

A cura di
Davide L. Vetrano

L'ASSISTENZA DOMICILIARE IN ITALIA: chi la fa, come si fa e buone pratiche

INDAGINE 2018



L'ASSISTENZA DOMICILIARE IN ITALIA:

chi la fa, come si fa e buone pratiche

a cura di

Davide L. Vetrano

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

Con il commento di

Ketty Vaccaro

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

Con la collaborazione di

Graziano Onder, Professore associato di Geriatria presso il Centro di
Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica del Sacro Cuore
di Roma

Con il supporto tecnico di

Vincenzo Brandi e Emanuele Rocco Villani,
Centro di Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica del
Sacro Cuore di Roma

Maria Stella Pisciotta, Dipartimento di Geriatria, Fondazione
Poliambulanza di Brescia

Un progetto di Italia Longeva coordinato da

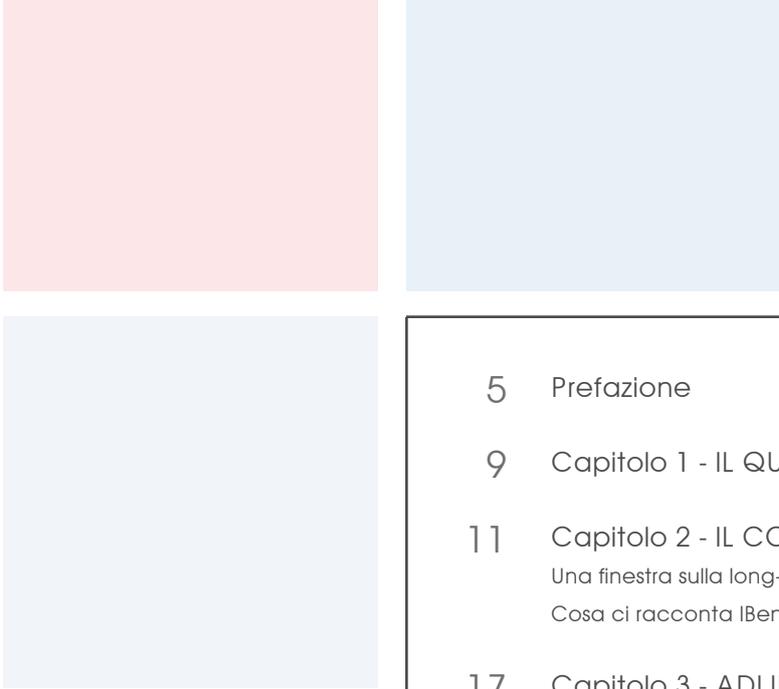
Cecilia Behmann, Project Manager
Andreina De Pascali, Segretario Generale

Impaginazione e grafica:
Flora Camporiondo

Stampa
Puntografico printing sas

Finito di stampare nel mese di Luglio 2018

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



Indice

- 5 Prefazione
- 9 Capitolo 1 - IL QUADRO D'INSIEME
- 11 Capitolo 2 - IL CONTESTO EUROPEO
Una finestra sulla long-term care in Europa
Cosa ci racconta lBenC
- 17 Capitolo 3 - ADI IN ITALIA
Definizione ed obiettivi
I flussi informativi ministeriali (SIAD)
- 23 Capitolo 4 - L'ADI RACCONTATA DA CHI LA FA
Introduzione
Come viene erogata l'ADI
Il miraggio dell'integrazione socio-sanitaria
Quanta ADI si fa
Informatizzazione e tecnoassistenza
Valutazione multidimensionale
Valutazione della qualità dei servizi
I Costi dell'ADI
- 35 Capitolo 5 - UN PO' DI STORIE
L'anagrafe della fragilità sociale a Vercelli
Infermiere di comunità e residenze aperte per gli anziani delle
Aree Interne: l'entroterra ligure
L'ADI nelle Marche durante il terremoto
Dalla gara all'accreditamento: il caso della Regione Lazio
Nuovi modelli di classificazione e gestione in ADI nella Regione
Lazio
- 47 Capitolo 6 - L'IDENTIKIT DI CHI RICEVE ADI:
GLI ASSISTITI IN UMBRIA
- 55 Capitolo 7 - CONCLUSIONI
- 57 RIFERIMENTI NORMATIVI
- 59 NOTE METODOLOGICHE
- 61 NOTE BIBLIOGRAFICHE
- 63 RINGRAZIAMENTI
- 65 I PARTNER



PREFAZIONE

Ecco la seconda parte dell'indagine sull'Assistenza Domiciliare in Italia.

Continuiamo a concentrarci sull'ADI perché è la pietra angolare di un Servizio Sanitario capace di affrontare (e non di subire nei Pronto Soccorsi...) l'assistenza agli anziani. L'ADI è la formattazione del territorio, è la password per aprire i file della non autosufficienza e disabilità, conseguenze ineludibili della pressione demografica dell'Italia, il paese più vecchio del mondo insieme al Giappone.

E allora abbiamo cercato, lo scorso anno, di riassumere le caratteristiche organizzative dell'assistenza domiciliare di 12 Aziende Sanitarie in 11 Regioni; quest'anno vedrete l'ADI italiana comparata con quella di alcuni paesi dell'UE, e scoprirete che da questo confronto usciamo come fanalino di coda. Ma almeno sappiamo come viaggia il resto dei paesi dell'Unione.

Poi abbiamo allargato la ricerca formale, per così dire "amministrativa", a ulteriori 23 Aziende Sanitarie, per ampliare l'orizzonte e, in alcuni casi, riportare l'universo dei dati ADI di intere Regioni.

Infine abbiamo puntato l'obiettivo su specifiche realtà, per motivi diversi particolarmente stimolanti, con l'intento di offrire spunti precisi alla platea dei decisori e degli operatori. Che ognuno trovi il modello o la soluzione da replicare o con cui confrontare le idee e le esperienze che conosce!

Buona lettura e, hai visto mai, ispirazione a fare sempre di più, sempre meglio!

Con Italia Longeva continuiamo così a cercar di essere utili e di ribadire a tutti gli attori a vario titolo impegnati nel mondo dell'assistenza ai disabili - in genere anziani - l'urgenza di ripensare la long-term care.

Roberto Bernabei
Presidente Italia Longeva



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

I CAMPI DI INTERESSE

- Il ripensamento dei modelli organizzativi e gestionali della Long-Term Care e dei setting assistenziali dell'anziano cronico con l'obiettivo di avanzare ai decisori istituzionali proposte su modalità efficaci e sostenibili di presa in cura delle persone fragili;
- La prevenzione delle patologie e la lotta alla fragilità, perseguita attraverso l'approfondimento scientifico e la comunicazione dei vantaggi legati all'immunizzazione, a una corretta alimentazione, all'esercizio fisico e più in generale agli stili di vita;
- L'assistenza domiciliare e la tecnoassistenza, ambiti diversi ma accomunati dall'obiettivo di assistere e curare l'anziano a casa propria, il più vicino possibile ai suoi affetti e in continuità con le sue abitudini di vita;

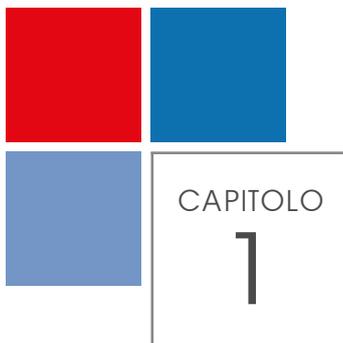
- Il miglioramento dell'assistenza all'anziano mediante la promozione della cultura della qualità nelle Residenze Sanitarie Assistenziali e attraverso la professionalizzazione delle badanti.

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

GLI OBIETTIVI E LE ATTIVITA'

I progetti di Italia Longeva investono vari ambiti del target anziani e consistono in iniziative di comunicazione, sensibilizzazione, educazione e diffusione "culturale" verso le istituzioni, i professionisti del comparto sanitario e i cittadini. Con l'obiettivo di ideare e proporre nuovi approcci e soluzioni alle problematiche socio-sanitarie, economiche e di governance inerenti l'invecchiamento, Italia Longeva in maniera inclusiva riunisce stakeholder e key-player in rappresentanza di istituzioni e business community di riferimento in tavoli di lavoro, board scientifici, convegni, seminari e road show.

Per diffondere la cultura dell'invecchiare bene e promuovere strategie e azioni utili a contrastare i deficit e i problemi che arrivano una volta invecchiati, Italia Longeva realizza campagne televisive, pubblicazioni e iniziative rivolte al cittadino.



CAPITOLO

1

IL QUADRO D'INSIEME

L'Italia, il Paese più vecchio d'Europa, sta vivendo – e sempre più lo farà – le conseguenze sociali ed economiche di una significativa rivoluzione demografica. Tra meno di trent'anni la popolazione del nostro paese sarà composta per un terzo da ultrasessantacinquenni, ben 20 milioni di persone. Di questi, 4 milioni saranno ultraottantacinquenni. L'aumento dell'aspettativa di vita dei cittadini italiani è la testimonianza del continuo miglioramento delle politiche sanitarie del nostro paese. Tuttavia, come è noto, il fenomeno dell'invecchiamento è inevitabilmente legato all'insorgenza di multiple malattie croniche che spesso esitano in disabilità cognitiva e fisica, in grado di compromettere significativamente la qualità di vita delle persone. I progressi in campo biomedico hanno progressivamente posticipato l'insorgenza di tali condizioni, relegandole agli ultimi anni della vita, segnando così un punto importante per il benessere e la salute del singolo individuo. Ciò che invece preoccupa è l'incremento in termini assoluti del carico di disabilità e cronicità atteso per la popolazione: tra quindici anni, nel 2030, circa 8 milioni di italiani saranno affetti da 3 o più malattie croniche e altrettanti 8 milioni saranno affetti da almeno una malattia cronica grave (fonte ISTAT). Ipertensione, malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie, depressione, ansia e demenza saranno le capofila di questa pandemia di multimorbilità. Nel 2030 inoltre 5 milioni di italiani saranno portatori di una disabilità grave richiedente assistenza ed una presa in carico da parte del sistema sanitario nazionale.

Alla luce di queste stime è imperativo non farsi trovare impreparati, pena il collasso del sistema. Svariati fattori contingenti rendono ardua questa sfida: l'incremento dell'indice di vecchiaia, la progressiva disgregazione del costruito di famiglia

tradizionale, l'insufficiente numero di caregiver, le profonde diseguaglianze sociali e geografiche, solo per citarne alcuni.

La prevenzione da una parte e la long-term care dall'altra, rappresentano i fulcri di un sistema sanitario che promuove un invecchiamento in salute, ma che al contempo si fa carico efficacemente degli aspetti sanitari e sociali della persona multimorbida e disabile. Il tutto con un occhio di riguardo al contenimento della spesa sanitaria.

Fin dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, l'assistenza domiciliare integrata (ADI) è stata considerata uno dei servizi fondamentali della rete di assistenza per l'anziano fragile. Alcuni studi controllati hanno dimostrato che l'assistenza domiciliare riduce il consumo di risorse in termini di ospedalizzazione/istituzionalizzazione, migliora la qualità della vita degli assistiti e, confrontata con altri setting assistenziali, viene preferita dal cittadino. L'ADI rappresenta una forma di assistenza alla persona che si avvale di servizi sanitari e sociali tra di essi integrati, destinata al cittadino che a motivo di condizioni morbose e svantaggi sociali, ha sviluppato uno stato di non autosufficienza che gli impedisce di usufruire dei servizi sanitari ambulatoriali, ma per il quale, allo stesso tempo, l'utilizzo dei servizi ospedalieri risulta inappropriato. I principali obiettivi dell'ADI sono: la cura della persona presso il proprio domicilio, l'integrazione nella rete delle cure primarie e secondarie e la riduzione dei costi dell'assistenza socio-sanitaria (di fatto inferiori se confrontati a quelli relativi alla istituzionalizzazione o alla ospedalizzazione).

Per il secondo anno consecutivo, Italia Longeva – la Rete Nazionale di ricerca sull'invecchiamento e a longevità attiva istituita dal Ministero della Salute con la Regione Marche e l'IRCCS INRCA – si è occupata di ADI. L'indagine condotta nel 2017,

“La Babele dell’assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa” ha fornito per la prima volta una panoramica dei modelli organizzativi ed assistenziali dell’ADI in Italia. Nel 2017 la ricerca ha coinvolto 12 Aziende Sanitarie in 11 regioni italiane, con una copertura sul territorio nazionale di quasi il 20% degli assistiti. In generale, l’ADI è risultata essere un servizio sottopotenziato: nel 2016 solamente 370.000 anziani sono stati assistiti al proprio domicilio, a fronte di un bisogno stimato doppio se non addirittura triplo. Il risultato principale dell’indagine è stato la vasta eterogeneità riscontrata da nord a sud in termini di modelli organizzativi, con un coinvolgimento di enti pubblici e privati estremamente variegato. È stata riscontrata una grande variabilità per quanto riguarda l’impiego di risorse ed i costi per assistito a seconda delle realtà esaminate, con disparità significative tra regione e regione. Dall’indagine è emerso un dato di frammentarietà e di incostante efficacia dell’integrazione socio-sanitaria, elemento caratterizzante l’ADI, con importanti ritardi e mancanze da parte dei Comuni. Il livello di informatizzazione in alcune Aziende Sanitarie si è dimostrato non proporzionato alle esigenze amministrative e assistenziali, con conseguente impossibilità di rendicontare ed analizzare tempestivamente le attività svolte. Infine, la valutazione multidimensionale, momento essenziale della programmazione dei servizi da erogare, risultava essere eseguita attraverso strumenti non

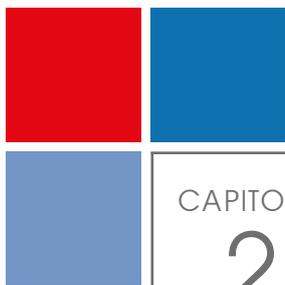
sempre adeguati e non sempre in grado di restituire una valutazione olistica dell’assistito a domicilio.

Ma come riferisce uno dei responsabili ADI coinvolto nella nostra iniziativa: *“Non mi è possibile dire se una realtà è migliore di un’altra. Il servizio offerto risulta essere il frutto di soluzioni diverse, perché diverse sono le richieste sul territorio, e diverso è il territorio stesso. Quindi la disomogeneità e l’eterogeneità del servizio non sempre sono dovute a mancanze da parte delle Aziende Sanitarie, bensì sono frutto dell’adattamento dei servizi ad esigenze così variegate”*.

Quest’anno Italia Longeva riparte proprio da questa osservazione e rilancia l’iniziativa proponendosi di completare il quadro nazionale dello scorso anno, di raccontare l’ADI tenendo conto del contesto europeo del quale l’Italia fa parte, di ritrarre il profilo del cittadino assistito in ADI ed infine di raccontare alcune delle best practice presenti nel nostro paese.

L’indagine ADI 2017 di Italia Longeva è disponibile sul web all’indirizzo:

<http://www.italialongeva.it/wp-content/uploads/2017/07/RicercaAdi.pdf>



Una finestra sulla long-term care in Europa

L'organizzazione dei sistemi sanitari nazionali europei sta vivendo un'epoca di fermento e la long-term care, ed in particolare l'assistenza domiciliare, destinata alle cure della popolazione anziana sta andando incontro a significativi cambiamenti. A causa del progressivo invecchiamento della popolazione e di una forza lavoro in rapida riduzione, si prevede che in Europa il rapporto tra la popolazione anziana e quella attiva passi dal 29% del 2015 al 51% nel 2080. In tale contesto, l'incremento delle richieste

assistenziali in termini di long-term care determinerà un'impennata della spesa sanitaria destinata alla sua copertura. La vera criticità generata da questa rivoluzione è data dalla sostenibilità, che rischia di minare la possibilità di garantire ai cittadini europei una long-term care di qualità.

Per ragioni storiche, economiche e sociali di varia natura, i paesi europei devolvono alla long-term care percentuali differenti della spesa sanitaria (tabella 2.1). Secondo dati Eurostat riferiti al 2014, si va dallo 0,1% della spesa sanitaria totale della Bulgaria al 26,3% della Svezia. In Italia nel 2014 la spesa per la long-term care ha rappresentato il 10,1% della spesa sanitaria, ovvero 14,9 miliardi di euro (spesa pubblica + spesa delle famiglie). Di questi, solamente 2,3 miliardi (1,3% della spesa sanitaria totale) sono stati previsti per l'erogazione di cure domiciliari e le famiglie hanno

contribuito per circa 76 milioni di euro (ISTAT 2017). Allo stato attuale, il maggior determinante dei costi della long-term care agli anziani è rappresentato dalle cure residenziali. Allo stesso tempo, un po' ovunque, si assiste ad uno shift verso le cure domiciliari, le quali presentano costi di gestione inferiori rispetto a quelle residenziali (figura 2.1); ciò consentirebbe ai governi di continuare a garantire cure di qualità su base universalistica. Prevenire – e di conseguenza ritardare – l'istituzionalizzazione degli anziani è possibile solo in presenza di un'assistenza domiciliare accessibile, di buona

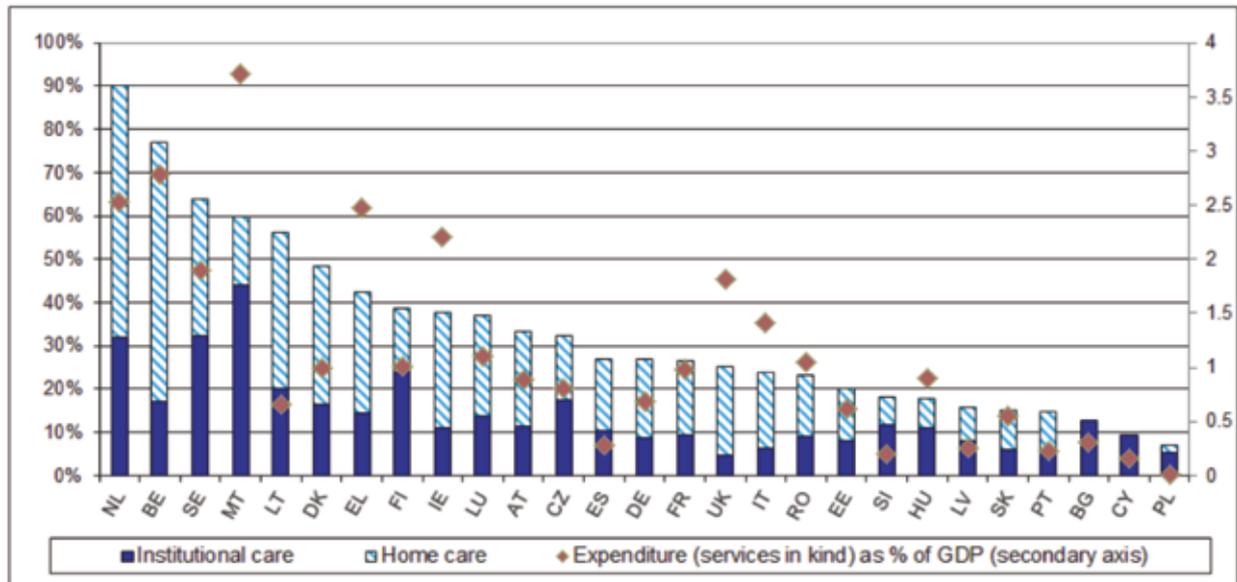
Tabella 2.1. Spesa sanitaria corrente per funzione di assistenza (%) sul totale della spesa sanitaria in Europa. Dati ordinati per spesa relativa alla long-term care.

PAESI	Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	Long-term care	Servizi ausiliari	Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici	Servizi per la prevenzione delle malattie	Altro	Totale
Svezia	52.2	26.3	3.7	12.3	3.1	2.4	100
Olanda	51.9	24.8	1.8	12.7	3.6	5.2	100
Danimarca*	56.6	24.4	4.6	9.9	2.4	2.1	100
Belgio	49.4	24.3	5.0	16.2	1.7	3.4	100
Lussemburgo	52.9	23.5	5.9	11.0	2.4	4.3	100
Irlanda	53.9	22.7	2.8	14.1	2.7	3.7	100
Regno Unito	56.7	18.2	1.8	14.5	5.2	3.7	100
Finlandia*	59.4	17.7	3.4	14.6	3.3	1.7	100
Germania	51.3	16.3	4.9	19.8	3.0	4.8	100
Austria	59.3	14.9	3.0	16.9	2.2	3.8	100
Rep. Ceca*	46.5	12.5	12.3	20.0	3.2	5.5	100
Francia*	54.3	12.0	5.4	20.4	1.9	6.1	100
Slovenia*	56.3	10.3	3.5	22.7	3.1	4.1	100
Italia	55.1	10.1	8.2	20.7	4.0	1.9	100
Spagna	58.7	9.2	5.0	22.3	2.0	2.9	100
Lituania	52.1	8.6	5.2	30.1	1.9	2.0	100
Polonia*	59.6	6.8	4.7	23.6	2.7	2.7	100
Romania	42.9	6.4	5.2	39.6	2.1	3.7	100
Lettonia*	49.3	5.9	11.2	30.0	2.0	1.6	100
Estonia	57.7	5.7	10.8	20.9	3.2	1.9	100
Ungheria*	52.5	4.3	5.3	33.1	2.6	2.2	100
Cipro	63.6	3.4	11.5	19.3	0.7	1.5	100
Croazia*	49.6	2.7	9.1	32.0	2.9	3.7	100
Portogallo	65.8	2.6	8.3	19.6	1.8	2.0	100
Grecia	61.7	2.0	4.0	28.3	1.3	2.6	100
Slovacchia*	50.7	0.3	8.3	34.6	1.9	4.2	100
Bulgaria	47.7	0.1	4.2	43.5	2.5	2.0	100

*dati riferiti al 2014.

Fonte: Spesa sanitaria secondo il System of Health Accounts 2011. Eurostat Database. Anno 2017

Figura 2.1. Percentuale (%) di persone disabili istituzionalizzate e assistite in assistenza domiciliare in Europa (asse sinistro). Spesa relativa alla long-term care (istituzionalizzazione + assistenza domiciliare; asse destro)



Fonte: Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27. European Commission. 2012

qualità ed opportunamente erogata. Tutto ciò a fronte di costi ragionevoli. Negli ultimi quindici anni, in Europa, due grandi studi longitudinali prospettici, lo studio AgeD in the Home Care (AdHOC) e lo studio Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER), hanno reso possibile la creazione di database europei con dati standardizzati utili a confrontare la long-term care domiciliare e quella residenziale tra i diversi paesi. Tuttavia, l'assenza fino a tempi recenti di dati raffrontabili per ciò che riguarda i costi e la qualità dell'assistenza domiciliare ha limitato il benchmarking su più ampia scala. Come metodo di perfezionamento, il benchmarking include la valutazione comparativa di attività funzionali simili di diverse organizzazioni. Il modo in cui un'organizzazione gestisce l'erogazione dei servizi può avere un impatto significativo sui costi e sulla qualità dell'assistenza. Il benchmarking tra pratiche differenti garantisce un potenziale di crescita e aiuta a incrementare la performance, nel momento in cui si identifichino gli agenti causali sottostanti la performance stessa a patto che le organizzazioni eroganti l'assistenza siano attivamente e volontariamente coinvolte nel processo.

Cosa ci racconta IBenC

Razionale dell'iniziativa. Il progetto finanziato dalla Comunità Europea "Identifying best practices for care-dependent elderly by Benchmarking Costs and outcomes of Community Care (IBenC)" ha avuto come obiettivo l'identificazione delle migliori pratiche assistenziali nell'erogazione delle cure domiciliari ad anziani residenti in comunità. Ciò tramite il benchmarking di costi e performance delle varie organizzazioni in tutta Europa, prendendo in considerazione il livello micro (paziente), meso (organizzazione) e macro (politiche) dell'assistenza. A tal fine è stato sviluppato un sistema di benchmarking in grado di raccogliere dati codificati tramite lo strumento di valutazione multidimensionale InterRAI Home Care (interRAI-HC). Questo strumento integra validi indicatori di qualità con i costi dell'utilizzo delle cure. È stato dunque possibile esplorare i rapporti tra gli outcome di costo-efficacia con la struttura organizzativa e le caratteristiche del processo: ad esempio le dimensioni dell'organizzazione ed il tipo di assistenza fornita, le caratteristiche dello staff e le politiche di assistenza sanitaria. I risultati forniscono e continueranno a fornire interessanti

prospettive per i policy maker, al fine di condurre a decisioni migliori, nel tentativo di garantire la migliore assistenza possibile agli anziani, che sia però sostenibile. L'obiettivo complessivo dell'IBenC è stato l'identificazione delle migliori pratiche assistenziali nell'erogazione dell'assistenza ad anziani con necessità di cure continuative, tramite il benchmarking del rapporto costo-efficacia dei vari sistemi organizzativi esistenti nei paesi europei coinvolti dall'indagine.

