

Nell'ultimo decennio l'**assistenza domiciliare** è stata progressivamente riconosciuta dai decisori di ambito sanitario del nostro Paese come una delle modalità assistenziali su cui investire maggiormente.

Le ragioni di questa scelta "strategica", assunta nei principali documenti di pianificazione sanitaria - la Regione Lazio ha, ad esempio, inserito la "Qualificazione ed il potenziamento dell'assistenza domiciliare" tra le cinque Sfide Prioritarie che contraddistinguono il suo Piano Sanitario Regionale valido per il triennio 2002-2004 - sono in gran parte fondate, ma non è infrequente riconoscerne alcuni presupposti ambigui e quindi meritevoli di approfondimento.

Per esempio, questa forma assistenziale viene spesso presentata quale alternativa praticabile al ricovero ospedaliero, da privilegiare per i vantaggi di natura economica che offrirebbe. In realtà, l'assistenza domiciliare è una modalità assistenziale che non può sostituire il ricorso al ricovero ospedaliero in condizioni di acuzie, qualora necessario, bensì, laddove adeguatamente effettuata, evitare il ricorso ripetuto al ricovero o all'istituzionalizzazione in un breve intervallo di tempo (negli studi ad hoc di norma assunto in 30 giorni), di per sé indice di inappropriata clinica e/o organizzativa. L'assistenza domiciliare può semmai, dati certi presupposti, essere considerata a tutti gli effetti alternativa ad altre forme assistenziali a medio-lungo termine di natura residenziale, quali le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Gli acronimi

Ma facciamo un passo indietro, per accennare alle origini e alle caratteristiche essenziali dell'assistenza domiciliare, non senza premettere alcune precisazioni che aiutino a distinguere le sue diverse forme di applicazione.

I termini (e i corrispettivi acronimi) più frequentemente impiegati, sono quelli di: **assistenza domiciliare** (AD), utilizzato tanto dal settore sanitario quanto da quello sociale per riferirsi a prestazioni di propria competenza erogate al domicilio dell'utente; **assistenza domiciliare programmata** (ADP), con cui, in ambito sanitario, si fa riferimento a prestazioni erogate dal Medico di Medicina Generale (MMG) al domicilio di un proprio assistito, previa autorizzazione del

servizio sanitario pubblico competente e secondo una calendarizzazione predefinita; **assistenza domiciliare integrata** (ADI), con cui, di norma, si intende il coordinamento - secondo un Piano assistenziale individualizzato e concordato - tra le prestazioni e gli interventi di natura sanitaria e quelli di natura sociale. Con il termine **ospedalizzazione domiciliare** (OD) si devono invece intendere forme assistenziali che vedono l'intervento al domicilio del paziente di professionisti e tecnologie di esclusiva pertinenza ospedaliera. La locuzione **cure domiciliari** (CD) è invece talmente generica da poter includere tutti gli interventi di natura sanitaria effettuati presso l'abitazione dell'assistito, siano essi a gestione territoriale oppure ospedaliera.

In alcune regioni sono stati conati ulteriori termini (per esempio, assistenza domiciliare organizzata - ADO), che riteniamo però non configurino alcuna specificità e possano viceversa ingenerare confusione.

Le definizioni

Ciò detto, è possibile concentrarsi particolarmente su quella che, per complessità organizzativo-gestionale (legata al raccordo tra comparti diversi) e potenzialità nel soddisfacimento dei molteplici bisogni assistenziali, va considerata la forma più avanzata di assistenza a domicilio, cioè l'ADI, che è anche il termine più frequentemente (ma talora impropriamente) impiegato.

In Italia, il merito della promozione e diffusione dell'ADI, così come dell'approccio multidisciplinare che le è indissolubilmente legato (e che hanno avuto origine nel mondo scientifico anglofono), va riconosciuto all'ambito geriatrico. La geriatria è stata infatti la prima disciplina medica che ha dovuto confrontarsi con l'evidenza che i bisogni di cui è portatore l'anziano non autosufficiente sono di natura multidimensionale e che l'efficacia del proprio intervento non può essere ricercata se non attraverso l'integrazione con gli altri interventi parimenti necessari.

