

**“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti.  
Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”  
Progetto promosso dal Ministero del Welfare**

*Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)  
Coordinatore: Cristiano Gori*

**Capitolo 7**

**Lo sviluppo dell’offerta di servizi domiciliari**

di

*Giambattista Guerrini*

*Luglio 2010*

## 1. Introduzione

Le profonde trasformazioni demografiche (prime tra tutte l'aumento della speranza di vita e la riduzione dei tassi di natalità), sociali (la riduzione delle dimensioni medie della famiglia e l'aumento del tasso di occupazione delle donne) ed epidemiologiche (l'incremento delle patologie croniche ad evoluzione invalidante) che hanno interessato il nostro Paese negli ultimi decenni rende ragione di un aumento della domanda di cure continuative (long term care), all'interno delle quali le cure domiciliari rappresentano il pilastro fondamentale. Su un altro versante, per le persone disabili in età giovane-adulta è ormai culturalmente preferito – e tecnologicamente possibile – un forte investimento sulla “vita indipendente” a domicilio rispetto alle soluzioni residenziali.

In Italia purtroppo i servizi domiciliari resi alle persone non autosufficienti segnano ancora un significativo ritardo rispetto alla media dei Paesi europei. Un adeguato sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti non può pertanto prescindere dal potenziamento di tali servizi, dal loro stretto raccordo con la medicina di base e da un progressivo spostamento di risorse dal comparto ospedaliero per acuti alle cure a domicilio.

Il presente capitolo, dopo aver esaminato, sulla base degli scarsi dati disponibili, le principali criticità dei servizi domiciliari oggi in Italia e le ragioni di un loro deciso potenziamento (paragrafo 2), si sofferma su alcune ipotesi di cambiamento che possono essere promosse dal livello di governo statale, illustrando per ognuna di tale ipotesi alcuni scenari alternativi. Vengono così discusse alcune opzioni alternative relative all'offerta dei servizi (paragrafo 3), con una particolare attenzione alle differenze territoriali che caratterizzano anche in questo ambito il nostro Paese (paragrafo 4). Il paragrafo 5 esamina l'opportunità o meno per lo Stato di proporre e/o incentivare nelle cure domiciliari alcuni criteri di qualità di cui la letteratura scientifica, anche nel nostro Paese, ha dimostrato l'efficacia.

## 2. Le maggiori criticità della situazione attuale

I servizi domiciliari rivolti alle persone non autosufficienti si articolano oggi in Italia in due comparti: il servizio di assistenza domiciliare (SAD) gestito dai Comuni e le Cure domiciliari assicurate dalle ASL.

Il **SAD** (o ADA: assistenza domiciliare anziani) offre a persone anziane, a minori, a disabili, a nuclei familiari comprendenti soggetti a rischio di emarginazione prestazioni di assistenza tutelare (aiuto nelle attività di base della vita quotidiana), di aiuto domestico e di natura complementare (pasti a domicilio, lavanderia, trasporti, telesoccorso-teleassistenza, disbrigo pratiche e collegamento con altri servizi).

Nonostante quasi l'80% dell'utenza del SAD sia rappresentata da anziani (sono il 78% ed il 77% di tutti gli utenti del SAD rispettivamente nel 2004 e nel 2005) il numero di ultrasessantacinquenni assistiti a domicilio (214.640) e la loro percentuale sulla popolazione (l'1.8%) restano in Italia molto bassi (tabella 1), con una grande variabilità sul territorio nazionale, dallo 0.6% dell'Umbria al 4.9% della Valle d'Aosta nel 2006 (vedi tabella 2 in appendice) (ISTAT, 2009).

**Tab. 1. I servizi domiciliari agli anziani erogati dai Comuni.**

	2004	2005	2006
Spesa totale assistenza domiciliare (migliaia di Euro)	477.059	496.314	524.003
Utenti anziani SAD (%)	1.6	1.7	1.8
Utenti anziani ADI <sup>(1)</sup> (%)	0.5	0.6	1.0 <sup>(2)</sup>
Voucher e assegni di cura (%)	0.5	0.5	0.5
Telesoccorso-teleassistenza (%)	0.6	0.6	0.6
Numero medio di ore/settimana		3	

(1) Solo interventi socio-assistenziali.

(2) La spesa media per utente per l'assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari è di Euro 454 contro la spesa media per utente del SAD che è di 1.646 Euro.

Non sono disponibili dati precisi sulla tipologia dell'utenza del SAD, anche se sembra riscontrarsi una tendenza di questo servizio a farsi carico di persone più gravemente non autosufficienti e con bisogni assistenziali più complessi. A fronte di questa crescente complessità della domanda, fanno peraltro riscontro (anche in questo caso i dati sono molto scarsi e frammentari) livelli organizzativi ancora del tutto inadeguati: un numero medio di ore settimanali erogate di poco superiore a 3 (da 1.1 della Provincia di Bolzano a 4.8 delle Marche secondo i pochi dati disponibili, elaborati da Pesaresi, 2007a) ed una scarsa garanzia del servizio nelle ore serali e notturne e nelle giornate festive (Pesaresi, 2007a).

Le **cure domiciliari** assicurate dalle ASL, pur nella variabilità che contrassegna le diverse realtà regionali, si articolano oggi in Italia fondamentalmente in quattro tipologie (cui alcune Regioni aggiungono alcune tipologie di assistenza domiciliare specialistica: per pazienti terminali, per pazienti dementi, per persone che necessitano di nutrizione artificiale domiciliare, ecc.) (Pesaresi, 2007b) :

- l'assistenza infermieristica estemporanea, che prevede prestazioni occasionali o a ciclo programmato;
- l'assistenza domiciliare programmata (ADP), prestazioni domiciliari erogate dal medico di medicina generale (MMG) a persone non in grado di accedere all'ambulatorio, sulla base di un programma autorizzato dal distretto;
- l'assistenza domiciliare integrata (ADI), complesso di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali erogate "in forma integrata e secondo piani individuali programmati di assistenza" (POA, 1992);
- l'ospedalizzazione domiciliare (OD) che consiste nella "effettuazione nel luogo di vita del malato dei principali interventi diagnostici e terapeutici normalmente possibili in ospedale (POA, 1992).

Nella maggior parte delle Regioni le prestazioni erogate dall'ADI sono suddivise in due o tre livelli in base all'intensità assistenziale (vedi nota 1 in appendice). L'accesso all'ADI è in genere subordinato alla valutazione multidimensionale (VMD) ed alla definizione di un piano di assistenza da parte di un'equipe multidisciplinare.

Anche per le cure domiciliari i pochi dati disponibili evidenziano:

- una netta prevalenza degli anziani tra gli assistiti (nel 2006 rappresentavano l'84.8% del totale);

- una percentuale di assistiti sulla popolazione anziana (il 3.4% nel 2008) che, seppure in crescita costante, si colloca significativamente al di sotto della media dei paesi europei; nell'Europa a 15 (Gori e Casanova, 2009) i servizi domiciliari coinvolgerebbero il 10% degli anziani, mentre in Italia, sommando gli utenti dell'ADI al 2008 con quelli del SAD al 2006, si raggiunge la percentuale del 5.2%;
- la scarsa continuità dell'assistenza erogata, con una media di sole 24 ore di assistenza all'anno nel 2008, la scarsa garanzia della reperibilità 24 ore su 24 (Cittadinanzattiva, 2006) ed in particolare l'insufficiente cultura e pratica della continuità assistenziale nella transizione tra le diverse articolazioni della rete, in particolare per quanto riguarda le dimissioni protette (Cittadinanzattiva, 2006);
- un basso livello di integrazione tra gli interventi sanitari e quelli sociali (erogati contemporaneamente solo allo 0.5% di tutti gli anziani).

Uno *sguardo di sintesi* alla realtà complessiva dei servizi domiciliari nel nostro Paese ci consegna un quadro caratterizzato da:

- insufficiente offerta di servizi domiciliari;
- grande eterogeneità territoriale sia sul versante quantitativo (percentuale di utenti sulla popolazione e spesa pro capite: per lo più – ma non costantemente – con un gradiente negativo Nord-Sud) (tabella 2 in appendice) che sul versante dell'organizzazione dei servizi (modalità di attivazione, modelli gestionali, metodologia di valutazione degli utenti, tipologia dell'intervento);
- carenza e scarsa confrontabilità, in virtù di tale eterogeneità, di dati conoscitivi relativi:
  - alle caratteristiche dell'utenza (complessità del bisogno e dimensioni della rete informale);
  - alla tipologia delle prestazioni erogate (mix di figure professionali impiegate, intensità, continuità nella giornata/settimana, qualità);
- basso grado di integrazione socio-sanitaria (Federsanità – ANCI, 2005) (nota 1);
- difficoltà dei servizi ad affrontare in modo attivo la nuova realtà del personale (per lo più straniero) di assistenza a domicilio a pagamento (le cosiddette badanti), con programmi di qualificazione, di sostegno, di formazione sul campo, di accompagnamento degli operatori e di tutela degli stessi anziani assistiti (Gori, 2002; Pasquinelli e Rusmini, 2009).

La necessità di superare questi limiti sia sul piano quantitativo che su quello qualitativo è d'altra parte imposta da una lunga serie di ragioni (vedi nota 2 in appendice):

- *di ordine demografico*: legate all'invecchiamento della popolazione italiana per effetto combinato dell'allungamento della speranza di vita e della riduzione dei tassi di natalità;
- *di ordine epidemiologico*: per l'aumentare, nel quadro epidemiologico, delle (poli)patologie croniche che postulano la continuità delle cure in ragione della loro dimensione longitudinale, della loro stretta interazione con le condizioni di vita e della loro evoluzione potenzialmente invalidante;
- *di ordine sociale*: per la riduzione delle dimensioni e della capacità di cura della famiglia e l'incertezza che avvolge il futuro delle assistenti domiciliari private (le cosiddette "badanti") che

oggi consentono alla famiglia di sostenere il peso dell'assistenza a domicilio alle persone non autosufficienti;

- *di equità*: a fronte di una percentuale di persone ultrasessantacinquenni gravemente dipendente che si calcola tra il 10% ed il 20% (Jacobzone, 1999), le persone che ricevono una qualche intervento di supporto dai servizi domiciliari sono solo il 5%, con forti limiti di discontinuità dell'intervento e di eterogeneità territoriale;
- *di ordine psicologico*: tanto gli anziani quanto i caregiver manifestano la loro preferenza per le cure domiciliari rispetto alle soluzioni residenziali;
- *di sostegno reale alla famiglia*, sulla quale grava oggi il peso maggiore dell'assistenza a domicilio alle persone non autosufficienti;
- *di sostegno e di supervisione alle assistenti domiciliari private*, spesso prive delle competenze tecniche (ma talvolta anche delle capacità comunicative) che un simile impegno assistenziale riceve.

Se all'invecchiamento della popolazione italiana ed al conseguente prevalere nel quadro epidemiologico nazionale della patologia cronica hanno fatto riscontro un ripensamento dei modelli organizzativi delle strutture ospedaliere, che ne ha accentuato la capacità di rispondere con intensività ed elevata specializzazione alle emergenze ed alle fasi acute di malattia, nonché l'aumento dell'offerta di presidi riabilitativi, resta ancora largamente inadeguato l'investimento economico, organizzativo, professionale e culturale sulle cure domiciliari che in altre nazioni si è dimostrato in grado di migliorare la gestione della malattia cronica, di ridurre significativamente il ricorso al ricovero ospedaliero e di perseguire programmi di riduzione dell'offerta di servizi residenziali (Wieland et al, 2000; Williamson, 2000; Beland e Bergman, 2006).

I limiti sopra citati condizionano d'altra parte le modalità con le quali si può operativamente procedere, sul territorio nazionale, al necessario potenziamento di questo ambito di risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti.