Per raggiungere questo scopo, il progetto si pone due obiettivi principali:

1. Il benchmarking della costo-efficacia nelle cure domiciliari per identificare le migliori pratiche assistenziali in termini di costi per gli anziani che necessitano della long-term care.
2. Il confronto delle caratteristiche delle migliori pratiche assistenziali per individuare le pratiche più costo-efficaci, in termini di caratteristiche dello staff, strutture manageriali, processi di assistenza e sistemi di rimborso.

Lo studio IBenC ha avuto la durata di tre anni (2013-2016) ed ha permesso la raccolta di dati longitudinali inerenti le condizioni di salute, lo stato

funzionale e le risorse utilizzate di 2884 individui assistiti a domicilio e residenti in sei paesi europei (Belgio, Finlandia, Germania, Islanda, Italia e Olanda), tramite l'interRAI-HC. Il Centro di Medicina dell'Invecchiamento (CeMI) dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma è stato referente del progetto per l'Italia. A completamento dello studio, 1067 membri degli staff di 31 organizzazioni di assistenza domiciliare hanno compilato un questionario di valutazione dello staff (Q1). Infine, 36 delle 38 organizzazioni hanno compilato il questionario sulle caratteristiche del proprio staff (Q2).

Risultati preliminari del progetto. Caratteristiche degli assistiti. Al tempo zero (tabella 2.2) sono stati arruolati 2884 anziani assistiti al domicilio dal servizio sanitario, raggruppati in campioni sufficientemente omogenei tra i paesi partecipanti: 525 (18%) dal Belgio, 456 (16%) dalla Finlandia, 493 (18%) dalla Germania, 420 (15%) dall'Islanda, 499 (17%) dall'Italia, 491 (17%) dall'Olanda. Due terzi del campione erano donne, l'età media era di 83 anni, circa un terzo dei partecipanti era sposato (31%) e la

Tabella 2.2. Caratteristiche dei partecipanti dello studio IBenC

	Totale n = 2884	Belgio n = 525	Finlandia n = 456	Germania n = 493	Islanda n = 420	Italia n = 499	Olanda n = 491
Età media (anni, media)	83	82	83	84	84	82	83
Donne (%)	67	67	69	71	70	57	71
Sposato/convivente (%)	31	35	16	25	31	45	36
Vive solo (%)	58	49	81	73	61	16	69
Ha almeno un caregiver informale (%)	85	100	84	59	99	99	79
Ore di assistenza informale negli ultimi tre giorni (media)	12	ND	6	8	9	23	8
Ore di assistenza formale negli ultimi tre giorni (media)	5	9	5	8	4	1	5
Disabilità moderato-severa (%)	41	82	13	48	8	80	8
Decadimento cognitivo moderato-severo (%)	18	18	11	27	10	37	2
Sintomi depressivi (%)	21	26	12	23	17	22	24
Dolore su base quotidiana (%)	25	20	27	21	33	21	31

ND = non disponibile. IADL = Instrumental activities of daily living.

maggior parte viveva da solo (58%). Globalmente, il 41% dei partecipanti necessitava di assistenza nelle attività basilari del vivere quotidiano, configurando un quadro di disabilità di grado moderato-severo e il 18% aveva un deficit cognitivo di grado moderato-severo. I partecipanti italiani erano complessivamente i più dipendenti dal punto di vista assistenziale e necessitavano della più elevata intensità di cure fornite da un caregiver informale (ad es. assistente familiare o familiare).

In sintesi, tra i paesi esaminati nello studio IBenC, in Olanda è stato riscontrato il più alto livello di cure formali, con uno scarso utilizzo dell'assistenza informale, mentre in Italia si fa perlopiù affidamento alle cure informali. L'assistenza domiciliare belga si è distinta da quella degli altri Paesi per la definizione di assistenza infermieristica, includendo anche la cura personale come il lavarsi, pulirsi e vestirsi. In Germania più della metà dell'assistenza domiciliare è gestita da organizzazioni private, che sono anche molto piccole. Poiché i comuni sono i principali responsabili dell'assistenza domiciliare in Finlandia, è qui che vige l'organizzazione maggiormente decentralizzata.

Modelli assistenziali. Per identificare le migliori pratiche assistenziali, è anzitutto necessario raggruppare le organizzazioni che forniscono assistenza domiciliare in modelli di assistenza domiciliare e, a questo scopo, identificare le similitudini nelle pratiche assistenziali. Attraverso un'analisi dei cluster di 36 differenti organizzazioni è stato possibile identificare 6 modelli di assistenza domiciliare:

- 1) Modello assistenziale (MA) 1: focus (molto) forte sull'erogazione paziente-centrica dell'assistenza, grande disponibilità di personale specializzato e focus forte sul monitoraggio della performance.
- 2) MA2: focus forte sull'erogazione paziente-centrica, disponibilità bassa o nulla di personale specializzato, focus molto forte sul monitoraggio della performance.
- 3) MA3: focus forte sull'erogazione paziente-cen-

trica, alta disponibilità di personale specializzato, poca attenzione al monitoraggio della performance.

4) MA4: focus molto ridotto sull'erogazione paziente-centrica, nessuna disponibilità di personale specializzato e poca attenzione al monitoraggio della performance.

5) MA5: focus forte sull'erogazione paziente-centrica, bassa disponibilità di personale specializzato e poca attenzione al monitoraggio della performance.

6) MA6: focus molto ridotto sull'erogazione paziente-centrica, bassa o nulla disponibilità di personale specializzato e focus forte sul monitoraggio della performance.

I modelli identificati potrebbero non essere completamente rappresentativi delle pratiche assistenziali in Europa, poiché le analisi si sono basate solo sulle organizzazioni che hanno preso parte ad IBenC. È presumibile che non sia stato possibile raccogliere dati su pratiche assistenziali diverse. Tuttavia, i modelli di assistenza identificati, con l'eccezione dei modelli 4 e 5, sembrano essere consistenti e spiegano circa il 75% della varianza totale della pratica assistenziale.

Qualità dell'assistenza. Sono stati testati due parametri riassuntivi per il benchmarking dell'outcome relativo alla qualità dell'assistenza:

- 1) l'Indipendence Quality Scale (IQS), che valuta la performance dell'organizzazione sulla base del mantenimento dell'indipendenza e del gradimento da parte degli assistiti;
- 2) la Clinical Balance Quality Scale (CBQS) che valuta la performance dell'organizzazione sulla base dei progressi dei loro assistiti. Entrambe le scale vanno da 0 a 10, con rispettivamente 9 e 11 item adeguati al Case Mix Index (CMI) della specifica realtà. Organizzazioni che raggiungono un indice superiore a 1 sono considerate efficienti ed erogano cure di qualità pur limitandone i costi. Fattori dello staff che influenzano l'organizzazione sono risultati essere l'affidabilità, le esigenze e le influenze emotive, il carico fisico

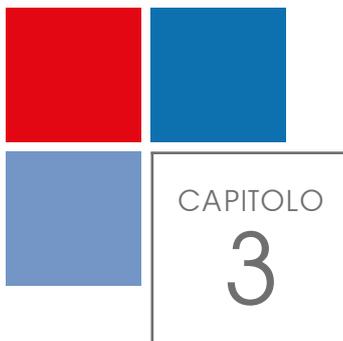
e mentale del lavoro, la tipologia del contratto (tempo pieno/part-time, tempo indeterminato/determinato). Anche la centralità del paziente, la disponibilità di operatori sanitari specializzati e il monitoraggio del livello di performance influenzano l'efficienza dell'organizzazione. Questo metodo del benchmarking permette di individuare le migliori pratiche assistenziali in modo nuovo, valido e fattuale. Inoltre i dati per il benchmarking possono essere facilmente ottenuti dai questionari InterRAI-HC, che sono diffusamente utilizzati in tutto il mondo. Dopo la validazione dell'InterRAI-HC per la valutazione dell'utilizzo delle risorse, si sono stimati i costi dell'utilizzo dell'assistenza per ciascun utente per un periodo di sei mesi. Sono stati individuati 6 modelli di assistenza che differiscono in 3 aspetti:

1) il livello di erogazione di assistenza paziente-centrica; 2) la disponibilità di operatori sanitari specializzati; 3) il livello di controllo dell'erogazione del servizio.

Conclusioni. Nel 1991, Raymond Illsley ha scritto nell'introduzione a Home Care for older people in Europe "E' sorprendente quanto poco si sappia dell'assistenza domiciliare nei paesi europei. I servizi di assistenza domiciliare si sono sviluppati a livello nazionale, e non attraverso l'osservazione e imparando quanto avviene nei vari paesi europei. Poiché i sistemi si sono sviluppati in risposta alle richieste locali è impossibile valutare la qualità dei singoli servizi". Dopo oltre 25 anni gli studi AdHoc e IbenC hanno aiutato a fare luce sull'organizzazione dei servizi di assistenza domiciliare e sulle caratteristiche dei pazienti che vi accedono. E' evidente che il modo in cui l'assistenza domiciliare è erogata dalle varie organizzazioni in Europa è molto variabile. La variabilità si declina in differenti risorse, strutture organizzative, processi assistenziali, accessibilità e qualità dei servizi, forme di rimborso ed erogazione pubblica o privata. Questa variabilità di erogazione sembrerebbe determinare differenze anche nei costi dell'utilizzo dell'assistenza. Per prepararsi all'incremento futuro della necessità di long-term care agli anziani, è importante rivalutare

i costi e le modalità dell'assistenza nei vari Paesi. Una volta identificate le differenze nei costi, ci potrebbe essere la possibilità di ridurre questi ultimi attuandole migliori pratiche di assistenza. I risultati suggeriscono che l'interRAI-HC è uno strumento valido per misurare l'utilizzo delle risorse nei servizi formali e informali dell'assistenza e per valutare i costi a carico della comunità nell'utilizzo delle risorse per l'assistenza agli anziani. Poiché la valutazione InterRAI-HC è già parte della routine assistenziale in molte organizzazioni ed in molti paesi europei, questi risultati suggeriscono la fattibilità dell'utilizzo di tale strumento nelle valutazioni economiche riguardanti gli anziani residenti in comunità.

Ulteriori risultati dello studio IBenC saranno prossimamente disponibili sotto forma di pubblicazioni scientifiche in lingua inglese. Si rimanda al sito web del progetto per ogni ulteriore aggiornamento e dettaglio: <http://www.ibenc.eu/>



CAPITOLO

3

L'ADI IN ITALIA

Definizione ed obiettivi

In Italia, rispondendo a quanto sancito dalla Commissione Nazionale per la Definizione e l'Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 2017, Aziende Sanitarie e Comuni agiscono in concerto, integrando le loro reciproche competenze e oneri, al fine di garantire a cittadini non autosufficienti un'assistenza di carattere sanitario-assistenziale e sociale. Il team di valutazione multidisciplinare, ricevuta la richiesta di presa in carico conseguente a segnalazione pervenuta presso il punto unico di accesso (PUA), progetta e realizza un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI). Gli obiettivi principali delle cure domiciliari si possono così riassumere:

1. L'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio, al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;
2. La continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
3. Il supporto alla famiglia;
4. Il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
5. Il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.

In breve, l'ADI si articola in quattro differenti livelli di intensità assistenziale, la quale viene misurata in termini di Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA). Il CIA si ottiene dal rapporto tra numero di Giornate Effettive di Assistenza (GEA) e numero di Giornate di Cura (GdC), ovvero tra il numero di giornate in cui viene eseguito almeno un accesso al domicilio e il numero totale di giornate di presa in carico dell'assistito. Il valore del CIA può andare da 0 (nessuna assistenza) a 1 (assistenza quotidiana); tanto più vicino ad 1 è il CIA tanto maggiore è

l'intensità assistenziale di cui il paziente necessita.

Le cure domiciliari di livello base (CIA inferiore a 0,14) si caratterizzano per prestazioni a basso livello di intensità assistenziale, anche a carattere episodico, di solito non facenti fattivamente parte dell'ADI, in quanto non richiesta normalmente un'integrazione socio-sanitaria. Gli altri tre livelli (CIA rispettivamente compreso tra 0,14 e 0,30 - I livello, tra 0,31 e 0,50 - II livello, > 0,50 - III Livello) riguardano esplicitamente cure domiciliari integrate di intensità assistenziale crescente. In questo caso i servizi sanitari al paziente si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia.

Una quinta area, infine, riguarda l'erogazione di cure palliative domiciliari. Queste vengono distinte in cure palliative di livello base, erogate con il coordinamento del Medico di Medicina Generale (MMG, CIA inferiore a 0,50) e cure palliative di livello specialistico, erogate da personale specializzato e caratterizzate da un CIA superiore a 0,50. Tuttavia, il tema delle cure palliative viene affrontato in maniera estremamente differente tra le varie Regioni italiane. Talvolta si tratta di una categoria di assistenza erogata interamente in regime di ADI, altre volte rientra in processi organizzativo-assistenziali del tutto separati. Va comunque ricordato che non essendo possibile tracciare una chiara linea di confine tra bisogni di assistenza domiciliare scaturiti da patologie croniche e/o disabilità e quelli relativi alla terminalità di malattie oncologiche o neurodegenerative gravi, una fluida continuità assistenziale a carattere sanitario viene sempre garantita, a prescindere dal modello assistenziale locale.

Per i riferimenti normativi inerenti l'ADI in Italia far riferimento all'apposita sezione in calce a questo

documento. Per una dettagliata descrizione dei processi di presa in carico ed erogazione dell'ADI si rimanda alla lettura dell'indagine ADI 2017 di Italia Longeva disponibile sul web all'indirizzo:

<http://www.italialongeva.it/wp-content/uploads/2017/07/RicercaAdi.pdf>

I flussi informativi ministeriali (SIAD)

Da qualche anno è stato implementato il flusso del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), parte integrante del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), il cui sviluppo è stato siglato dall'Accordo Quadro tra Stato, Regioni e Province Autonome il 22 Febbraio 2011 dopo che con il "Patto per la Salute" del 28 Settembre 2006 è stato sancito l'obbligo delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano di trasmettere i dati sanitari a livello centrale. I dati trasmessi alle Regioni prima e al Ministero della Salute poi, riguardano tutte le attività inerenti l'assistenza domiciliare sanitaria e socio-sanitaria a partire dal 1 Gennaio 2009. Le informazioni inviate devono interessare la presa in carico e la valutazione multidimensionale dell'assistito, la definizione di un PAI, la responsabilità clinica di operatori afferenti alla ASL (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta o medico competente per la terapia del dolore). Se soddisfatti i suddetti aspetti, andranno trasmesse anche informazioni riguardanti le prestazioni erogate all'interno delle cure palliative domiciliari e i casi di "dimissione protetta".

Nel SIAD sono contenuti due differenti tracciati:

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

Le predette informazioni devono essere trasmesse

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

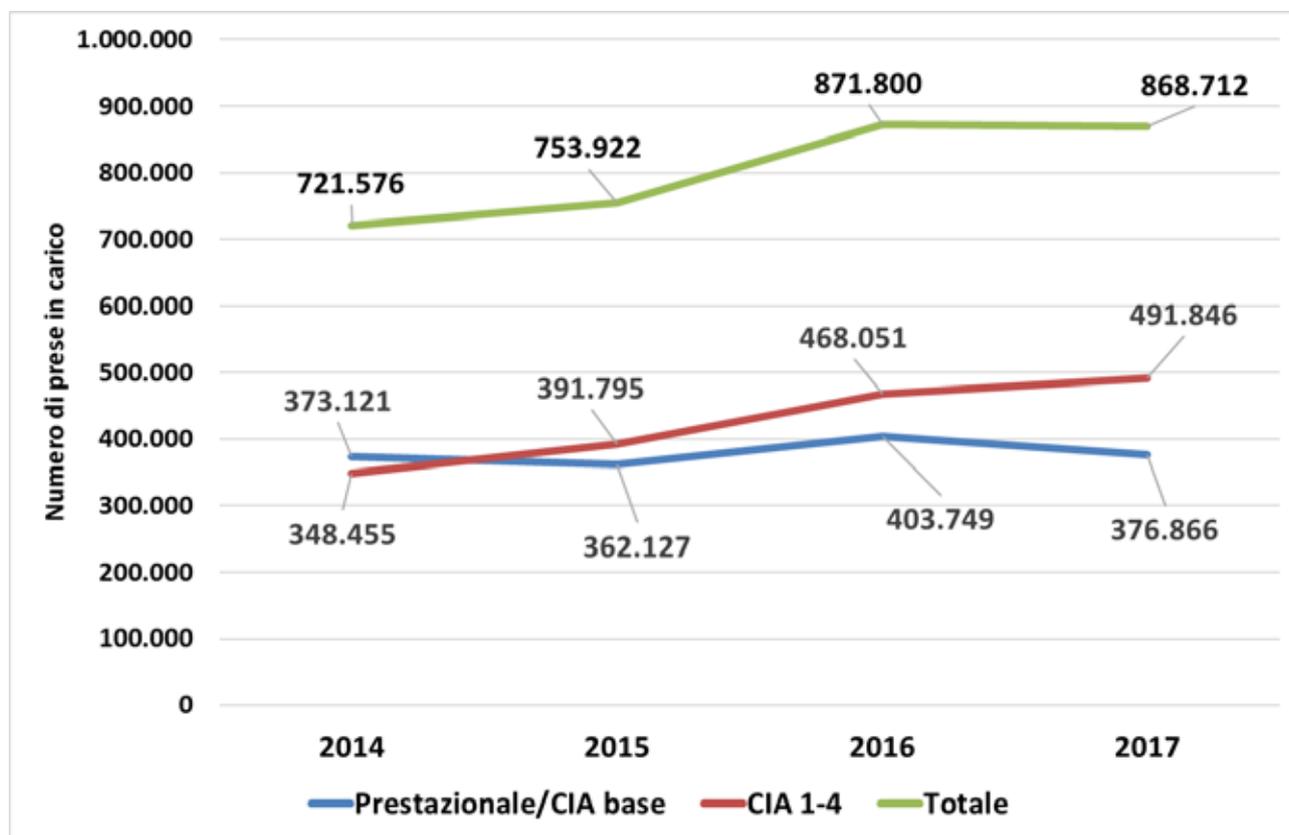
Il debito informativo delle Regioni e Province Autonome nei confronti del SIAD non è omogeneo su tutto il territorio nazionale. Persistono aree non ancora in grado di garantire la completezza delle informazioni previste. Tuttavia, si registra un significativo incremento della qualità e della completezza dei dati trasmessi, che consente già oggi di ragionare sul volume e l'intensità dell'assistenza erogata.

Come mostrato nella figura 3.1, negli anni si è assistito ad un progressivo incremento del volume di attività delle cure domiciliari: nel 2014 si registravano 721.576 prese in carico, numero salito a 868.712 nel 2017. Tuttavia, andando a scomporre il dato in prese in carico a carattere prestazionale o con CIA base (<0.13) è possibile vedere come solamente l'ADI propriamente detta è andata incontro ad un incremento. Al contrario, il volume delle cure domiciliari a bassa intensità di assistenza è rimasto stazionario nel quadriennio in esame.

Come sarà discusso successivamente nel corso di questo documento, ogni assistito può essere preso in carico più di una volta durante il corso dell'anno in esame. Di conseguenza, il numero di persone riceventi assistenza domiciliare è di gran lunga inferiore rispetto al numero di prese in carico totali registrate. La figura 3.2 mostra come, in Italia, il numero di over 65 riceventi cure domiciliari è quasi raddoppiato nell'ultimo quadriennio, passando dalle 232.687 persone del 2014 alle 433.366 del 2017. Similmente, anche se in maniera meno rapida, è cresciuto il numero di over 75.

Sebbene lontani dalle percentuali di altri paesi

Figura 3.1. Numero di prese in carico divise per livello di intensità assistenziale nel quadriennio 2014-2017



europei, in Italia si assiste ad un progressivo aumento dell'offerta di cure domiciliari alla popolazione anziana. Come mostrato nella figura 3.3, la percentuale di over 65 assistiti è passata dall'1,8% del 2014 al 3,2 del 2017. Di pari passo è cresciuta l'offerta di cure domiciliari alla popolazione over 75. Tuttavia, tali percentuali sono soggette ad un'importante variabilità tra le differenti regioni e questo è evidente dalla tabella 3.1, che mostra le attività di assistenza domiciliare erogate durante

il corso del 2017 per livello di intensità assistenziale e per regione. La percentuale di over 65 riceventi assistenza domiciliare va dallo 0,2% (dato verosimilmente sottoriportato) della Valle d'Aosta all'8,4 del Molise. Percentuali che aumentano, seppur mantenendo lo stesso comportamento, nel caso degli over 75 riceventi cure domiciliari.