Non è quindi casuale che la prima definizione di ADI possa essere ritrovata nel Progetto Obiettivo "Tutela degli anziani", valido per il quinquennio 1991-1995: "L'ADI è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche,

riabilitative, socioassistenziali, rese al domicilio dell'ammalato, nel rispetto di standard minimi di prestazione in forma integrata e secondo piani individuali programmati di assistenza, definiti con la partecipazione delle figure professionali interessate al singolo caso". Lo stesso documento poneva come obiettivo al termine del quinquennio "attivare o potenziare i servizi di Assistenza domiciliare integrata (ADI) in modo da assistere al termine del quinquennio almeno il 2% degli anziani ultrasessantacinquenni non ospitati in RSA, che siano non autosufficienti, parzialmente autosufficienti o a grave rischio di invalidità...". Estendendo inoltre la possibile applicazione dell'ADI oltre l'ambito geriatrico, il Progetto Obiettivo definiva il Servizio di assistenza domiciliare integrata come "...un servizio incaricato di soddisfare le esigenze di soggetti di qualsiasi età aventi necessità di

assistenza continuativa, che può variare da interventi di tipo esclusivamente sociale ad interventi misti sociosanitari...". Definizioni più recenti, come quelle presenti nel Piano Sanitario Nazionale valido per il triennio 1998-2000 e nel Manuale Home Care 2002-2003 – frutto della collaborazione di autorevoli Società Scientifiche e Fondazioni – confermano sostanzialmente l'inquadramento fornito dal Progetto Obiettivo succitato. A nostro giudizio, in linea con alcuni orientamenti regionali, è possibile e opportuno, senza forzare tale impostazione, utilizzare il concetto di ADI anche per riferirsi all'integrazione tra prestazioni di natura esclusivamente sanitaria, ma facenti capo a discipline o contesti diversi. L'eventuale complessità del caso, richiedendo un mix di prestazioni differenziate, può quindi configurare l'ADI anche laddove non sussistano esigenze di natura socioassistenziale. Ciò non intende ovviamente ridimensionare la grande novità che l'ADI ha storicamente rappresentato quale momento di operatività congiunta tra il settore pubblico sanitario e il settore pubblico sociale.

ALCUNE DEFINIZIONI DI ADI

Progetto Obiettivo "Tutela degli anziani" valido per il quadriennio 1991-1995

"L'ADI è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socioassistenziali, rese al domicilio dell'ammalato, nel rispetto di standard minimi di prestazione in forma integrata e secondo piani individuali programmati di assistenza, definiti con la partecipazione delle figure professionali interessate al singolo caso".

DPR 23 luglio 1998: Approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000

"... Le cure domiciliari, e in particolare l'assistenza domiciliare integrata, rappresentano una base privilegiata di azione per garantire flessibilità ed efficacia agli interventi. L'assistenza domiciliare diventa integrata (ADI) quando professionalità diverse, sanitarie e sociali, collaborano per realizzare progetti unitari, cioè mirati sulla diversa natura dei bisogni. La programmazione dell'ADI deve prevedere la complementarietà tra i diversi moduli assistenziali, la valorizzazione del nursing, la collaborazione delle famiglie, tenendo conto che una stretta collaborazione tra ospedale e distretto può favorire la permanenza a casa anche di persone non autosufficienti".

Manuale Home Care, 2002

"Insieme coordinato di attività sanitarie, mediche, infermieristiche, riabilitative integrate fra loro e con gli interventi socioassistenziali, per la cura della persona nella propria casa, dove può mantenere il legame con le proprie abitudini e le persone che gli sono care. L'ADI è parte integrante e fondamentale della rete dei servizi".