Sembra ragionevole ipotizzare che nel primo triennio di attuazione del Piano all'eventuale erogazione iniziale, da parte del Governo, dei fondi necessari ad incrementare l'offerta di servizi domiciliari debba accompagnarsi la verifica delle modalità di reporting e degli strumenti di valutazione utilizzati nelle varie Regioni e la definizione di un "minimum data set" quale debito informativo indispensabile per accedere ad ulteriori finanziamenti statali.

La disponibilità di dati conoscitivi omogenei relativi tanto alla tipologia dell'utenza quanto alla modalità di erogazione delle prestazioni consentirà di costruire un quadro leggibile dell'offerta domiciliare e di definire i successivi obiettivi di sviluppo, finalizzando a tali obiettivi ulteriori interventi finanziari.

### **3. Le ipotesi di cambiamento e le loro ragioni:**

#### **l'ampliamento dell'offerta dei servizi domiciliari alle persone non autosufficienti**

Si è già accennato alle ragioni che suggeriscono un deciso ampliamento dell'offerta dei servizi domiciliari, in particolare per le persone non autosufficienti. Tale aumento può peraltro svilupparsi con tre differenti modalità

- privilegiando l'aumento del numero di utenti dei servizi domiciliari;
- aumentando l'intensità media degli interventi resi a domicilio;

- puntando, infine, all'aumento globale dei servizi domiciliari (più utenti con una intensità media di intervento maggiore).

Nel delineare i possibili scenari alternativi (resta in campo anche l'opzione di un mantenimento sostanziale della situazione attuale) si è preferito in questo paragrafo considerare l'offerta di servizi domiciliari nel suo complesso, senza distinguere i servizi sociali da quelli sanitari.

Allo stesso modo verranno solo accennate le differenze territoriali, che saranno oggetto di approfondimento nel paragrafo 4.

### *3.1. Mantenimento della situazione attuale*

#### *La proposta*

Una prima ipotesi prevede che lo Stato non intervenga a modificare l'attuale realtà quantitativa e qualitativa dei servizi a domicilio alle persone non autosufficienti, limitandosi a proporre indicazioni programmatiche ed operative non vincolanti e a promuovere una modalità stabile di rilevazione dei dati conoscitivi sulla tipologia degli utenti e delle prestazioni erogate, come base per un confronto tra i risultati ottenuti nelle diverse realtà regionali e per eventuali ulteriori interventi programmatici.

Alle singole Regioni è lasciata la responsabilità di individuare, nella gestione del Fondo sanitario e del fondo sociale, il giusto equilibrio tra interventi erogati in regime ospedaliero e residenziale ed interventi domiciliari.

#### *Il percorso attuativo*

Operativamente il livello di governo statale si limita a promuovere un gruppo di lavoro nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni cui affida il compito di:

- promuovere un confronto degli strumenti di VMD utilizzati nelle diverse Regioni;
- validare gli strumenti in grado di definire i diversi livelli di complessità del bisogno;
- definire, anche attraverso l'analisi dei sistemi di reporting già in uso nelle diverse Regioni, un set minimo di dati omogenei (debito informativo) relativo alla tipologia dell'utenza e delle prestazioni erogate a domicilio che le Regioni sono tenute a trasmettere allo Stato per consentire una lettura più omogenea e confrontabile della realtà dei servizi domiciliari.

Sulla base delle indicazioni fornite dal gruppo di lavoro entro il terzo anno del Progetto, le Regioni forniscono i dati conoscitivi della tipologia delle persone non autosufficienti seguite a domicilio e degli interventi messi in campo.

### **Ipotesi 3.1. Di mantenimento dello status quo**

#### *La proposta:*

- lo Stato propone indicazioni non vincolanti sulle modalità programmatiche ed organizzative per potenziare i servizi domiciliari e promuove un'indagine conoscitiva sui servizi domiciliari
- non vengono erogati finanziamenti aggiuntivi;
- le Regioni operano autonomamente nell'ambito del Fondo sanitario e del Fondo sociale correnti.

#### *Il percorso attuativo:*

- un gruppo di lavoro Stato-Regioni confronta modalità organizzative e strumenti operativi in uso nelle diverse Regioni e definisce entro il secondo anno un minimum data set idoneo a confrontare le diverse realtà regionali;
- le Regioni forniscono entro il terzo anno i dati conoscitivi sulla tipologia degli utenti e degli interventi erogati.

#### *Elementi di discussione:*

La motivazione principale di questa opzione risiede nella consapevolezza delle difficoltà da parte del governo statale ad aumentare le risorse a disposizione della spesa sanitaria e della necessità di responsabilizzare le Regioni che di tale spesa hanno competenza, nell'ambito dei trasferimenti legati alla quota capitaria. Secondo tale ipotesi, le differenze nello sviluppo dei servizi domiciliari potrebbero anche riflettere un diverso livello di bisogni – legato a differenti contesti socio-familiari – e non obbligatoriamente una diversa (e in alcune Regioni insufficiente) capacità di rispondere a tali bisogni. Da ultimo, la disponibilità di servizi aggiuntivi potrebbe indurre richieste non motivate da bisogni reali. La conoscenza più precisa dell'utenza e dell'organizzazione dei servizi domiciliari nelle diverse Regioni può d'altra parte rappresentare la base indispensabile per eventuali successivi piani di finanziamento.

Contro questa ipotesi stanno tutte le ragioni già riportate in precedenza che sollecitano al contrario un deciso sviluppo dei servizi domiciliari, in considerazione del prevedibile accentuarsi nel tempo dei fenomeni segnalati. Il sistema attuale non garantisce secondo molti osservatori una risposta adeguata alle persone non autosufficienti ed alle loro famiglie, escludendo in particolare “un cospicuo gruppo di *né né*” (Baldini et al, 2008), quegli anziani “che non sono abbastanza poveri da ricevere il SAD né abbastanza benestanti da pagarsi l'assistente familiare ... e quelli che non hanno bisogni sanitari sufficientemente gravi da poter ricevere oggi l'ADI ma non sono certo esenti dalla necessità di fruirne” (ibidem). La limitatezza delle risorse in campo orienta oggi i servizi domiciliari – tanto il SAD, come si è accennato nel paragrafo precedente, quanto l'ADI, come emerge da un confronto internazionale (nota 2) – verso soggetti più problematici sia sul versante funzionale che sanitario, ai quali peraltro non riesce a garantire la necessaria intensità assistenziale, limitando al tempo stesso la capacità del sistema di prevenire ulteriori perdite dell'autosufficienza.

La permanenza dello status quo lascerebbe irrisolto il nodo dell'ampia eterogeneità territoriale che caratterizza il nostro Paese; impedirebbe infine quello spostamento, ritenuto la necessaria risposta ai mutamenti demografici ed epidemiologici, dal comparto per acuti alla long

term care e, all'interno di quest'ultima, dalla residenzialità alla domiciliarità. La tabella che segue sintetizza i punti di forza e le criticità del mantenimento dello status quo.

**Tab.2. Punti di forza e le criticità del mantenimento dello status quo**

Dimensione	Punti di forza e di debolezza
<b>Finanza pubblica</b>	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tiene conto delle compatibilità di bilancio;</li> <li>- vincola l'aumento della spesa per i servizi domiciliari alla riduzione di altri capitoli di spesa (ospedaliera, residenziale, ...)</li> </ul>
<b>Efficacia</b>	
Per la persona non autosufficiente	- non supera le criticità attuali.
Per la famiglia	- lascia invariato il numero di famiglie che possono avvalersi di un aiuto a domicilio da parte dei servizi
<b>Equità</b>	
Per chi vive un medesimo bisogno (equità orizzontale)	- non incide sul gruppo dei "né né", sia per quanto riguarda le condizioni di salute che per quanto riguarda il reddito.
Per chi è in condizioni particolarmente gravi (equità verticale)	- non aumenta la possibilità per chi è in condizioni più gravi di ottenere un intervento domiciliare.
Per l'insieme delle persone non autosufficienti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- conferma la scarsa capacità preventiva dei servizi domiciliari;</li> <li>- non consente al sistema delle cure domiciliari di rappresentare una reale alternativa all'istituzionalizzazione.</li> </ul>
<b>Fattibilità</b>	
La realizzabilità operativa	- è facilmente realizzabile.
<b>Welfare futuro</b>	
Conseguenze per il sistema italiano di assistenza continuativa nel tempo	- non affronta il nodo del necessario potenziamento degli interventi domiciliari a discapito delle prestazioni ospedaliere residenziali.

### *3.2. Aumento del numero di utenti dei servizi domiciliari*

#### *La proposta*

La seconda opzione prevede l'aumento della percentuale di anziani non autosufficienti assistiti al loro domicilio con l'attuale intensità media di intervento. Come già si è visto, gli anziani utenti dei servizi domiciliari, sommando arbitrariamente i dati dell'ADI relativi all'anno 2008 con quelli del SAD del 2006 rappresentano il 5.2% della popolazione anziana contro una media dell'Europa a 15 del 10% (Gori e Casanova, 2009) (tabella 3 in appendice).

Secondo questa ipotesi appare realistico assumere come obiettivo l'incremento dell'utenza dei servizi domiciliari (ADI e SAD) (nota 3) senza modificarne l'attuale intensità. Si sono ipotizzati un indice programmatico medio nazionale ed un indice minimo che ogni Regione deve raggiungere, prevedendo di passare dall'attuale 5.2% al 6% entro il primo triennio, con un indice minimo del 3.7%, per conseguire alla fine del secondo triennio rispettivamente una media di assistiti a livello nazionale del 9%, con un tasso minimo regionale del 5%.



**Tab. 3. Ipotesi di aumento del numero di utenti dei servizi domiciliari.**

Ipotesi di aumento	SAD		ADI		TOTALE	
	min	medio	min	medio	min	medio
attuale (%)		1.8		3.4		5.2
I° triennio (%)	1.7	2.0	2.0	4.0	3.7	6.0
II° triennio (%)	2.0	3.0	3.0	6.0	5.0	9.0

L'aumento della spesa annua rispetto all'attuale (1.425 milioni di Euro) sarebbe del 16.6% a 3 anni (+ 236 milioni di Euro) e del 74.2% (+ 1.058 milioni di Euro) alla fine del secondo triennio (nota 3 e tabella 4 in appendice).

#### *Il percorso attuativo*

Secondo questa ipotesi entro il primo triennio lo Stato, oltre a quanto previsto nella prima ipotesi in rapporto alla definizione di strumenti conoscitivi condivisi, eroga alle Regioni i finanziamenti necessari al raggiungimento degli obiettivi del triennio, vincolati al potenziamento delle cure domiciliari alle persone non autosufficienti e subordinati alla restituzione del debito informativo.

### **Ipotesi 3.2. Aumento del numero di utenti dei servizi domiciliari**

#### *La proposta:*

- lo Stato eroga finanziamenti aggiuntivi vincolati destinati ad aumentare (rispettivamente al 6% e al 9% nei 2 trienni) il numero delle persone non autosufficienti assistite a domicilio, lasciando invariata l'intensità media attuale degli interventi garantiti ad ogni utente.

#### *Il percorso attuativo:*

- un gruppo di lavoro Stato-Regioni confronta modalità organizzative e strumenti operativi in uso nelle diverse Regioni e definisce entro il secondo anno un minimum data set idoneo a confrontare le diverse realtà regionali;
- la quota annuale del finanziamento viene subordinata alla restituzione da parte delle Regioni del debito informativo ed alla rendicontazione dell'utenza assistita.

#### *Elementi di discussione*

Questa ipotesi comporta, almeno nel primo triennio (aumento degli assistiti al 6%), un onere globalmente sostenibile dal bilancio pubblico, che – come si è visto in precedenza – può essere nel tempo compensato da una riduzione degli accessi alle strutture ospedaliere per acuti e dal ricorso alla residenzialità protetta; la gradualità dell'aumento dell'utenza riduce inoltre le difficoltà di garantire un incremento della spesa sociale nell'attuale periodo di recessione economica.

