicati alle cure domiciliari ed infine nel Lazio e nell'Umbria le domande sembrano essere accolte dal MMG che effettua la valutazione preliminare di tutti i casi ed attiva il sistema operativo (Cfr. Tab. 1). Gli sportelli multifunzionali o monofunzionali per l'accesso alle prestazioni, in genere, svolgono le seguenti funzioni:

- fornire informazioni sui servizi esistenti e accessibili per gli utenti del territorio;
- raccogliere le domande di accesso a prestazioni e servizi e, se del caso, inoltrarle ai servizi competenti;
- effettuare una prima lettura dei bisogni, proponendo al cittadino le prestazioni e i servizi a lui accessibili in base alla tipologia di bisogno;
- inviare a servizi e operatori specialistici le situazioni complesse e/o delicate, che possono necessitare di una successiva valuta-

¹ Il secondo rapporto sull'"Assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia" recentemente pubblicato ha scelto come tema dell'approfondimento monografico quello dei servizi domiciliari. Come è noto il Rapporto è stilato dall'Associazione "Network Non Autosufficienza - NNA" con il supporto dell'INRCA - Network nazionale per l'invecchiamento: il rapporto presenta un panorama nazionale di tutta l'assistenza agli anziani non autosufficienti da quella residenziale a quella domiciliare fino a quella economica. Il rapporto è scaricabile gratuitamente all'indirizzo www.maggioli.it/nna. Il presente articolo costituisce una rielaborazione di uno dei capitoli del volume.

zione e presa in carico integrata. La tendenza che si va affermando è quella di concentrare in sportelli plurifunzionali l'accoglienza di tutte le richieste di prestazioni territoriali sociali, sociosanitarie e sanitarie. Questo vale soprattutto per quelle regioni che sono intervenute più recentemente nell'organizzazione delle cure domiciliari. Il modello alternativo è quello che affida al MMG il compito di raccogliere le domande di assistenza

individuazione del bisogno e della risposta più idonea. Questa soluzione, ipotizzando che i PUA accolgano davvero le domande relative a tutti i servizi di carattere sociosanitario e sociale di ASL e comuni, è in grado di garantire all'assistito, senza peregrinazioni, una pluralità di interventi sociali e sociosanitari che in qualche caso sono necessari ad integrazione o in prosecuzione di quello domiciliare.

Già dall'analisi di questo primo e relativa-

Tab. 1 – Cure domiciliari: la fase della segnalazione/accettazione.

Regioni	Chi fa la segnalazione	proposta obbligatoria del MMG?	Dove si accolgono le domande
Abruzzo	Singolo cittadino o familiare, MMG o PLS, servizi sociali, Servizi sanitari, servizi istituzionali (scuola, ecc.), servizi non istituzionali (volontariato, cooperative, ecc.).	No	Punto unico di accesso
Basilicata	MMG, medico ospedaliero all'atto della dimissione, struttura residenziale, servizi sociali, volontariato, cooperative, familiari.	No	Centro di coordinamento delle Cure domiciliari e delle cure palliative
Emilia Romagna		No	Sportello sanitario: in ogni distretto un unico punto di riferimento
Lazio	Chiunque.	Si	MMG
Lombardia		Si	Punto unico di accesso
Molise	Diretto interessato, famiglia, vicinato, volontariato.	Si	Porta unitaria di accesso
Puglia		No	Punto unico di accesso
Sardegna	MMG, PLS, reparto ospedaliero, servizio sociale, familiari, altri soggetti della rete informale.	Si	Punto unico di accesso
Sicilia	Famiglia, medico, comune, ospedale, altro.	No	Ufficio assistenza domiciliare del distretto
Toscana	MMG, Medico ospedaliero, Operatore socio-sanitario, Familiari, Volontariato.	Si	Punto unico di accesso
Umbria	MMG. Possono farla anche la famiglia, i servizi sociali, la RSA, il reparto ospedaliero.	Si	MMG
Veneto		No	punto di accesso unitario per la domiciliarità

Fonte: bibliografia

domiciliare e di provvedere alla loro prima valutazione.

