

# LA CULTURA DELLA DOMICILIARITA' NEI SERVIZI

di Franco Pesaresi

## 1. Introduzione

Quanti sono gli anziani che fruiscono di servizi pubblici a domicilio in Italia? Che tipi di servizi ricevono e con quale intensità? Quali differenze esistono tra le varie Regioni? E come vengono organizzati i servizi nelle diverse aree del paese? Queste sono le principali domande cui le prossime pagine vogliono rispondere.

Il presente lavoro intende offrire, infatti, una disamina della dimensione dell'utenza e degli interventi che riceve, da una parte, e dell'organizzazione delle cure domiciliari, dall'altra. Così facendo s'intende offrire un quadro d'insieme sull'evoluzione della realtà italiana, con esclusione dei servizi di assistenza domiciliare (SAD) di competenza comunale.

## 2. I servizi domiciliari in Italia.L'evoluzione

### 2.1.1 I servizi domiciliari nel quadro dell'assistenza continuativa

Cominciamo il nostro percorso guardando l'evoluzione storica degli ultimi 20 anni e mettendo i servizi domiciliari a fianco degli altri interventi a finanziamento pubblico. Ne emerge l'estensione dei servizi domiciliari in termini di utenza, la stabilità delle strutture residenziali e la crescita particolarmente accentuata dell'indennità di accompagnamento.

**Tabella 1 – Gli anziani utenti di assistenza continuativa in Italia, %, anni vari**

	<i>Inizi anni 90</i>	<i>Inizi anni 2000</i>	<i>Seconda metà anni 2000</i>
Servizi domiciliari	2	3,8	5,1
Servizi residenziali	2,9	3	3
Ind. accompagnamento	5,0	5,5	9,5

Fonte: Gori e Lamura, 2009 aggiornato<sup>1</sup>

### 2.1.2 Le fasi dei servizi domiciliari

Per quanto riguarda lo specifico della domiciliarità, Gori e Casanova (Gori e Casanova, 2009) suddividono la recente storia italiana in tre fasi:

#### ***La fase pionieristica (anni '70 e '80)***

I primi passi significativi hanno luogo nella seconda metà degli anni '70 quando, dopo alcune esperienze sporadiche, il Sad inizia a svilupparsi in diversi Comuni. Le esperienze di Adi – perlopiù

---

<sup>1</sup> I valori di "seconda metà anni 2000" si riferiscono rispettivamente a: indennità di accompagnamento 2008, servizi domiciliari rispettivamente Adi 2008 e Sad 2006, strutture residenziali 2006. Si tratta dei più recenti dati di fonte istituzionale (Ministeri, Istat, Inps) disponibili.

in forma di autonomi interventi infermieristici o riabilitativi sotto la responsabilità delle Asl – cominciano a prendere corpo, a loro volta, negli anni '80.

### ***Il primo consolidamento (anni '90)***

All'inizio degli anni '90 fruisce dei servizi domiciliari circa il 2% degli anziani. Prende avvio, allora, la fase di maggior crescita quantitativa, che porterà i beneficiari quasi a raddoppiare nell'arco del decennio. Il Progetto obiettivo anziani del 1992 – recepito nel Piano sanitario nazionale del 1994 – contiene, altresì il primo riconoscimento statale di rilievo. Il Progetto indica l'attivazione dell'Adi come obiettivo prioritario e prevede la valutazione multidimensionale del bisogno attraverso l'Unità valutativa geriatrica (Uvg); pone la soglia del 2% degli anziani (3) da raggiungere entro cinque anni, risultato che sarà effettivamente ottenuto, indicando pure l'obiettivo di diffondere l'ospedalizzazione domiciliare (scopo ancora da realizzare adeguatamente). Si tratta di una fase particolarmente stimolante per la riflessione scientifica e operativa: l'esito è l'imporsi, nel dibattito, del modello d'intervento cosiddetto "a rete" – fondato su Uvg, stesura del progetto assistenziale individualizzato (Pai), individuazione di un responsabile del caso, azione coordinata tra servizi sanitari e sociali – come punto di riferimento.