Il puro aumento della platea dei destinatari non risolve i problemi, segnalati nella parte introduttiva, dovuti alla bassa intensità degli interventi ed alla loro discontinuità nell'arco della settimana. D'altra parte, se si tiene conto della valutazione sostanzialmente positiva che gli utenti

danno delle prestazioni domiciliari ricevute (Cittadinanzattiva, 2006), non è priva di significato la possibilità di estenderne i benefici ad un numero maggiore di utenti. Allo stesso modo, sebbene in questa ipotesi il maggior carico della cura delle persone non autosufficienti continui a gravare sulle famiglie, eventualmente coadiuvate dall'assistenza privata, è comunque positivo ampliare il numero di familiari che può avvalersi di un supporto esterno pur limitato (nota 4).

L'aumento dell'utenza dei servizi ha invece una valenza del tutto positiva in termini di equità, riducendo il numero di persone non autosufficienti e di famiglie che appartengono a quel gruppo, già citato, di "né né", attualmente escluso da ogni intervento, ed aumentando la probabilità che persone in condizioni di grave bisogno riescano ad ottenere dal sistema una risposta oggi subordinata alla disponibilità di risorse. Rende inoltre possibile rafforzare il carattere preventivo dei servizi domiciliari, molto presente nel nostro Paese nei primi anni del loro sviluppo e progressivamente sacrificato – data la limitatezza delle risorse – all'esigenza di sostenere a domicilio le situazioni più gravi: intervenire in una fase precoce consente infatti di rallentare la perdita dei livelli di autonomia, individuando per tempo i sintomi di uno scompenso clinico e/o funzionale reversibile, di sostenere la famiglia prima che lo stress diventi insopportabile e di ridurre di conseguenza il rischio dell'istituzionalizzazione.

La fattibilità operativa di questa ipotesi, che il livello governativo può facilmente verificare vincolando l'erogazione dei finanziamenti all'assolvimento di un debito informativo, non appare particolarmente complessa.

Per quanto riguarda, infine, l'impatto sistemico dell'incremento dell'utenza dei servizi domiciliari, lo spostamento di risorse dal comparto ospedaliero alla long term care è considerato a livello internazionale una risposta obbligata alle trasformazioni del quadro demografico ed epidemiologico.

La tabella che segue sintetizza i punti di forza e le criticità dell'ipotesi di aumento dell'utenza dei servizi domiciliari.

**Tab.4. Punti di forza e le criticità dell'ipotesi di aumento dell'utenza dei servizi domiciliari**

Dimensione	Punti di forza e di debolezza
<b>Finanza pubblica</b>	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rispetta in misura sostanziale le compatibilità di bilancio;</li> <li>- prevede un aumento della spesa graduale;</li> <li>- lascia ipotizzare una riduzione della spesa per l'assistenza ospedaliera e residenziale.</li> </ul>
<b>Efficacia</b>	
Per la persona non autosufficiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aumenta il numero di persone che possono avvalersi di un supporto domiciliare;</li> <li>- lascia irrisolti i limiti legati alla bassa intensità ed alla discontinuità degli interventi.</li> </ul>
Per la famiglia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aumenta il numero di famiglie che possono avvalersi di un aiuto concreto e di un sostegno, sia pure limitati, dal sistema dei servizi</li> <li>- lascia a carico della famiglia il carico maggiore dell'assistenza</li> </ul>
<b>Equità</b>	
per chi vive un medesimo bisogno (equità orizzontale)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- riduce il numero delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie appartenenti al gruppo dei "né né".</li> </ul>
Per chi è in condizioni particolarmente gravi (equità verticale)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aumenta il numero di persone assistite.</li> </ul>
Per l'insieme delle persone non autosufficienti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sviluppa la valenza preventiva dei servizi domiciliari, riducendo il ricorso all'istituzionalizzazione.</li> </ul>
<b>Fattibilità</b>	
La realizzabilità operativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- è condizionata dalla rigidità del vincolo di spesa;</li> <li>- non presenta particolari difficoltà.</li> </ul>
<b>Welfare futuro</b>	
Conseguenze per il sistema italiano di assistenza continuativa nel tempo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- favorisce lo spostamento delle risorse dal comparto ospedaliero alla long term care e dalla residenzialità alla domiciliarità, in linea con le indicazioni internazionali.</li> </ul>

### *3.3. Aumento dell'intensità degli interventi domiciliari a parità di persone assistite*

#### *La proposta*

La terza ipotesi predilige l'aumento dell'intensità degli interventi a parità del numero di persone assistite.

Si è già visto come i servizi domiciliari si caratterizzino nel nostro Paese per uno scarso numero di ore di assistenza e cura dedicate agli utenti (24 ore all'anno per ogni caso nell'ADI, 2-3 ore alla settimana per il SAD) e per la scarsa continuità del servizio, sia nell'arco della giornata che a copertura del sabato e delle giornate festive. La scarsa intensità e la discontinuità degli interventi sono segnalati dagli utenti come un fattore di bassa qualità dei servizi domiciliari (Cittadinanzattiva, 2006) e condizionano la loro capacità di rappresentare per gli anziani non autosufficienti una reale alternativa al ricovero (Da Roit e Castegnaro, 2004).

D'altra parte, in ragione di molti fattori di ordine demografico, epidemiologico e sociale e grazie agli stessi sviluppi della medicina, l'utenza dei servizi domiciliari si connota per una sempre maggiore complessità in ragione dell'interazione tra disabilità progressiva, instabilità clinica e compromissione cognitiva. La scarsità delle risorse disponibili consiglia allora, secondo questa ipotesi, di selezionare accuratamente l'utenza dei servizi domiciliari, privilegiando proprio le persone in condizioni di salute e di autonomia più gravemente compromesse ed assicurando loro una maggior intensità delle prestazioni ed una più elevata qualificazione delle cure, soprattutto sul versante sanitario

In carenza di dati sicuri sull'intensità delle cure domiciliari attualmente erogate in rapporto alla diversa tipologia dell'utenza e nell'attesa che il programmato reporting delle Regioni consenta una programmazione più mirata, si può ipotizzare un finanziamento da parte dello Stato atto ad incrementare in media del 30% l'intensità degli interventi entro il terzo anno e del 50% nel secondo triennio. L'aumento della spesa annua, in questa ipotesi, è di 427 milioni di Euro alla fine del primo triennio, di 712 milioni di Euro alla fine del secondo (tabella 5 in appendice), cui sono da aggiungere i fondi destinati a finanziare la realizzazione del sistema informativo dei servizi domiciliari e i necessari interventi formativi.

#### *Il percorso attuativo*

Questa ipotesi prevede per le ASL l'obbligo di potenziare e di formare adeguatamente le equipe domiciliari, aumentandone la capacità di erogare prestazioni specialistiche a domicilio (si veda a questo proposito il documento predisposto dalla Commissione LEA sulle cure domiciliari. 2006). Il finanziamento statale è subordinato alla restituzione del debito informativo già ricordato, che documenterà anche l'aumento del numero di ore di assistenza a parità di tipologia di utente.

### **Ipotesi 3.3. Aumento dell'intensità degli interventi domiciliari a parità di persone assistite**

#### *La proposta:*

- a parità di persone assistite, i finanziamenti aggiuntivi sono vincolati ad aumentare (del 30% a tre anni e del 50% a 6 anni) l'intensità delle prestazioni erogate a domicilio alle persone non autosufficienti.

#### *Il percorso attuativo:*

- entro il terzo anno ogni ASL assicura la restituzione del debito informativo che documenta l'aumento del 30% dell'intensità delle prestazioni;
- lo Stato incentiva la formazione del personale;
- la quota annuale del finanziamento resta subordinata alla rendicontazione dell'utenza assistita.

#### *Elementi di discussione*

Anche per questa ipotesi gli oneri per il bilancio pubblico appaiono sostenibili (valgono anche in questo caso le considerazioni sulla gradualità nel triennio dell'incremento della spesa e sul possibile recupero parziale legato ad una minor spesa per ricoveri nelle strutture residenziali).

L'aumento dell'intensità degli interventi è indubbiamente in grado di assicurare, nelle situazioni prese in carico, la necessaria efficacia dei servizi domiciliari sia per la persona non autosufficiente che per la sua famiglia: consente infatti un supporto più adeguato a persone in condizioni di autonomia fortemente compromessa e una migliore gestione tanto della complessità quanto dell'instabilità clinica e favorisce la riduzione dello stress dei familiari. L'ipotesi lascia peraltro invariata la platea dei destinatari, già sottodimensionata, come si è visto, rispetto agli altri Paesi europei, e non offre risposta alle persone non autosufficienti ed alle famiglie che appartengono al citato gruppo dei "né né" ; esclude inoltre dagli obiettivi delle cure domiciliari l'intervento preventivo. La fattibilità di una simile ipotesi presuppone, oltre ai vincoli di spesa, un investimento nella formazione del personale. L'aumento dell'intensità delle cure domiciliari, infine, può ridurre l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione di pazienti in condizioni di marcata fragilità e dipendenza; appare al contrario meno efficace in termine di prevenzione della perdita dell'autonomia e di monitoraggio dell'instabilità clinica, limitando la possibilità di trasferire risorse dal comparto ospedaliero alle cure continuative.

La tabella che segue sintetizza i punti di forza e le criticità dell'ipotesi di aumento dell'intensità e della continuità dei servizi domiciliari.

**Tab. 5. Punti di forza e le criticità dell'ipotesi di aumento dell'intensità e della continuità dei servizi domiciliari**

Dimensione	Punti di forza e di debolezza
<b>Finanza pubblica</b>	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rispetta in misura sostanziale le compatibilità di bilancio;</li> <li>- prevede un aumento della spesa graduale;</li> <li>- lascia ipotizzare una riduzione della spesa per l'assistenza residenziale ed una più contenuta riduzione della spesa ospedaliera.</li> </ul>
<b>Efficacia</b>	
Per la persona non autosufficiente	- consente una risposta più efficace alle persone prese in carico.
Per la famiglia	- solleva la famiglia dal carico assistenziale e ne previene lo stress eccessivo.
<b>Equità</b>	
per chi vive un medesimo bisogno (equità orizzontale)	- non si fa carico del gruppo dei "né né" sia per le in condizioni di salute che per il reddito.
Per chi è in condizioni particolarmente gravi (equità verticale)	- garantisce una risposta prioritaria a persone in condizioni particolarmente gravi, senza peraltro aumentare il numero dei destinatari (subordinato all'entità delle risorse disponibili).
Per l'insieme delle persone non autosufficienti	- garantisce una risposta adeguata alle persone con dipendenza più accentuata ma non mette in campo interventi di prevenzione.
<b>Fattibilità</b>	
La dimensione attuativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- richiede un maggior investimento organizzativo e formativo da parte delle ASL;</li> <li>- richiede un indirizzo preciso da parte del livello statale attraverso rigidi vincoli di spesa.</li> </ul>
<b>Welfare futuro</b>	
Conseguenze per il sistema italiano di assistenza continuativa	- favorisce lo spostamento delle risorse dalla residenzialità alla domiciliarità e solo in misura minore dal comparto ospedaliero alla long term care (mancata individuazione precoce di situazioni di scompenso clinico).

### *3.4. Aumento globale dei servizi domiciliari (più utenti con una intensità media di intervento maggiore)*

#### *La proposta*

L'ultima ipotesi prevede un investimento più coraggioso sui servizi domiciliari per le persone non autosufficienti, puntando allo stesso tempo ad aumentare la platea dei destinatari e l'intensità degli interventi erogati ad ogni utente. L'indice di fabbisogno dovrebbe aumentare rispetto dall'attuale 5.2% al 6% nel I° e al 9% nel II° triennio (con un indice minimo rispettivamente del 3.7% e del 5%), mentre l'intensità delle prestazioni erogate dovrebbe aumentare negli stessi periodi del 30% e del 50%.

Il costo di una simile scelta (tabella 6 in appendice) rappresenta la somma del costo delle due precedenti ipotesi, comportando un aumento della spesa annua rispettivamente del 51.6% e del 161.4% .