L'aspetto della sede di accoglienza delle domande è meno decisivo per il funzionamento del sistema delle cure domiciliari ciononostante non si può fare a meno di rilevare che esistono modelli che andrebbero preferiti rispetto ad altri. Da questo punto di vista vanno privilegiate le scelte di quelle regioni che hanno identificato l'accoglienza delle domande nel PUA a cui, in genere, spetta anche il compito di avviare il percorso di

mente semplice aspetto dell'accoglienza delle domande di intervento domiciliare si rilevano differenze significative nei modelli organizzativi regionali. C'è chi ha privilegiato quale luogo di accoglienza delle richieste il Punto unico di accesso e chi invece il MMG; solo tre regioni – il Molise, la Sardegna e la Toscana – hanno scelto tutti e due gli elementi rilevanti del modello organizzativo dell'accoglienza: un ruolo significativo del MMG e il passaggio attraverso il Punto unico di accesso (PUA).

La valutazione multidimensionale dei casi.

L'Unità valutativa multidimensionale (UVM) effettua l'individuazione e la misurazione del bisogno sanitario e sociale attraverso sistemi di valutazione sperimentati e validati su ampia scala in grado di produrre una sintesi delle condizioni cliniche, funzionali e sociali. La valutazione può essere effettuata con visita domiciliare o in ospedale. Il primo output del processo è l'ammissione o meno al servizio domiciliare. L'UVM definisce gli obiettivi di cura e predisponde il piano assistenziale individualizzato orientato per problemi assistenziali.

Tutte le regioni hanno previsto sia la valutazione multidimensionale da parte di una unità valutativa sia la redazione del Piano assistenziale individualizzato con l'unica eccezione della Lombardia dove l'ammissione dell'utente alle prestazioni è effettuata dal MMG senza l'ausilio formale di strumenti di valutazione multidimensionale.

Alcune regioni, come l'Emilia Romagna e il Veneto, hanno previsto la valutazione multidimensionale per l'accesso alle cure domiciliari solo nei casi più complessi. Nelle altre situazioni viene utilizzata una procedura semplificata realizzata da un singolo professionista in grado di fornire una risposta tempestiva.

Un aspetto decisivo per il funzionamento delle cure domiciliari integrate (sanitarie e sociali) è costituito dalla composizione e dalle modalità di funzionamento delle Unità valutative. Le Unità valutative, infatti, devono essere dotate di effettivo potere decisionale sia per gli aspetti sanitari che per quelli sociali in modo che le indicazioni terapeutiche e assistenziali contenute nei progetti di assistenza possano essere attuate concretamente

attraverso prestazioni adeguate. Questo comporta che uno dei membri partecipi all'Unità valutativa in rappresentanza dell'ambito sociale o del comune (di solito un'assistente sociale) e che lo faccia potendo disporre di un "pacchetto" di risorse affidategli dai comuni che rappresenta. Sul primo aspetto le cose stanno andando avanti dato che ormai sono in maggioranza le regioni che hanno previsto che l'assistente sociale, componente stabile dell'unità valutativa, debba essere indicato dall'ambito territoriale sociale (Campania, Marche, Umbria, ecc.), o dagli enti locali interessati territorialmente (Friuli-V.G., Piemonte, Puglia, Sardegna, Trento, Veneto, ecc.). Sul secondo aspetto, quello della responsabilizzazione del membro comunale dell'Unità valutativa, le risposte sono ancora scarse ma qualcosa si sta muovendo. Le regioni Veneto e Toscana, per esempio, hanno previsto la stipula di protocolli di intesa fra le ASL ed i Comuni per conferire ai loro referenti all'interno delle Unità valutative deleghe operative, risorse tecnico professionali ed economiche per poter approvare i Piani assistenziali individualizzati (Cfr. Tab.2).