### ***La ricerca di un nuovo sviluppo (2000-2010)***

L'avvio del decennio successivo vede i servizi domiciliari raggiungere il 3,8% degli anziani, di cui il 2% in Adi e l'1,8% in Sad<sup>2</sup>. È approvata allora la legge quadro dell'assistenza sociale (l. n. 328/2000), che prevede l'istituzione di un Fondo nazionale per lo sviluppo dell'assistenza domiciliare agli anziani: tale indicazione sarà raccolta dal legislatore, in forma poco più che simbolica, nel 2006. La crescita continua e porta l'utenza – nella seconda metà del decennio 2000 – a toccare il 5.1% degli anziani, di cui il 3,3% in Adi e l'1,8% in Sad. Per quanto riguarda le proporzioni tra Adi e Sad, il trend recente consiste nella crescita costante della prima e nella stabilizzazione del secondo intorno all'1,6-1,8%. A livello nazionale, nel 2006 il Governo Prodi ha introdotto un piccolo programma triennale finalizzato allo sviluppo dell'assistenza continuativa, il "Fondo per le non autosufficienze 2007-2009", con uno stanziamento di 400 milioni annui da distribuire alle Regioni per il perseguimento di tre obiettivi, tra cui lo sviluppo della domiciliarità, confermato dal Governo Berlusconi sino al 2010<sup>3</sup>. Il principale documento di carattere nazionale è la proposta per le cure domiciliari presentata nel 2006 dalla Commissione per la revisione dei LEA. Questa fase vede la domiciliarità sospesa tra i miglioramenti realizzati e la complicata ricerca degli ulteriori, e necessari, passi in avanti. L'utenza cresce ma la sua dimensione rimane limitata rispetto ai bisogni e, in molte situazioni, il numero di accessi per anziano risulta inadeguato. Il modello a rete occupa, ormai, una centralità unanimemente condivisa negli obiettivi dichiarati ma incontra sovente difficoltà a concretizzarsi. Le Regioni dedicano risorse crescenti alla domiciliarità ma i loro stanziamenti dovrebbero aumentare ancora ed essere accompagnati da uno sforzo statale di nuove proporzioni.

Il box 1 sintetizza il profilo attuale dei diversi interventi pubblici nel territorio, come è venuto formandosi nell'ultimo decennio. La crescita dell'utenza Adi si accompagna a un riduzione dell'intensità dell'intervento (il numero medio di ore complessive dedicate ad ogni utente) e a una sostanziale stabilità dell'utenza Sad. La percentuale di anziani beneficiari dell'indennità di accompagnamento è cresciuta di oltre la metà, nell'ambito di una tendenza a un ricorso sempre più ampio alle prestazioni monetarie che ha riguardato anche la diffusione degli assegni di cura erogati dalle Regioni, in particolare nel centro-nord.

---

<sup>2</sup> I dati sul SAD si riferiscono agli interventi di sostegno nelle attività della vita quotidiane e nella cura della persona di responsabilità dei Comuni.

### Box 1 – L’utenza anziana degli interventi pubblici nel territorio, % di anziani, 2000-2010

- Adi: utenza da 1,9% (2001) a 3,3% (2008); intensità da 26 (2002) a 22 (2006) ore totali per utente
- Sad: utenza stabile intorno a 1,6-1,8%
- Indennità di accompagnamento: utenza da 5,5% (2001) a 9,5% (2008)
- Nelle Regioni del centro-nord forte crescita degli assegni di cura

## 2.2 La realtà di oggi

Le quattro tabelle che seguono forniscono il quadro dell’offerta di servizi domiciliari agli anziani. La prima presenta i dati sull’assistenza domiciliare integrata (Adi). L’utenza ammonta al 3,3% degli anziani – come detto – mentre all’inizio del decennio equivaleva all’1,9%. L’intensità è di 22 ore, con una riduzione di 4 ore rispetto all’inizio del decennio. Questi valori medi nascondono, tuttavia, profonde differenze tra Regioni, rivelate dall’eterogeneità di percentuali contenute in tabella 1. L’ultima colonna indica la percentuale della spesa sanitaria complessiva che ogni Regione dedica all’Adi. La maggior parte delle Regioni si colloca intorno all’1% e il decennio ha visto percorsi fortemente differenziati in proposito. Infatti, mentre in alcune la percentuale è cresciuta, in altre è addirittura diminuita. Le cifre sulla percentuale di spesa sanitaria dedicata all’Adi e il tormentato percorso di molte realtà in proposito indicano la difficoltà che si registra – alla prova dei fatti – quando al di là della retorica sulla necessità di potenziare la possibilità per gli anziani di permanere nel territorio si cerca effettivamente di spostare verso i servizi domiciliari una parte crescente, per quanto assolutamente esigua rispetto al bilancio complessivo, di risorse.