Figura 3.2. Numero di anziani assistiti per classi di età nel quadriennio 2014-2017

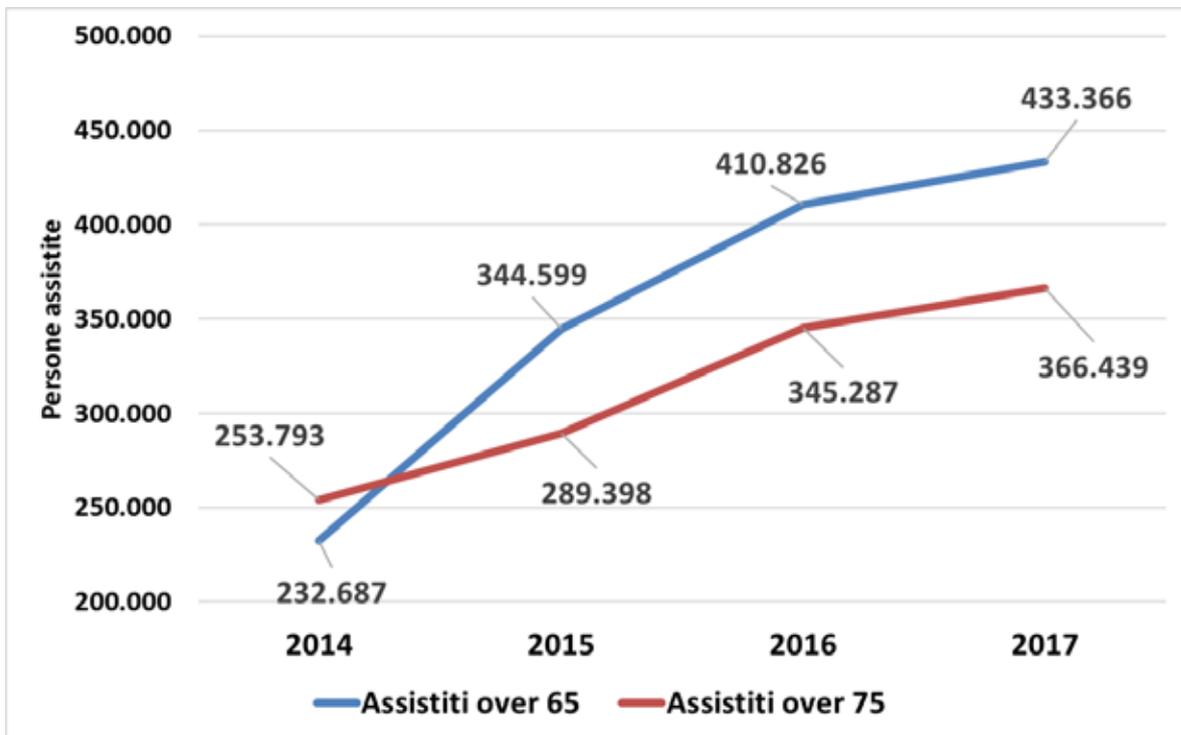


Figura 3.3. Percentuale di anziani (65+ e 75+) riceventi cure domiciliari nel quadriennio 2014-2017

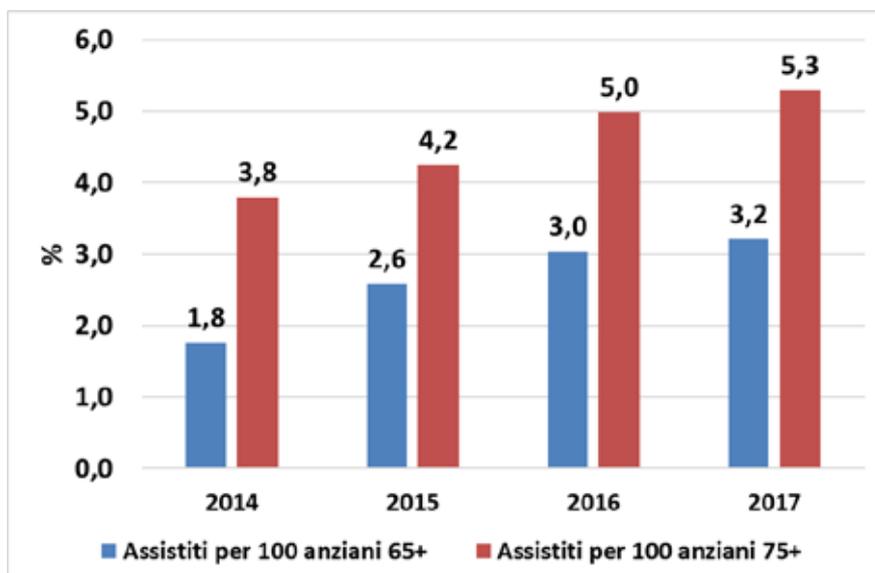


Tabella 3.1. Cure domiciliari erogate (flusso SIAD) durante l'anno 2017

Regione	Prese in carico (PIC) 2017							Assistiti per 100 abitanti (65+ anni) 2017	Assistiti per 100 abitanti (75+ anni) 2017
	GdC 0*	CIA Base**	CIA 1	CIA 2	CIA 3	CIA 4	Totale		
Piemonte	4.699	39.961	20.282	8.199	1.463	6.619	81.223	2,9	4,6
Valle d'Aosta	0	9	26	17	3	8	63	0,2	0,3
Lombardia	20.012	19.757	15.257	20.748	2.790	6.053	84.617	1,8	2,9
P. A. Bolzano - Bozen	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
P. A. Trento	521	4.150	2.769	1.120	256	1.011	9.827	3,9	6,4
Veneto	1.720	91.634	51.448	17.912	3.233	15.336	181.283	7,2	12,2
Friuli Venezia Giulia	743	7.250	7.176	2.539	283	1.116	19.107	3,1	5,0
Liguria	703	1.057	8.241	6.181	698	1.624	18.504	3,4	5,3
Emilia Romagna	13.179	67.566	31.470	12.176	2.037	8.113	134.541	4,6	7,4
Toscana	18.192	45.384	20.773	9.192	1.527	7.435	102.503	3,7	6,0
Umbria	359	2.374	3.912	1.960	341	1.270	10.216	3,1	5,0
Marche	553	2.769	5.954	3.908	447	1.753	15.384	2,9	4,6
Lazio	2.241	3.183	10.250	10.830	1.372	4.604	32.480	1,9	3,3
Abruzzo	774	1.391	3.176	4.770	945	1.814	12.870	3,1	5,0
Molise	322	1.315	2.500	2.534	456	1.501	8.628	8,4	13,2
Campania	1.144	2.062	6.539	15.673	2.779	8.117	36.314	2,7	4,7
Puglia	1.519	7.949	13.568	13.933	2.171	8.301	47.441	3,7	6,1
Basilicata	560	1.909	1.767	578	159	342	5.315	1,9	3,1
Calabria	925	2.904	3.477	2.484	221	518	10.529	1,4	2,4
Sicilia	1.802	4.274	10.901	25.923	4.108	10.859	57.867	4,4	7,1
Sardegna	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Italia	69.968	306.898	219.486	160.677	25.289	86.394	868.712	3,2	5,3

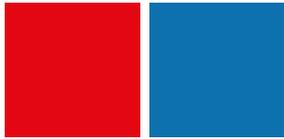
GdC=Giornate di presa in carico; CIA= Coefficiente di intensità assistenziale; n.d.= non disponibile.

Fonte: Ministero della Salute - NSIS - Sistema informativo per l'assistenza domiciliare (SIAD) - DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. - anno 2017

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

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

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



CAPITOLO

4

L'ADI RACCONTATA DA CHI LA FA

Introduzione

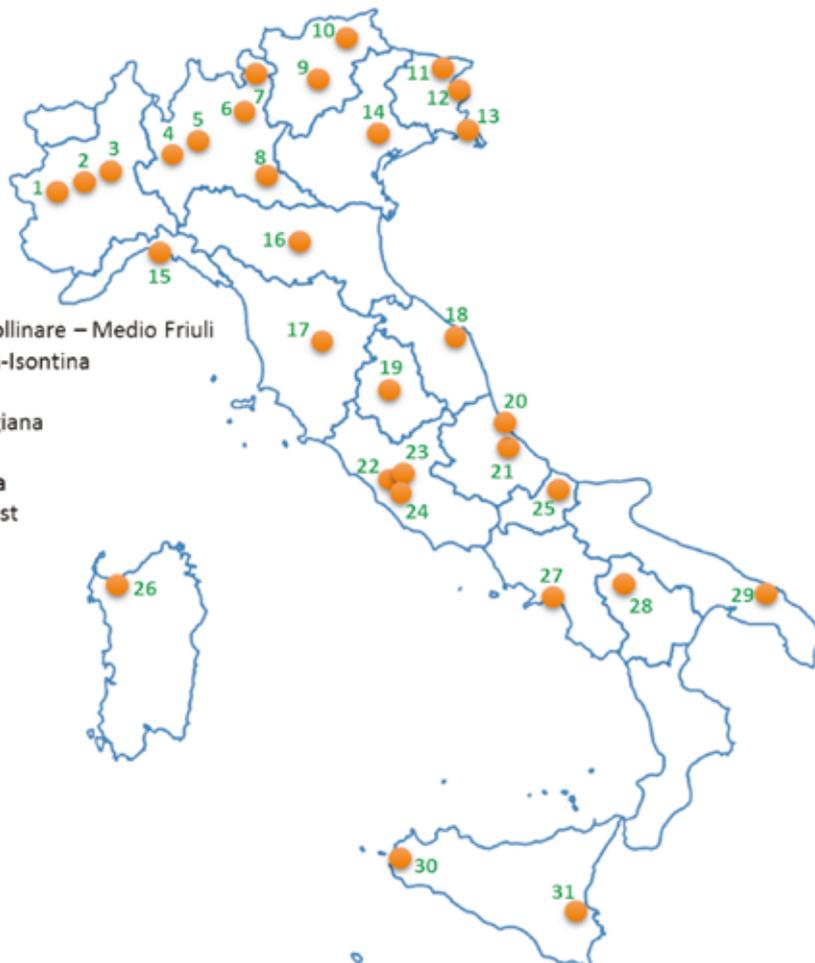
Quest'anno, uno degli obiettivi di Italia Longeva è stato quello di estendere l'indagine, che nel 2017 aveva coinvolto 12 Aziende Sanitarie, ad ulteriori 23 realtà sul territorio nazionale. Tenuto conto del fatto che in entrambi i casi la metodologia d'indagine è stata la medesima e che l'anno di interesse è stato il 2016, per completezza verranno di seguito riportati i risultati riguardanti entrambe le indagini.

La figura 4.1 riporta le 35 Aziende Sanitarie coinvolte nell'indagine di Italia Longeva. Con un bacino di utenza di 21,8 milioni di abitanti le aziende coinvolte offrono servizi sanitari territoriali al 36% della popolazione italiana in 18 Regioni.

La presente sezione del documento riassume quanto emerso dalle interviste e dai questionari a cui sono stati sottoposti i responsabili ADI delle Aziende Sanitarie coinvolte (si rimanda alla lettura delle note metodologiche per ulteriori dettagli).

Figura 4.1. Aziende Sanitarie coinvolte nell'indagine

1. ASL Torino 5
2. ASL Vercelli
3. ASL Novara
4. ATS Milano
5. ATS Brianza
6. ATS Bergamo
7. ATS Montagna
8. ATS Valpadana
9. APSS Trento
10. ASL Alto Adige
11. ASL Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli
12. ASL Bassa Friulana-Isontina
13. ASL Triestina
14. ULSS Marca Trevigiana
15. 5 ASL Liguria
16. AUSL Reggio Emilia
17. USL Toscana sud est
18. ASUR Marche
19. USL Umbria 1
20. ASL Pescara
21. ASL Chieti
22. ASL Roma 4
23. ASL Roma 1
24. ASL Roma 2
25. ASREM Molise
26. ASL Sassari
27. ASL Salerno
28. ASP Potenza
29. ASL Brindisi
30. ASP Trapani
31. ASP Catania



Come viene erogata l'ADI

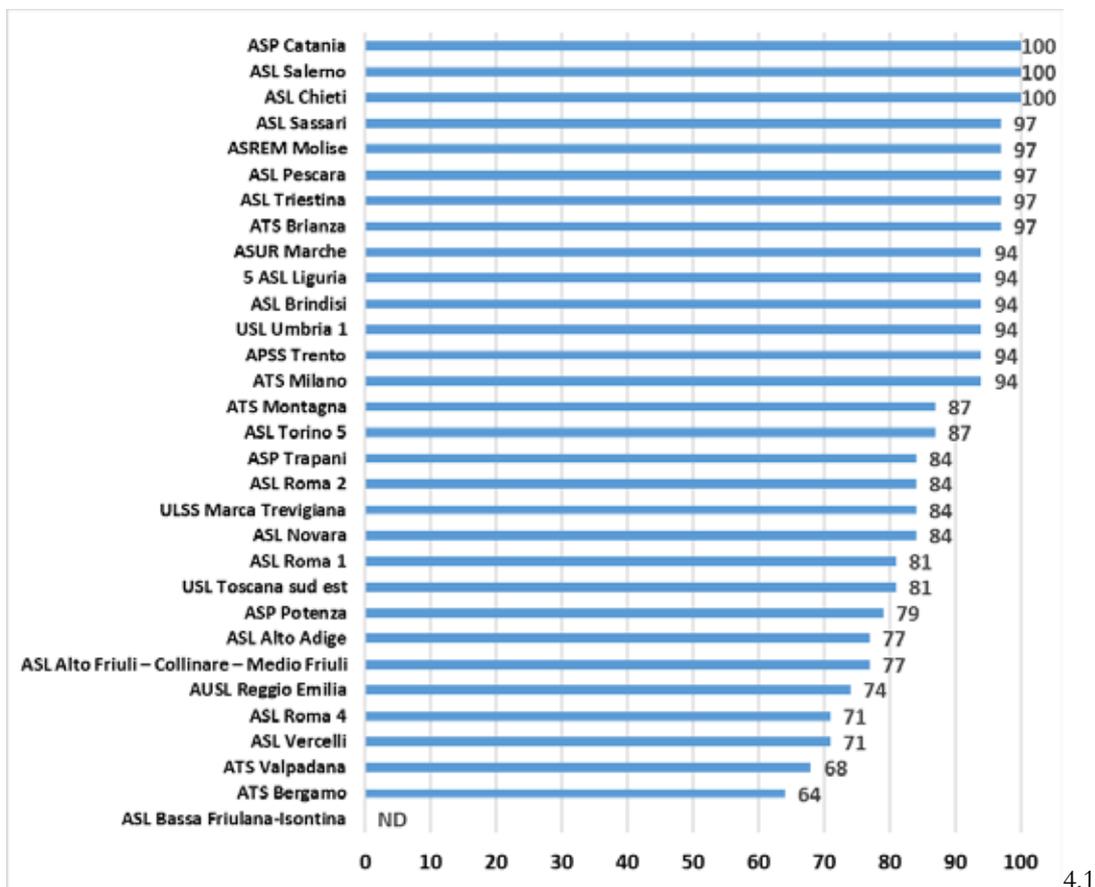
Come già riscontrato nel corso dell'indagine ADI condotta nel 2017, sul territorio nazionale è possibile riscontrare una molteplicità di modelli organizzativi, che rendono variegata le modalità attraverso le quali le cure domiciliari vengono erogate al cittadino. Se da un lato la programmazione, la valutazione ed il controllo delle attività vengono sempre svolte in maniera centralizzata dalle Aziende Sanitarie, il braccio esecutivo non è sempre rappresentato dai Distretti. Il tutto si intreccia con la complessa rete delle cure della quale entrano a far parte i MMG, l'ospedale, gli hospice, etc.

In Italia, i servizi erogati in regime di ADI sono stabiliti dal Ministero della Salute e rientrano a tutti gli effetti tra i LEA. Si tratta di un elenco di 110 attività suddivise per tipologia ed intensità di assistenza. Per la presente indagine sono state scelte le 31 attività giudicate a maggiore valenza clinico-assistenziale

(elenco disponibile tra le note metodologiche), le quali sono divenute oggetto di approfondimento. La figura 4.2 riporta la percentuale di attività che le Aziende Sanitarie coinvolte hanno dichiarato di essere in grado di garantire.

A fronte della teorica obbligatorietà di garantire quanto previsto nei LEA, non tutte le Aziende Sanitarie coinvolte nell'indagine sono in grado di offrire l'intera gamma di servizi previsti. Se da un lato prestazioni essenziali, quali ad esempio prelievi ematici, igiene della persona o gestione dei cateteri vescicali, vengono universalmente garantite, dall'altro vi sono prestazioni che in talune realtà non risultano essere erogate. Tra quelle più frequentemente non garantite figurano procedure diagnostiche a maggiore complessità (quali paracentesi e toracentesi), procedure terapeutiche (come le emotrasfusioni e la dialisi peritoneale), trattamenti riabilitativi (quali la

Figura 4.2. Percentuale dei servizi ADI previsti nei LEA garantiti dalle Aziende Sanitarie



4.1

logopedia e la rieducazione respiratoria) ed infine il supporto psicologico al paziente e alla famiglia. Mediamente le Aziende Sanitarie risultano essere in grado di garantire l'87% delle attività previste nei LEA. Nel dettaglio, tra le 30 Aziende Sanitarie coinvolte, quelle di Catania, Salerno, Sassari e Lanciano-Vasto-Chieti dichiarano di essere in grado di erogare in regime di ADI il 100% delle attività previste nei LEA. Al contrario, le ATS di Bergamo, Valpadana e la ASL di Vercelli dichiarano di coprire rispettivamente il 64%, 68% e 71% di quanto previsto a livello ministeriale. Tuttavia, la corretta interpretazione di questi dati non può prescindere da alcune considerazioni: la rete assistenziale dei diversi sistemi sanitari regionali ha assunto differenti sembianze nel corso del tempo, facendo sì che la stessa prestazione possa essere erogata da attori differenti in Regioni diverse. Ad esempio, una paracentesi, eseguita in regime di ADI in una realtà,

potrebbe essere eseguita dall'ospedale (ma sempre a domicilio) in un'altra realtà. L'esempio eclatante riguarda le cure palliative che nel corso degli ultimi anni hanno assunto connotazioni completamente differenti da regione a regione, facendo sì che prestazioni identiche vengano codificate a livello amministrativo in maniera differente. Le attività legate alla palliazione nelle fasi terminali della vita codificate in alcuni casi a tutti gli effetti come ADI, assumono un'identità a sé in altri frangenti.

In generale, tra le Aziende Sanitarie coinvolte nell'indagine è possibile riscontrare tre principali modelli organizzativi:

- 1) L'ADI erogata esclusivamente dalle Aziende Sanitarie, in cui il 100% delle attività viene garantita dal Distretto servendosi per intero di personale interno all'Azienda.
- 2) L'ADI erogata esclusivamente da aziende private, in cui il 100% delle prestazioni viene

Figura 4.3. Suddivisioni delle prestazioni ADI tra erogatori pubblici e privati. Valori in percentuale

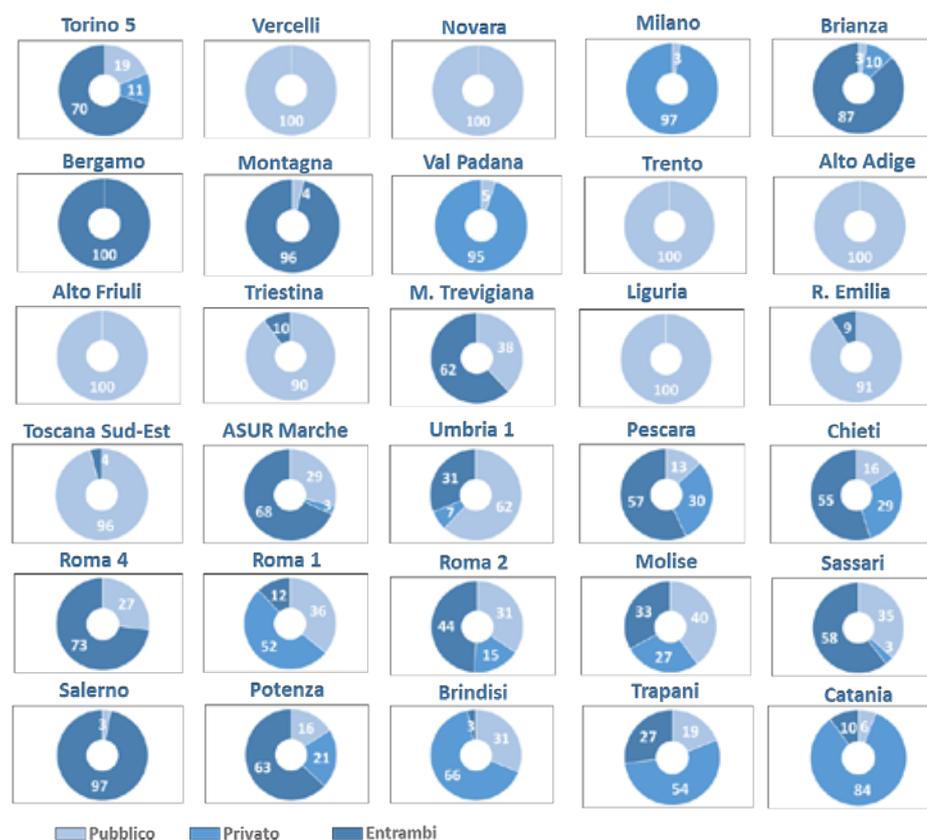


Tabella 4.1. Numero e tipologia di erogatori privati

Azienda Sanitaria	Profit	No profit	Azienda Sanitaria	Profit	No profit
ASL Torino 5	0	5	USL Toscana sud est	0	0
ASL Vercelli	0	0	ASUR Marche	-	-
ASL Novara	0	0	USL Umbria 1	3	2
ATS Milano	25	55	USL Pescara	1	0
ATS Brianza	11	31	ASL Chieti	2	0
ATS Bergamo	-	-	ASL Roma 4	1	0
ATS Montagna	4	17	ASL Roma 1 **	1	0
ATS Val Padana	8	39	ASL Roma 2	6	0
ASL Trento	0	0	ASREM Molise	0	3
ASL Alto Adige	0	0	ATS Sassari ***	1	0
ASL Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli	0	0	ASL Salerno	1	0
ASL Bassa Friulana-Isontina	-	-	ASP Potenza	1	0
ASL Triestina	2	1	ASL Brindisi	1	0
ULSS Marca Trevigiana *	2	1	ASP Trapani	1	0
5 ASL Liguria	0	0	ASP Catania	1	3
AUSL Reggio Emilia	0	0			

* dati riferiti alla sola ex ULSS9 di Treviso. ** dati riferiti esclusivamente al distretto 13 della ASL Roma 1. *** dati riferiti esclusivamente al distretto di Sassari.

erogata da enti gestori profit e no profit, i quali recepiscono il PAI formulato dal distretto o vengono scelti dal cittadino stesso tramite voucher socio-sanitario.

3) *Modello misto*, in cui vi è una suddivisione delle prestazioni tra Distretto ed enti gestori privati.

La figura 4.3 riporta la suddivisione tra Distretto (pubblico) ed enti erogatori (privati) delle attività erogate in regime di ADI nelle Aziende Sanitarie coinvolte dall'indagine. La suddivisione tra pubblico e privato varia notevolmente tra le Regioni e talvolta anche nell'ambito della stessa Regione. Vi sono Aziende Sanitarie caratterizzate da una totale ed esclusiva internalizzazione delle attività in assenza di attori privati, come nel caso delle ASL di Vercelli, Novara, Trento e Alto Adige. Al contrario vi sono Aziende Sanitarie dove vi è una massiva preponderanza del privato, come ad esempio nei casi delle ATS di Milano e Val Padana e della ASP di Catania. Nella maggior parte dei casi viene invece riportato un modello misto, secondo il quale le stesse attività vengono svolte sia dai Distretti che dalle aziende private o vi è una suddivisione tra i due attori, secondo percentuali molto variabili a seconda della realtà in esame. Ma l'eterogeneità nella gestione delle attività erogabili riguarda

anche il numero di enti privati che entrano in gioco (Tabella 4.1): se da un lato le Aziende Sanitarie, e quindi i Distretti, sono unici attori sul fronte pubblico, il numero degli erogatori di servizi può variare dalla singola unità a 80, come nel caso della ATS Milano. Similmente, la natura giuridica di questi erogatori è varia. Anche questo dato non si presta ad una diretta interpretazione e va messo in rapporto alle forme di ingaggio adottate dalle singole Aziende Sanitarie sul territorio nazionale.

Il miraggio dell'integrazione socio-sanitaria

L'elemento distintivo ed imprescindibile dell'ADI propriamente detta è rappresentato dall'integrazione tra l'assistenza sanitaria e quella sociale. I cittadini assistiti presso il proprio domicilio sono caratterizzati da un'elevata prevalenza di malattie cronico-degenerative, declino cognitivo e disabilità. Di conseguenza, nella gran parte dei casi, gli interventi inerenti l'aiuto alla persona fragile – nel mantenimento dell'igiene personale e della casa, nella preparazione dei pasti ed in genere nell'esecuzione delle attività del vivere quotidiano – acquisiscono un peso specifico rilevante nell'ambito dell'ADI, quasi sempre maggiore rispetto a quelli di mera natura sanitaria.

Sebbene sin dal 1978 in Italia l'integrazione socio-

sanitaria venga identificata come una modalità efficace di assistenza al cittadino, nella realtà il processo di raccordo tra attività delle Aziende Sanitarie (responsabili della componente sanitaria) e i Comuni (responsabili dell'assistenza sociale) è stato molto lento e ha condotto ad esiti differenti, non solo a livello inter-regionale ma anche a livello intra-regionale, se non addirittura all'interno della stessa Azienda Sanitaria.

Per facilitare l'integrazione di questi due aspetti permeanti dell'ADI, sin dalla loro determinazione, gli ambiti territoriali delle ASL si sono sovrapposti con gli ambiti territoriali di gestione dei servizi sociali. Ciononostante, i numerosi interventi legislativi (sia di livello nazionale che regionale) succedutisi negli anni, non hanno di fatto modificato le profonde differenze nella concreta attuazione di una efficace integrazione tra servizi socio-assistenziali e sanitari.

L'integrazione delle cure domiciliari dovrebbe rendersi fattiva sin dalla fase di valutazione del cittadino per il quale viene predisposta una richiesta di ADI. Tuttavia, la presenza di un assistente sociale durante la valutazione del caso e la produzione di un PAI non viene garantita nella totalità dei casi. In generale, i responsabili ADI intervistati riferiscono una discrepanza, talvolta significativa, tra le tempistiche di attivazione delle Aziende Sanitarie, di solito nell'arco di 24-48 ore dal momento della richiesta, e quelle dei Comuni, di solito nell'ordine di giorni se non addirittura settimane. Non di rado viene riferita una vera e propria dissociazione dei due aspetti. Infine non va sottovalutato che l'assistenza sanitaria è sempre offerta su base universalistica e gratuita; al contrario, l'assistenza sociale, a seconda delle realtà, può essere soggetta a compartecipazione dell'utente in funzione delle fasce di reddito, il che rappresenta un ulteriore deterrente, stavolta dal punto di vista dello stesso utente, ad una reale integrazione tra le attività garantite da Distretti e Comuni.