Gli obiettivi e gli attori

I principali obiettivi dell'ADI sono sostanzialmente orientati alla soddisfazione di bisogni plurimi correlati ad una condizione di non autosufficienza parziale o totale, attraverso la continuità e l'integrazione assistenziale, con una particolare attenzione alla qualità di vita del paziente, perseguita attraverso il mantenimento del suo abituale ambiente di vita e delle sue relazioni significative. Secondo alcuni studi, la possibilità di preservare tali elementi rassicuranti sarebbe alla base di una migliore compliance e di migliori esiti. Va ricordato anche come l'assistenza domiciliare, nelle sue diverse forme di applicazione, sia compresa tra i Livelli Essenziali di Assistenza definiti dal DPCM del 29 novembre 2001. Ciò comporta che le Aziende Sanitarie Locali si rendono garanti dell'erogazione di tale modalità assistenziale – laddove ritenuta efficace ed appropriata – per tutti i cittadini iscritti nella loro Anagrafe degli assistiti, attingendo il finanziamento delle prestazioni che possono soddisfare tale diritto dalla quota capitolaria.

I servizi aziendali deputati alla gestione dell'AD sono variamente denominati nelle diverse regioni italiane: a volte vengono identificati con tale specifica funzione assistenziale (ad esempio, Centri di Assistenza Domiciliare – CAD nel Lazio;

PRINCIPALI OBIETTIVI DELL'ADI

- Dare una risposta coerente ed adeguata a specifici bisogni di salute.
- Evitare istituzionalizzazioni e ricoveri ospedalieri non giustificati.
- Mantenere l'ambiente di vita proprio del paziente.
- Contribuire alla realizzazione della continuità e dell'integrazione dell'assistenza.
- Coinvolgere attivamente i curatori informali del paziente (familiari, amici, volontari).
- Perseguire la sostenibilità assistenziale massimizzando i benefici di salute per i pazienti.

Nuclei Operativi di Assistenza Domiciliare – NOAD in Emilia Romagna); in altri casi, l'attività di AD è prevista tra le finalità di Unità Operative diversamente denominate (ad esempio, UO Assistenza Anziani in Campania, UO Territoriale di Geriatria in Molise).

Le condizioni da soddisfare

Secondo il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000, "le condizioni necessarie dell'Adi sono: la pianificazione organica delle unità di offerta nel distretto, la valutazione multidimensionale, la globalità e intensività dei piani di cura, la continuità terapeutica degli interventi, la collaborazione tra operatori sanitari e sociali, la valutazione dei costi delle decisioni, la collaborazione della famiglia, la valutazione evolutiva degli esiti". Inoltre, "il buon funzionamento del sistema informativo di distretto e l'analisi sistematica dei costi correlati al livello di intensità e complessità assistenziale dei diversi centri di erogazione sono base necessaria per i nuclei di valutazione nell'attività di verifica e valutazione dei risultati conseguiti".

Più schematicamente, un corretto utilizzo dell'assistenza domiciliare può essere considerato funzione della soddisfazione delle seguenti condizioni:

- 1) fondare la presa in carico sulla verifica di criteri di eleggibilità predefiniti dei pazienti da assistere;
- 2) garantire una gestione esauriente e coordinata degli interventi;
- 3) poter valutare realmente gli interventi attuati.

1) Per quanto riguarda la prima condizione, è fondamentale che presso il servizio competente per l'assistenza domiciliare sia attiva l'**Unità Valutativa Multidisciplinare** – UVM (anche detta, nei diversi contesti, Unità Valutativa Distrettuale – UVD, o Territoriale – UVT, o, con la dizione originaria, Geriatrica –UVG). Questa équipe multiprofessionale (stabilmente composta da un medico, un'assistente sociale e un infermiere/assistente sanitario, con l'eventuale coinvolgimento di altre figure mediche specialistiche secondo le caratteristiche del paziente esaminato) ha il compito di caratterizzare i casi più complessi attraverso una **valutazione multidimensionale** (VMD) che indaghi lo stato fisico, mentale, funzionale e le aree economica e sociorelazionale del soggetto.

Le richieste di assistenza domiciliare, di norma provenienti dal MMG del paziente (ma formulate anche direttamente dalla famiglia o da operatori sociali), vengono preliminarmente vagliate per verificare la sussistenza dei principali requisiti di eleggibilità (ad esempio, tipo e gravità delle patologie, grado di mobilità del soggetto e idoneità del suo domicilio) e per distinguere preliminarmente la complessità dei bisogni assistenziali ed il conseguente carico assistenziale. La VMD va effettuata nei casi di una certa complessità, al fine di predisporre il **Piano individualizzato di assistenza**, che prevede cosa fare, da parte di chi e con quale periodicità. Spesso nella casistica delle attività svolte vengono accomunati interventi multidisciplinari di medio-lungo termine con interventi monoprofessionali sporadici (ad esempio, prelievo ematico): si avverte attualmente l'esigenza di considerare interventi di ADI solo quelli sui quali sia stato elaborato il Piano individualizzato di assistenza.