La definizione del piano assistenziale. Tutte le regioni hanno previsto che l'UVM dopo la valutazione elabora il Piano assistenziale individualizzato (PAI)² per ogni singolo caso complesso. Il PAI, che pochissime regioni descrivono, definisce le prestazioni sanitarie e gli interventi assistenziali (aiuto per il governo della casa, ecc.) da erogare, i risultati attesi, le verifiche e la presumibile durata dell'intervento. In molte regioni, all'Unità valutativa viene affidato anche il compito di verificare e valutare l'andamento e l'efficacia del PAI a distanza di alcuni mesi o a seguito di cambia-

Tab. 2 – Le scelte regionali relative alla valutazione multidimensionale

Percorsi della valutazione	Strumenti di valutazione	Composizione dell'UVM	Il potere di spesa del membro comunale
Valutazione uguale per tutti: tutti i casi vengono sottoposti alla UVM (es. Sicilia).	Vengono usati strumenti di valutazione monodimensionali. (es. Abruzzo)	I membri dell'UVM sono indicati solo dalla ASL. (es. Calabria)	Il membro comunale dell'UVM non ha potere di spesa. (Marche).
Valutazione differenziata: I casi complessi vengono sottoposti alla UVM mentre è prevista una procedura semplificata per i casi semplici (Es. Emilia Romagna, Sardegna, Veneto).	Vengono usati strumenti di valutazione multidimensionali. (Veneto, Puglia, Trento, ecc.)	Un membro dell'UVM viene indicato dall'ambito sociale o dal comune (Es. Campania, Friuli, Umbria, Marche, ecc.).	Il membro comunale dell'UVM ha potere di spesa. (es. Veneto, Toscana)

menti del quadro sociosanitario, della situazione psicosociale e di quella sanitaria dell'assistito. Nel caso in cui le verifiche e le valutazioni periodiche diano esiti diversi da quelli previsti, è necessario procedere ad una riformulazione del progetto personalizzato.

In Lombardia, dove non è prevista l'Unità valutativa, viene però recuperata la necessità della formulazione del Pai anche se con caratteristiche diverse rispetto a quelle presenti nel resto d'Italia. Nel sistema lombardo dell'Adi/Voucher la progettazione del piano di cura è particolarmente semplificata, oltre che molto diversificata nei vari distretti sanitari.

La formulazione del Pai segue percorsi diversi nelle diverse Asl e non sempre implica una valutazione domiciliare; può essere redatto a partire dalle sole informazioni amministrative. Ad esempio, nell'Asl Milano 2 il MMG fa la sua richiesta e il distretto valuta la proposta sotto il piano amministrativo, assegna il profilo e formula il PAI. A Monza, invece, la fase istruttoria prevede una valutazione domiciliare iniziale, ripetuta periodicamente. Queste modalità, fra l'altro, hanno portato ad un progressivo abbassamento dell'integrazione fra le prestazioni sanitarie e quelle assistenziali domiciliari tanto che le prestazioni integrate rappresentano in Lombardia una quota molto più bassa di quella media nazionale.

Piuttosto sottovalutati sono i tempi che occorrebbe rispettare nella redazione del Pai dato che è indubbio che un intervento posticipato per motivi organizzativi ne riduce fortemente l'efficacia. Sembrano davvero eccessivi i tempi massimi previsti in 60 giorni dal Piemonte (mentre la Sardegna 15) mentre sono apprezzabili quelle regioni che hanno previsto, nei casi in cui è necessario un intervento tempestivo, un avvio delle prestazioni rispettivamente entro 48 ore (Molise e Sardegna) o entro 15 giorni (Toscana), in attesa del PAI.

In buona sostanza si può affermare che i due passaggi strategici relativi alla valutazione dell'UVM e alla redazione del PAI, previsti anche dal documento della Commissione LEA (2006), sono ormai diventati patrimonio culturale e professionale degli operatori che non vengono più messi in discussione da nessuna regione, eccezione fatta per la Lombardia. Rimangono evidentemente differenze e ritardi ma il percorso è ampiamente condiviso.

L'esecuzione delle attività di cura. La fase

delle cure domiciliari erogate al paziente viene gestita direttamente dal distretto sanitario con una unità operativa dedicata che utilizza personale proprio e/o esternalizzato. Il responsabile terapeutico delle cure domiciliari è quasi sempre il MMG, il quale tuttavia, in casi di particolare complessità clinico assistenziale che richiedano specifici ed elevati livelli di competenza specialistica, può integrarsi con lo specialista di riferimento.