Le ragioni della mancata attuazione dell'integrazione socio-sanitaria sono molteplici e differiscono tra le varie realtà esaminate. Una delle ragioni è rappresentata dalla separazione degli

aspetti amministrativi e contabili relativi al personale, al finanziamento e ad altre risorse materiali tra gli attori del processo assistenziale, i Distretti da una parte e i Comuni dall'altra. Talvolta, le mancanze da parte dei Comuni possono essere ricondotte a problematiche di natura economica: comuni di piccole dimensioni o con problemi di bilancio, infatti, spesso non riescono a garantire il servizio dovuto. Un ulteriore ostacolo è rappresentato dal livello di informatizzazione dei processi, mediamente sviluppato nelle Aziende Sanitarie, in genere inesistente all'interno dei Comuni, e perlopiù non comunicanti tra di loro.

Talvolta, le difficoltà nel creare una rete integrata derivano dalle caratteristiche oro-geografiche di alcune aree. Il processo di accorpamento delle Aziende Sanitarie che ha coinvolto molte Regioni, infine, ha rallentato in svariati casi l'implementazione di una integrazione socio-sanitaria efficiente. Come risultato, nella concretezza dell'erogazione delle cure domiciliari, l'integrazione socio-sanitaria si attua molto spesso a livello dello stesso assistito, ma come esito di due processi separati. Anche quando esistono (e questo avviene nella maggior parte dei casi) gli strumenti operativi e di coordinamento tra servizi per una gestione unitaria della competenze, gli interventi appaiono molto differenziati.

È possibile individuare tre principali modelli di integrazione socio-sanitaria:

1. I Comuni delegano alle Aziende Sanitarie le attività socio-assistenziali e il Distretto diventa unico decisore e attuatore dell'integrazione;
2. Aziende Sanitarie e Comuni si raccordano in maniera efficace e tempestiva, agendo in concerto durante tutti i passaggi dell'integrazione;
3. Aziende Sanitarie e Comuni programmano ed erogano le loro attività in modo del tutto autonomo, rispondendo in modo separato ai bisogni sanitari e a quelli sociali degli assistiti.

Tra le realtà in esame ve ne sono alcune dove la partecipazione dei Comuni all'erogazione dell'ADI viene favorita dall'aggregazione dei Comuni stessi in corporazioni, come ad esempio le Società della Salute in Toscana. In altre Regioni si intravede nel

prossimo futuro la possibilità che vengano stanziati da parte delle giunte amministrative dei fondi unici destinati all'assistenza socio-sanitaria nella forma di budget socio-sanitari gestiti centralmente dai Distretti.

In conclusione, l'elemento chiave di una assistenza domiciliare efficiente ed efficace, ovvero l'integrazione socio-sanitaria, risulta essere in molte realtà l'anello debole della catena, creando potenziali condizioni di disuguaglianza tra i cittadini.

Quanta ADI si fa

Nel contesto dell'indagine, sono state raccolte informazioni inerenti alle caratteristiche demografiche degli assistiti in ADI e ai volumi delle prestazioni offerte, durante il corso del 2016, dalle 31 Aziende Sanitarie coinvolte. Come evidente dai risultati, non sempre è stato possibile ottenere la totalità delle informazioni richieste alle direzioni socio-assistenziali. In taluni casi, infatti, la mancanza di un adeguato sistema di informatizzazione o i recenti accorpamenti che hanno interessato le Aziende Sanitarie hanno reso di difficile reperimento i dati richiesti.

In tabella 4.2 sono mostrati i risultati relativi al numero di prese in carico in ADI e la loro distribuzione in termini di caratteristiche demografiche e cliniche, riportate dalle Aziende Sanitarie. I volumi di attività sono, come atteso, molto variabili e strettamente dipendenti dalle dimensioni delle realtà prese in esame: si va da poco meno di 3000 prese in carico riportate dalla ASL Triestina, alle quasi 40000 prese in carico riportate dalla ATS di Milano. Questo indicatore fa riferimento al numero di PAI attivati durante l'anno 2016 e non al numero effettivo di persone prese in carico: nel corso dell'anno, infatti, ogni persona può essere oggetto di più di una presa in carico. Mediamente, è stato riportato un numero medio di prese in carico per cittadino assistito in ADI pari a 1,3; il minimo è stato registrato nella USL di Pescara (1,01 prese in carico per assistito), il massimo nella ATS Val Padana (2,6 prese in carico per assistito). Come mostrato in tabella, la grande maggioranza delle prese in carico in regime di ADI ha coinvolto assistiti con età pari o superiore ai 65

anni, con una percentuale minima riportata dalla ASP di Catania (64%) e massima riportata dalla ATS Montagna (93%). Il più basso tasso di ultra ottantacinquenni è stato riportato dalla ASREM del Molise (15%), il più alto dalla ASL Roma 4 (56%). In riferimento alle fasce d'età più giovani, invece, il più elevato tasso di minorenni è stato assistito dalla ASL Roma 4, dalla ASP di Potenza e dalla AUSL di Reggio Emilia: lo 0,1% del totale delle prese in carico.

In merito alle caratteristiche cliniche degli assistiti, non è facile averne completa contezza, poiché i dati informatizzati per scopi amministrativi, ovvero per alimentare il flusso SIAD descritto precedentemente, non raggiungono ancora il livello di dettaglio desiderato. Nella presente indagine è stata posta particolare attenzione alle demenze e alle condizioni di terminalità degli assistiti in ADI. La percentuale di prese in carico che ha coinvolto cittadini affetti da demenza va dal 2% della ASL Triestina e della ASREM del Molise al 27% della ATS di Sassari. Riguardo le cure domiciliari di persone in condizioni di terminalità, queste ultime hanno interessato dallo 0,2% degli assistiti della ASL Triestina al 34% della AUSL di Reggio Emilia. Nell'interpretazione del dato va ricordato che le cure palliative domiciliari non sono in capo all'ADI in tutte le Regioni italiane, ma talvolta rientrano in percorsi assistenziali differenti.

Lo studio delle caratteristiche cliniche della popolazione ricevente cure domiciliari in una determinata Azienda Sanitaria ha potenziali risvolti applicativi di carattere gestionale ed epidemiologico. Da un lato, è possibile avere contezza delle condizioni cliniche - dalle quali scaturisce un bisogno assistenziale domiciliare - maggiormente prevalenti in quell'area. Dall'altro, è possibile desumere il livello di professionalizzazione dei servizi ADI e della propensione sviluppata dai vari sistemi nell'offrire cure domiciliari a determinate tipologie di assistiti. Tuttavia, l'utilizzo di strumenti di valutazione non standardizzati tra le diverse Regioni italiane, che conducono alla raccolta di dati eterogenei, non consente l'effettuazione di questo tipo di benchmarking. A tal riguardo la diffusione sul territorio nazionale di uno strumento

di valutazione multidimensionale unico renderebbe possibile un migliore confronto tra le pratiche e tra gli assistiti, oltre ad agevolare il processo di programmazione ed utilizzo delle risorse economiche. Non solamente la tipologia degli assistiti in ADI varia tra le differenti aree esaminate, ma anche il carico assistenziale registrato. Il coefficiente di intensità assistenziale (CIA) riferito dalle Aziende Sanitarie, testimonia un panorama anche qui assai diversificato, con valori di CIA che oscillano dallo 0,11 dell'ASL Triestina, allo 0,52 della ASL di Salerno.

La tabella 4.3 riporta il numero di accessi e di ore erogati in regime di ADI per ogni caso, nel corso del 2016. Anche questi parametri, in linea con quanto da anni reso noto dal Ministero della Salute, presentano una notevole variabilità tra le Aziende Sanita-

rie. Il numero di accessi effettuati va da un minimo di 8 della ATS Montagna ad un massimo di 77 per caso della ASP di Potenza. Le ore di assistenza per caso trattato variano invece da un minimo di 9 nella ASL di Torino 5 e nella ASL Toscana sud est ad un massimo di 75 nella ASL Roma 4. La maggior parte degli accessi e delle ore ha riguardato interventi di tipo infermieristico e, a seguire, fisioterapico e medico (incluso il MMG). Anche nel caso di questi risultati si deve contemplare un considerevole numero di dati mancanti, principalmente a causa della differente modalità di rendicontazione adottata dalle Aziende Sanitarie e, ad esempio nel caso degli accessi e delle ore erogate da personale medico, a causa della difficoltà di contabilizzare l'attività dei medici dipendenti dalle Aziende Sanitarie.

Tabella 4.2. Tipologia e distribuzione dei casi trattati in ADI nel corso del 2016

Azienda Sanitaria	Popolazione *		Prese in carico (2016)						CIA
	Totale (X 1000)	≥65 anni (%)	Totale	≥65 anni (%)	≥85 anni (%)	<18 anni (%)	Demenza (%)	Terminali (%)	
1. ASL Torino 5	310	24	5386	91	30	0,4	10	12	0,14
2. ASL Vercelli	174	26	4838	-	-	-	-	-	-
3. ASL Novara	370	23	5091	93	-	0,3	-	4	0,12
4. ATS Milano	3548	22	39855	90	44	1	8	6	0,18
5. ATS Brianza	866	21	14638	90	45	1	8	14	0,19
6. ATS Bergamo	1110	20	-	-	-	-	-	-	-
7. ATS Montagna **	337	21	13039	93	48	0,1	3	2	0,19
8. ATS Val Padana	413	23	14810	87	48	1	-	3	0,44
9. APSS Trento	539	21	10083	91	50	0,6	5	14	0,16
10. ASL Alto Adige	521	19	-	-	-	-	-	-	-
11. ASL Alto/Coll./ Medio Friuli	170	26	1206	88	-	-	-	15	-
12. ASL Bassa Friul./Isontina	251	26	-	-	-	-	-	-	-
13. ASL Triestina	235	29	2712	88	44	1	2	0,2	0,11
14. ULSS Marca Trevigiana	885	21	13421	-	-	-	-	-	-

15. 5 ASL Liguria	1565	28	20349	89	40	1	12	13	0,43
16. AUSL Reggio Emilia	533	21	3202	84	34	3	8	34	0,19
17. USL Toscana sud est	835	26	28241	89	-	-	-	5	0,18
18. ASUR Marche	1538	24	9379	87	46	1	-	-	0,20
19. USL Umbria 1	662	24	4974	91	52	0,5	8	9	0,23
20. ASL Pescara	321	23	5728	91	51	0,4	8	14	0,37
21. ASL Chieti	389	24	5662	82	-	-	-	7	-
22. ASL Roma 4	330	22	1488	93	56	3	-	-	-
23. ASL Roma 1 ****	134	22	1645	91	34	1,4	-	-	-
24. ASL Roma 2	1300	22	6118	89	43	2	6	4	0,26
25. ASREM Molise	310	24	7519	86	15	0,1	2	1	0,37
26. ATS Sassari *****	333	23	1596	78	33	0,3	27	33	0,47
27. ASL Salerno	1107	20	17866	86	44	1	16	8	0,52
28. ASP Potenza	373	22	3218	89	43	3	-	18	0,29
29. ASL Brindisi	399	22	9792	-	-	-	-	-	-
30. ASP Trapani	434	22	-	-	-	-	-	-	-
31. ASP Catania	1115	19	14889	64	26	0,8	3	23	0,17

* fonte: ISTAT. ** dati riferiti al 2017. *** dati riferiti alla sola ex ULSS9 di Treviso. **** dati riferiti esclusivamente al distretto 13 della ASL Roma 1. ***** dati riferiti esclusivamente al Distretto di Sassari.

Informatizzazione e tecnoassistenza

In Italia, lo sviluppo di un sistema assistenziale domiciliare moderno ed efficiente non può prescindere dal raggiungimento della piena informatizzazione di ogni suo processo, per garantire un approccio integrato all'assistito e quanto più equo possibile. La condivisione di informazioni in rete aiuta a rendere sistematiche le fasi di presa in carico e gestione dell'assistito, massimizzando la qualità, l'efficacia, l'efficienza e la sostenibilità dell'assistenza erogata. Il SIAD, il sistema di informatizzazione dell'assistenza domiciliare voluto dal Ministero della Salute, impone la raccolta e la trasmissione a livello centrale delle informazioni inerenti alle caratteristiche demografiche e cliniche degli assistiti e i servizi loro erogati in regime di ADI. Come già osservato da Italia Longe-

va nel corso dell'indagine ADI del 2017, le modalità di raccolta di tali informazioni, così come il livello di maturazione e di dettaglio dei sistemi informativi, variano di molto tra le diverse realtà. Se da un lato le informazioni di carattere amministrativo riguardanti i volumi di attività svolte – quelle che alimentano il debito informativo che le Aziende Sanitarie hanno nei confronti della Regione e del Ministero della Salute – vengono regolarmente registrate, le informazioni di carattere clinico, sociale e funzionale degli assistiti sono disponibili solo sporadicamente sul territorio. Questo avviene ad esempio nella Regione Lazio, dove il nuovo Sistema Informativo per l'Assistenza Territoriale (SIAT) che sta entrando a regime, per il momento soddisfa prettamente il debito informativo del SIAD. Tra le realtà prese in

Tabella 4.3. Accessi e ore erogati in ADI nel corso del 2016

Azienda Sanitaria	Accessi/ PAI	Ore/ PAI	MEDICI		INFERMIERI		FISIOTERAPISTI	
			Accessi (%)	Ore (%)	Accessi (%)	Ore (%)	Accessi (%)	Ore (%)
1. ASL Torino 5	15	9	24	20	67	54	4	5
2. ASL Vercelli	-	-	-	-	-	-	-	-
3. ASL Novara	-	-	-	-	-	-	-	-
4. ATS Milano	41	23	2	3	79	70	14	18
5. ATS Brianza	25	14	4	5	77	67	14	20
6. ATS Bergamo	-	-	-	-	-	-	-	-
7. ATS Montagna *	8	11	0,1	2	7	73	25	25
8. ATS Val Padana	18	14	-	-	84	63	14	25
9. APSS Trento	29	-	34	-	52	-	0,1	-
10. ASL Alto Adige	-	-	-	-	-	-	-	-
11. ASL Alto/Coll./ Medio Friuli	-	-	-	-	-	-	-	-
12. ASL Bassa Friul./Isontina	-	-	-	-	-	-	-	-
13. ASL Triestina	10	10	3	2	85	85	12	14
14. ULSS Marca Trevigiana **	10	-	-	-	-	-	-	-
15. 5 ASL Liguria	27	23	8	0,1	55	64	17	22
16. AUSL Reggio Emilia	31	-	-	-	-	-	-	-
17. USL Toscana sud est	19	9	38	37	61	37	1	3
18. ASUR Marche	48	39	22	-	79	78	11	14
19. USL Umbria 1	26	16	17	-	70	-	17	-
20. ASL Pescara	46	41	5	6	56	55	39	39
21. ASL Chieti	36	34	19	59	56	59	28	24
22. ASL Roma 4	-	75	-	-	-	-	-	-
23. ASL Roma 1 ***	32	-	10	-	70	-	17	-
24. ASL Roma 2	-	-	-	-	-	-	-	-
25. ASREM Molise	27	18	10	2	67	63	31	36
26. ATS Sassari ****	45	24	17	17	81	81	2	3
27. ASL Salerno	37	30	21	26	62	48	16	13
28. ASP Potenza	77	42	4	6	80	64	15	29
29. ASL Brindisi	21	13	12	-	47	35	33	38
30. ASP Trapani	-	-	-	-	-	-	-	-
31. ASP Catania	31	18	11	8	51	51	25	32

* dati riferiti al 2017. ** dati riferiti alla sola ex ULSS9 di Treviso. *** dati riferiti esclusivamente al distretto 13 della ASL Roma 1. **** dati riferiti esclusivamente al Distretto di Sassari.

esame nella presente indagine, ve ne sono alcune in cui la registrazione delle attività avviene in tempo reale direttamente al domicilio dell'assistito, tramite utilizzo di device collegati in rete e, talvolta, con la possibilità di ottenere una validazione dell'accesso effettuato da parte dell'assistito. In altri casi la registrazione avviene successivamente al rientro del personale al Distretto di competenza o nella centrale operativa dell'ente erogatore.

Nonostante a livello normativo si parli sin dal 2012 della necessità di dare luogo ad un Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), questo obiettivo risulta ad oggi scarsamente raggiunto, in particolare in tema di ADI. Il FSE viene definito come "l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito" e le attività erogate al cittadino in regime di ADI dovrebbero entrarne a far parte a tutti gli effetti. Tuttavia, la cartella clinica rimane pressoché ovunque su supporto cartaceo. Raramente viene riferita dalle Aziende Sanitarie coinvolte la compilazione, totale o parziale, di una cartella clinica digitale, come nel caso della ASL Umbria 1 o come nel caso della ASREM del Molise, dove si prevede un ufficiale ingresso nell'era della cartella elettronica già a fine 2018. A partire dall'inizio del 2018 anche a Trento viene riferita una progressiva condivisione delle informazioni cliniche degli assistiti su cloud.

Il ritardo riscontrato nella digitalizzazione dei documenti clinici viene nella maggior parte dei casi attribuito all'esistenza di normative che impongono la presenza di informazioni su supporto cartaceo al domicilio dell'assistito. Ad ogni modo, come riferito dai responsabili ADI intervistati nel corso dello studio, il processo di digitalizzazione della cartella clinica fa già parte dell'agenda di molte direzioni sanitarie e nel prossimo futuro sarà possibile osservarne i primi risultati.

Un altro punto nevralgico del processo di modernizzazione delle cure domiciliari è rappresentato dall'utilizzo della tecnoassistenza; il ricorso alla tecnologia nelle cure domiciliari consente di accorciare le distanze tra assistito ed erogatori, garantisce

l'ingresso degli specialisti anche al domicilio degli assistiti e preserva il principio universalistico di offerta delle cure. Questo, in un Paese oro-geograficamente variegato come l'Italia, consentirebbe l'accesso alle cure domiciliari anche a territori a bassa densità di popolazione e grande dispersione.

Oggi, sono rari i casi di utilizzo di tecnoassistenza in regime di ADI. In molti casi si tratta sperimentazioni effettuate su piccoli campioni di assistiti, per lo più con profili assistenziali omogenei, e nell'ambito di puntiformi finanziamenti europei o nazionali. Di queste sperimentazioni è stato possibile rilevare i risultati solamente su base aneddotica. Il telemonitoraggio di parametri clinici quali glicemia, pressione arteriosa e frequenza cardiaca, nonché la refertazione di esami strumentali a distanza, rappresenta la più frequente modalità di tecnoassistenza rilevata. Si tratta per lo più di pazienti affetti da scompenso cardiaco e diabete associato a complicanze. Talvolta questi progetti pilota coinvolgono pazienti appena dimessi da reparti ospedalieri per acuti, altre volte, rare a dire il vero, riguardano pazienti affetti da gravi malattie neurodegenerative, come ad esempio la Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA). Totalmente assente risulta invece l'utilizzo della domotica per l'assistenza domiciliare dei soggetti disabili. Tra le forme di monitoraggio clinico supportato dalla tecnologia è interessante riscontrare come molte delle iniziative abbiano interessato l'osservazione, con scambio di pareri clinici e indicazioni terapeutiche, delle piaghe da decubito, una delle più frequenti sindromi geriatriche: la condivisione su supporto informatico delle immagini di piaghe da decubito risulta essere una pratica assai diffusa tra le realtà rispondenti alla nostra indagine.

In tema di tecnoassistenza, in alcune Regioni, con il passaggio dai contratti con gli enti gestori stipulati sulla base di gare d'appalto a quelli basati sull'accreditamento degli stessi, si sta muovendo qualche passo in avanti. Da regolamento, infatti, gli erogatori privati che desiderano accreditarsi come gestori di cure domiciliari devono garantire, tra gli altri, servizi di tecnoassistenza.

Una capillare implementazione della tecnoassi-

stenza sul territorio prevede non solo investimenti ma anche formazione professionale. Formazione che non riguarda solamente gli operatori sanitari, che baseranno la loro attività e le scelte cliniche su parametri rilevati elettronicamente, ma che riguarda anche i caregiver degli assistiti che dovranno essere addestrati dal personale sanitario alla gestione di questa tecnologia, con la possibilità di dover attuare poche, ma non per tutti agevoli, procedure.

Valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale è alla base di ogni processo assistenziale che si configuri come ADI. Solo la sistematica valutazione delle condizioni cliniche, dello stato di disabilità, delle funzioni mentali e dell'assetto sociale ed abitativo di un individuo consentono, infatti, di offrire cure adeguate e servizi bilanciati. La valutazione multidimensionale effettuata dall'unità dedicata, rappresenta il primo passaggio obbligato per fornire un giudizio di appropriatezza della richiesta di presa in carico, solitamente avanzata dal MMG. Sulla base della stessa valutazione verrà stabilito un PAI così come ogni suo eventuale aggiornamento.

Nelle Aziende Sanitarie coinvolte, la valutazione multidimensionale viene di solito eseguita da un team costituito da un medico, un infermiere, un fisioterapista e in maniera non costante da un operatore dei servizi sociali del distretto o del Comune di riferimento. Talvolta la valutazione viene effettuata da singole figure professionali, quale il del case-manager, o semplicemente da una delle professionalità sopra elencate.

Lo strumento di valutazione multidimensionale è unico per tutta la Regione e solo raramente, nelle singole Aziende Sanitarie, si osservano scostamenti rispetto a quanto previsto a livello normativo. Nella gran parte dei casi si tratta di strumenti di valutazione multidimensionale di prima e seconda generazione, strumenti che valutano singoli domini o che sono applicabili esclusivamente a specifici setting assistenziali.

Gli strumenti di valutazione multidimensionale risultano più diffusamente in uso nelle Regioni esaminate

comprendono lo SVaMA (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane) e l'InterRAI-HC (InterRAI-Home Care). Un altro strumento giudicato valido dal punto di vista della multidimensionalità è il ValGraf, in uso nella Regione Friuli Venezia Giulia.

Al di là della scala in uso, uno strumento di valutazione multidimensionale valido dovrebbe essere in grado di restituire tramite apposito algoritmo una serie di score clinici, funzionali e sociali, che indirizzino il team di valutazione nella compilazione di un PAI. Inoltre, è fondamentale individuare già in fase valutativa il case-mix del singolo individuo e la sua stabilità clinica, nonché il rischio di istituzionalizzazione, ospedalizzazione e morte. Da questo punto di vista, l'InterRAI-HC, tra gli strumenti in uso, è l'unico ad offrire questa gamma di risorse.

In generale, sarebbe auspicabile che tutte le Regioni italiane adottassero lo stesso strumento di valutazione multidimensionale, al fine di garantire equità nelle cure sin dalle fasi valutative e consentire un adeguato benchmarking tra le pratiche esistenti, col fine di disegnare percorsi di assistenza individualizzati risparmiando sui costi.