#### *Il percorso attuativo*

Il percorso attuativo, che assomma i passaggi previsti dalle due ipotesi precedenti, subordina il finanziamento statale:

- alla definizione di strumenti di VMD e di sistemi di reporting condivisi;
- all'assolvimento del debito informativo da parte delle Regioni;
- al perseguimento graduale dell'indice di fabbisogno;
- all'ampliamento del numero medio di ore di accesso domiciliare;
- ad un piano di formazione del personale dei servizi domiciliari.

### **Ipotesi 3.4. Aumento globale dei servizi domiciliari alle persone non autosufficienti**

#### *La proposta:*

- viene perseguito l'aumento sia del numero di persone assistite che dell'intensità e della continuità delle prestazioni erogate a domicilio.

#### *Il percorso attuativo:*

- entro il terzo anno ogni ASL garantisce sia l'aumento dell'utenza fino ad una percentuale del 6% degli anziani che l'aumento dell'intensità delle prestazioni del 30% ;
- lo Stato incentiva la formazione del personale;
- la quota annuale del finanziamento resta subordinata alla rendicontazione dell'utenza assistita.

#### *Elementi di discussione*

L'opzione in esame comporta evidentemente un onere maggiore per il bilancio pubblico, compatibile solo con l'individuazione di nuove risorse, anche perché la pur prevedibile riduzione dei tassi di ospedalizzazione e di istituzionalizzazione potrà far sentire il proprio beneficio sulla

spesa complessiva solo in tempi medio-lunghi. L'impatto sulla finanza pubblica potrebbe in parte essere attenuato dalla gradualità di attuazione del programma.

Indubbiamente un deciso investimento sui servizi domiciliari garantisce la miglior risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti, in particolare se in condizioni particolarmente gravi, e delle loro famiglie sia in termine di efficacia che di equità, garantendo al tempo stesso l'ampliamento della platea dei destinatari e l'aumento dell'intensità e della continuità delle cure. La valorizzazione della valenza preventiva degli interventi domiciliari e lo spostamento di risorse dal comparto ospedaliero a quello della long term care e dagli interventi residenziali a quelli domiciliari rappresentano indubbiamente la risposta più corretta al progressivo aumento nel quadro epidemiologico nazionale della patologia cronica ad evoluzione invalidante. Una simile scelta, di ridurre l'istituzionalizzazione delle persone anziane attraverso forti investimenti sui servizi domiciliari, è stata operata, a partire dagli anni Novanta, da diversi Paesi del Nord Europa, che partivano peraltro da una disponibilità di posti letto in strutture residenziali ben superiore a quella italiana (Gori e Casanova, 2009).

Sul piano della fattibilità la scelta di garantire servizi più "pesanti" ad un'utenza più ampia comporta un maggior impegno sia nella condivisione del progetto che nella dimostrazione dell'utilità di un simile investimento (rigido vincolo di spesa, assolvimento del debito informativo, piano di formazione, individuazione di indicatori di qualità degli interventi erogati).

La tabella che segue sintetizza i punti di forza e le criticità dell'ipotesi di aumento globale dei servizi domiciliari (più utenza con un'intensità media dell'intervento maggiore).

**Tab.6. Punti di forza e le criticità dell'ipotesi di aumento globale dei servizi domiciliari**

<b>Dimensione</b>	<b>Punti di forza e di debolezza</b>
<b>Finanza pubblica</b>	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- richiede un maggior investimento di risorse, sia pure attraverso un graduale aumento della spesa;</li> <li>- consente una riduzione della spesa ospedaliera e della spesa per l'assistenza residenziale nel tempo medio-lungo.</li> </ul>
<b>Efficacia</b>	
Per la persona non autosufficiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aumenta il numero di persone che ricevono un'assistenza a domicilio;</li> <li>- garantisce una risposta più efficace alle persone prese in carico.</li> </ul>
Per la famiglia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aumenta il numero di famiglie che si avvalgono di un supporto a domicilio;</li> <li>- solleva la famiglia dal carico assistenziale e ne previene lo stress eccessivo.</li> </ul>
<b>Equità</b>	
Per chi vive un medesimo bisogno (equità orizzontale)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- si fa carico delle situazioni che appartengono al gruppo dei "né né" .</li> </ul>
Per chi è in condizioni particolarmente gravi (equità verticale)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- garantisce un'adeguata presa in carico delle persone in condizioni di bisogno maggiore.</li> </ul>
Per l'insieme delle persone non autosufficienti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- garantisce una risposta adeguata alle persone con dipendenza più accentuata e mette contemporaneamente in campo interventi di prevenzione rivolti alle persone in condizioni di salute e di autonomia meno precarie.</li> </ul>
<b>Fattibilità</b>	
La dimensione attuativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- richiede un maggior investimento organizzativo e formativo da parte delle ASL;</li> <li>- richiede un indirizzo preciso da parte del livello statale attraverso rigidi vincoli di spesa.</li> </ul>
<b>Welfare futuro</b>	
Conseguenze per il sistema	<ul style="list-style-type: none"> <li>- orienta decisamente lo spostamento delle risorse dalla residenzialità alla</li> </ul>

## 4. Il superamento delle differenze territoriali

Si è segnalato più volte nelle pagine precedenti come, a fronte di una quota di utenti dei servizi domiciliari inferiore alla media europea e ad un'intensità degli interventi piuttosto modesta, l'analisi dei dati scorporati per Regioni ci metta di fronte a situazioni profondamente diversificate.

La tabella 2 in appendice illustra bene tali differenze territoriali, che l'ipotesi di aumento dell'utenza dei servizi domiciliari illustrata nel paragrafo precedente (al punto 3.2) si ripromette di contenere, prevedendo nell'ambito dell'indice programmatico un obiettivo minimo da perseguire. Si tratta, peraltro, di una sola delle ipotesi possibili, da confrontare con altre possibili opzioni tra di loro antitetiche:

- non intervenire, dal livello centrale, sulle scelte delle singole Regioni, lasciando loro l'autonoma definizione degli indici di fabbisogno;
- aumentare in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale la percentuale di anziani assistiti;
- indirizzare le scarse risorse disponibili alle sole Regioni che non raggiungono un indice minimo di sviluppo dei servizi;
- o, infine, promuovere con meccanismi più vincolanti il raggiungimento di livelli assistenziali omogenei su tutto il territorio nazionale, privilegiando anche in questo caso, nel sostegno finanziario, le Regioni più "arretrate".

La tabella 14 in appendice riporta la sintesi della spesa connessa a ciascuna di queste diverse opzioni, di seguito analiticamente discusse, suddividendo le Regioni per macro-aree.

E' opportuno infine precisare che le ipotesi sviluppate prendono in considerazione, per esigenze di semplicità espositiva, solo il numero di utenti e non l'intensità degli interventi erogati.

### *4.1. Mantenimento della situazione attuale*

#### *La proposta*

In coerenza con l'ipotesi contenuta al punto 3.1 lo Stato non deve interferire con l'autonomia delle singole Regioni limitandosi ad un intervento di indirizzo non vincolante e a mettere loro a disposizione i dati conoscitivi sulla realtà dei servizi domiciliari. La responsabilità dell'eventuale sviluppo dei servizi domiciliari spetta alle Regioni.

#### *Il percorso attuativo*

A livello operativo vale quanto riportato al punto 3.1 in merito alla verifica, da parte dello Stato, delle modalità di erogazione dei servizi domiciliari nei diversi ambiti territoriali e alla definizione di un set minimo di dati omogenei (debito informativo) che le Regioni devono restituire, entro il terzo anno, per consentire un confronto delle diverse realtà dei servizi. Solo nel secondo



triennio, sulla base di una migliore conoscenza della realtà, potrà essere valutata l'opportunità di un intervento da parte dello Stato.

#### **Ipotesi 4.1. Di mantenimento dello status quo**

*La proposta:*

- lo Stato propone indicazioni non vincolanti sulle modalità programmatiche ed organizzative per potenziare i servizi domiciliari e promuove un'indagine conoscitiva sui servizi domiciliari;
- non vengono erogati finanziamenti aggiuntivi;
- le Regioni operano autonomamente nell'ambito del Fondo sanitario e del Fondo sociale correnti.

*Il percorso attuativo:*

- un gruppo di lavoro Stato-Regioni confronta modalità organizzative e strumenti operativi in uso nelle diverse Regioni e definisce entro il secondo anno un minimum data set idoneo a confrontare le diverse realtà regionali;
- le Regioni forniscono entro il terzo anno i dati conoscitivi sulla tipologia degli utenti e degli interventi erogati.

*Elementi di discussione:*

Le motivazioni di questa opzione ricalcano quanto già riportato al punto 3.1 in riferimento:

- alle difficoltà del governo statale ad aumentare la spesa sanitaria ed alla necessità di responsabilizzare le Regioni, competenti in materia;
- alla possibilità che il differente sviluppo dei servizi domiciliari sia la conseguenza di una diversa domanda legata a contesti socio-familiari non omogenei e non solo della maggiore o minore capacità organizzativa delle singole Regioni.

Allo stesso modo valgono tutte le ragioni contrarie al mantenimento dello status quo, riportate nel suddetto paragrafo 4.1.

<b>Dimensione</b>	<b>Punti di forza e di debolezza</b>
<b>Finanza pubblica</b>	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tiene conto delle compatibilità di bilancio;</li> <li>- vincola l'aumento della spesa per i servizi domiciliari da parte delle Regioni alla riduzione di altri capitoli di spesa (ospedaliera, residenziale, ...).</li> </ul>
<b>Differenze territoriali</b>	
Le conseguenze sull'eterogeneità geografica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lascia invariate le attuali differenze territoriali.</li> </ul>
<b>Fattibilità</b>	
La realizzabilità operativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>

#### *4.2. Progressiva riduzione delle differenze territoriali, con finanziamento delle sole Regioni che non raggiungono l'indice minimo di copertura dei servizi domiciliari.*

##### *La proposta*

La proposta punta a ridurre le differenze territoriali assicurando i finanziamenti alle sole Regioni che non raggiungono la percentuale minima – del 3.7% e del 5% nei due trienni – di copertura del servizio prevista dall'ipotesi discussa nel precedente punto 3.2 (tabella 7 in appendice).

##### *Il percorso attuativo*

Rispetto a quanto già previsto nel paragrafo 3.2 lo Stato si limita a finanziare solo le Regioni i cui indici di copertura siano inferiori a quelli minimi definiti e mette in campo nei confronti di tali Regioni un'azione di consulenza tecnica ("assistenza metodologica", Gori, 2008) e di monitoraggio più intensiva, vincolando l'erogazione dei finanziamenti al progressivo aumento degli assistiti oltre che alla restituzione del debito informativo.

#### **Ipotesi 4.2. Progressiva riduzione delle differenze territoriali**

##### *La proposta:*

- lo Stato eroga finanziamenti alle sole Regioni che non raggiungono gli indici minimi di persone non autosufficienti assistite a domicilio.

##### *Il percorso attuativo:*

- nell'ambito del gruppo di lavoro Stato-Regioni viene istituito un sottogruppo incaricato di garantire una specifica consulenza tecnica alle Regioni che presentano un minor sviluppo dei servizi domiciliari;
- la quota annuale del finanziamento viene subordinata alla restituzione da parte delle Regioni del debito informativo ed alla rendicontazione dell'utenza assistita.

##### *Elementi di discussione:*

Pur tenendo conto delle differenze del quadro socio-economico e delle dimensioni quantitative e valoriali del tessuto familiare che caratterizzano il Paese, è difficile assegnare solo a questi fattori le significative differenze territoriali nello sviluppo dei servizi. Regioni molto "vicine" tra di loro, anche per caratteristiche socio-economiche e culturali, presentano infatti percentuali di assistiti molto differenti: il 3.3% per il Piemonte (tra ADI e SAD) contro il 5.8% della Lombardia; l'8.5% dell'Emilia contro il 3.3% della Toscana; il 2.7% della Puglia contro il 6.5% del Molise! Analoghe differenze si riscontrano peraltro in altri settori della spesa socio-sanitaria: lo sviluppo dei servizi residenziali segue spesso lo stesso andamento di quelli domiciliari, e non viceversa.