**Tabella 2 - Anziani in assistenza domiciliare integrata (ADI) (%), intensità del servizio ADI erogato (ore di assistenza per caso trattato su base annua) e incidenza del costo dell’ADI sul totale della spesa sanitaria per regione e anno<sup>4</sup>.**

Regione *	Anziani in ADI (%)		Intensità ADI (ore)		Incidenza costo ADI (%)	
	2008	$\Delta$ 2001-08	2007	$\Delta$ 2002-07	2008	$\Delta$ 2001-08
Abruzzo	4,2	3,3	21	-2	1,0	0,4
Basilicata	4,0	1,4	42	-38	1,1	0,3
Calabria	2,6	2,0	14	-105	n.d.	n.d.
Campania	1,8	1,0	44	26	0,4	0,1
Emilia-Romagna	6,1	4,2	21	-5	2,1	1,0
Friuli-Venezia Giulia	7,3	-0,3	7	-7	3,0	0,8
Lazio	3,3	1,6	18	1	0,5	0
Liguria	3,2	-0,4	21	-19	0,7	0,2
Lombardia	4,0	1,5	16	-3	0,7	-0,1
Marche	4,1	0,1	27	-2	1,4	-1,1
Molise	3,4	-2,4	19	-3	0,4	-0,4
Piemonte	1,9	0,5	20	-8	1,3	0,5
Puglia	1,8	0,7	48	-27	0,4	0,3
Sardegna	2,1	1,6	68	-51	0,7	0,5
Sicilia	0,9	0,3	31	0	0,4	-4,0
Toscana	2,0	0,1	22	3	1,2	-0,4

<sup>4</sup> Mentre il dato sull’intensità dell’ADI si riferisce ai soli utenti anziani, il dato sulla variazione dell’intensità, in mancanza dell’indicatore riferito ai soli anziani negli anni precedenti, fa riferimento alla platea complessiva degli utenti.

Trentino-Alto Adige	0,5	0,3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Umbria	5,1	3,6	35	1	1,2	-0,9
Valle d'Aosta*	0,4	0,1	177	-71	1,0	0,5
Veneto	6,0	3,0	9	-5	1,1	0,3
<b>Italia</b>	<b>3,3</b>	<b>1,4</b>	<b>22</b>	<b>-4</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>

\* in assenza del dato sulla copertura dell'ADI per il 2001 e il 2002, la differenza è stata calcolata con riferimento all'anno 2003  
Fonte: ns. elaborazioni su dati Ministero dello Sviluppo Economico (2010) e Ministero della Salute (vari anni).

La tabella 3 mostra la percentuale di anziani utenti del servizio di assistenza domiciliare (Sad) e la spesa per caso trattato, l'unico indicatore dell'intensità dello sforzo compiuto. I valori medi sono 1,8 e 1646 Euro e – anche in questo caso – le differenze tra le Regioni risultano notevoli. Come già detto, il Sad si è da qualche anno assestato intorno al 1.6-1.8 di anziani raggiunti. È da notare che – qui come per tutti i dati presentati sull'offerta, le differenze tra Regioni non toccano solo l'attesa distanza tra nord e sud, ma rivelano significative differenze anche all'interno di uno stesso paese.

**Tabella 3 - Anziani utenti del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) e spesa per caso trattato per regione di residenza (%), anno 2006.**

Regione	Copertura 2006	Spesa media per utente 2006
1. Valle d'Aosta	4,9	4.487
2. Trentino-Alto Adige	3,8	3.767
3. Sicilia	3,4	1.230
4. Molise	3,1	862
5. Friuli-Venezia Giulia	2,9	2.074
6. Sardegna	2,5	2.641
7. Emilia-Romagna	2,4	1.620
Abruzzo	2,4	1.354
9. Lazio	1,8	1.811
Lombardia	1,8	1.681
<b>Italia</b>	<b>1,8</b>	<b>1.646</b>
11. Veneto	1,7	1.341
12. Campania	1,6	1.292
13. Piemonte	1,4	1.419
Calabria	1,4	605
15. Liguria	1,3	1.939
Toscana	1,3	1.828
17. Basilicata	1,1	1.507
18. Marche	1,0	1.736
19. Puglia	0,8	1.387
20. Umbria	0,6	2.035

Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2009).