Valutazione della qualità dei servizi

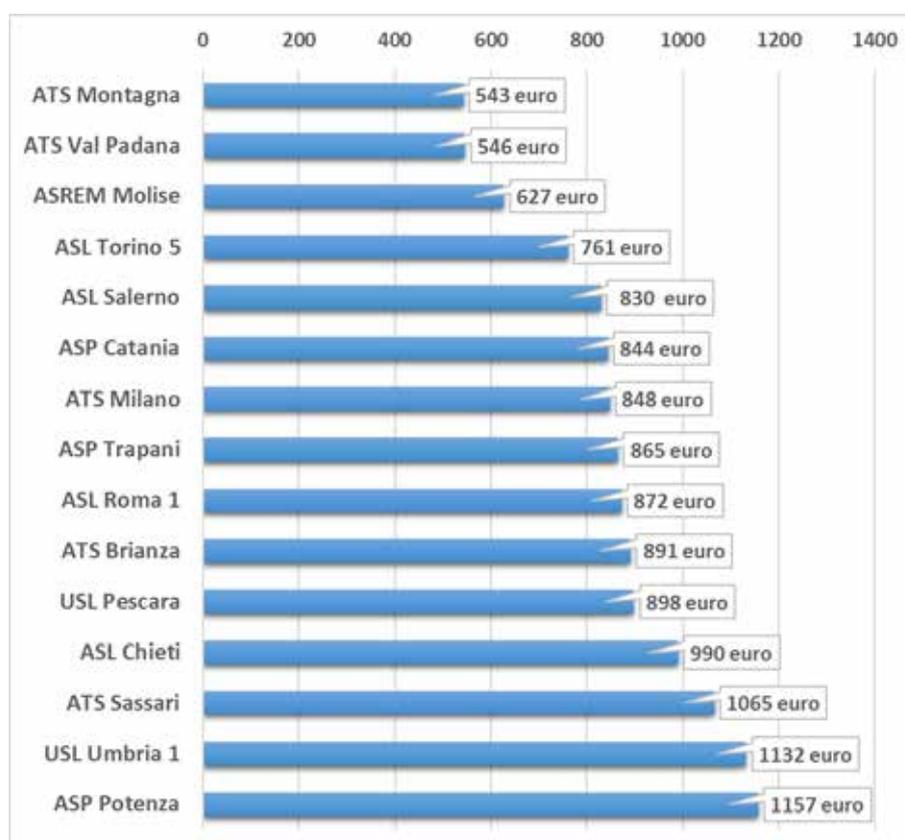
Una visione ospedale-centrica dell'assistenza medica ha fatto sì che in Italia siano stati sviluppati negli anni criteri di qualità e appropriatezza delle cure ospedaliere ma che manchino del tutto indicatori di qualità delle cure domiciliari, unici e validati per tutte le Regioni. Se da un lato la maggior parte dei responsabili ADI intervistati nel corso dell'indagine ha riferito frequenti riunioni di confronto sui casi clinici, solamente una minoranza di essi riporta un sistema di verifica della qualità dei servizi offerti al domicilio. Anche in questo caso le eterogenee modalità di gestione ed erogazione dell'ADI rendono variegata le formule di verifica. In tal senso, la maggior parte delle iniziative è rivolta al controllo dell'attuazione di quanto stabilito nel PAI. Il case manager è spesso individuato come il responsabile della corretta attuazione del PAI. Questo viene effettuato interfacciandosi regolarmente con gli operatori

sanitari che erogano le attività al domicilio, il MMG e lo stesso assistito e la famiglia. La rivalutazione dell'assistito tramite valutazione multidimensionale fa parte del processo di verifica dal quale possono scaturire variazioni del piano di cura, audit tra Distretto ed erogatori privati o un'estensione del PAI. In alcuni casi le stesse aziende erogatrici del servizio hanno un ruolo di verifica della congruenza tra PAI ed eventuali variazioni delle condizioni cliniche e funzionali dell'assistito. Talvolta viene riferito l'utilizzo di checklist che i responsabili delle unità operative del Distretto somministrano a campione tra gli assistiti al fine di controllare aspetti amministrativi ed assistenziali delle cure domiciliari. Più raramente viene chiesto in maniera formale e anonima un riscontro da parte dell'assistito. Le poche realtà che riportano questa modalità di verifica, riferiscono l'utilizzo di questionari consegnati direttamente al cittadino ma quasi mai in maniera sistematica.

I costi dell'ADI

In Italia, l'eterogeneità di modelli organizzativi ed assistenziali ha portato negli anni a sviluppare modalità di rendicontazione delle cure domiciliari differenti, sia tra Regioni che tra le stesse Aziende Sanitarie. Se in alcune realtà si conta il numero di accessi eseguiti, in altre si considerano le ore, in altre ancora viene contabilizzata la giornata di assistenza o la tipologia di paziente (codificata tramite CIA). Frequentemente viene riferito un modello di rendicontazione di tipo misto, a ragione della suddivisione spesso mista tra Aziende Sanitarie ed erogatori privati, dei servizi offerti. Ad ogni modo manca del tutto un tariffario univoco per tutte le Regioni. Nel corso della presente indagine è stato chiesto alle Aziende Sanitarie di stimare il costo medio per episodio di presa in carico sostenuto durante l'anno 2016. Ancora una volta non è stato possibile ottenere le informazioni desiderate dalla totalità dei casi esaminati. In genere le Aziende Sanitarie

Figura 4.4. Costo medio per episodio di presa in carico

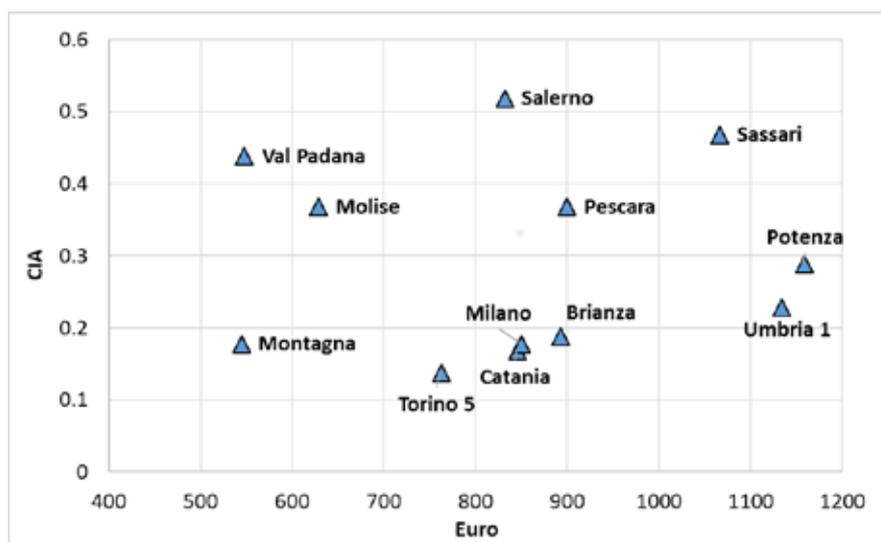


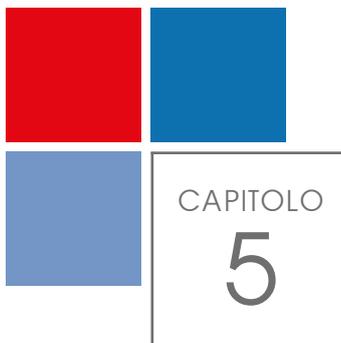
che esternalizzano le attività ad enti gestori privati sono risultate maggiormente responsive nel fornire questo dato; al contrario, le realtà che erogano direttamente le cure domiciliari, i cui costi entrano tra le voci di bilancio del Distretto assieme a molte altre, non sono state sempre in grado di rispondere. Un esempio è rappresentato dai servizi di protesica e/o ausili, i quali possono essere destinati sia all'ADI che alle attività ambulatoriali. Similmente, farmaci ed altri presidi possono incidere in maniera differente nella spesa dell'ADI a seconda di quanto previsto dai regolamenti regionali.

Come mostrato in figura 4.4, la forbice di spesa per singola presa in carico varia da un minimo di 543 euro, riportato dalla ATS della Montagna ad un massimo di 1157 euro, riportato dalla ASP di Potenza. Ancora una volta questo risultato rispecchia l'ampia variabilità esistente tra le Aziende Sanitarie in termini di assistiti ed attività erogate.

La figura 4.5 mostra il rapporto esistente tra la spesa sanitaria sostenuta per singolo caso e il CIA medio riferito dalle Aziende Sanitarie. Come evidente non sempre ad un maggiore carico assistenziale corrisponde una spesa più elevata. Una delle ragioni di tale discrepanza risiede nel fatto che il CIA, basato sul rapporto tra giorni di effettiva assistenza e giorni di presa in carico, non tiene conto della tipologia degli interventi erogati, che ovviamente pesano diversamente da un punto di vista dei costi. A tal riguardo vale la pena ricordare che la Regione Lazio sarà la prima in Italia a suggerire un metodo di rendicontazione delle attività basato sul concetto di "posto ADI standard" che supera quello basato sul calcolo del CIA (vedi sezione approfondimenti).

Figura 4.5. Relazione tra CIA medio e costo per episodio di presa in carico





CAPITOLO

5

APPROFONDIMENTI

L'anagrafe della fragilità sociale a Vercelli

Come già sottolineato in questo documento, uno dei punti deboli dell'ADI è rappresentato dalla sproporzione esistente tra l'offerta di servizi sanitari, di solito maggiormente strutturati, e quella di assistenza sociale, mediamente frammentata e non sempre efficace. In Italia le cure domiciliari hanno da sempre assunto una forte valenza clinica ed un sistema sanitario nazionale universalistico affiancato da una cultura della medicina prevalentemente ospedale-centrica hanno giocato negli anni un ruolo rilevante nelle scelte operate. Come conseguenza, tematiche inerenti fattori psicologici (ad es. isolamento e solitudine) e conseguenze derivanti da svantaggi sociali (ad es. povertà e disoccupazione) sono da sempre state considerate di secondo ordine. In questo scenario spicca l'esperienza riportata dalla ASL di Vercelli, che nel 2018 è risultata essere vincitrice del premio "Piemonte Innovazione 2018" per la presentazione del progetto "L'anagrafe della fragilità sociale", portato avanti in collaborazione con il Comune di Vercelli ed i consorzi per i servizi socio-assistenziali della Provincia.

Con il termine "fragilità sociale" si fa riferimento ad una condizione di aumentato rischio di eventi avversi dovuto alla scarsa disponibilità di risorse economiche, relazionali, etc. che può essere responsabile di un peggioramento della qualità della vita e della salute della persona. È ormai dimostrato che una condizione di fragilità sociale è in grado di peggiorare ulteriormente la prognosi di persone affette da malattie cronico-degenerative e/o disabilità fisiche ed intellettuali. Per tale ragione, la gestione di tali cittadini richiede interventi di sostegno socio-sanitario integrati e opportunamente strutturati per far fronte a necessità non meramente assistenziali.

Gli obiettivi del progetto "L'anagrafe della fragilità sociale" sono stati i seguenti:

1. Migliorare l'integrazione tra ASL ed enti gestori nella presa in carico dei cittadini con fragilità;
2. Intervenire precocemente sui fattori predisponenti una condizione di fragilità sociale, in grado di condizionare positivamente e per tempo l'aderenza alle terapie e gli esiti in termini di salute;
3. Sviluppare uno strumento comune per la precoce identificazione di fattori predisponenti ad una condizione di fragilità sociale;
4. Identificare i soggetti fragili residenti nel territorio e classificarli per gravità di fragilità sociale;
5. Costruire un'anagrafe degli utenti fragili residenti nella provincia di Vercelli, condivisa da ASL e Comuni.

Dall'ottobre 2016, nel territorio della ASL di Vercelli sono attivi 11 sportelli socio-sanitari unici, aventi come scopo quello di accogliere, orientare e indirizzare i Cittadini a rischio di fragilità sociale, definendone i bisogni a seguito di un protocollo di intesa sottoscritto dai rappresentanti degli Enti promotori, ovvero la ASL e gli enti gestori operanti sul territorio provinciale. In tale contesto è emersa la necessità di consolidare la definizione di una metodologia di lavoro finalizzata alla valutazione della condizione di fragilità sociale. La ASL di Vercelli ha pertanto organizzato un percorso di formazione sul campo con lo scopo di individuare gli indicatori di svantaggio sociale maggiormente significativi ai fini prognostici. Tale processo ha condotto alla costruzione di uno strumento in grado di analizzare, sulla base di specifici indicatori, il livello di rischio di fragilità sociale o di fragilità conclamata di un determinato individuo sulla base della sua tendenza ad andare incontro a un peggioramento dello stato di salute e della qualità della vita percepita.

Condizioni quali la violenza sulle donne e sui minori, disabilità psichiche e temporanee situazioni di fragilità rientrano in questa valutazione.

Nel territorio della Provincia di Vercelli è attualmente in atto la costruzione di una vera e propria anagrafe dei cittadini che versano in condizioni di svantaggio sociale. Nell'Anagrafe della fragilità sociale verranno inserite da parte degli operatori dello sportello unico socio-sanitario le schede di sintesi con indicato il livello di fragilità sociale dei soggetti valutati. La scheda sarà parte integrante dell'applicativo gestionale attualmente in uso integrato dalla ASL e dagli enti gestori. Sarà inoltre previsto l'accesso alla scheda da parte dei MMG che aderiranno al progetto, con eventuale possibilità di contribuire alla segnalazione delle problematiche inerenti il cittadino in questione, al fine di individuare gli interventi più efficaci.

Entro novembre 2018 si prevede la consolidazione dello strumento di valutazione della fragilità sociale e la sua ufficiale applicazione di routine. A seguire saranno presentati i risultati relativi al primo campione di persone coinvolte ed entro giugno 2019 si formalizzerà il coinvolgimento di tutti gli attori partecipanti al processo.

Uno dei vantaggi di questo modello è rappresentato dalla trasversalità della sua applicazione in diversi setting assistenziali, e non solamente in ambito ADI. La valutazione viene di fatto condotta anche all'interno dell'ospedale, pronto soccorso incluso. Il punto cardine è quello di effettuare una valutazione il più precocemente possibile, al fine di individuare prontamente gli elementi che potrebbero impedire o ritardare la dimissione del paziente.

Il progetto dell'anagrafe della fragilità sociale costituisce un'iniziativa unica nel suo genere nel panorama nazionale e risponde prontamente all'urgente necessità di integrare una valutazione del contesto psico-sociale dell'individuo alla ormai consolidata valutazione della sfera clinica. I principali punti di forza di questo progetto sono rappresentati dalla creazione di uno strumento ad hoc condiviso sulla piattaforma attualmente in uso da tutti gli attori che prendono parte alle

attività assistenziali territoriali, dalla possibilità di strutturare interventi mirati basati sulla profonda conoscenza delle problematiche sociali e sanitarie del cittadino e dalla possibilità di razionalizzare le risorse economiche disponibili, mediante efficace allocazione delle stesse.

Infermiere di comunità e residenze aperte per gli anziani delle Aree Interne: l'esperienza ligure

L'Italia è un paese variegato sotto molteplici punti di vista e le caratteristiche oro-geografiche del territorio e le repentine variazioni nel livello di urbanizzazione ed offerta dei servizi sono in grado di condizionare pesantemente la possibilità di garantire cure ed assistenza in modo uniforme ed eguale a tutti i cittadini. In altri termini, non per tutti è possibile invecchiare a casa propria, semplicemente perché svariati fattori contestuali non lo consentono. La Regione Liguria è tra le aree del nostro paese con un più elevato numero, in proporzione alla sua estensione, di aree impervie colonizzate da piccoli centri abitati per lo più in fase di spopolamento. In quanto tali, le valli dell'Antola e del Tigullio, nella provincia di Genova, sono state scelte per partecipare alla fase pilota del progetto CoNSENSo.

Il progetto CoNSENSo (Community Nurse Supporting Elderly IN a changing Society), è una sperimentazione strutturata sul lavoro preventivo dell'Infermiere di famiglia e di comunità per il mantenimento del benessere degli anziani

Il progetto prevede la sperimentazione della figura professionale dell'Infermiere di famiglia e di comunità all'interno di una serie selezionata di territori "impervi" e mira a dimostrare l'efficacia dell'intervento in termini di riduzione prospettica della spesa sanitaria a parità di efficienza, promuovendo una prevenzione veicolata in modo innovativo, che possa incidere sugli stili di vita e sul benessere della popolazione anziana.

Partecipano al progetto dieci regioni europee, appartenenti ad Austria, Francia, Italia e Slovenia, giacenti sullo spazio alpino dei rispettivi paesi. La scelta territoriale, in Italia, è stata dettata dalla

concomitanza del programma denominato Strategia Aree Interne che, dal 2017, mette a disposizione finanziamenti strutturali a sostegno di alcune zone del territorio nazionale individuate dal Ministero per lo Sviluppo Economico. Le Aree Interne rappresentano circa tre quinti del territorio nazionale abitate da poco meno di un quarto della popolazione italiana. Grazie alla sinergia con il programma Aree Interne, una volta terminato il progetto CoNSENSo, l'amministrazione locale delle aree coinvolte, sarà in grado, grazie ai fondi strutturali, di garantire continuità assistenziale e sociale alla comunità. Il bisogno di portare l'infermiere di famiglia e di comunità in tali aree è emerso dalla popolazione stessa: durante una fase preliminare di consultazione con i residenti, i cittadini hanno espresso disagio per la mancanza di una figura di riferimento per la gestione delle necessità assistenziali non di pertinenza medica.

L'obiettivo del progetto CoNSENSo è quello di sviluppare un modello di assistenza che metta gli anziani al centro dell'assistenza sanitaria e sociale, basandosi sul ruolo cruciale dell'infermiere di famiglia e di comunità, consentendo loro di rimanere a casa il più a lungo possibile.

Questo obiettivo sarà raggiunto attraverso:

1. nuove politiche pubbliche basate su questo modello di innovazione sociale per l'assistenza agli anziani;
2. la creazione di moduli di formazione per infermieri che possano essere adattati e trasferiti nei diversi contesti europei (per l'Italia "Master in Infermieristica di Famiglia e Comunità");
3. la spinta allo sviluppo delle imprese sociali e all'imprenditorialità tra gli infermieri.

L'intervento dell'Infermiere di famiglia e di comunità si esplica a più livelli:

1. il livello individuale, che riguarda tutti gli interventi diretti e indiretti che hanno la persona singola come destinatario;
2. il livello familiare, che concerne le azioni che si rivolgono al nucleo familiare per le interconnessioni che si determinano nelle relazioni

ed influenze reciproche. Rientrano in questa categoria gli interventi di counselling familiare, il sostegno al care-giver, l'educazione terapeutica, le attività di sostegno al self-management;

3. il livello gruppale, che include gli interventi che si rivolgono a gruppi di persone accomunate da interessi o esigenze comuni (ad esempio attività educative rivolte a gruppi di persone con malattie croniche comuni o con condizioni di rischio comuni, tra cui i gruppi di sostegno al self-management, i gruppi di cammino, etc.);

4. il livello comunitario, che si riferisce a quelle azioni prevalentemente di tipo indiretto, che hanno la comunità come destinatario ultimo, come ad esempio lo sviluppo del capitale sociale, la costruzione della rete di sostegno, il coinvolgimento dei soggetti politici interni alla comunità, il raccordo con il mondo del sociale ecc.)

In Liguria tutto inizia nel 2016, quando tre giovani laureati in scienze infermieristiche, risultati vincitori di una borsa di studio, supervisionati da una nurse senior con esperienza in cure domiciliari, vengono appositamente formati per dare attuazione al progetto CoNSENSo nelle aree prescelte.

La sperimentazione inizia a settembre 2016 in Alta Val Trebbia, un'area montuosa che include 8 comuni e 82 frazioni, per una superficie totale di circa 200 chilometri quadrati. Ai residenti over 65 è stata inviata una lettera a firma dell'Assessore alla salute della Regione Liguria e sono stati organizzati incontri pubblici nei comuni interessati per la presentazione sia del progetto sia degli Infermieri di famiglia e comunità (Ifec). Sono stati infine contattati anche tutti i leader informali e i punti di aggregazione (bar, negozi, parroci, associazioni di volontariato, pubbliche assistenze, circoli). Gli appuntamenti per la prima visita di "presa in carico" raccolti sia durante gli incontri pubblici sia telefonicamente hanno dato l'avvio all'attività a partire dal mese di novembre 2016. Da allora sono state eseguite circa 450 visite che hanno avuto come obiettivo l'educazione sanitaria in 350 casi, educazione al care-giver in 120 casi e, quando

necessario, hanno portato all'attivazione di servizi di assistenza territoriale (in 40 casi), servizi sociali (in 15 casi) o semplicemente ad un contatto con il MMG (110 casi).

Le valutazioni sono state eseguite a mezzo di una App per smartphone e tablet, mentre per la valutazione della fragilità è stato utilizzato lo strumento Sunfrail, risultato del progetto europeo SUNFRAIL, finanziato dall'European Union's Health Programme 2014-2020. Sunfrail consente una raccolta dati snella, adatta a generare alert su possibili rischi e la focalizzazione degli interventi sugli aspetti preventivi meglio documentati in letteratura, attingendo alle risorse locali già presenti o stimolando l'attivazione di interventi mirati per persone che vivono lontane dai centri di erogazione dei servizi. Dall'analisi delle risposte la popolazione over 65 intervistata in Alta Val Trebbia risulta fragile per quanto riguarda il dominio fisico e cognitivo, ma non per quanto riguarda quello sociale: la struttura della piccola comunità rappresenta pertanto un fattore protettivo, anche a fronte del disagio nell'accesso ai servizi.

La presa in carico è avvenuta seguendo un piano personalizzato in base alle esigenze e alle caratteristiche dell'utente e della sua famiglia, volto sia a guidare la persona nelle scelte di salute da compiere, sia a rafforzare le sue competenze in materia di salute, rendendola il più possibile autonoma.

Le azioni sono mirate a:

1. favorire i processi di empowerment di utenti e caregiver;
2. monitorare gli utenti presi in carico;
3. facilitare l'approccio ai servizi;
4. favorire la rete tra i servizi territoriali;
5. programmare piani di prevenzione che coinvolgono numerosi aspetti (dieta, attività fisica, etc.).

L'utente si interfaccia con un solo operatore che rappresenta il suo principale interlocutore. La presa in carico dell'utente dura per tutta la vita

ed è affine al modello di Case Manager; utilizza per le patologie croniche il Chronic Care Model, in collaborazione con i MMG del territorio e con i servizi sociali. Sempre nel proseguire l'attività di prevenzione ed educazione sanitaria, a giugno 2018 è iniziato un progetto educativo per favorire l'auto-aiuto e la diffusione di conoscenze in materia sanitaria. A partire da settembre 2018 inizierà il "Memory training", una palestra della memoria per la prevenzione del decadimento cognitivo. Gli Infermieri di famiglia e comunità, in collaborazione con gli specialisti del settore, seguiranno il gruppo per un totale di 9 incontri che si terranno settimanalmente. La formazione degli Infermieri di Famiglia che saranno attivi su aree interne avverrà a Genova, grazie al progetto ENhANCE (European curriculum for fAmily aNd Community nurse).

Il lavoro svolto dagli Infermieri di famiglia e di Comunità del progetto CoNSENSo costituisce una rivoluzione culturale rispetto all'assistenza proattiva e al ruolo centrale delle persone anziane, sia quelle non conosciute ai servizi sia quelle già note e con patologie croniche; rispetta, inoltre, e anticipa le direttive dell'OMS per il sostegno all'indipendenza della popolazione ed è in linea con il Piano Nazionale Cronicità 2016, soprattutto nell'ottica dell'empowerment dei cittadini e del sostegno all'autocura. L'attenzione alla bassa soglia di complessità è la chiave di volta per evitare che stati di iniziale fragilità non rilevati transitino verso la disabilità. Questa attenzione necessita di operatori adeguatamente preparati ed in grado di instaurare una relazione di fiducia continuativa con le persone, in modo autonomo e in collaborazione con il Medico di Medicina Generale.

L'attività iniziata con la sperimentazione CoNSENSo avrà continuità nella Strategia Nazionale Aree Interne. E' infatti di imminente avvio la prima area di regione Liguria, Antola Tigullio. La Strategia ha l'obiettivo di promuovere lo sviluppo del territorio attraverso il superamento dell'isolamento; i finanziamenti sono rivolti a tre assi: trasporti, scuola, sanità. In relazione a quest'ultima le schede

intervento sono relative a:

1. Infermiere di Famiglia;
2. esternalizzazione delle cure sanitarie domiciliari come soluzione per garantire il diritto alle cure domiciliari (Residenza aperta);
3. interventi di facilitazione all'accesso alle cure attraverso il ricorso alla telemedicina e al potenziamento dei punti ambulatoriali ;
4. accompagnamento protetto.