Alla luce di questi dati – e pur mantenendo l'obiettivo, sottolineato anche dalla recente legge sul federalismo fiscale, che ogni Regione punti a razionalizzare le proprie modalità di spesa, al momento molto difforni – appare indispensabile uno specifico piano di sostegno da parte dello

Stato alle Regioni più “in ritardo” sui servizi domiciliari, a tutela della esigibilità concreta dei diritti su tutto il territorio nazionale. Allo stesso tempo ragioni di bilancio consigliano di concentrare su tali Regioni le scarse risorse disponibili.

L’onere del finanziamento delle sole Regioni che non raggiungono l’indice minimo di copertura dell’utenza corrisponde, su base annua, ad un aumento della spesa del 5,2% alla fine del primo triennio e del 19,9% alla fine del secondo (vedi tabella 8 in appendice). Si tratta pertanto di un’opzione del tutto compatibile con la finanza nazionale, anche se richiede una forte condivisione “politica” da parte delle Regioni escluse dai finanziamenti.

La tabella che segue sintetizza vantaggi e criticità dell’ipotesi di una politica di riduzione delle differenze territoriali.

**Tab.7. Vantaggi e criticità dell’ipotesi di una politica di riduzione delle differenze territoriali**

Dimensione	Punti di forza e di debolezza
<b>Finanza pubblica</b>	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- si pone al di sotto degli importi di spesa previsti dal punto 3.2;</li> <li>- richiede un modesto investimento per azioni di consulenza metodologica delle Regioni con minor sviluppo dei servizi.</li> </ul>
<b>Differenze territoriali</b>	
Le conseguenze sull’eterogeneità geografica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aiuta le Regioni con minor offerta, indicando un obiettivo realistico.</li> </ul>
<b>Fattibilità</b>	
La realizzabilità operativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- richiede una forte condivisione sia da parte delle Regioni “beneficiarie” che da parte delle Regioni escluse dai finanziamenti;</li> <li>- presuppone un deciso sostegno metodologico ed un costante monitoraggio da parte dello Stato.</li> </ul>

#### *4.3. Aumento del numero di utenti dei servizi domiciliari senza alcuna riduzione delle differenze territoriali*

##### *La proposta*

Si ipotizza un intervento da parte dello Stato finalizzato ad aumentare di una percentuale fissa l’utenza dei servizi domiciliari di ogni Regione, così da conseguire alla fine dei due trienni gli indici programmatori del 6% e del 9% di anziani assistiti.

##### *Il percorso attuativo*

Lo Stato eroga finanziamenti, vincolati alla restituzione del debito informativo ed al conseguimento degli obiettivi, finalizzati ad aumentare a 3 e 6 anni l’utenza del SAD rispettivamente del 10% e del 50% e l’utenza dell’ADI del 20% e del 50% in ogni Regione, così da raggiungere la media nazionale del 6% e del 9% alla fine dei due trienni (tabella 9 in appendice).

### **Ipotesi 4.3. Aumento del numero degli utenti senza riduzione delle differenze territoriali**

#### *La proposta:*

- lo Stato finanzia un aumento percentualmente uguale dell'utenza dei servizi domiciliari in ogni Regione.

#### *Il percorso attuativo:*

- la quota annuale del finanziamento viene subordinata alla restituzione da parte delle Regioni del debito informativo ed alla rendicontazione dell'utenza assistita.

#### *Elementi di discussione:*

Nelle pagine precedenti (in particolare al paragrafo 3, punto 3.2) si è già ampiamente ragionato sulla necessità, l'utilità ed i limiti dell'aumento del numero degli utenti dei servizi domiciliari – sia pure senza un parallelo aumento dell'intensità degli interventi.

D'altra parte, anche se comporta, almeno nel primo triennio, un onere globalmente sostenibile dal bilancio pubblico (tabella 10 in appendice), questa ipotesi aumenta, anziché ridurre, le differenze territoriali: promuovere lo stesso incremento percentuale dell'utenza in tutte le Regioni finisce infatti per ampliare il divario tra le Regioni più avanzate e quelle che assistono un minor numero di anziani (la differenza tra Friuli Venezia Giulia e Puglia, ad esempio, passerebbe dall'attuale 7.6% al 13.2%). La sua praticabilità "politica" sarebbe pertanto molto difficile.

<b>Dimensione</b>	<b>Punti di forza e di debolezza</b>
<b>Finanza pubblica</b>	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	<ul style="list-style-type: none"><li>- rispetta in misura sostanziale le compatibilità di bilancio;</li><li>- prevede un aumento della spesa graduale.</li></ul>
<b>Differenze territoriali</b>	
Le conseguenze sull'eterogeneità geografica	<ul style="list-style-type: none"><li>- amplia, anziché ridurre, le differenze territoriali dell'offerta di servizi domiciliari.</li></ul>
<b>Fattibilità</b>	
La realizzabilità operativa	<ul style="list-style-type: none"><li>- non comporta particolari difficoltà sul piano operativo;</li><li>- è difficilmente praticabile sul piano politico (distribuisce di più alle Regioni più "ricche" di servizi).</li></ul>

### *4.4. Aumento del numero di utenti dei servizi domiciliari e contestuale progressiva riduzione delle differenze territoriali*

Corrisponde all'opzione presentata, nel paragrafo precedente, al punto 3.2 e prevede un indice programmatico medio nazionale rispettivamente del 6% e del 9% nei due trienni ed un indice minimo che ogni Regione deve raggiungere del 3.7% entro il primo triennio e del 5% a 6 anni (tabella 11 in appendice).

Per l'illustrazione dell'ipotesi si rimanda al citato paragrafo.

#### *4.5. Definizione di un indice programmatico vincolante per tutte le Regioni*

##### *La proposta*

Secondo questa opzione obiettivo prioritario di un progetto di potenziamento dei servizi domiciliari deve essere il superamento delle differenze territoriali ed il perseguimento in tutte le Regioni dello stesso livello di sviluppo, destinando a questo obiettivo tutte le risorse disponibili.

A parità di indice programmatico (il 6% ed il 9% di anziani assistiti) l'obiettivo è raggiungibile solo a condizione di un aumento delle risorse messe in campo dallo Stato.

##### *Il percorso attuativo*

Ancor più che nell'ipotesi precedente appare indispensabile un rilevante impegno dello Stato nel sostenere sul piano metodologico e tecnico le Regioni che sono più lontane dall'obiettivo indicato e nel monitorarne accuratamente gli interventi attuativi. Ulteriori trasferimenti alle Regioni che già assistono una percentuale di anziani superiore al 6% slitterebbero al secondo triennio del Piano.

#### **Ipotesi 4.5. Definizione di un indice programmatico vincolante per tutte le Regioni e finanziamento delle sole Regioni che non raggiungono tale indice**

##### *La proposta:*

- lo Stato eroga finanziamenti aggiuntivi, vincolati destinati a raggiungere nei due trienni l'indice del 6% e del 9%, solo alle Regioni che si collocano al di sotto di tale livello.

##### *Il percorso attuativo:*

- nell'ambito del gruppo di lavoro Stato-Regioni viene istituito un sottogruppo incaricato di garantire una specifica consulenza tecnica alle Regioni che presentano un minor sviluppo dei servizi domiciliari;
- la quota annuale del finanziamento viene subordinata alla restituzione da parte delle Regioni del debito informativo ed alla rendicontazione dell'utenza assistita.

##### *Elementi di discussione:*

Questa proposta enfatizza la necessità di un investimento “straordinario” che punta ad aumentare l'utenza dei servizi domiciliari in tutto il Paese, destinando il grosso dei finanziamenti alle Regioni meno attrezzate, in relazione inversa alla percentuale di soggetti assistiti (tabella 12 in appendice). Rappresenta indubbiamente per queste Regioni un significativo contributo a colmare il divario che le separa da quelle più avanzate, garantendo a tutti i cittadini del Paese eguale opportunità di essere assistiti al loro domicilio – e alle loro famiglie un aiuto concreto in un impegno assistenziale oggi affrontato in solitudine pressoché totale.

Non sembra d'altra parte facile, almeno per alcune di queste Regioni, riuscire in un triennio a riorganizzare i servizi ampliandone in modo così significativo le capacità operative. Ugualmente

difficile potrebbe essere ottenere dalle Regioni escluse, nel primo triennio, da ogni incentivo economico la messa a disposizione di quei dati conoscitivi sull'utenza e sulle modalità di funzionamento dei servizi che si ritengono indispensabili per un progetto di più lungo termine.

La scelta sopra illustrata non pare tener adeguatamente conto dei differenti contesti socio-familiari che caratterizzano il nostro Paese (anche se lascia alle Regioni la possibilità di declinare l'indice di distribuzione all'interno del loro territorio in rapporto alle diverse articolazioni abitative – rurale, urbana o metropolitana), con il rischio di indurre, in alcune realtà territoriali, domande di assistenza non motivate da bisogni reali.

Questa ipotesi comporta infine un aumento dei costi nel primo triennio del 30.3% alla fine del primo triennio e dell'82.5% a 6 anni (vedi tabella 13 in appendice).

Dimensione	Punti di forza e di debolezza
<b>Finanza pubblica</b>	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- comporta oneri superiori all'ipotesi precedente, anche se probabilmente sostenibili grazie ad una riduzione – nel tempo – della spesa ospedaliera;</li> <li>- richiede un ulteriore investimento per azioni di consulenza metodologica delle Regioni con minor sviluppo dei servizi.</li> </ul>
<b>Differenze territoriali</b>	
Le conseguenze sull'eterogeneità geografica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aiuta solo le Regioni con un'offerta inferiore all'indice programmatico;</li> <li>- non premia in alcun modo le Regioni che già hanno un'offerta più ampia.</li> </ul>
<b>Fattibilità</b>	
La realizzabilità operativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- richiede una forte condivisione dell'obiettivo da parte delle Regioni;</li> <li>- presuppone un deciso sostegno metodologico ed un costante monitoraggio da parte dello Stato;</li> <li>- propone alle Regioni meno dotate di servizi un compito di potenziamento dei servizi particolarmente complesso.</li> </ul>

## 5. L'individuazione di criteri qualitativi nei servizi domiciliari alle persone non autosufficienti

Si è ragionato fino ad ora della necessità di garantire ai servizi domiciliari nel nostro Paese uno sviluppo quantitativo che li avvicini alla realtà delle nazioni più sviluppate.

La letteratura internazionale ha peraltro documentato come la piena efficacia degli interventi domiciliari è possibile solo in presenza di una corretta metodologia operativa. Gli aspetti sui quali le proposte di riforma dell'assistenza ai non autosufficienti ed il dibattito che le ha accompagnate sembrano trovare il massimo consenso sono:

- l'estensione del servizio (almeno sulle 12 ore al giorno, 365 giorni all'anno) e la garanzia della reperibilità di un operatore nelle ore non coperte dal servizio;
- la capacità da parte dei servizi domiciliari di svolgere un adeguato intervento di informazione, di orientamento e di accompagnamento dell'utente e della sua famiglia;
- la valutazione multidimensionale dei bisogni e delle risorse della persona e della sua famiglia;

- la definizione – su questa base – di un progetto assistenziale individuale (PAI), che preveda il monitoraggio nel tempo degli interventi e dei risultati;
- la necessità che il progetto di cura individui per ogni paziente preso in carico un responsabile del caso (*case manager*).

Ad eccezione del primo punto, si tratta di criteri qualitativi comuni ad ogni fase del rapporto della persona con i servizi, siano essi domiciliari, semi-residenziali o residenziali, che dovrebbero informare anche il sostegno della domanda (in particolare sul versante delle assistenti familiari: formazione, incontro domanda/offerta e sostegno economico alle famiglie). La loro introduzione su scala nazionale può consentire – grazie all'individuazione di idonei indicatori di esito – di verificarne l'efficacia suggerita dalla letteratura su un'ampia popolazione di utenti.