Gli anziani che ricevono una assistenza domiciliare davvero integrata sanitaria e sociale sono pari all'8,2 per mille anziani. Un risultato modesto e per giunta in tendenziale diminuzione. Le

differenze tra le regioni sono grandi<sup>5</sup>. Gli anziani che ricevono l'ADI integrata sociale e sanitaria rispetto al totale degli anziani che ricevono l'ADI costituiscono un quarto. E' giusto così o è poco? Non ci sono standard di riferimento. Diversamente da quello che alcuni pensano lo standard non è il totale di tutti coloro che ricevono l'ADI. L'assistenza domiciliare sociale ad integrazione dell'ADI non è sempre necessaria. Bisogna valutare di volta in volta. Quando, per esempio, a casa dell'assistito vi è una famiglia disponibile che garantisce ogni forma di assistenza igienica, tutelare e domestica l'erogazione del SAD non viene giustamente prevista. Bisogna poi tener conto che in qualche caso l'assistenza domiciliare sociale ad integrazione dell'ADI viene rifiutata dall'assistito perché per questa parte viene chiamato a partecipare alla spesa.

Ci sono però alcuni dati che determinano l'impressione che la quota di anziani che possa beneficiare di un'ADI davvero integrata debba ancora crescere sensibilmente. Attualmente, questo tipo di servizio è garantito solo nel 41,3% dei comuni. In un terzo delle regioni, i comuni che garantiscono l'integrazione sociale dell'ADI sono meno del 25%. Il problema ha dimensioni così eclatanti che non coinvolge solo i comuni piccolissimi (tabella 4). Si tratta di un dato sorprendente che preoccupa perché giunge dopo un gran parlare pluridecennale di integrazione e assistenza domiciliare. Questo paragrafo presenta le principali differenze tra le Regioni nei dati sull'offerta mentre il prossimo si dedica ai modelli organizzativi.

**Tab. 4 – Anziani che ricevono l'ADI integrata con i servizi sociali. Anno 2007**

<b>Regioni</b>	<b>% Utenti Adi</b>	<b>% Utenti Adi integrata</b>	<b>% di comuni coperti dal servizio di ADI integrata</b>
<b>Piemonte</b>	1,7	0,7	77,7
<b>Valle d'Aosta</b>	0,3	0,5	28,4
<b>Lombardia</b>	3,6	1,2	18,7
<b>Bolzano</b>	0,5	0	0
<b>Trento</b>	1,0	0,2	89,7
<b>Veneto</b>	6,4	4,2	88,6
<b>Friuli V. G.</b>	7,2	0,3	42,9
<b>Liguria</b>	3,2	0,1	16,6
<b>E. Romagna</b>	5,7	0,6	42,2
<b>Toscana</b>	2,1	0,4	74,9
<b>Umbria</b>	4,3	0,9	41,3
<b>Marche</b>	3,8	0,2	6,5
<b>Lazio</b>	3,8	0,5	57,4
<b>Abruzzo</b>	3,6	0,3	43,0
<b>Molise</b>	3,7	0,2	3,7
<b>Campania</b>	1,6	0,2	26,0
<b>Puglia</b>	1,6	0,5	45,7
<b>Calabria</b>	2,7	0,4	4,6
<b>Basilicata</b>	4,3	0,3	16,0
<b>Sicilia</b>	1,0	0,1	9,0
<b>Sardegna</b>	1,2	0,2	26,0
<b>ITALIA 2007</b>	<b>3,2</b>	<b>0,8</b>	<b>41,3</b>

Fonte: Nostra elaborazione su dati Ministero Salute (2009) e Istat (2010).

<sup>5</sup> I dati non sono perfettamente comparabili con quelli della tabella 1 perché si riferiscono al 2007 mentre la tabella 1 si riferisce al 2008.

La continuità dell'assistenza è un aspetto importante per i pazienti affetti da patologie che, all'uscita dall'ospedale, continuano ad avere la necessità di essere assistiti, anche per lungo tempo, al loro domicilio. Tuttavia, I dati delle SDO (schede di dimissione ospedaliera) evidenziano che solo lo 0,2% dei ricoverati viene dimesso con le procedure della "dimissione protetta" con l'attivazione immediata dell'ADI. L'ADI viene addirittura superata dalla ospedalizzazione domiciliare che viene attivata nello 0,3% dei ricoverati ospedalieri che tornano a casa. In sostanza, dunque, solo 41.189 pazienti dimessi dall'ospedale pari allo 0,5% di tutti i dimessi continuano a ricevere al domicilio una qualche forma di assistenza sanitaria (Cfr. Tab. 5). I dati sono così sconcertanti da farci dubitare della affidabilità degli stessi.

Se spostiamo il confronto all'interno dei dati dell'ADI possiamo verificare che gli utenti dell'ADI che fruiscono della dimissione protetta costituiscono solo il 4,8% che salgono al 10,3% se teniamo conto anche dell'ospedalizzazione a domicilio. Per valutare questi dati dovremmo sempre ricordare che la quota principale delle persone assistite in ADI dovrebbe essere di provenienza ospedaliera.