La soluzione di esternalizzare le Cure Domiciliari nell'Area Interna si collega alla difficoltà di mantenere in loco équipe dedicate (costi elevati in relazione alla domanda), per contro far salire quotidianamente gli operatori dalla città, viste le distanze e la qualità dei collegamenti, appare lo stesso economicamente non sostenibile. La scelta di sperimentare l'esternalizzazione delle Cure Domiciliari e la loro erogazione da parte del personale delle Residenze Sanitarie Locali, ci consentirà di rispondere alla domanda in modo puntuale ed appropriato, attraverso il progetto definito Residenze aperte. Gli operatori saranno formati dalle ASL di riferimento, utilizzeranno lo sportello polifunzionale distrettuale per la registrazione dell'attività, la segnalazione arriverà comunque al Distretto e la presa in carico e il PAI saranno attuati sotto la supervisione di un coordinatore o infermiere esperto in cure domiciliari o da parte dell'Infermiere di famiglia e comunità. Le residenze in questo modo diventeranno un punto di riferimento per il territorio circostante; la formula prevede anche la possibilità di fruire dei servizi residenziali (attività di animazione, fisioterapia, AFA, bagno assistito, pasti). La sperimentazione del modello e delle tariffe previste consentirà di avere dati sulla validità/sostenibilità del progetto, anche in funzione del percorso di autorizzazione ed accreditamento delle cure domiciliari che per la prima volta si sta affrontando nella Regione Liguria. Maggiori informazioni relative al progetto CoNSENSo sono disponibili in rete all'indirizzo:

<http://www.alpine-space.eu/projects/consenso/en/home>

L'ADI nelle Marche durante il terremoto

Come è noto gran parte della penisola presenta un rischio sismico aumentato e nel corso dell'ultimo secolo la popolazione italiana è stata vittima di numerosi e devastanti terremoti. Durante il corso di questi eventi non solo le abitazioni ma anche la rete sociale e dei servizi diviene a rischio di sgretolamento. In tema di sanità e cure territoriali, un sistema non sufficientemente robusto e sprovvisto di piani di emergenza rischia di dover interrompere l'assistenza, con drammatiche conseguenze per la salute dei cittadini.

Nel Centro Italia, nel periodo compreso tra l'agosto e l'ottobre del 2016, si sono verificati 3 importanti eventi sismici che hanno stravolto sia la rete sanitaria che quella sociale e l'intero tessuto istituzionale di molti Comuni. Le dimensioni del fenomeno, il livello di coinvolgimento della popolazione e l'entità dei danni subiti hanno reso necessaria l'attivazione di una risposta rapida ed efficace da parte dei servizi sanitari e sociali, per affrontare l'emergenza e assistere la popolazione colpita. L'evento sismico ha comportato un importante impegno degli operatori che, pur essendo talvolta essi stessi coinvolti in prima persona, hanno mostrato encomiabile disponibilità, sensibilità, capacità d'ascolto, prontezza e senso di appartenenza alla comunità. Si è trattato di una serie di eventi che hanno interessato fortemente la Regione Marche coinvolgendo 87 Comuni, 350.000 abitanti e 4.000 kmq di superficie, determinando proprio a carico di questa Regione l'impatto maggiore del sisma.

A partire dalla comunicazione circa la localizzazione dall'evento sismico da parte della Sala Operativa Unificata Permanente (SOUP) regionale, è stato attivato il Gruppo Operativo Emergenze Sanitarie (GORES) per avviare le necessarie operazioni di soccorso. Il GORES è un gruppo di coordinamento a cui afferiscono rappresentanti della Protezione Civile Regionale e degli Enti del SSR e da un gruppo di esperti individuati ad hoc. L'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) delle Marche ha partecipato sin dall'inizio al coordinamento e ha provveduto, attraverso la supervisione costante

della Direzione Sanitaria Aziendale e delle Direzioni di Area Vasta, all'attivazione dei servizi necessari con tempi e modalità specifici a seconda delle criticità segnalate.

Il sisma del 24 agosto 2016 è stato un evento di dimensioni territoriali circoscritte, ma con elevata perdita di vite umane e di feriti. Con i primi soccorsi della Protezione Civile sono state installati e resi operativi 2 Punti Medici Avanzati (Arquata Borgo e Arquata Pescara). Nella prima giornata è stato necessario utilizzare un numero notevole di mezzi di soccorso: 2 elicotteri 118 del SSR; 12 ambulanze medicalizzate e 27 ambulanze base. Nei presidi ospedalieri di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto sono stati assistiti nelle prime 24 ore rispettivamente 130 e 25 pazienti; al termine della prima giornata sono state ricoverate 75 persone. Nel complesso si sono contate 51 persone decedute e 153 evacuate da 9 strutture protette sociali e socio-sanitarie. Sono stati inoltre evacuati l'ospedale di Amandola che ospitava 20 posti letto di lungodegenza e 20 posti letto di RSA.

Sono state immediatamente avviate le attività di allestimento di presidi di emergenza per garantire le cure primarie territoriali. Nelle 24 ore successive è stato predisposto un ambulatorio di medicina generale in un container della Protezione Civile regionale dove dal 25 agosto hanno operato MMG e PLS, in collaborazione con i volontari della Protezione Civile e personale del distretto ASUR dell'Area Vasta 5 per le attività rivolte ai pazienti in cure domiciliari più urgenti; nei giorni successivi è stato attivato un servizio di telemedicina in collaborazione con l'INRCA di Ancona. Nelle 48 ore successive è stato attivato un servizio di distribuzione campale farmaci, tramite volontariato di Protezione Civile specializzato, sostituito poi dal servizio farmaceutico ASUR. Dal 31 agosto al 19 settembre 2016 è stato effettuato il censimento delle persone con fragilità presenti nei campi al fine di garantire la necessaria risposta socio-sanitaria ed è stato attivato un servizio di supporto psico-sociale garantito da personale ASUR e di volontariato della

Protezione Civile regionale.

Pur non essendoci state vittime e solamente pochissimi feriti non gravi, le scosse della fine di ottobre 2016 hanno coinvolto un territorio molto esteso (circa 1/3 della Regione) e comportato un'ingente quantità di danni a strutture sociali protette e socio-sanitarie, nonché a edifici privati, comportando la necessità di ricollocare immediatamente una notevole quantità di persone con fragilità assistite in casa in regime di cure domiciliari. In tale frangente, si è resa ancor più evidente la necessità di fornire risposte socio-sanitarie e di supporto psico-sociale ai circa 14000 cittadini evacuati ed ospitati in strutture ricettive della costa e, per circa due mesi, ad alcune migliaia di persone alloggiate in strutture di accoglienza messe a disposizione dai Comuni con la collaborazione di Protezione Civile nazionale e regionale.

È stato evacuato l'ospedale di Tolentino che ospitava 20 posti letto di lungodegenza e punto di primo intervento, oltre che ambulatori distrettuali. Sono state evacuate altresì ulteriori 18 strutture sociali protette e socio-sanitarie per un totale di ulteriori 400 ospiti ricollocati.

Dal 30 novembre al 24 dicembre 2016 è stato attivato un punto di assistenza residenziale presso Montorso di Loreto che ha ospitato circa 100 persone con fragilità sanitarie medio-gravi che non potevano trovare alloggio in alberghi e campeggi assistiti da un familiare ciascuno, provenienti da abitazioni inagibili. La struttura temporanea ha avuto assistenza H24 di personale medico e infermieristico ASUR e da parte di volontari della Protezione Civile. Dal 30 novembre 2016 al 4 gennaio 2017 è stato operativo presso la Città di Porto S. Elpidio, punto di smistamento dei cittadini evacuati, il "Posto di Assistenza Socio Sanitaria (PASS)" della Protezione Civile che ha fornito oltre 2000 interventi sanitari. Ad oggi sono presenti ancora circa 1300 persone in strutture ricettive alberghiere della Regione che dovranno essere ricollocate in altre soluzioni abitative. Dal mese di novembre 2016 è stata attivata, in accordo tra Sanità, Sociale, Associazioni

ANPAS e Croce Rossa Italiana, una procedura per l'autorizzazione di trasporti sociali speciali gratuiti per aiutare cittadini alloggiati nelle strutture alberghiere con particolari difficoltà per fragilità socio-sanitarie.

Sin dalle prime ore successive all'evento del 24 agosto è stato attivato e successivamente potenziato un servizio di supporto psicologico/psichiatrico attraverso l'attività del personale dei Dipartimenti di Salute Mentale e i volontari ANPAS-APE, ARES, CRI, SIPEM. L'assistenza ha interessato nelle prime ore l'Ospedale di Ascoli Piceno per il supporto alle vittime del sisma e ai familiari. Nei primi due giorni sono stati garantiti 70 interventi in situazioni di emergenza con somministrazione di farmaci e sostegno alle famiglie; particolare attenzione è stata posta al sostegno all'interno degli spazi dove sono state composte le salme e nei reparti di degenza. Dopo gli eventi sismici dell'ottobre 2016, l'attività è stata strutturata in modo più efficiente dal coordinamento regionale sanità-sociale. Successivamente si è provveduto a garantire il sostegno presso i campi di accoglienza grazie alla costante presenza di personale ASUR e di volontari. Si è evidenziata sin da subito la necessità di prevedere un supporto alle comunità per la promozione della salute: sono stati determinanti gli interventi sociali di "vicinanza alla popolazione", con referenti presenti sul campo che sono divenute figure di riferimento per le varie neo-aggregazioni sociali (camping, alberghi, dormitori, etc.).

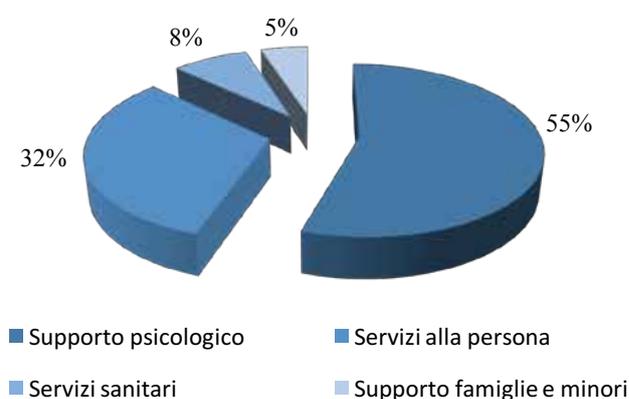
Complessivamente sono stati registrati circa 9000 interventi così suddivisi: circa 55% Supporto Psicologico, 32% Servizi alla Persona, 8% Servizi Sanitari, 5% Supporto Famiglie e minori (Figura 5.1).

La fase del rientro dei cittadini nel luogo di origine è una fase delicata che assume caratteristiche specifiche differenziandosi per grado di devastazione del territorio e scelte abitative individuali, con conseguenti vissuti disomogenei. L'impatto immediato al rientro potrebbe pertanto rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi psichici ed è necessario quindi prevedere

interventi clinici e psico-sociali a vari livelli al fine di favorire un rientro non traumatico e contribuire al ripristino delle dimensioni comunitarie, fondate, dopo un evento di questo tipo, non tanto sui luoghi ma piuttosto sulle relazioni tra persone instauratesi nel periodo di sfollamento. Terminata la fase di emergenza è necessario infatti pianificare il rientro della popolazione sfollata a causa del sisma nelle Soluzioni Abitative di Emergenza (SAE), garantendo da un lato il ripristino dei servizi essenziali e dall'altro una presa in carico integrata finalizzata a favorire il superamento del trauma ed evitare conflittualità derivanti dalla nuova situazione.

Innanzitutto è stato previsto il ripristino dei livelli di assistenza medica già presenti prima degli eventi sismici attraverso: l'assistenza primaria, la pediatria di libera scelta e la continuità assistenziale notturna e festiva, le cure domiciliari e l'assistenza farmaceutica. In questo contesto il Punto Unico di

Figura 5.1. Tipologia degli interventi di supporto fornito durante il corso dell'emergenza sismica



Accesso (PUA) può svolgere un ruolo fondamentale per il ripristino dell'assistenza socio-sanitaria territoriale in quanto in questa sede si svolgono funzioni di ascolto, accoglienza, presa in carico e valutazione dei bisogni e delle situazioni di fragilità dei singoli e delle famiglie. Il PUA opera in stretta collaborazione con le unità di valutazione integrate distrettuali per la presa in carico dei bisogni socio-sanitari complessi. Infine, nel dicembre 2017 la

Direzione Generale ASUR ha stipulato un Accordo con Emergency per supportare l'assistenza socio-sanitaria attraverso interventi psico-sociali nel territorio del Distretto di Camerino, fortemente colpito dagli eventi sismici. È in fase di attuazione anche un accordo con la Croce Rossa Italiana sempre per il supporto all'assistenza psico-sociale della popolazione coinvolta.

L'evento sismico subito dal Centro Italia ha travolto con violenza storie personali e comunitarie, rompendo legami sociali e reti formali e informali e ha necessariamente comportato l'attivazione di tutti i livelli dell'assistenza socio-sanitaria per far fronte alle necessità imprevedute e imprevedibili che un evento come quello del sisma comporta. La risposta territoriale è stata quanto mai pronta a investire sulle proprie risorse di prossimità al cittadino garantendo l'assistenza ambulatoriale e quella domiciliare e potenziando quella residenziale per accogliere nuovi ospiti da altre strutture o dal domicilio reso inagibile. Il percorso di presa in carico non è mai stato interrotto, ma solo avviato verso soluzioni temporaneamente alternative a garanzia di una risposta basata sulle mutevoli condizioni dei propri assistiti. È emersa una forte componente sociale dei bisogni espressi che ha comportato necessariamente una presa in carico congiunta del sistema sociale e sanitario per garantire una risposta unitaria e globale. La perdita del proprio domicilio ad esempio, con la conseguente perdita dei riferimenti più forti per l'individuo, ha rappresentato un notevole bisogno sociale acuito nei soggetti in condizioni di fragilità. Nelle aree interne della Regione Marche, inoltre, il supporto fornito dalla famiglia e dalla comunità locale consentiva prima dell'evento sismico una gestione domiciliare, sostenuta dal servizio cure domiciliari, di pazienti non autosufficienti anche complessi. L'evento sismico ha comportato in prima battuta la riallocazione di queste persone in strutture residenziali per poi ridefinire il bisogno assistenziale trovando soluzioni integrate tra sociale e sanitario. Va sottolineato come l'individuazione in strutture abitative più idonee in relazione alle condizioni

generali del singolo individuo ha consentito di evitare che la dimensione sociale del bisogno si tramutasse nella dimensione sanitaria.

L'esperienza del sisma ha consentito di consolidare metodologie di intervento in condizioni di maxi-emergenza che hanno coinvolto più dimensioni con conseguente necessità di coordinamento di più attori di diversa professionalità. Quale esito del vissuto sono in fase di definizione e approvazione delle linee guida dell'ASUR delle Marche condivise con la Protezione Civile Regionale per la gestione delle maxi-emergenze che hanno quale elemento innovativo il forte coinvolgimento della rete dei servizi territoriali, con la consapevolezza che l'emergenza non è terminata ma ogni giorno si trasforma e che il compito delle istituzioni è quello di monitorare i bisogni e di essere pronti per garantire la massima tempestività e un efficace coordinamento degli interventi.

Dalla gara all'accreditamento: il caso della Regione Lazio

Nella Regione Lazio, così come già avvenuto in altre Regioni italiane - ed è in corso d'opera in altre - si assiste ad una radicale ridefinizione dei rapporti contrattuali tra le ASL e gli enti gestori privati erogatori di cure domiciliari. Fino ad oggi l'assistenza domiciliare nella Regione Lazio è stata assicurata dalle diverse ASL mediante l'erogazione diretta di prestazioni effettuate da personale dipendente o attraverso il ricorso totale o parziale ad erogatori esterni, i cui rapporti in essere sono stati regolati da contratti di affidamento del servizio, redatti a seguito di capitolati d'appalto. Ogni ASL della Regione ha avuto quindi a che fare con erogatori differenti e con diverse modalità di remunerazione delle prestazioni: alcune corrisposte in base agli accessi, altre in base ai tempi standard di esecuzione delle prestazioni stesse.

Tali contratti, in realtà scaduti da tempo, sono sempre stati rinnovati nelle more della ridefinizione in corso delle modalità organizzative del servizio che ha visto, con l'emanazione del DCA 283/2017 e del DCA 95/2018, la formalizzazione del percorso

verso l'accreditamento e la qualificazione dei soggetti erogatori.

Questo nuovo processo sanerà finalmente la disomogeneità di erogazione del servizio e delle valorizzazioni delle relative prestazioni attualmente in essere, nonostante fossero già state introdotte nella Regione Lazio con le DGR 325/2008 e 326/2008 modalità organizzative e tariffe di riferimento, di fatto mai pienamente applicate.

Nel DCA 283/2017 vengono definite tre diverse categorie tariffarie:

1. attività prestazionali (2 tariffe);
2. ADI fragilità (7 tariffe in relazione al numero di accessi previsti dal PAI);
3. ADI complessità (1 tariffa base ed 1 sollievo).

Con la definizione dei processi in atto stabiliti dai citati DCA 283/2017 e 95/2018, la Regione Lazio sta inoltre provvedendo a classificare le strutture erogatrici, una volta accreditate, secondo tre fasce di qualificazione, sulla scorta dell'individuazione di coefficienti di ponderazione correlati all'importanza dei requisiti o di gruppi di parametri (organizzativi, gestionali e tecnologici) determinati dalle linee guida per la contrattualizzazione e posseduti dai medesimi soggetti accreditati in funzione del livello di intensità assistenziale del PAI.

La Regione Lazio trasmetterà l'elenco degli operatori accreditati e la relativa classificazione ad ogni ASL. Queste dovranno stipulare relativi contratti di affidamento in funzione del fabbisogno aziendale e del livello di cure domiciliari che l'operatore è in grado di erogare, dovendo garantire per l'affidamento dei pazienti da assistere:

1. la continuità assistenziale;
2. il rispetto del principio di rotazione tra gli operatori economici di una stessa fascia di qualificazione;
3. che non si instaurino posizioni di dominio.

Al fine di assicurare il rispetto del suddetto principio di rotazione e delle regole di concorrenza, essendo la frequenza di contrattualizzazione inversamente proporzionale al numero di soggetti inseriti in ciascuna fascia di qualificazione, le ASL dovranno,

inoltre, tener conto anche del livello qualitativo delle prestazioni erogate, dell'affidabilità di ciascun soggetto accreditato e del ranking qualitativo raggiunto dalle medesime strutture, acquisendo informazioni, dati e documenti volti a identificare il soggetto più idoneo a soddisfare i propri fabbisogni assistenziali e la platea dei potenziali affidatari.

L'affidamento al contraente uscente riveste quindi carattere eccezionale e richiede un onere motivazionale più stringente in considerazione:

1. dell'effettiva assenza di alternative riscontrata;
2. del grado di soddisfazione maturato a conclusione del precedente rapporto contrattuale, anche tenendo conto della qualità della prestazione erogata;
3. del fine prioritario di salvaguardare la continuità assistenziale, scongiurando qualsiasi rischio di interruzione di pubblico servizio.

Al fine di garantire un principio di par condicio tra tutti i soggetti accreditati inseriti nella specifica fascia di classificazione, qualora non sia possibile procedere alla selezione dell'operatore economico cui assegnare i pazienti sulla base dei requisiti posseduti, ovvero nella fase di start up del nuovo regime accreditante, le ASL potranno procedere mediante sorteggio pubblico, rendendo tempestivamente noto, con adeguati strumenti di pubblicità, la data e il luogo di espletamento del medesimo.

Poiché la frequenza di assegnazione dei pazienti è inversamente proporzionale al numero di soggetti inseriti in ciascuna fascia di qualificazione, l'utilizzo del criterio di rotazione – per cui di volta in volta saranno assegnati pazienti alle strutture che fino a quel momento sono risultate assegnatarie meno volte rispetto a tutte le altre – dovrà essere abbinato ad un secondo criterio di selezione che tiene invece conto dell'affidabilità di ciascun soggetto e del ranking qualitativo raggiunto dagli stessi nell'erogazione delle prestazioni. Al momento corrente tale processo è ancora nella fase di verifica e controllo della presenza di tutti i requisiti e standard previsti da parte degli uffici regionali

competenti. Questo cambiamento di paradigma – che promuove l’implementazione di un modello caratterizzato da regolamenti più chiari, pluralità di enti erogatori e sistemi di rendicontazione omogenei – apre le porte, in Regione Lazio, ad una maggiore efficienza delle cure domiciliari, ad una equità di trattamento tra i cittadini di una stessa Regione e, ci si augura, ad un migliore utilizzo delle risorse economiche.

Nuovi modelli di classificazione e gestione in ADI nella Regione Lazio

Nella Regione Lazio, il percorso di accreditamento delle società di erogazione dei servizi di assistenza domiciliare, iniziato nel 2008 e giunto a compimento nel corso degli ultimi mesi del 2017, segna un momento di passaggio importante nel processo di modernizzazione del sistema delle cure domiciliari. Nel corso degli anni, il ruolo degli erogatori privati è cresciuto in ragione dell’aumento del fabbisogno di cure domiciliari, della complessità dei casi, nonché della necessità di utilizzare professionisti in numero e competenze adeguati. Le società che gestiscono il servizio, spesso cooperative sociali, sono state finora scelte tramite procedure di appalto pubblico, una modalità che non garantisce continuità assistenziale e controllo permanente della qualità del servizio reso e non consente alle società di assicurare ai lavoratori contratti duraturi. In risposta a tali esigenze, la Regione Lazio ha optato per la via dell’accreditamento istituzionale dei servizi, una scelta impegnativa da un punto di vista della complessità delle procedure di riordino e delle somme stanziare ma che al contempo favorirà l’erogazione di un servizio di assistenza domiciliare che rispetti standard qualitativi garantendo ai cittadini quella continuità assistenziale ad oggi mancante. Ma nella Regione Lazio, la progettazione del nuovo modello di cure domiciliare include anche un aggiornamento – già ridisegnato e in corso di attuazione – delle modalità di valutazione e classificazione dell’assistito, della pianificazione degli interventi, delle modalità di remunerazione delle società. Tra le novità vi è anche una nuova

stima del fabbisogno di assistenza, che consente di programmare in maniera più oculata il budget regionale e quello delle singole ASL.

I punti sostanziali del nuovo riordino sono:

- modalità di accesso al servizio che consentono una risposta rapida ed appropriata, grazie al coinvolgimento dei MMG, con l’uso di strumenti informatici e tecnologia dedicata;
- valutazione del paziente con strumenti validati a livello internazionale e sempre più diffusi tra le altre regioni italiane;
- risposta immediata da parte dell’erogatore privato e flessibilità dell’intervento domiciliare;
- centrali operative a disposizione degli assistiti H24 con alto livello di professionalizzazione del coordinamento dell’assistenza;
- strumenti informatici avanzati di programmazione, gestione e rendicontazione amministrativa, per il controllo dell’attività in corso e del budget impegnato;
- sistema di relazioni informatizzato con ospedali, Comuni, Municipi per la realizzazione di interventi integrati in un regime di continuità assistenziale ospedale-territorio.

Da un punto di vista della programmazione, le novità più significative riguardano:

- La modalità di codifica dei destinatari del servizio: espressa in termini di “posti ADI standard”, fa riferimento alla individuazione di uno standard assistenziale medio (accesso trisettimanale a domicilio), in funzione del quale tutti gli altri assistiti (o periodi/paziente) verranno considerati come multipli o sottomultipli. Il numero di posti ADI standard consentirà di elaborare budget distrettuali da suddividere fra gli erogatori accreditati;
- La modalità di tariffazione: basata sulle giornate di presa in carico, quindi giorni di calendario trascorsi, in funzione del numero di accessi settimanali. La tariffa prevede che il paziente sia in carico al servizio tutti i giorni, anche quelli in cui non si va effettivamente a domicilio, ma è tarata sui costi variabili sostenuti dall’erogatore, legati prevalentemente al numero

di accessi. La classificazione fin qui adottata a livello nazionale, ovvero il CIA, non consente una raffinata modulazione fine della tariffa che prevede solo 3 livelli, non agevola la valorizzazione delle giornate in cui vengono effettuati più accessi, infine, non contabilizza adeguatamente le attività che prevedono più di 7 accessi settimanali;

- Una completa presa in carico da parte dell'accreditato, e la conseguente responsabilità per il coordinamento delle figure professionali coinvolte. La presa in carico offre una risposta rapida all'utente anche nelle ore notturne e durante i festivi, evitando costi e disagi legati

a ricoveri impropri o eventi avversi non gestiti tempestivamente. L'autonomia gestionale dell'erogatore consente al Distretto di riservare le proprie risorse alla valutazione dei pazienti, alla programmazione ed al controllo del servizio.

- L'obbligo per l'ente accreditato di rispettare criteri strutturali ed organizzativi proporzionati al numero di pazienti assistiti. L'erogatore accreditato deve avere una sede, con spazi e caratteristiche che rispettino i criteri dell'accreditamento, nel territorio della ASL con cui firma il contratto. Inoltre, per ogni 1000 "posti ADI standard" deve rispettare precisi parametri di personale (vedi tabella 5.2).