La definizione di simili criteri qualitativi dovrebbe essere accompagnata dallo sviluppo, da parte dello Stato, non solo di un forte sistema di monitoraggio ma anche di una funzione di consulenza tecnica alle Regioni ed ai Comuni.

La scarsa fiducia nella fattibilità di una programmazione nazionale, unitamente alla considerazione che la riforma del titolo V° della Costituzione ed il federalismo fiscale assegnano in primo luogo alle Regioni le competenze in materia, consigliano al contrario allo Stato di limitarsi a definire – e finanziare – obiettivi di tipo quantitativo, lasciando alle singole Regioni la responsabilità sulle modalità attuative; l'intervento statale potrebbe limitarsi eventualmente a proporre in materia linee guida.

### *5.1. Nessun intervento da parte dello Stato in merito a criteri di qualità dei servizi domiciliari*

#### *La proposta:*

Secondo questa prima ipotesi lo Stato deve limitarsi ad indicare obiettivi di sviluppo dei servizi domiciliari di tipo quantitativo, mettendo a disposizione le risorse economiche necessarie, e a chiedere alle Regioni dati conoscitivi sulle modalità di erogazione e sui criteri di qualità dei servizi domiciliari, la cui definizione resta di competenza delle Regioni stesse.

#### *Il percorso attuativo:*

- al gruppo di lavoro di cui al punto 3.1. istituito nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni lo Stato affida il compito di definire le modalità di rilevazione dei criteri di qualità applicati, da parte delle singole Regioni e/o ASL, nei servizi domiciliari;
- entro il terzo anno del Progetto le Regioni forniscono i dati conoscitivi richiesti;
- l'introduzione di eventuali criteri di qualità viene lasciata alla responsabilità delle Regioni.

## **Ipotesi 5.1. Nessun intervento da parte dello Stato in merito a criteri di qualità dei servizi domiciliari**

### *La proposta:*

- lo Stato non propone alcun criterio di qualità e si limita ad indicare in proposito il debito informativo delle Regioni.

### *Il percorso attuativo:*

- un gruppo di lavoro Stato-Regioni definisce un set di dati da rilevare relativamente ai criteri qualitativi in uso nei servizi domiciliari;
- le Regioni forniscono nel secondo e terzo anno i dati conoscitivi richiesti;
- lo Stato confronta i risultati raggiunti con le diverse metodologie applicate, riservandosi di intervenire in una seconda fase del progetto.

### *Elementi di discussione:*

Le motivazioni di tale posizione, come si è detto, affondano da un lato nella scarsa fiducia nelle capacità del livello centrale di governo di superare la fase delle enunciazioni per dare vita ad un percorso programmatico efficace su tutto il territorio nazionale, superando le profonde e radicate differenze territoriali. Su un altro versante si osserva come la riforma del titolo V° assegni alle Regioni le competenze socio-sanitarie e come già oggi (vedi la proposta della Commissione LEA per la residenzialità) sia difficile ricondurre le diverse Regioni all'utilizzo, ad esempio, di uno strumento unico di valutazione multidimensionale. La direzione appare peraltro confermata dalla recente approvazione della legge sul federalismo fiscale. Sulla base di queste considerazioni, in una prima fase può sembrare più opportuno da parte del livello di governo statale limitarsi a rilevare le modalità operative in atto nelle diverse realtà del Paese, riservando ad una seconda fase azioni di indirizzo e di incentivazione.

Limitandosi ad interventi di natura quantitativa peraltro lo Stato rinuncia ad esercitare un ruolo attivo su un aspetto – quello della qualità – fondamentale nei servizi domiciliari e ad intervenire sulla difformità che già oggi contrassegna le diverse esperienze sviluppate nel Paese.



<b>Dimensione</b>	<b>Punti di forza e di debolezza</b>
<b>Finanza pubblica</b>	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	- non richiede investimenti finalizzati.
<b>Efficacia</b>	
Per la persona non autosufficiente	- non modifica la realtà attuale.
Per la famiglia	- non modifica la realtà attuale.
<b>Equità</b>	
Per chi vive un medesimo bisogno (equità orizzontale)	- non modifica la realtà attuale.
Per chi è in condizioni particolarmente gravi (equità verticale)	- non modifica la realtà attuale
Per l'insieme delle persone non autosufficienti	-
<b>Differenze territoriali</b>	
Le conseguenze nei diversi territori	- rispetta l'autonomia delle Regioni; - lascia invariata l'attuale difformità territoriale nell'erogazione delle prestazioni domiciliari
<b>Fattibilità</b>	
La dimensione attuativa	-
<b>Welfare futuro</b>	
Conseguenze per il sistema italiano di assistenza continuativa	-

## 5.2. Definizione di linee guida per lo sviluppo qualitativo dei servizi domiciliari.

### *La proposta:*

Secondo questa ipotesi lo Stato, oltre ad indicare obiettivi di sviluppo quantitativo dei servizi domiciliari, offre un supporto metodologico, attraverso la predisposizione di apposite linee guida, al miglioramento qualitativo degli interventi.

### *Il percorso attuativo:*

- lo Stato promuove nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni una commissione tecnica incaricata di definire, entro il primo anno, specifiche linee guida per l'introduzione nei servizi domiciliari dei criteri di qualità sopra indicati ed il relativo debito informativo;
- nel secondo e terzo anno le Regioni restituiscono allo Stato i dati richiesti;
- lo Stato riserva al triennio successivo l'eventuale erogazione di incentivi per l'introduzione dei criteri qualitativi.

## *Definizione di linee guida per lo sviluppo qualitativo dei servizi domiciliari*

### *La proposta:*

- lo Stato fornisce alle Regioni linee guida relative ai criteri di qualità che devono accompagnare lo sviluppo dei servizi territoriali.

### *Il percorso attuativo:*

- la Conferenza Stato-Regioni istituisce una commissione tecnica incaricata di definire, entro il primo anno, le suddette linee guida ed i relativi indicatori;
- nel secondo e terzo anno lo Stato rileva l'entità dell'applicazione da parte delle Regioni delle linee guida e ne verifica l'impatto sui risultati raggiunti con le diverse metodologie applicate.

### *Elementi di discussione:*

Le motivazioni che inducono a limitare l'intervento dello Stato in questa materia alla definizione e alla diffusione di linee guida sono le stesse del punto precedente e si riferiscono in particolare all'opportunità di rispettare le competenze regionali. La proposta di linee guida concordate a livello Stato-Regioni e il vincolo alle Regioni di rilevare sistematicamente un set di dati rappresentativo della tipologia dell'utenza, delle modalità di erogazione degli interventi e dei risultati raggiunti rappresentano peraltro un passo avanti, capace di orientare lo sviluppo anche qualitativo dei servizi domiciliari.

Resta peraltro difficile, nell'ipotesi che lo Stato si limiti a fornire linee guida senza prevedere alcun vincolo e/o incentivo al loro utilizzo, avviare un deciso superamento della disomogeneità che caratterizza oggi nel nostro Paese i servizi domiciliari.

<b>Dimensione</b>	<b>Punti di forza e di debolezza</b>
<b>Finanza pubblica</b>	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	- non richiede investimenti finalizzati.
<b>Efficacia</b>	
Per la persona non autosufficiente	- non modifica la realtà attuale.
Per la famiglia	- non modifica la realtà attuale.
<b>Equità</b>	
Per chi vive un medesimo bisogno (equità orizzontale)	- non modifica la realtà attuale.
Per chi è in condizioni particolarmente gravi (equità verticale)	- non modifica la realtà attuale.
Per l'insieme delle persone non autosufficienti	-
<b>Differenze territoriali</b>	
Le conseguenze nei diversi territori	- rispetta l'autonomia delle Regioni, vincolandole solo alla restituzione di un debito informativo; - lascia invariata l'attuale difformità territoriale nell'erogazione delle prestazioni domiciliari.
<b>Fattibilità</b>	
La dimensione attuativa	- non comporta particolari difficoltà; - non prevedendo alcun vincolo per le Regioni, non offre alcuna garanzia sulla

	praticabilità di un percorso di miglioramento della qualità.
<b>Welfare futuro</b>	
Conseguenze per il sistema italiano di assistenza continuativa	- può orientare lo sviluppo qualitativo dei servizi domiciliari.

### 5.3. Introduzione nei servizi domiciliari di criteri di qualità relativi a:

- garanzia di continuità del servizio (ampliamento delle fasce orarie di intervento, pronta reperibilità);
- sviluppo nelle equipe delle capacità di accompagnamento, educazione e counseling;
- stesura, monitoraggio e verifica nel tempo di un progetto assistenziale individuale per ogni utente dei servizi domiciliari;
- individuazione per ogni situazione complessa presa in carico del responsabile del caso (case manager).

#### *La proposta:*

Promuovere, grazie ad uno specifico sostegno finanziario, un processo di miglioramento della qualità dei servizi domiciliari su tutto il territorio nazionale, puntando in particolare a:

- estendere il servizio almeno sulle 12 ore al giorno per tutto l'anno organizzando la reperibilità sulle 24 ore di un operatore (normalmente un infermiere professionale durante il giorno, il medico di continuità assistenziale durante la notte) (nota 5) in grado di accedere ai dati conoscitivi dell'utente e di fornire le necessarie consulenze telefoniche o di intervenire tempestivamente in caso di "crisi";
- garantire a tutte le equipe di assistenza domiciliare la presenza di adeguate capacità/competenze sia di educazione sanitaria e supporto nella gestione della dipendenza (tecniche assistenziali, ausili, adeguamento degli ambienti, ...) sia di *counseling*/sostegno psicologico/ accompagnamento della persona, dei familiari, delle assistenti familiari. La formazione in questo senso va assicurata a tutti gli operatori, privilegiando quelle figure (operatori socio-sanitari, infermieri "coordinatori", ...) che all'interno delle equipe svolgono funzioni di valutazione multidimensionale (soprattutto al domicilio) e di coordinamento degli altri operatori;
- prevedere che la presa in carico di ogni persona non autosufficiente sia accompagnata dalla stesura di un progetto assistenziale individualizzato (PAI) ad opera di un'equipe integrata socio-sanitaria: il PAI deve contenere, oltre alla valutazione e alla quantificazione delle condizioni cliniche, funzionali, cognitive ed affettive dell'utente, la valutazione delle potenzialità e delle criticità del contesto di vita (rete familiare, realtà ambientale, condizioni socio-economiche), gli obiettivi del progetto di cura e i programmi di intervento delle diverse figure professionali coinvolte e le scadenze per la verifica dei risultati e la ridefinizione degli obiettivi;
- individuare in ogni situazione complessa seguita a domicilio un operatore che assuma la responsabilità del progetto di cura (*case manager*).

*Il percorso attuativo:*

- *lo Stato:*
  - entro il primo anno definisce, oltre alle linee guida di cui al paragrafo 5.2, una proposta di Piano di assistenza personalizzato ed i contenuti professionali che l'equipe deve sviluppare per garantire l'applicazione dei criteri di qualità sopra indicati;
  - destina il 5% dei fondi trasferiti alle Regioni alla realizzazione del sistema informativo dei servizi e alla formazione ECM degli infermieri e dei medici coinvolti nel sistema di reperibilità;
  - nel secondo triennio incentiva le Regioni che hanno provveduto all'applicazione dei criteri di qualità.
- *Entro il secondo anno le Regioni provvedono:*
  - a definire i relativi piani di formazione ed ad organizzare gli interventi di aggiornamento professionale rivolti a tutte le figure professionali in servizio e in particolare agli operatori (generalmente IP) che saranno chiamati ad assumere le funzioni di *case management*;
  - a definire le modalità di utilizzo del PAI.
- *Entro il terzo anno le ASL:*
  - provvedono in almeno il 60% dei Distretti alla copertura del servizio dalle ore 8 alle 20, 365 giorni all'anno (in raccordo organizzativo con la guardia medica notturna) e all'attivazione della reperibilità 24 ore al giorno;
  - promuovono con gli Enti Locali, per quanto di competenza, l'eventuale aggiornamento professionale sui contenuti indicati di almeno il 50% del personale in servizio (il 25% nel secondo anno, il 25% nel terzo anno);
  - dispongono affinché per tutti i nuovi casi presi in carico dal sistema di cure domiciliari (ad eccezione di quelli che ricevono solo prestazioni occasionali o a ciclo programmato) sia predisposto un PAI e sia individuato il *case manager*.