**Tab. 5 – Dimissioni protette dall'ospedale. Anno 2008**

<b>Reparto di dimissione</b>	<b>% dimissione protetta con Adi su totale dimessi</b>	<b>% dimissione protetta con ospedalizzazione domiciliare su totale dimessi</b>
<b>acuti</b>	0,2	0,3
<b>riabilitazione</b>	0,5	0,1
<b>lungodegenza</b>	3,3	0,3
<b>TOTALE</b>	0,2	0,3

Fonte: Ministero salute (2010).

## 2.2 Alcuni punti di attenzione

Il box 2 sintetizza i dati riguardanti la spesa pubblica dedicata ai servizi domiciliari per gli anziani. La spesa complessivamente ammonta allo 0,29% del Pil, mentre quella totale per l'insieme dell'assistenza continuativa (servizi domiciliari, residenziali e indennità di accompagnamento) all'1,18%. La percentuale di pil complessivamente dedicata al welfare (previdenza, sanità, assistenza) equivale a circa il 26%. Dunque, si tratta di un settore che assorbe poche risorse pubbliche e che potrebbe crescere sensibilmente grazie ad un investimento assai contenuto per il bilancio pubblico complessivo. A confermare questa osservazione è anche la percentuale di spesa sanitaria dedicata all'Adi, pari all' 1,08% del totale.

Una differenza concerne un maggiore sbilanciamento verso le prestazioni monetarie rispetto ai servizi e un'altra riguarda la maggiore intensità media dell'Adi. Quest'ultima si può spiegare con il fatto che l'esigua utenza Adi è composta da anziani in condizioni fortemente critiche, per i quali non si può prescindere da un più robusto intervento. La più bassa percentuale di spesa sanitaria dedicata all'adi pare potersi motivare, invece, con la maggiore difficoltà a governare la complessiva spesa sanitaria. In questa situazione, le risorse tendono a concentrarsi verso i segmenti che hanno maggiore capacità di influenzare il decisore politico, in particolare il segmento ospedaliero.

### Box 2 – La spesa

- Percentuale di Pil dedicato ai servizi domiciliari: 0,29
- Percentuale di Pil dedicato all'assistenza continuativa: 1,18
- Percentuale di Pil dedicata al welfare: 26
- Percentuale di spesa sanitaria destinata all'Adi: 1,08

### 3. 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.*

#### 3.1. *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 comunali, 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. 6). 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 valutazione 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 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 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.

**Tab. 6 – Cure domiciliari: la fase della segnalazione/accettazione.**

<b>Regioni</b>	<b>Chi fa la segnalazione</b>	<b>proposta obbligatoria del MMG?</b>	<b>Dove si accolgono le domande</b>
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

Già dall'analisi di questo primo e relativamente 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).

### 3.2. *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 predispose 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.7).

**Tab. 7 – Le scelte regionali relative alla valutazione multidimensionale**

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

#### *La definizione del piano assistenziale*

Tutte le regioni hanno previsto che l'UVM dopo la valutazione elabora il Piano assistenziale individualizzato (PAI)<sup>6</sup> 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 cambiamenti del quadro sociosanitario, della situazione psicosociale e di quella sanitaria dell'assistito. Nel caso in cui le

<sup>6</sup> 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).

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 occorrerebbe 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, eccezion fatta per la Lombardia. Rimangono evidentemente differenze e ritardi ma il percorso è ampiamente condiviso.

### 3.3. *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.8). Questa ultima ipotesi, nel passato, non sempre ha dato i risultati attesi a 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.

**Tab. 8 – Le scelte regionali relative al Case manager**

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

#### 3.4. 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 (Regione E. Romagna, 2005).

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 raccoglie tutti i dati relativi al ciclo di cure domiciliari effettuate.

### 3.5. 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.9).

**Tab. 9 – I modelli organizzativi regionali delle cure domiciliari**

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

### 3.6. Le tendenze organizzative

In questi ultimi anni dieci regioni hanno rivisto la loro organizzazione stimulate 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

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 5 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 finì 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**

- CEIS Tor Vergata, *Rapporto sanità 2009*, Roma, 2010.
- Istat, *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati – anno 2007*, 2010, Sito web: [www.istat.it](http://www.istat.it)
- Ministero della salute, *Attività gestionali ed economiche delle ASL e aziende ospedaliere – anno 2007*, Ministero della salute, Roma, 2009.
- 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, *“Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – Dati SDO 2008*, Ministero della salute, Roma, 2010.