Tabella 5.1.

Classificazione CIA/LEA/Tariffa Lazio

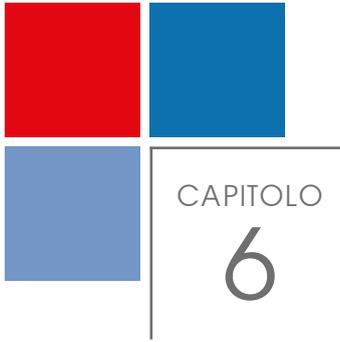
Accessi Settimanali	CIA	Nuova Suddivisione Lazio	LIVELLO LEA 2017
Prelievo, ecc.	< 0,14	Prestazionale 1	Prestazionale
Sost. Catetere, ecc.	< 0,14	Prestazionale 2	
2	0,29	T1	1
3	0,43	T2	2
4 o 5	0,64	T3	3
6	0,86	T4	
7 o 8	1,00	T5	
9 - 11		T6	
12		T7	
Complessità		Base + pacchetti orari di sollievo	

Tabella 5.2.

Figure professionali per 1000 posti ADI Standard

Personale di Centrale Operativa (12,25 Equivalenti Tempo Pieno)	
Medico Coordinatore	1,5
Infermiere coordinatore	1,5
Fisioterapista Coordinatore (se sono presenti più di 30 professionisti riabilitazione in organico)	0,75
Assistente sociale	1,5
Psicologo	1
Operatori telefonici con funzione di pianificazione e comunicazione	6
Professionisti/operatori sul territorio (almeno 80 FTE)	
<ul style="list-style-type: none"> Infermieri, Fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedista, TNPEE con orario equivalente a tempo pieno	80
Dietista	(se prevista dai PAI);
OSS	(se previsti dai PAI per attività di sollievo)
Per II e III livello LEA	
Medici Specialisti Consulenti	
Personale formato sull'assistenza al paziente complesso (Ventilazione Meccanica Domiciliare)	

Fonte: DCA 283/2018 Regione Lazio



CAPITOLO

6

L'IDENTIKIT DI CHI RICEVE ADI: GLI ASSISTITI IN UMBRIA

Introduzione

La professionalizzazione degli operatori sanitari e dei loro relativi interventi rappresenta un importante caposaldo dell'ADI e della long-term care in genere. Questo richiede la costruzione di un know-how che si basa sulla propedeutica conoscenza della tipologia di pazienti e delle principali condizioni da essi presentati. Tuttavia, come più volte discusso nel corso di questo documento, in Italia, la puntuale raccolta e trasmissione di informazioni di carattere amministrativo da parte delle Aziende Sanitarie non sono seguite da una altrettanto efficace registrazione delle caratteristiche degli assistiti in regime di ADI. Tuttavia, si ritiene che avere contezza di tali informazioni sia di estrema rilevanza sia nelle fasi di benchmarking delle pratiche operanti sul territorio nazionale che in quelle di programmazione delle attività e della spesa. Si consideri inoltre che l'utilizzo di uno strumento di valutazione multidimensionale, obbligatorio in fase di presa in carico e di rivalutazione, che restituisca un profilo completo dell'assistito, offre la possibilità unica di rendere reale questo processo. Vi sono tuttavia dei fattori che limitano la puntuale raccolta di queste informazioni e le più rilevanti sono senza dubbio a) l'utilizzo in molte Regioni di strumenti di valutazione multidimensionale non adeguati e b) il mancato inserimento su supporto informatico, nella maggioranza delle realtà, di tali informazioni.

Quest'anno Italia Longeva, come parte integrante della presente indagine, prova a fornire un esempio del possibile utilizzo di dati clinici e funzionali raccolti in sede valutativa in regime di ADI. Nel corso degli ultimi anni la regione Umbria ha portato a regime un sistema di valutazione multidimensionale unico, che interessa le cure domiciliari, quelle residenziali e le palliative, eseguite tramite lo strumento di valutazione multidimensionale InterRAI-HC. Grazie

alla disponibilità e alla collaborazione della Direzione regionale "Salute, Welfare, Organizzazione e Risorse umane" dell'Umbria, Italia Longeva ha avuto la possibilità di analizzare le informazioni relative alle prese in carico ADI attive durante il corso dell'anno 2017.

Lo strumento di valutazione multidimensionale InterRAI-HC, attraverso la raccolta di più di 300 item riferiti alle caratteristiche cliniche, funzionali e socioeconomiche degli assistiti, ha il potenziale di restituire un profilo completo dell'individuo attraverso score e scale funzionali. Tali informazioni, come dimostrato ampiamente in letteratura scientifica, sono in grado di supportare sia le decisioni cliniche che quelle inerenti l'allocazione delle risorse, e vengono correntemente impiegate in gran parte dei paesi europei e in Nord America.

I risultati

La regione Umbria conta 891.000 abitanti. Il 12,9 % della popolazione si colloca nella fascia di età tra 0 e 14 anni, il 62% tra 15 e 64 anni, il 24,8% oltre i 65 anni. Durante il corso del 2017, nella Regione Umbria, sono stati registrati un totale di 11029 PAI in regime di ADI, il 56% dei quali già attivi al 1 gennaio 2017 e il 44% attivate durante il corso del 2017. La maggior parte delle prese in carico ha coinvolto donne, 6864 (62%) in tutto. L'età media degli assistiti è stata pari a 81,4 anni con 5622 (51%) individui aventi un'età maggiore o uguale a 85 anni, 101 centenari e 46 minorenni. La figura 6.1 mostra la distribuzione degli assistiti per sesso e classi di età. Come atteso, è stata riscontrata una rilevante prevalenza di malattie cronico-degenerative. Come mostrano nella figura 6.2, la demenza è risultata essere la malattia di più frequente riscontro, presente nel 34% dei casi, con una prevalenza massima riscontrata tra le donne (38%). A seguire, la cardiopatia ischemica (27%)

Figura 6.1. Distribuzione per età e sesso degli assistiti in regime di ADI nella Regione Umbria nel 2017

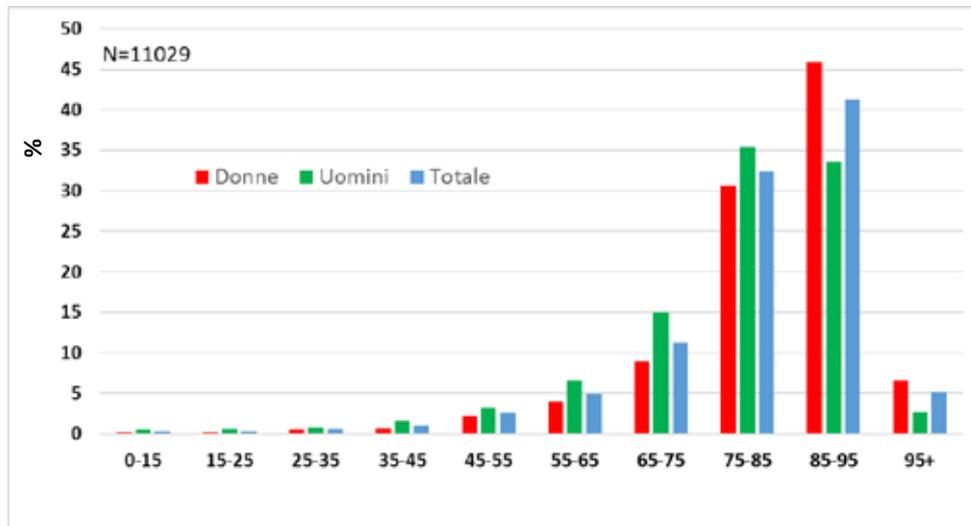
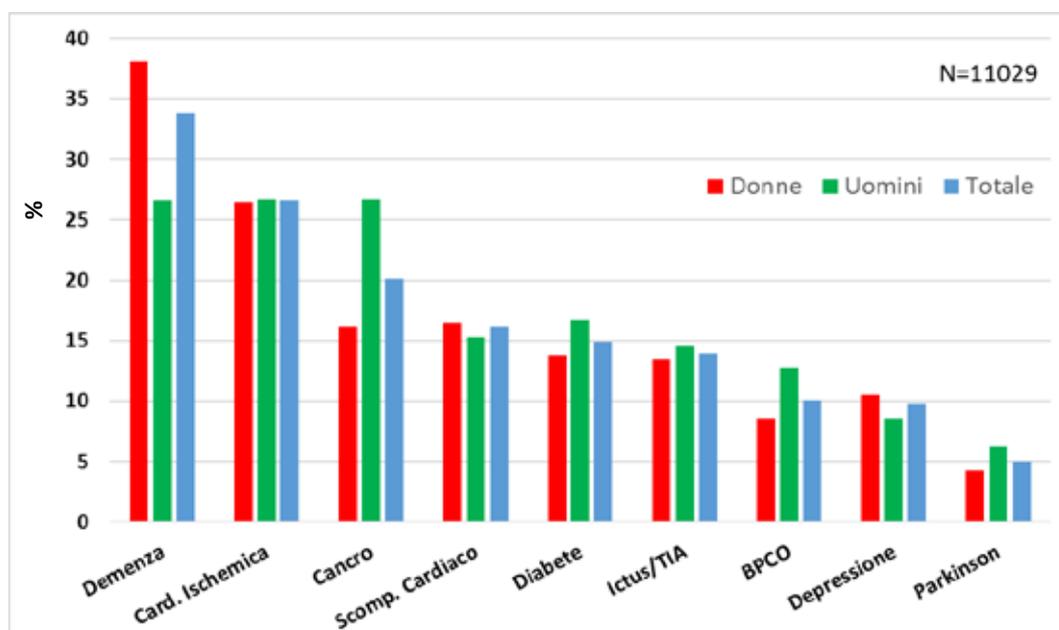


Figura 6.2. Distribuzione per sesso delle malattie riscontrate tra gli assistiti in regime di ADI nella Regione Umbria nel 2017



il cancro (20%) e lo scompenso cardiaco (16%). Diabete, ictus, broncopneumopatia cronicostitutiva, depressione e malattia di Parkinson sono state riscontrate nel 5-15% dei casi.

Se le malattie croniche sono responsabili del maggior carico assistenziale a carattere clinico degli assistiti in regime di ADI e ne determinano il

grado di stazionarietà/instabilità clinica, vi sono condizioni quali la disabilità, il deterioramento cognitivo, e in genere le sindromi geriatriche, che concorrono al maggior carico assistenziale dal punto di vista degli interventi mirati all'assistenza alla persona.

Come mostrato nella figura 6.3 solamente il 13%

Figura 6.3. Distribuzione per sesso del livello di disabilità nelle attività del vivere quotidiano tra gli assistiti in regime di ADI nella Regione Umbria nel 2017

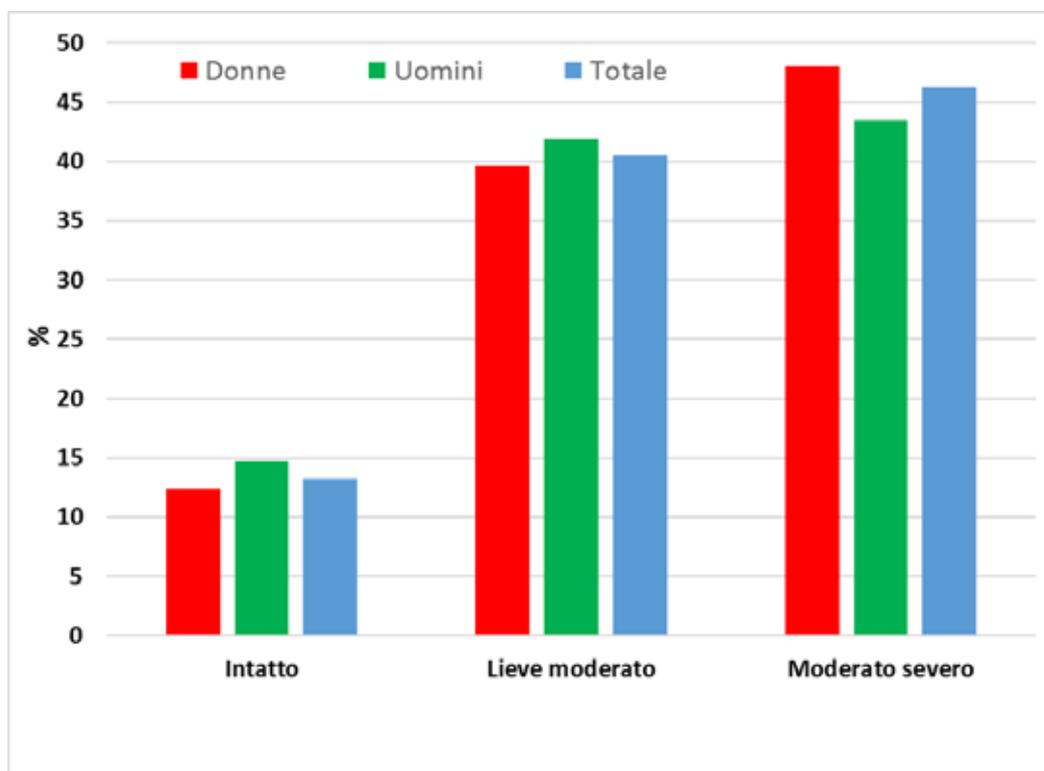


Figura 6.4. Distribuzione per sesso del livello di deterioramento cognitivo (misurato tramite scala Cognitive Performance Scale; CPS) tra gli assistiti in regime di ADI nella Regione Umbria nel 2017

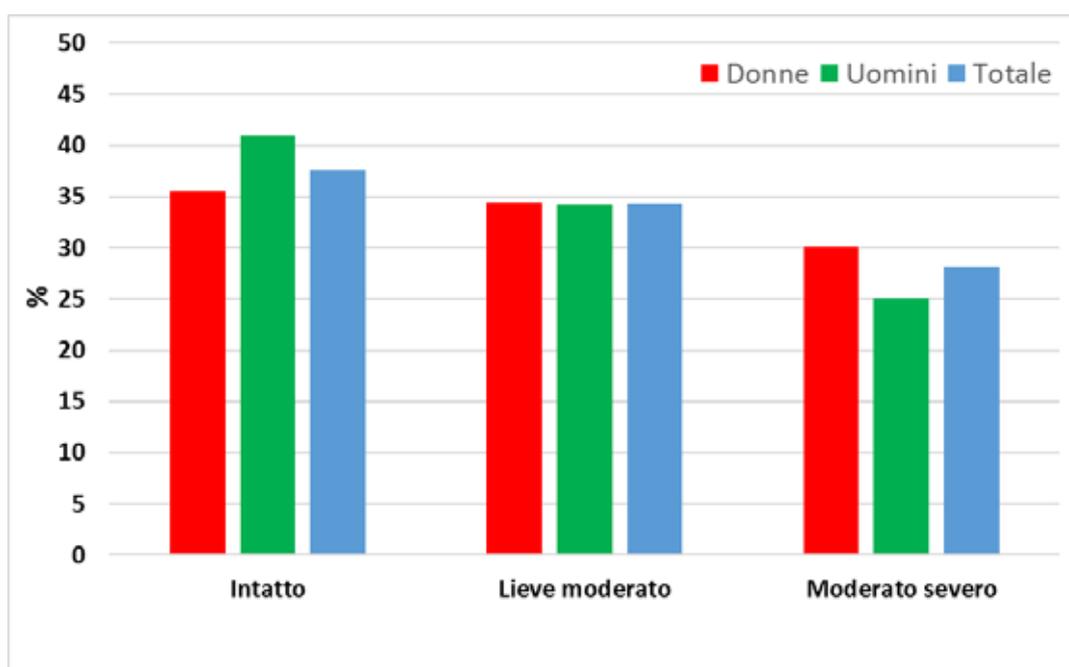
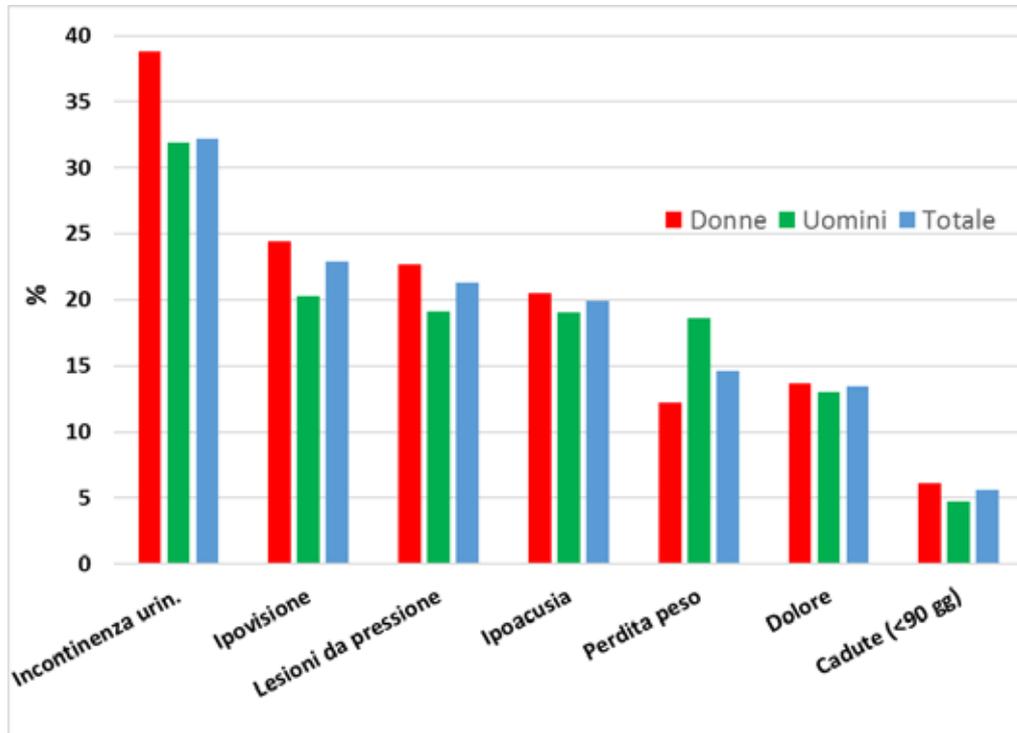


Figura 6.5. Distribuzione per sesso delle sindromi geriatriche più rilevanti per carico assistenziale tra gli assistiti in regime di ADI nella Regione Umbria nel 2017



degli assistiti risultava essere indipendente nelle attività del vivere quotidiano. Al contrario, il 41% e il 46% presentava delle limitazioni di grado lieve-moderato e moderato-severo, rispettivamente. Le donne risultavano in maggioranza tra gli assistiti con limitazioni moderato-severe.

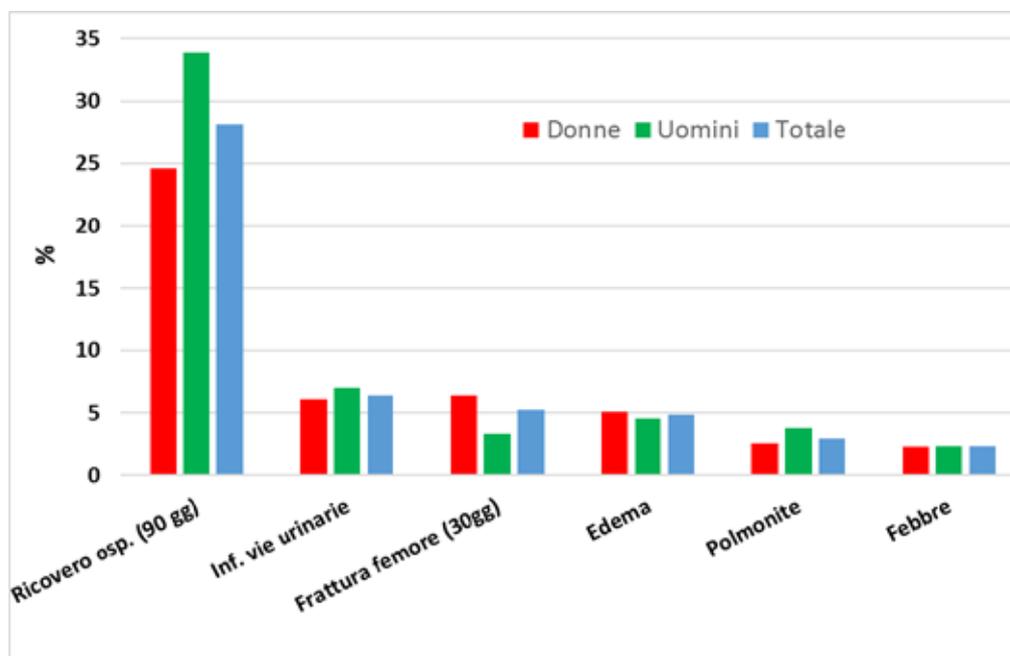
Similmente, come mostrato nella figura 6.4, la maggior parte degli assistiti presentava un deterioramento cognitivo di grado lieve-moderato (34%) o moderato-severo (28%). Anche in questo caso le donne risultavano essere in maggioranza tra gli assistiti con deterioramento cognitivo moderato-severo.

La figura 6.5 mostra la distribuzione delle più rilevanti sindromi geriatriche nella popolazione di assistiti in ADI nella Regione Umbria durante il 2017. L'incontinenza urinaria, come atteso, risulta essere la condizione più frequente, interessando il 32% degli assistiti, con una prevalenza tra le donne pari al 39%. A seguire, ipovisione (23%), lesioni da pressione

(21%) e ipoacusia (20%) sono risultate essere le più frequenti sindromi. La perdita di peso, il dolore quotidiano e le cadute recenti presentavano tra gli assistiti una prevalenza che andava dal 6% al 15%. La figura 6.6 mostra la distribuzione tra gli assistiti delle principali condizioni acute riscontrate. Secondo i dati registrati il 28% degli assistiti presentava un recente (<90 giorni) episodio di ricovero ospedaliero, questa volta più frequente tra gli uomini (34%) che tra le donne (25%). Il 6% degli assistiti presentava una infezione delle vie urinarie recente o in atto al momento della valutazione e il 5% aveva presentato una frattura di femore durante i 90 giorni precedenti. Una condizione di edema, una recente polmonite e uno stato febbrile era invece presente nel 2-5% dei casi.

L'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale permette l'identificazione di specifici case-mix. I case-mix classificano gli assistiti in funzione del loro livello di consumo delle risorse. Nell'ambito dello

Figura 6.6. Distribuzione per sesso delle condizioni acute più rilevanti per carico assistenziale tra gli assistiti in regime di ADI nella Regione Umbria nel 2017

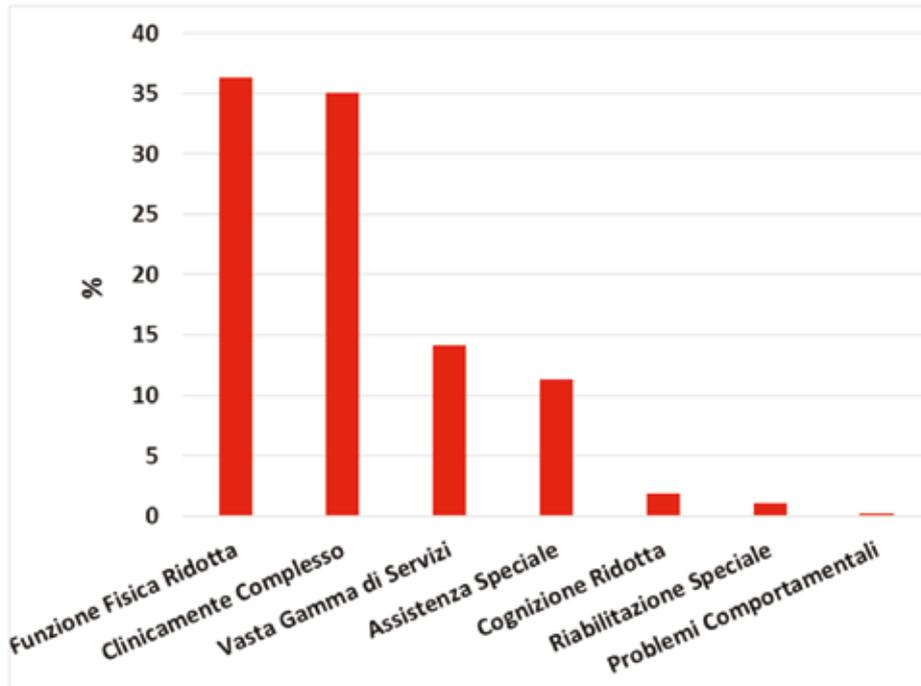


strumento InterRAI-HC, tramite apposito algoritmo, è possibile calcolare i Resource Utilization Groups for Home Care (RUG-III HC). Si tratta di un sistema che permette di assegnare ogni assistito ad una delle 44 classi – suddivise in 7 categorie – di case-mix previsti. Ogni categoria di RUG-III HC corrisponde ad un gruppo omogeneo di assistiti per i quali si prevede un certo carico assistenziale ed una certa spesa economica. Nella Regione Umbria il sistema dei RUG-III HC viene correntemente utilizzato sia in ambito di cure domiciliari che di cure residenziali. La figura 6.7 riporta la distribuzione delle 7 categorie nella popolazione in esame. Il case-mix più frequente è quello dei soggetti con “funzione fisica ridotta” (36%), seguito da quelli “clinicamente complessi” (35%) e da quelli utilizzatori di una “vasta gamma di servizi” (14%).