## **Introduzione dei criteri di qualità**

*La proposta:*

- avviare un percorso di promozione della qualità dei servizi promuovendo;
  - la continuità del servizio (ampliamento degli orari e reperibilità);
  - le capacità di educazione sanitaria, di supporto nella gestione della dipendenza, di *counseling* e accompagnamento;
  - l'utilizzo del piano di assistenza individualizzato;
  - l'introduzione del *case manager*.

*Il percorso attuativo:*

- lo Stato definisce le modalità di gestione del PAI, le funzioni del *case manager* ed i relativi percorsi formativi, da attuarsi entro il terzo anno, incentivandoli con il 5% dei fondi trasferiti alle Regioni;

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- nel secondo triennio incentiva le Regioni che hanno provveduto all'applicazione nei servizi domiciliari dei criteri di qualità.</li></ul> |
|---|

*Elementi di discussione:*

*Continuità del servizio.* L'instabilità delle condizioni cliniche degli anziani non autosufficienti (così come l'imprevedibilità dei disturbi comportamentali nelle persone dementi) richiedono una maggior continuità di cura e soprattutto la disponibilità del sistema ad intervenire in caso di bisogno. Proprio la difficoltà ad affrontare gli episodi di scompenso e l'imprevedibilità dei disturbi comportamentali sono tra le principali cause di stress dei familiari e del ricorso da parte loro al ricovero ospedaliero e all'istituzionalizzazione (Guaita e Pucci, 2001).

*Accompagnamento.* La realizzazione della "porta unica di accesso" ai servizi (vedi cap 6) cui competono istituzionalmente le funzioni di informazione e di orientamento della persona e della sua famiglia, non esaurisce le funzioni di informazione/formazione e di accompagnamento che il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti deve avere in ogni sua articolazione. In particolare i servizi domiciliari, date la riduzione del numero dei familiari coinvolti nella cura e la diffusione del ricorso a personale a pagamento (le cosiddette "badanti") spesso sprovvisto di una specifica preparazione al lavoro di cura (e non raramente portatore di modelli assistenziali superati dalla cultura più moderna orientata alla promozione dell'autonomia), devono garantire accanto alle tradizionali prestazioni professionali:

- una più efficace azione di formazione e di educazione sanitaria orientata all'individuazione, alla prevenzione ed alla gestione delle fluttuazioni clinico-funzionali, degli eventi avversi, dei disturbi comportamentali;
- la consulenza e il supporto nell'affrontare i molteplici problemi posti dalle condizioni di dipendenza (tecniche assistenziali, utilizzo di ausili, adeguamento degli ambienti, ...);
- un più globale intervento di *counseling*, di sostegno psicologico, di accompagnamento dell'utente e del caregiver nel percorso di cura e nel rapporto con la rete dei servizi.

La scarsa conoscenza della "storia naturale" della malattia cronica, dei segni e sintomi precoci di scompenso, del significato e delle possibilità di soluzione dei disturbi comportamentali della demenza, delle tecniche in grado di rispondere alle problematiche della dipendenza senza pregiudicare la propria salute accentuano nel caregiver l'onere dell'impegno assistenziale, sono fonti di stress, aumentano il rischio di ospedalizzazione impropria e di istituzionalizzazione. Per contro numerosi studi hanno dimostrato, almeno per i familiari delle persone affette da demenza, l'efficacia di programmi di formazione/educazione sanitaria e di sostegno da parte di operatori adeguatamente preparati (Facchini, 2003; Nobili et al, 2004; Guerrini et al, 2005; Callahan et al, 2006).

*Valutazione multidimensionale e PAI.* Per quanto riguarda la metodologia dell'approccio alle persone anziane con autosufficienza limitata la letteratura internazionale ha ampiamente dimostrato come nelle cure domiciliari un approccio basato sulla valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni della persona e delle risorse che il contesto familiare e sociale è in

grado di mettere in campo sia in grado di migliorare lo stato funzionale e di ridurre i tassi di ospedalizzazione e di istituzionalizzazione contribuendo al contenimento dei costi complessivi dell'assistenza (Stuck et al, 1995; Hughes et al, 1997; Bernabei et al, 1998; Landi et al, 1999). La definizione, nel PAI, del programma di intervento delle diverse figure professionali, sociali e sanitarie, coinvolte rafforza tra l'altro l'integrazione socio-sanitaria (resa necessaria dalla stretta interdipendenza dei bisogni della persona non autosufficiente) e favorisce l'unitarietà del progetto e l'uso corretto delle risorse (nota 6).

*Case management.* Numerosi studi infine (Stuck et al, 1995; Ferguson e Weinberger, 1998; Landi et al, 1999 e 2001; Williamson, 2000; Onder et al, 2007) dimostrano che l'individuazione di una figura – per lo più un infermiere – responsabile del percorso di cura a domicilio (*case manager*) consente migliori risultati in termini di gestione delle principali patologie croniche e di ridotto ricorso al ricovero ospedaliero ed istituzionale, con un contenimento della spesa globale ed una riduzione dello stress dei caregiver. La presenza di una figura che si propone come punto di riferimento dell'utente e della sua famiglia e ne garantisce il collegamento con il medico di medicina generale e le altre figure professionali chiamate ad erogare le loro prestazioni e con la rete dei servizi è accolta favorevolmente dall'utenza e può contribuire, a livello del singolo caso, a mitigare le conseguenze di alcuni limiti strutturali dei servizi domiciliari (la discontinuità del servizio, l'elevato *turn-over* del personale, i conflitti di competenza tra comparto sanitario e comparto socio-assistenziale) che rischiano di negare nei fatti la fruibilità del diritto alle cure domiciliari.

Sulla base di queste considerazioni sembra importante che lo Stato assuma come obiettivo dello sviluppo delle cure domiciliari il loro riferirsi a criteri operativi di qualità confermati dalla ricerca in materia. Per questo oltre alla definizione di linee guida valide per tutto il territorio nazionale e ad una decisa azione di sostegno metodologico alle Regioni appare importante la destinazione di una quota dei trasferimenti ad un ampio programma di formazione delle equipe domiciliari e la previsione, per il secondo triennio del Piano, di interventi di incentivazione nei confronti delle Regioni che meglio si adegueranno agli indirizzi forniti. I costi di tale investimento sulla qualità dovrebbero essere ampiamente compensati da una maggior capacità del sistema delle cure domiciliari di garantire agli utenti le risposte necessarie.

Dimensione	Punti di forza e di debolezza
<b>Finanza pubblica</b>	
Sostenibilità per il bilancio pubblico	- rispetto all'aumento del numero degli assistiti e/o dell'intensità degli interventi; - prevede un aumento del finanziamento (+ 5%) contenuto.
<b>Efficacia</b>	
Per la persona non autosufficiente	- migliora la presa in carico delle problematiche complesse della persona e l'individuazione precoce di scompensi clinico-funzionali.
Per la famiglia	- migliora il sostegno alla famiglia
<b>Equità</b>	
Per chi vive un medesimo bisogno (equità orizzontale)	-
Per chi è in condizioni particolarmente gravi (equità verticale)	- aumenta la capacità dei servizi di farsi carico prioritariamente delle situazioni più problematiche.
Per l'insieme delle persone non	- favorisce la personalizzazione degli interventi domiciliari.

autosufficienti	
<b>Differenze territoriali</b>	
Le conseguenze nei diversi territori	- favorisce la generalizzazione di modalità assistenziali validate dalla letteratura scientifica.
<b>Fattibilità</b>	
La dimensione attuativa	- richiede allo Stato un forte supporto metodologico e precisi vincoli di spesa; - richiede alle Regioni ed alle ASL un convinto investimento organizzativo e formativo.
<b>Welfare futuro</b>	
Conseguenze per il sistema italiano di assistenza continuativa	- mette in grado i servizi domiciliari di rappresentare una reale alternativa alla residenzialità.

## Note (NB: in margine alla pagina)

1. Meno del 20% delle persone seguite dall'ADI riceve anche prestazioni sociali
2. Secondo lo studio AdHOC, Aged in Home Care Project, condotto in 11 paesi dell'Unione Europea, nei (pochi) utenti dei servizi domiciliari formali in Italia i tassi di compromissione funzionale e cognitiva risultano nettamente più elevati rispetto agli altri Paesi, Francia esclusa (Carpenter et al, 2004).
3. Le ipotesi quantitative formulate di seguito ed il calcolo dei relativi costi si riferiscono al complesso di interventi resi a domicilio dal SAD e dall'ADI, mantenendo inalterato l'attuale rapporto SAD/ADI.
4. Alcune ricerche confermano peraltro, almeno per i familiari delle persone dementi, la possibilità di contenere lo stress dei familiari anche con interventi domiciliari limitati (Guerrini et al, 2005, Facchini, 2003)
5. Le funzioni sopra riportate possono essere svolte dai medici di medicina generale organizzati in forma associata (gruppi di cure primarie).
6. Gli studi sopra citati sottolineano l'importanza della continuità tra la valutazione e la gestione/ responsabilità del caso, configurando il case manager come "braccio operativo" dell'unità di valutazione multidimensionale territoriale (Bernabei et al, 1998) e rimarcando la necessità della sua adeguata formazione alla conoscenza della metodologia della VMD, all'individuazione ed alla gestione delle principali problematiche che possono presentarsi a domicilio, alla programmazione della cura ed al coordinamento dei servizi coinvolti (Applebaum e Wilson, 1988; Landi et al, 1996). In particolare le competenze valutative e lo stretto raccordo con l'equipe multidisciplinare di valutazione multidimensionale appaiono essenziali per assicurare le tempestive ed adeguate risposte alla variabilità nel tempo dei bisogni degli anziani (Landi et al, 1996).