Va sottolineato anche il fatto che, per una uniforme gestione della domanda assistenziale, alcune ASL hanno istituito Punti unici di accesso per l'AD.

2) La garanzia di una gestione efficace, esauriente e coordinata degli interventi dipende sostanzialmente dalla disponibilità di tutte le figure professionali necessarie all'AD adeguatamente formate; delle altre risorse strutturali e tecnologiche (spazi per l'accoglienza, per la direzione, per i presidi e il materiale, computer e applicazioni informatiche necessarie per la gestione e l'archiviazione, automezzi, apparecchiature per telemedicina, etc.); di procedure formalizzate relative a tutte le diverse fasi di analisi, presa in carico e gestione del caso, nonché di uno stabile collegamento e coordinamento del servizio di AD con gli altri comparti assistenziali, di natura sanitaria e sociale. Per massimizzare le possibilità di una gestione efficiente del caso viene individuata, per ogni soggetto in trattamento con AD, la figura del *case manager*, anch'essa di derivazione geriatrica, funzione di cui è usualmente incaricata una figura infermieristica, con precisi compiti di coordinamento dei diversi operatori coinvolti nella gestione del Piano di cura e di monitoraggio dell'andamento del caso. Un aspetto di grande rilevanza è rappresentato dal coinvolgimento del MMG del paziente assistito a domicilio nella forma integrata, che dovrebbe partire dalla condivisione, con l'UVM, del Piano individuale di assistenza,



sulla base delle condizioni emerse dalla VMD. Tale partecipazione, contemplata dall'Accordo collettivo nazionale di categoria e per cui è prevista una remunerazione aggiuntiva, prevede evidentemente un ottimale livello di comunicazione tra il professionista ed il servizio. Il grado di coinvolgimento di questa figura centrale è però estremamente variabile da una realtà operativa all'altra, ed è uno degli aspetti di cui, nei convegni e seminari tematici, si sente più frequentemente lamentare la carenza o l'inadeguatezza.

Per quanto attiene le prestazioni erogabili in AD, è da sottolineare come molte realtà di servizi hanno dimostrato di poter erogare, con piena sicurezza per il paziente e pari efficacia di altri ambiti assistenziali, prestazioni complesse e considerate di alta intensità, quali la ventilazione meccanica, la nutrizione artificiale enterale e parenterale, il trattamento di piaghe da decubito di 3° e 4° stadio, le terapie palliative a soggetti terminali. Con riferimento a specifiche patologie, a paradigma del grado di sofisticazione e complessità tecnologica delle cure erogabili può essere assunta la sclerosi laterale amiotrofica (SLA) conclamata, cioè con paralisi motoria della deglutizione e della articolazione della parola. Relativamente all'erogazione delle prestazioni, nei diversi contesti regionali si assiste attualmente ad uno spettro piuttosto ampio di modelli gestionali delle stesse da parte del servizio AD, in particolare sulla base delle risorse professionali effettivamente disponibili; si spazia cioè da situazioni dove il servizio riesce a soddisfare in proprio tutte le necessità assistenziali (più frequentemente in regioni quali il Veneto, l'Emilia Romagna e la Toscana), a situazioni in cui il servizio delega l'erogazione della gran parte delle prestazioni a cooperative di servizi esterne – mantenendo sostanzialmente il ruolo di committenza, esercitato attraverso la pianificazione e l'eventuale controllo dei casi trattati – (più frequentemente in regioni quali la Lombardia e la Calabria), passando attraverso

modelli di parziale esternalizzazione delle prestazioni, di norma relative all'ambito infermieristico e riabilitativo (più frequentemente in regioni quali l'Abruzzo, il Molise, la Puglia). Sulla base del modello adottato, variano ovviamente le esigenze di tipologia e quantità di figure professionali stabilmente disponibili (a tempo pieno o parziale) presso il servizio di AD.