Una delle potenziali applicazioni dei RUG-III HC è rappresentata dalla possibilità di incrociare la classe di appartenenza con gli esiti clinici

degli assistiti. Questo è rilevante dal punto di vista della valutazione dell’appropriatezza degli interventi, della qualità dell’assistenza e della programmazione dell’utilizzo delle risorse. La figura 6.8 mostra la motivazione di chiusura della presa in carico per ognuna delle 7 categorie di RUG-III HC. Per ogni assistito in ADI è stata considerata la prima valutazione disponibile nel corso del 2017 e a fine anno è stato rivaluto lo stato del PAI. In caso di chiusura del PAI ne veniva registrata la motivazione. Questo approccio potrebbe essere responsabile di una lieve sottostima degli eventi acuti, quali le ospedalizzazioni, occorsi tra la prima valutazione e il termine della presa in carico. A fronte di un 47% degli assistiti che al 12 dicembre 2017 proseguiva la presa in carico, il 2% degli assistiti appartenenti al case-mix “assistenza speciale” andava incontro a ospedalizzazione durante il corso del 2017 e chiudeva la presa in carico, il 4% degli assistiti con “funzioni cognitive ridotte” veniva trasferito in residenza protetta (RP), il 2% degli assistiti che

Figura 6.7. Distribuzione delle 7 categorie di RUG-IIIHC tra gli assistiti in ADI nella Regione Umbria nel 2017



necessitavano "riabilitazione speciale" venivano trasferiti in hospice, il 44% degli appartenenti al gruppo utilizzatore di "vasta gamma di servizi" era deceduto. Nel complesso durante il corso del 2017 il 13% degli assistiti concludeva il PAI come da programma. Questo esito positivo veniva riscontrato più frequentemente tra gli assistiti in "assistenza speciale" (21%), quelli con "funzione fisica ridotta" (13%) e quelli con "funzione cognitive ridotte" (13%).

Discussione

I risultati dell'analisi delle caratteristiche degli assistiti in ADI nella Regione Umbria durante il corso del 2017 mostrano chiaramente come sia possibile ottenere un quadro completo e multidimensionale delle persone riceventi cure domiciliari. Si osserva una preponderanza tra gli assistiti ADI di grandi anziani, soprattutto donne, affetti da multiple malattie croniche che hanno già esercitato un effetto negativo sulla funzione, come evidenziato dalla elevata prevalenza di disabilità e deficit cognitivi.

Tra le malattie croniche ve ne sono alcune che emergono prepotentemente, come ad esempio le demenze e le malattie cardiovascolari, ma anche il cancro: conoscere quali sono le più frequenti condizioni cliniche incontrate in ADI facilita la programmazione e l'adeguato dimensionamento degli interventi condotti dalle varie professioni sanitarie. Ma il carico assistenziale non è caratterizzato esclusivamente dalla cura e gestione delle malattie croniche, al contrario, specie in presenza di anziani complessi e fragili, condizioni quali l'incontinenza urinaria, i deficit sensoriali, le lesioni da pressione, le cadute e il dolore sono quelle che assorbono il maggior numero di risorse. Il cittadino assistito in ADI, sebbene caratterizzato da una importante mole di "cronicità", va sovente incontro a riacutizzazioni di malattia che destabilizzano il quadro clinico e sono in grado di modificare radicalmente l'entità e la tipologia dei bisogni. Nella popolazione presa in esame un terzo degli assistiti era reduce da un recente ricovero ospedaliero, uno su dieci presentava un quadro

Figura 6.8. Motivazione (%) della chiusura della presa in carico per ogni categoria di RUG-III HC tra gli assistiti in ADI nella Regione Umbria nel 2017

	<i>Assistenza speciale</i>	<i>Clinicamente complesso</i>	<i>Cognizione ridotta</i>	<i>Funzione fisica ridotta</i>	<i>Problemi comportamentali</i>	<i>Riabilitazione speciale</i>	<i>Vasta gamma di servizi</i>	<i>Totale</i>
Ricovero ospedaliero	2,0	1,4	0,0	0,6	0,0	1,1	1,3	1,1
Trasf. Residenza protetta	0,9	1,5	3,6	1,7	0,0	1,1	1,2	1,5
Trasf. hospice	0,7	1,7	0,0	0,0	0,0	2,1	1,0	0,8
Decesso	33,7	42,4	10,9	21,1	18,2	14,7	44,1	33,0
Altra motivazione	4,1	4,2	1,8	3,5	9,1	7,4	3,2	3,8
Conclusione PAI	21,0	11,4	12,7	13,2	0,0	6,3	11,8	13,2
Prosecuzione ADI	37,6	37,5	70,9	59,8	72,7	67,4	37,5	46,6

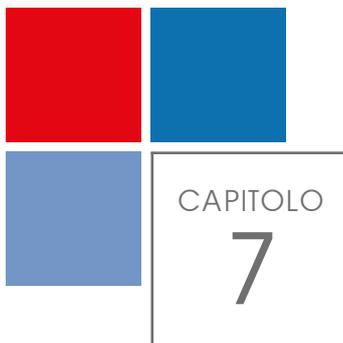
Motivazione chiusura della presa in carico per gruppi omogenei di utilizzo delle risorse (RUG).
Valori espressi in percentuale (%)

clinico compatibile con un fenomeno infettivo e ben il 5% era reduce da una recente frattura di femore.

Infine, l'utilizzo di un appropriato sistema di classificazione basato sui case-mix apre la strada a molteplici applicazioni sia di carattere clinico che gestionale, con possibilità di programmazione e ottimizzazione dei servizi.

Al momento, in Italia, non è possibile raffrontare le molteplici realtà operanti sul territorio a causa della eterogeneità riscontrata in fase di

valutazione, principalmente legata alla mancanza di un sistema di valutazione multidimensionale unico ed appropriatamente informatizzato. Tuttavia, esperienze come quella umbra mostrano chiaramente quali potenzialità offre l'implementazione di un sistema informativo unificato e alimentato da un flusso informativo moderno e validato.



CAPITOLO

7

CONCLUSIONI

L'ADI in Italia: uno sguardo oltre la frammentazione

In questa seconda tappa del viaggio alla scoperta della realtà dell'Assistenza Domiciliare Integrata in Italia, realizzato da Italia Longeva, sono emersi molti degli aspetti già evidenziati lo scorso anno, prima tra tutti la larga variabilità delle caratteristiche e della operatività del servizio che anzi appare ancora più marcata, quasi che ad ogni nuova realtà inserita nella analisi corrisponda una fattispecie specifica di servizio, a ulteriore testimonianza della articolazione estrema delle esperienze oggi presenti sul territorio nazionale.

Vero è che questo tratto di differenziazione ritorna anche nel panorama europeo, in cui lo sforzo di analisi e classificazione presente nei diversi studi richiamati si scontra inevitabilmente con una ampia eterogeneità, nonostante gli innegabili passi in avanti rispetto alla conoscenza ed al confronto delle forme di assistenza e, in particolare di assistenza a domicilio, offerte agli anziani nei diversi paesi dell'Unione.

Una parte significativa di questa eterogeneità, va detto, può rappresentare un valore, in quanto è evidentemente legata alla specificità dei luoghi e dei bisogni espressi dalla popolazione anziana nei diversi contesti, ma dall'analisi della situazione italiana, anche tra le nuove realtà locali considerate, riemerge la questione del peso della diversa strutturazione complessiva dell'offerta sanitaria e sociale e dei diversi stili gestionali che finiscono inevitabilmente per impattare sulla eterogeneità delle scelte di ASL, Distretti e Comuni, soprattutto in materia di integrazione socio-sanitaria e ruolo del privato e quindi sul tratto ricorrente delle marcate differenziazioni nell'offerta garantita.

L'aspetto della integrazione socio-sanitaria, che pur è elemento qualificante del servizio, rimane una

nota dolente, perché oltre che variabile, appare in non pochi casi anche parziale, direttamente legato alla tipologia dei servizi offerti in cui appaiono prevalenti (anche a livello di rilevazione) quelli di tipo sanitario e con un effetto di integrazione "empirica" che si concretizza sul paziente, che può essere effettivamente destinatario di una gamma diversa di servizi e prestazioni, talvolta anche sociali, ma con un livello di coordinamento spesso davvero molto basso.

Inoltre, l'ADI continua ad essere un servizio caratterizzato da un ruolo ancora molto marginale dell'innovazione tecnologica, sia nei processi che nelle attività, a partire dalla scarsa informatizzazione dei dati di monitoraggio e delle informazioni sui pazienti fino al davvero ridotto ricorso alle ampie opportunità offerte dalla tecnoassistenza all'assistenza a domicilio.

Anche l'analisi puntuale del servizio e la sua valutazione risultano infatti condizionate dalla carenza o assenza di informazioni sulle caratteristiche anagrafiche e sulle condizioni cliniche dei pazienti, a fronte di una disponibilità di dati negli attuali flussi informativi in cui prevalgono quelli di attività e sono scarsamente presenti anche le specifiche sui servizi erogati.

Eppure, il racconto degli intervistati e, ancor di più, le diverse esperienze pilota, analizzate nel dettaglio in questo nuovo studio, restituiscono un quadro di grande interesse che testimonia, ancora una volta, la larga gamma di esperienze di valore diffuse sul territorio nazionale, talvolta poco note e confinate in ambiti circoscritti, ma in cui sono presenti con evidenza gli aspetti più qualificanti del servizio e appare manifesta la loro efficacia rispetto alla capacità di rispondere ai bisogni degli anziani e delle persone più fragili.

L'aspetto trasversalmente presente nelle diverse best practice analizzate è proprio quello della attenzione alla dimensione della integrazione, con un ruolo del sociale che appare molto più evidente rispetto alle esperienze ordinarie ed una capacità di affrontare la multidimensionalità dei bisogni della terza età e della cronicità che si delinea come evidente fattore di qualità del servizio fornito.

Ad esempio, lo studio di caso effettuato nella regione Umbria rispetto all' applicazione di uno strumento efficace per la valutazione multidimensionale del bisogno anche ai fini dell' analisi dei servizi offerti offre uno spunto operativo importante, mettendo in luce l' ampia gamma di interventi possibili e necessari, ma anche relativamente semplici, in grado di dare una reale svolta non solo all' ADI ma anche alla sua valutazione.

Tema centrale è infatti proprio quello della valutazione anche dell' esito delle esperienze pilota di Vercelli e delle aree interne della Liguria,

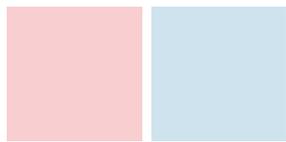
delle importanti innovazioni introdotte in campo gestionale nel Lazio, così come dell' eredità della grande esperienza di risposta territoriale alla complessità dei bisogni legati alla emergenza del terremoto nelle Marche.

Si tratta di verificare quali siano le condizioni e le possibilità di allargamento e di messa a regime di queste ed altre esperienze che dimostrano quanto importante possa essere questo servizio, se e in quanto risulti in grado di dare risposte efficaci ai bisogni legati alla terza età e soprattutto alla condizione di cronicità che spesso la caratterizza, in cui è proprio la dimensione assistenziale ad essere strategica.

Ketty Vaccaro

Sociologa, Responsabile Area Welfare e Salute

CENSIS



RIFERIMENTI NORMATIVI

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

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

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

Piano Sanitario Nazionale 1998-2000: Il PSN 1998-2000 prevede la necessità di garantire, fin quando possibile, la permanenza a casa delle persone malate croniche non autosufficienti fornendo cure domiciliari, interventi di sostegno alle famiglie, assistenza domiciliare integrata che favoriscano il concorso della famiglia e della rete sociale del paziente. L'ADI è considerata una delle forme assistenziali alternative al ricovero in quanto rispondente ai criteri di efficacia, economicità e umanizzazione ed è in grado di assicurare la riduzione degli sprechi derivanti dalle cronicità evitabili.

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

DPR 28 luglio 2000, n. 270: Il DPR regola la complessiva riorganizzazione della Medicina Generale nell'ambito del riordino del SSN. L'allegato H disciplina il ruolo del MMG nell'ADI, declinando le prestazioni, i destinatari, le procedure per l'attivazione e sospensione, il trattamento economico e la documentazione/riunioni periodiche/verifiche. Il DPR, evidenziando il progressivo invecchiamento della popolazione e il conseguente incremento dalle patologie cronico-degenerative, sottolinea l'importanza che gli accordi regionali siano prioritariamente indirizzati a dare impulso allo sviluppo e alla diffusione sul territorio dell'assistenza domiciliare, in particolare dell'ADI e di nuove forme di assistenza residenziale e/o semiresidenziale in alternativa al ricovero ospedaliero.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



NOTE METODOLOGICHE

Lo scopo della presente indagine è stato molteplice:
1) Descrivere il contesto europeo in tema di cure domiciliari e long-term care.

2) Fornire un quadro relativo alla struttura, funzionamento e volumi di attività di 35 Aziende Sanitarie italiane. Questo, in particolare, è stato condotto mediante somministrazione di questionari e tramite l'effettuazione di interviste telefoniche semi-strutturate.

3) Raccontare alcune delle best practice presenti sul territorio nazionale in tema di ADI, raccolte nella sezione "Approfondimenti" di questo documento.

4) Descrivere gli assistiti in ADI di una delle realtà esaminate, in questo caso la Regione Umbria, tramite elaborazione dei dati raccolti mediante lo strumento di valutazione multidimensionale InterRAI-HC.

Un responsabile ADI per ogni ente coinvolto è stato invitato a compilare un questionario ed a rispondere ad un'intervista semi-strutturata condotta dagli autori del presente report.

Attraverso lo svolgimento delle interviste è stato possibile derivare informazioni circa: l'evoluzione nel tempo delle cure domiciliari, la struttura amministrativa del servizio nelle Aziende Sanitarie di interesse, le modalità di erogazione dei servizi, e il livello e il funzionamento dell'integrazione socio-sanitaria tra Comuni e Distretti.

Attraverso le domande presenti nel questionario sono state raccolte informazioni circa: la tipologia di enti gestori coinvolti, la tipologia di servizi offerti, la distribuzione dell'attività tra ambito pubblico e privato, il profilo professionale delle aziende sanitarie e degli enti gestori, la tipologia degli assistiti, i volumi di attività erogata nell'anno legale 2016 e i dati relativi alla spesa.

Il Ministero della Salute fornisce un puntuale elenco di prestazioni erogabili, suddivise per iso-livelli di intensità assistenziale, che raggiungono il numero di centodieci nel caso di cure domiciliari integrate di terzo livello e cure domiciliari palliative fornite ai malati terminali. Si tratta di prestazioni relative ad attività di tipo valutativo/diagnostico, attività educative e relazionali ed attività terapeutico-riabilitative. Le seguenti trentuno attività, ritenute quelle con la maggiore valenza clinico-assistenziale, sono state selezionate e sono divenute

oggetto di approfondimento nell'ambito della presente indagine:

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

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

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

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



NOTE BIBLIOGRAFICHE

La Babele dell'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa. Disponibile all'indirizzo:

<http://www.italialongeva.it/wp-content/uploads/2017/07/RicercaAdi.pdf>

ISTAT, 2017. Il sistema dei conti della sanità per l'Italia. Disponibile tramite web:

<https://www.istat.it/it/files/2017/07/CS-Sistema-dei-conti-della-sanit%C3%A0-anni-2012-2016.pdf>

European Commission, 2012. Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27

Disponibile tramite web: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp469_en.pdf

Progetto IBenC. Disponibile tramite web:

<http://www.ibenc.eu/>

World Factbook 2016

ISTAT 2017. Il futuro demografico del paese.

ISTAT 2017. Rapporto annuale

ISTAT 2015. Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi.

Gruppo di Lavoro Primary Health Care della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica. Governare l'Assistenza Primaria-Manuale per operatori di Sanità Pubblica. 2016. Pearson Italia
DPCM del 29 novembre 2001 - Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza

Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 1998 - 2000. "Un patto di solidarietà per la salute"

DPCM 14 febbraio 2001 - Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie

DPCM 12 del 12 gennaio 2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

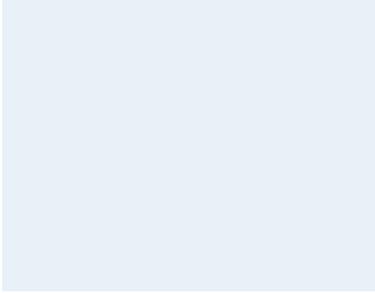
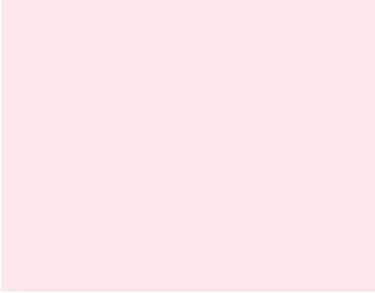
Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Assistenza territoriale. Rapporto Osservasalute 2016; 2016: 347 - 52

Mattoni del SSN. Mattone 13. Assistenza Primaria e Prestazioni Domiciliari 2005

Pesaresi Franco. Le cure domiciliari per anziani in Italia. Prospettive Sociali e Sanitarie, 2007; 15

CREA Sanità-Università Tor Vergata: XI rapporto Sanità - L'Universalismo diseguale. 2015

Decreto del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 17 dicembre 2008. Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare. GU n.6 del 9 gennaio 2009



Ringraziamenti

RESPONSABILI DELLE AZIENDE SANITARIE COINVOLTE

Tiziana Bacelli, Regione Umbria
Giuseppe Calicchio, ATS Bergamo
Anna Canaccini, Area Vasta Toscana sud est
Paola Casucci, Regione Umbria
Immacolata Cozzolino, ASL Roma 4
Aldo Crespi, ASL Novara
Enrico Desideri, Area Vasta Toscana sud est
Lidia Di Minco, Ministero della Salute
Raffaele Di Nardo, ASL Chieti
Vittoriano Di Simone, ASP Trapani
Elena Di Tondo, ASUR Marche
Laura Francescato, ATS Valpadana
Dario Grisillo, Area Vasta Toscana sud est
Nicolò Licheri, ASL Sassari
Fabrizio Limonta, ATS Montagna
Diego Maltagliati, ATS Valpadana
Antonio Mastromattei, ASL Roma 2
Enrico Nava, APSS
Lorella Perugini, ASL Vercelli
Luciano Pletti, AAS2 Bassa Friulana Isontina
Sergio Rago, ASREM
Isabella Roba, ASL Genova
Mirella Scimia, ASL Pescara
Chiara Serpieri, ASL Vercelli
Massimo Sigon, ASL Alto Friuli Collinare Medio Friuli
Salvatore Speciale, ATS Valpadana
Maria Beatrice Stasi, ATS Montagna
Nadia Storti, ASUR Marche
Cesarino Zago, ASL Triestina



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

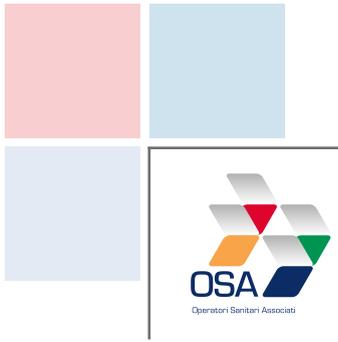
Medicasa è presente su tutto il territorio nazionale e si avvale di infermieri, medici specialisti, fisioterapisti, logopedisti, psicologi ecc. per offrire, oltre all'ADI, un'ampia gamma di servizi al domicilio: Assistenza Respiratoria, Supporto alla Nutrizione Artificiale, Ospedalizzazione Domiciliare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

Prima società homecare ad offrire il servizio Post Acuti al domicilio. Questo servizio, iniziato in Lombardia con una sperimentazione avviata con Dgr 3239/12, è durato fino al 31 Dicembre

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

Medicasa Italia è certificata UNI EN ISO 9001:2008. Nel 2016, grazie alla collaborazione di oltre 1500 operatori sanitari, eroga all'anno più di un milione di visite a domicilio a circa 30000 assistiti, in sicurezza ed affidabilità, garantendo la continuità assistenziale dall'ospedale al proprio domicilio.

www.medicasa.it



OSA - Operatori Sanitari Associati è una cooperativa leader nel campo dell'Assistenza Domiciliare Integrata. Ha iniziato la propria attività in questo campo nel 1992, progettando e realizzando alcuni servizi domiciliari rivolti ai malati di AIDS. La sfida maggiore è stata quella di essere accolti nel contesto più intimo e personale dell'utente, ovvero la casa in cui condividere gli spazi e gestire il rapporto con la famiglia. OSA ha dato vita a un servizio nuovo senza avere alcun modello di riferimento nel panorama di quelli esistenti.

Da allora sono passati 26 anni e la Cooperativa ha proseguito lo sviluppo di un modello organizzativo e operativo che assicura assistenza domiciliare con medici, infermieri e fisioterapisti ad anziani, persone non autosufficienti o affette da particolari patologie che necessitano di livelli assistenziali avanzati e di tecnologia a domicilio.

Partendo dall'esperienza maturata in ambito domiciliare con i malati di AIDS, OSA è stata in grado di offrire ai propri utenti un'assistenza complessa e integrata di elevato livello e ha sviluppato un sistema informativo web-based, denominato WebAdi, che consente la corretta gestione del servizio e garantisce pianificazione e monitoraggio dell'assistenza, oltre a fornire un controllo di qualità a disposizione delle ASL committenti, dei medici curanti e degli utenti stessi.

Il know-how, sviluppato negli anni, è stato messo a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale e attualmente la Cooperativa è presente in 6

Regioni (Lazio, Abruzzo, Sicilia, Sardegna, Puglia, Lombardia) con servizi di Assistenza Domiciliare Integrata, costituendo uno dei principali operatori di riferimento a livello nazionale. La presenza di OSA nel settore dell'assistenza domiciliare ha contribuito nel tempo a ridefinire il rapporto tra aziende sanitarie e operatori del Terzo Settore, in particolare riuscendo a delineare concretamente un ruolo di affidatari di una parte delle attività sanitarie del sistema pubblico, in una posizione di pieno partenariato, grazie all'avvio, in diverse Regioni, di percorsi di autorizzazione e accreditamento istituzionale, come la Lombardia e il Lazio.

OSA è una grande comunità multietnica formata da oltre 46500 assistiti e da oltre 3500 operatori provenienti da tutta Italia, secondo i dati del Bilancio Sociale 2017. I soci impegnati nell'attività di Assistenza Domiciliare Integrata sono stati 1622 e hanno effettuato 1786868 accessi a domicilio e hanno garantito cure a 42454 persone.

La storia di OSA è una storia in costante evoluzione che mette sempre al centro le persone, proprio quei #50MILAVOLTIOSA che sono diventati i protagonisti di una campagna lanciata a maggio sui social e che proseguirà fino a luglio, dopo il positivo riscontro conseguito durante le Assemblee separate e l'Assemblea Generale dei soci organizzata a Roma lo scorso 27 giugno.

www.osa.coop



www.italialongeva.it

SI RINGRAZIANO PER IL CONTRIBUTO NON CONDIZIONANTE