La Commissione Lea (2006) prevede l'utilizzo di un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare che comprende anche operatori sociali. Negli atti regionali, questa precisazione è stata formalmente ripresa solo da una minoranza di regioni (Sicilia, Sardegna, Umbria).

Al domicilio dell'utente viene compilata la "cartella di assistenza domiciliare", che costituisce uno strumento importante di comunicazione tra i soggetti "curanti", con i dati anagrafici e i dati sanitari compilati dai professionisti nei diversi accessi. Per le cure di alta intensità, dove sono molto frequenti le variazioni delle condizioni cliniche del malato e/o della situazione familiare, possono essere utilizzati data set informatizzati e trasmessi ad una centrale operativa.

E' in questa fase che deve essere prevista la funzione del monitoraggio e della valutazione periodica degli esiti (Commissione LEA, 2006) non prevista esplicitamente da tutte le regioni.

Il case manager. Il documento sulla riorganizzazione delle cure domiciliari della Commissione LEA suggerisce di nominare un responsabile del caso (case manager) all'interno dell'équipe erogatrice delle cure. Il case manager, 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 (Ministero Salute 2006, Liguria, Umbria).

Il case manager è il punto di riferimento per la famiglia, per il MMG e per gli altri operatori; ha la funzione di coordinare le risorse presenti nella rete dei servizi, a fronte della complessità e della frammentazione delle prestazioni, per garantire all'assistito quello di cui necessita in modo partecipato, efficace ed anche economicamente organizzato (Emilia Romagna, Umbria, Toscana). Il Responsabile del caso è anche molto importante in tutti quei casi in cui occorre integrare risorse diverse. L'esperienza ha dimostrato che è decisivo per il successo delle cure integrate sociali e sanitarie.

La maggior parte delle regioni italiane ha previsto il case manager (Abruzzo, Basilicata, Emilia, Romagna, Liguria, Molise, Toscana, Umbria, Veneto, ecc.).

In quasi tutti i casi il responsabile del caso viene nominato dalla Unità valutativa mentre in pochi casi (Emilia Romagna, Umbria) la nomina è a cura dell'unità operativa che si occupa dell'erogazione delle cure. La maggioranza delle regioni (Basilicata, Emilia Romagna, Liguria, Umbria, Veneto, ecc.) indica che la scelta del Case manager deve essere effettuata a favore di un soggetto interno all'équipe di cura. Si tratta di un orientamento condivisibile rispetto a quello di chi propone un membro della UVM. I membri dell'Unità valutativa sono e devono rimanere un numero molto ristretto e se la scelta del case manager dovesse avvenire al suo interno accadrebbe che ogni membro dovrebbe svolgere la funzione per centinaia di persone rendendo impossibile la funzione valutativa. A meno che questo non significhi affidare la responsabilità del caso al MMG che potrebbe essere considerato membro dell'Unità valutativa (Toscana) (Cfr. Tab.3). Questa ultima ipotesi, nel passato, non sempre ha dato i risultati attesi a

Tab. 3 – Le scelte regionali relative al Case manager

Viene nominato?	Chi lo nomina?	Quali figure?
Sì (es. Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, ecc.).	Il servizio che eroga le cure domiciliari (es. Emilia Romagna, Umbria)	Un membro dell'équipe curante, come un infermiere o un assistente sociale (es. Liguria, Veneto, ecc.)
No (Es. Lazio, Puglia, Sardegna, ecc.).	L'UVM (Veneto, Marche, ecc.)	MMG (Es. Toscana, ecc.).

causa del tempo che richiede. Si ritiene pertanto che la nomina del case manager da parte dell'Unità valutativa non rappresenti un elemento strategico per il buon funzionamento dell'UVM. Sarebbe senz'altro più efficace affidarla al Servizio che si occupa dell'erogazione delle cure domiciliari.