- 3) La capacità valutativa delle attività svolte a livello distrettuale, aziendale e regionale rappresenta una condizione estremamente rilevante e strategica. Determinante, a tale proposito, è l'esistenza di un flusso informativo dedicato e, per quanto attiene il livello regionale, l'esistenza di un tracciato record sulla cui base definire il debito informativo di tutti i servizi di AD. Molte realtà aziendali stanno cercando di sviluppare e implementare flussi informativi relativi a questa funzione assistenziale, ma solo due Regioni (Emilia Romagna e Veneto) gestiscono attualmente a regime, a nostra conoscenza, un vero e proprio sistema informativo; altre regioni (come Lazio e Toscana) lo hanno previsto e stanno cercando di impostarlo. La possibilità di disporre in modo continuativo di tutte le informazioni ritenute necessarie relativamente alle caratteristiche dei pazienti trattati, alle prestazioni loro erogate e alle modalità e tempi di erogazione, è la base per poter effettuare valutazioni relative all'appropriatezza, all'efficienza, alla qualità e alla sostenibilità economica del servizio, e per poter pianificare organicamente le unità di offerta distrettuali sulla base di standard di popolazione-target verificati. Inoltre, può consentire di diversificare le prestazioni raggruppandole in livelli diversificati di intensità assistenziale cui attribuire tariffe differenziate (ed eventualmente definire specifici pacchetti di prestazioni).

Questo della valorizzazione delle prestazioni è un traguardo ineludibile per consentire un pieno riconoscimento del ruolo e delle qualità potenziali dell'intervento territoriale e per motivare tutti gli operatori a diverso titolo coinvolti. La sua assenza rappresenta, viceversa, un punto di debolezza per il pieno assolvimento del debito informativo.

Oltre alla necessità/opportunità di perseguire le condizioni illustrate, è intuitivo come, in un'ottica di Percorsi assistenziali, la massima efficacia dell'AD può essere ottenuta in un contesto in cui si possa effettivamente disporre di tutte le diverse strutture e funzioni che configurano la rete dei servizi territoriali. In tale scenario, il servizio competente per l'attività domiciliare, esercitando una corretta valutazione multidisciplinare, può ricoprire un ruolo di snodo strategico attraverso un'azione di filtro e orientamento assistenziale dei casi esaminati. L'appropriata allocazione degli assistiti richiede ovviamente uno stabile collegamento con gli altri comparti ospedalieri o territoriali (Istituti di riabilitazione, RSA, Hospice, Centri diurni, Residenze socio-assistenziali, Ospedali di Comunità, etc.).

Aspetti economici e garanzie per i cittadini

Per quanto riguarda le valutazioni di economia sanitaria, va detto che purtroppo si dispone a tutt'oggi di un numero limitato di studi dettagliati: ciononostante, le esperienze condotte sembrano convergere per un positivo rapporto benefici/costi dell'ADI rispetto ad altre opportunità assistenziali.

Alcune sperimentazioni di ADI condotte sulla popolazione anziana in due città venete (a Rovereto nel 1995 e a Castelfranco Veneto negli anni 1997-98) hanno dimostrato una riduzione della spesa complessiva di circa il 25%, da attribuire

alla riduzione dei ricoveri ospedalieri o in strutture di lungodegenza/RSA.

Una sperimentazione di ADI condotta dall'INRCA delle Marche nel periodo febbraio 1997-luglio 1998 a Città di Sant'Angelo, sempre sulla popolazione anziana, ha evidenziato la riduzione del numero dei ricoveri e delle giornate di degenza (diminuite di circa la metà) e il miglioramento o stabilizzazione delle condizioni di salute dei pazienti