Durata e dimissione. L'assistenza in ADI ha una durata media inferiore ai 90 giorni. Questo accade per esempio in Abruzzo, in Lombardia e in Veneto. In queste ultime due regioni, nella maggioranza dei casi, l'assistenza domiciliare non supera i 60 giorni (Giunco, 2010; Regione Veneto, 2007). Di segno diverso l'organizzazione dell'Emilia Romagna dove l'assistenza infermieristica dura mediamente 159 giorni mentre l'assistenza specialistica 103 giorni.

L'assistenza si conclude in un terzo dei casi per la morte dell'assistito, in un quarto dei casi per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici

mentre in un terzo dei casi l'ADI prosegue anche l'anno successivo. Spesso, le regioni (Abruzzo, Piemonte, ecc.) hanno previsto che all'atto della dimissione va compilata l'apposita scheda di dimissione domiciliare che raccolgono tutti i dati relativi al ciclo di cure domiciliari effettuate.

I modelli organizzativi. Sono soprattutto due gli aspetti che caratterizzano in modo significativo le diverse organizzazioni regionali: si tratta del momento della valutazione e del momento operativo della esecuzione dei trattamenti domiciliari. Nelle altre fasi, dove pure si registrano differenze, queste ultime non sono in grado di influenzare incisivamente i modelli organizzativi.

La prima grande differenza si registra nel momento valutativo degli assistiti. Qui le fasi valutative possono essere due ma la principale è senz'altro quella che avviene all'interno della unità valutativa multidimensionale e multiprofessionale che è stata prevista da tutte le regioni tranne che in Lombardia. Si tratta di un aspetto centrale in grado di condizionare la qualità e i contenuti dell'intervento erogato all'assistito e non può non essere uno degli elementi discriminanti di un modello organizzativo relativo alle cure domiciliari. Per la verità, c'è anche un altro momento,

meno approfondito, che è costituito dalla prima valutazione della richiesta di cure domiciliari che alcune regioni hanno previsto in capo al MMG. Un passaggio che giudichiamo auspicabile ma non discriminante di un percorso valutativo dato che lo stesso MMG partecipa subito dopo, in tutte le regioni, alle Unità valutative che hanno il compito di effettuare una valutazione globale dei casi e conseguentemente elaborare il Piano assistenziale individualizzato.

Il secondo aspetto discriminante delle diverse organizzazioni regionali è sul fronte operativo dell'erogazione dell'assistenza e riguarda la presenza o meno del case manager. Non ci sono altri elementi significativi di differenziazione della fase operativa di erogazione delle cure. Perché è importante il responsabile del caso? Perché è potenzialmente in grado di superare le attuali criticità dell'assistenza domiciliare che sono costituite

dalla necessità che le famiglie abbiano un punto di riferimento, dalla necessità di coordinare ed integrare prestazioni diverse sociali e sanitarie e dalla necessità che la qualità delle prestazioni e le condizioni dell'assistito siano continuamente monitorate.

Queste valutazioni ci portano ad identificare i seguenti tre modelli organizzativi regionali delle cure domiciliari:

1. Modello Maturo: caratterizzato dall'affidamento all'UVM della valutazione dei bisogni e dalla identificazione del case manager per ogni assistito;
2. Modello in evoluzione: caratterizzato dall'affidamento all'UVM della valutazione dei bisogni. Queste regioni hanno riorganizzato recentemente le cure domiciliari senza prevedere l'individuazione del case manager;
3. Modello dei voucher: caratterizzato dall'affidamento al

MMG della valutazione dei bisogni e dall'erogazione delle cure tramite i voucher (Cfr. Tab.4).