trattati. Si è, inoltre, verificato che il costo di un anno di ricovero per un paziente in lungodegenza equivale al trattamento di dieci pazienti in ADI per lo stesso periodo. Non stupisce dunque che in Canada, a seguito della riforma del servizio sanitario e del conseguente contenimento dei costi, mentre la spesa sanitaria veniva ridotta, la spesa per ADI è aumentata dell'11% annuo dal 1990 al 1998, anno in cui era pari al 4% della spesa sanitaria complessiva. I primi risultati dello studio relativo all'analisi comparativa dei costi di ADI e lungodegenza/RSA dimostrano che l'ADI consente una riduzione del costo dell'assistenza compresa tra il 25% e il 50%, con risparmi più elevati per i pazienti in condizioni stabili. Dal punto di vista delle garanzie per i cittadini e dell'uniformità delle prestazioni rese nei diversi punti del territorio, è da auspicare che il percorso dell'accreditamento istituzionale arrivi presto a definire, in tutte le Regioni, i requisiti ulteriori, in modo tale da consentire che il ricorso ai diversi modelli assistenziali non possa essere pregiudizievole per i cittadini, producendo disuguaglianze di trattamento.



Nel frattempo, è da segnalare con favore la produzione di primi manuali e linee guida per l'accreditamento volontario (anche detto professionale o di eccellenza) dei servizi per l'assistenza domiciliare.

Maurizio Marceca

BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Sanità. Servizio centrale della programmazione sanitaria. Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli Anziani 1991-1995", Roma, 1992.
2. Bernabei R, Landi F, Gambassi G et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ* 1998; 316: 1348-1351.
3. Andreoni B (a cura di). Assistenza domiciliare integrata. Masson Editore, Milano, 2000.
4. Béland F, Bergman H. Home care, continuing care and Medicare: a Canadian model or innovative models for Canadians? *Health Care Papers* 2000; 4: 38-45.
5. Organizzazione Mondiale della Sanità. Home-based long-term care. WHO Technical Report Series, No. 898, 2000 (trad it: Quaderni di Sanità Pubblica 2001, vol. 24, n. 123).
6. DPR 28 luglio 2000, n. 270. Regolamento di esecuzione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei Rapporti con i Medici di Medicina Generale. *GU, Suppl. ord. n. 230, 2 ottobre 2000 - Serie generale.*
7. Lewis S, Donaldson C, Mitton C, Currie G. The future of health care in Canada. *BMJ* 2001; 323: 926-929.
8. Campbell H, Kernon J, Dowie R. Cost analysis of a hospital-at-home initiative using discrete event simulation. *J Health Serv Res Policy* 2001, 6: 14-22.
9. Health transition fund - Health Canada. National evaluation of the cost-effectiveness of home care. *NECHC*, 2001.
10. Casagrande S, Marceca M, Pasquarella A. L'ADI: il punto e le prospettive. *Prospettive sociali e sanitarie* 2001; 1: 2-6.
11. Pasquarella A, Marceca M. L'assistenza domiciliare per i malati oncologici in fase terminale: la normativa e gli indirizzi di riferimento. In: Melino C, Cavallotti C, Abetti P, Bossi A, Urciuoli R. *L'hospice*, Società Editrice Universo, Roma, 2001, pp 133-167.
12. DPCM 29 novembre 2001. Definizione dei livelli essenziali di assistenza. *GU, Suppl. ord. n. 33, 8 febbraio 2002 - Serie generale.*
13. Fondazione Floriani, AIMEF, SIMG, FIMMG, Società Italiana di Cure Palliative. *Manuale home care 2002-2003. Guida all'Assistenza Domiciliare Integrata.* Meditor Italia srl, Milano, 2002.
14. Cancelli A, Aquaro S, Napoletano A, Rosi L, Coclite D, Guerra R. Indagine conoscitiva nazionale sullo stato attuale dell'assistenza domiciliare in Italia (ISSN 1123-3117 Rapporti ISTISAN). *Atti del I Congresso Nazionale di Assistenza Domiciliare.* Livorno, 21-23 novembre 2002, pp 136-146.
15. Marceca M, Mastromattei A, Pasquarella A, Casagrande S, Guasticchi G. La valutazione multidimensionale in sanità pubblica. *Annali di Igiene, Medicina Preventiva e di Comunità* 2003 (in corso di stampa).
16. Arzese M, Deriu PL, Serrante E, Orecchia S, Visca G, Renga G. *Manuale di accreditamento volontario tra pari per le cure domiciliari.* Centro Scientifico Editore, Torino, 2001.