Le tendenze organizzative. In questi ultimi anni dieci regioni hanno rivisto la loro organizzazione stimolate dal documento del Ministero della Salute (2006) sulla "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio". Hanno cominciato le regioni che hanno dovuto presentare il Piano di rientro dato che il Ministero ha imposto, fra gli atti da adottare, anche il

Tab. 4 – I modelli organizzativi regionali delle cure domiciliari

Modello maturo: Valutazione affidata all'UVM. Viene nominato il case manager. (Esempi: Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Molise, Toscana, Umbria, Veneto)	Modello dei voucher: Valutazione affidata al MMG. (esempio: Lombardia)
Modello in evoluzione: Valutazione affidata all'UVM. Non viene nominato il case manager. (Esempi: Lazio, Puglia, Sardegna, Sicilia)	

Cammini di formazione personale per la crescita individuale e comunitaria

La casa editrice Dehoniane ha inserito questi volumi nella collana Persona e Psiche: strumenti di riflessione per farsi un'idea su eventi, fenomeni, comportamenti, rispondendo ad interrogativi e contraddizioni, attingendo alla psicologia, alla religione, alla pedagogia e all'etica. **Pedofilia e preti** propone una riflessione sullo scandalo degli abusi sessuali nella Chiesa, concentrandosi sulla necessità di accompagnare i sacerdoti coinvolti in un percorso di guarigione e di riscoperta della propria vocazione e dell'identità affettivo -sessuale e di prevenire questi drammi con interventi di formazione permanente in ambito pastorale. Tema approfondito in **Neuroscienze e persona** sono i misteri della mente, indagati in relazione alle questioni morali; vengono quindi analizzate le implicazioni tra funzioni cerebrali e atti intenzionali ed etici; tra psiche e ciò che siamo in relazione al mondo esterno, illustrando i paradigmi e i trattamenti terapeutici di quella che con un neologismo può essere definita neuroetica. **L'educatore educato** si interroga su cosa significa oggi insegnare nelle scuole e occuparsi della conduzione di gruppi di formazione; vengono descritte ed analizzate le peculiarità di questo mestiere che è anche passione e richiede non solo competenze disciplinari ma anche, e soprattutto, abilità relazionali, comunicative e valoriali; infine una rassegna dei film che si sono confrontati sul tema dell'educazione.

Giuseppe Crea, **Pedofilia e preti**, Bologna 2010, p. 108, 9.00 euro; Luigi Renna, **Neuroscienze e persona: interrogativi e percorsi etici**, Bologna 2011, p. 297, 24.50 euro; G. Curio, M. Diana, F. Feliziani Kannheiser, **L'educatore educato**, Bologna 2011, p. 241, 21.00 euro.

recepimento del documento ministeriale. Successivamente anche altre regioni (Umbria, Valle d'Aosta, ecc.) hanno recepito il nuovo modello organizzativo ed altre lo faranno nel prossimo futuro come è dimostrato dai documenti preparatori già noti. 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 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 a oltre 4 anni di distanza dalla pubblicazione del documento ministeriale solo metà delle regioni hanno provveduto a riorganizzare 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 dal processo di recepimento regionale del documento ministeriale vengono gli altri motivi di preoccupazione. Infatti, il percorso attivato dal Ministero con la collaborazione della conferenza

delle regioni doveva servire a omogeneizzare i linguaggi e i contenuti delle cure domiciliari. Ed invece anche in questa occasione quasi tutte le regioni si sono discostate dal documento ministeriale proprio in quelle parti che puntavano alla omogeneizzazione organizzativa. Anche questa scommessa avviata con il lavoro dei "mattoni" rischia di perdersi ancora una volta dietro gli autonomismi regionali fini se stessi rischiando di mettere in discussione le garanzie di equità che Costituzione e LEA sono chiamati a rappresentare.

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 condivisi relativi alla migliore definizione dei LEA, con il supporto tecnico che può essere fornito dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e con una puntuale opera di monitoraggio sull'attività regionale.



Bibliografia

- Giunco F., *I voucher sociosanitari*, in Gori C. (a cura di), "Come cambia il welfare lombardo", Santarcangelo di Romagna, Maggioli editore, 2010.
- 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.
- Network non autosufficienza (N.N.A.), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 2° rapporto, Santarcangelo di Romagna, Maggioli editore, 2010. Scaricabile nel sito web: www.maggioli.it/rna

Note

² La Basilicata lo chiama Piano individualizzato di trattamento (PIT), in provincia di Trento si chiama progetto personalizzato di intervento (PPI), in Toscana si chiama Piano assistenziale personalizzato (PAP) mentre in Lazio e Liguria si chiama Piano individualizzato di assistenza (PIA).