## Bibliografia di riferimento

Applebaum RA, Wilson NL. (1988), *Training needs of case managers serving long term care channelling demonstration*, in Gerontologist, 28:172-176

- Baldini M, Gori C, Mazzaferro C e Morciano M. Costi (2008), *Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, C. Gori (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci.
- Beland F, Bergman H, Lebel P et al (2006), *A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial*. J Gerontol Biol Med Sci pp. 61-367-37
- Beltrametti L. (2006), *I costi di un fondo per la non autosufficienza in Italia: alcune simulazioni*, in C. Gori C (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Bologna, Il Mulino, pp. 109-130
- Bernabei R, Landi F, Gambassi G et al. (1998), *Randomized trial of impact of a model of integrated care and case management for older people living in community*. BMJ 316-1348-1351
- Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW et al. (2006), *Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer's disease in primary care: a randomized trial*. JAMA, 295-2148-2157
- Carpenter I, Gambassi G, Topinkova E, Shroll M, Finne-Soveri H, Ennard J-C, Garms-Homolova V, Jonsson P, Frjters D, Ljunggren G, SØrbye LW, Wagner C, Onder G, Pedone C, Bernabei R. (2004), *Community care in Europe. The Aged in HOME Care project (AdHOC)*, Aging Clin Exp Res 16-257-269.
- CENSIS – Pfizer (2004), *Invecchiare in salute, cinque regioni a confronto*.
- Facchini C. (2003), *Anziani e rete dei servizi. Provincia di Milano – Università degli Studi di Milano Bicocca*.
- Federsanità – ANCI. (2005), *L'attività domiciliare e residenziale per gli anziani fragili dalla parte dei Comuni*. (<http://www.sigg.it/public/doc/DASCARICARE/324.pdf>)
- Ferguson JA, Winberger M. (1998), *Case management programs in primary care*, J Gen Intern Med 13-123-126
- Gori C. (2008), *Il dibattito sulla riforma nazionale*, in C. Gori (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Roma, Carocci.
- Gori C (a cura di) (2002), *Il welfare nascosto. Il mercato privato dell'assistenza in Italia e in Europa*, Roma, Carocci.
- Gori C, Casanova G. (2009), *I servizi domiciliari*, in C. Gori (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*. Network Non Autosufficienza, Rimini, Maggioli.
- Guaita A, Pucci D. (2001), *Le motivazioni alla richiesta di ricovero presso una struttura residenziale sanitaria: dimensione qualitativa e quantitativa*, Tendenze Nuove, 2-3:243-250
- Guerrini G, Scotuzzi AM, Scaglia L. (2005), *Costituzione di un team di supporto ai pazienti dementi che vivono al domicilio ed alle loro famiglie*, G Gerontol 53-A41
- ISTAT (2009), *Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali nei comuni*.
- Jacobzone S, Cambois E, Chaplain E, Robine JM. (1999), *The health of older persons in OECD Countries: is it improving fast enough to compensate for population ageing?* OECD "Labour market and social policy occasional papers" n. 37.
- Johri M, Beland F, Bergman H. (2003), *International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence*. Int J Geriatr Psychiatry 18-222-235



- Landi F, Sgadari A, Cipriani L et al. (1996), *A simple program to train case manager in community elderly care*, Aging Clin Exp Res 8-211-218
- Landi F, Gambassi G, Pola R et al. (1999), *Impact of integrated home care services on hospital use*. J Am Geriatr Soc 47- 1430-143
- Landi F, Onder G, Russo A et al. (2001), *A new model of integrated home care for the elderly: impact on hospital use*. J Clin Epidemiol 54-968-970
- Ministero della Salute (2006), *Commissione nazionale per la definizione e l'aumento dei Livelli essenziali di assistenza. Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*, Roma
- Onder G, Liperoti R, Bernabei R, Landi F. (2008), *Case management, preventive strategies, and caregiver attitudes among older adults in home care: results of the ADHOC study*. Journal of the American Medical Directors Association 337-41.
- Pasquinelli S, Rusmini G. (2009), *I sostegni al lavoro privato di cura*, in C. Gori, (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*. Network Non Autosufficienza, Rimini, Maggioli.
- Pesaresi F. (2005), *Tendenze internazionali nell'assistenza dell'anziano non autosufficiente*, in Gensini GF, Rizzini P, Trabucchi M e Vanara F (a cura di). Rapporto Sanità 2005, Bologna, Il Mulino, pp. 293-382
- Pesaresi F. (2007a), *Il Sad per anziani in Italia*, in Prospettive Sociali e Sanitarie 18:1-5
- Pesaresi F. (2007b), *Le cure domiciliari per anziani in Italia*, in Prospettive Sociali e Sanitarie 15:1-6
- Pesaresi F, Gori C. (2003), *Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa*, Tendenze Nuove, 4-5.
- Regione Lombardia. Legge Regionale 7 gennaio 1996 n. 1. Riorganizzazione e programmazione dei servizi socio-assistenziali della Regione Lombardia.
- Roti L, Bartali B, Cantini E, Vivoli E, Lauretani F, Buiatti E, Ferrucci L. (2003), *Messa a punto e validazione di una breve intervista per lo screening della disabilità nella popolazione anziana. Il Progetto Domus*. G Gerontol 51-35-41
- Rubenstein LZ, Bernabei R, Wieland D. (1993), *Comprehensive geriatric assessment into the breach*. Aging Clin Exp Res 6-1-3
- SIGG - Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. Linee-guida sull'utilizzazione della Valutazione Multidimensionale per l'Anziano fragile nella rete dei servizi. VMD e assistenza domiciliare integrata (ADI). 2001 (<http://www.sigg.it/vmd/vmd%20sezione%206.htm>)
- Stuck AE, Siu AL, Wieland GD et al. (1993), *Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials*. Lancet 342-1032-1036
- Stuck AE, Aronow HU, Steiner A et al. (1995), *A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessment for elderly people living in the community*. N Engl J Med 333-1184-1189
- Stuck AE, Minder CE, Peter West I et al. (2000), *A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission*. Arch Intern Med 160-977-986
- Wieland D, Lamb VL, Sutton SR, Boland R, Clark M, Friedman S, Brummel-Smith K, Eleazer GP. (2000), *Hospitalization in the Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): rates, concomitants, and predictors*. J Am Geriatr Soc 48-1373-1380

Williamson JD. (2000), *Improving care management and health outcomes for frail older people: implication of the PACE model. Program for All-inclusive Care of the Elderly*. J Am Geriatr Soc 48-1529-1530

## Appendice

### Nota 1

Recentemente la Commissione nazionale LEA nel citato documento dal titolo “Nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio” ha proposto una nuova classificazione delle cure domiciliari in:

1. *“Cure Domiciliari Prestazionali”, caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato*
2. *“Cure Domiciliari Integrate di primo-secondo e terzo livello”. Le cure di primo e secondo livello assorbono quelle già definite ADI mentre quelle di terzo livello assorbono l’OD.*
3. *“Cure domiciliari palliative a malati terminali”, assorbono l’assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale e l’Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative.*

La valorizzazione economica di tali profili di cura è proposta dalla Commissione sulla base della natura del bisogno, dell’intensità e durata dell’intervento e del mix di figure professionali coinvolte.

### Nota 2

Le ragioni dello sviluppo dell’offerta dei servizi domiciliari:

- *di ordine demografico*: l’Italia è oggi (2008, ISTAT) il Paese con la più alta percentuale di ultrasessantacinquenni (il 20.0%) in ragione dell’aumento della speranza di vita (rispettivamente 78.7ed 84.0 anni per maschi e femmine) e della riduzione del tasso di natalità (9.6 per 1.000) e del numero medio di figli per donna (1.41);
- *di ordine epidemiologico*: con il crescere dell’età tendono ad aumentare le condizioni caratterizzate da disabilità progressiva, instabilità clinica, compromissione cognitiva. La netta prevalenza, nel quadro epidemiologico, delle (poli)patologie croniche caratterizzate dalla dimensione longitudinale, dalla stretta interazione con le condizioni di vita e dalla potenziale evoluzione invalidante ha chiesto e chiede ai sistemi sanitari un profondo ripensamento, epistemologico ed operativo. E’ in particolare necessario integrare il consolidato modello “clinico” di medicina (funzionale alla gestione della malattia acuta) con un approccio basato sull’integrazione dei servizi sanitari e sociali e sulla continuità della cura nel tempo e sostituire ad un modello “ospedalocentrico” un deciso potenziamento delle cure primarie e degli interventi domiciliari e territoriali. Numerose esperienze internazionali hanno dimostrato che il significativo investimento iniziale richiesto per l’implementazione (o il potenziamento) di un sistema integrato di cure domiciliari rivolto a persone anziane ad alto rischio può essere compensato nel tempo da una sensibile riduzione dei ricoveri ospedalieri e dei costi complessivi delle cure (Williamson, 2000; Beland e Bergman, 2006);

- *di ordine sociale*: riduzione delle dimensioni e della capacità di cura della famiglia ed incertezza sul futuro delle “badanti”. La famiglia rimane ancora, oggi in Italia, la principale “agenzia” di cura delle persone non autosufficienti: l’11% delle famiglie ha in casa almeno un disabile (ISTAT, 2001). Tale capacità di supplenza ad un welfare imperfetto è stata peraltro progressivamente indebolita dalla riduzione della sua dimensione (da 3.0 a 2.6 dal 1981 al 2001) e dal maggior inserimento delle donne nel mondo del lavoro (il tasso di occupazione femminile nelle classi di età comprese tra i 15 ed i 64 anni è aumentato dal 1970 al 2003 dal 22% al 43.1%); nella stessa direzione va il progressivo innalzamento dell’età di pensionamento: molti caregiver sono a loro volta anziani ed impegnati da tempo in un lavoro di cura, spesso a più membri della famiglia (CENSIS, 1999; Lamura et al, 2004; AIMA-CENSIS, 2006; Principi et al, 2007; Di Bari et al, 2008). Anche il ricorso all’assistenza privata (le assistenti familiari o “badanti”) che ha rappresentato fino ad oggi la risposta della famiglia a queste trasformazioni “strutturali” può nel futuro divenire più problematico per una minore disponibilità di forza lavoro o per la difficoltà ad affrontarne il relativo impegno economico (Piperno, 2009). Un altro ostacolo all’efficace supporto da parte dei familiari ad un congiunto non autosufficiente è rappresentato dai cambiamenti delle condizioni abitative, con l’aumento del numero di famiglie composte da soli anziani ed una proporzionale riduzione delle famiglie multi generazionali;
- *di equità*: a fronte di una percentuale di persone ultrasessantacinquenni gravemente dipendente che si calcola tra il 10% ed il 20% (Jacobzone, 1999) le persone che ricevono una qualche intervento di supporto dai servizi domiciliari non raggiungono il 5%, con tutti i limiti (di discontinuità dell’intervento e di eterogeneità territoriale) già segnalati. Non stupisce in questa situazione che, come riportato dallo studio AdHOC (Carpenter et al, 2004), i servizi domiciliari nel nostro Paese tendano a selezionare gli utenti più gravi, rinunciando di fatto ad un intervento preventivo. E’ anche importante sottolineare come il sempre maggiore coinvolgimento dell’utenza nella copertura dei costi dei servizi domiciliari socio-assistenziali (SAD), legato alle crescenti difficoltà finanziarie degli Enti Locali, e la scarsità delle risorse investite nell’ADI comportino l’esclusione dagli interventi domiciliari di “un cospicuo gruppo di *né né*” (Baldini et al, 2008), quegli anziani “che non sono abbastanza poveri da ricevere il SAD né abbastanza benestanti da pagarsi l’assistente familiare ... e quelli che non hanno bisogni sanitari sufficientemente gravi da poter ricevere oggi l’ADI ma non sono certo esenti dalla necessità di fruirne” (ibidem);
- *di ordine psicologico*: maggior gradimento da parte degli interessati per le cure domiciliari, come emerge da tutte le indagini tanto sugli anziani (secondo una recente inchiesta del CENSIS il 76% degli anziani intervistati chiede il potenziamento dei servizi domiciliari) quanto sui caregiver (a titolo esemplificativo: AIMA-CENSIS, 2006; Principi et al, 2007);
- *di sostegno reale alla famiglia*: numerose indagini hanno dimostrato il costo, psicologico e sociale oltre che economico, del caregiving familiare (Taccani, 1994; CENSIS, 1999; Principi et al, 2007), la interazione bidirezionale che lega le condizioni di salute del paziente con il benessere e lo stress dei familiari (Cigoli, 1997; Tamanza, 1998), così come il bisogno che questi ultimi esprimono di aiuto concreto, di sostegno economico, di sollievo dalla continuità dell’impegno assistenziale, ma anche di informazione/ formazione, di counseling, di supporto psicologico, di assicurazione, di riconoscimento del lavoro di cura (AIMA-CENSIS, 2006; Principi et al, 2007). Molti lavori anche in Italia hanno peraltro dimostrato, quanto meno per le demenze, l’efficacia di programmi di educazione e di sostegno ai familiari di persone non autosufficienti (Facchini, 2003; Nobili et al, 2004; Guerrini et al, 2005; Callahan et al, 2006);

- *di sostegno e di supervisione alle assistenti domiciliari private*: un’analoga funzione di educazione agli interventi assistenziali, di formazione, di ascolto, di “prossimità”, vale anche per le assistenti domiciliari private (le “badanti”), che affrontano l’impegno di cura con un gravoso fardello di problemi personali e familiari, con grosse difficoltà comunicative e relazionali, senza le necessarie conoscenze e competenze tecniche (Gori, 2002), a disagio nello stabilire i collegamenti con gli operatori dei servizi pubblici (Giunco et al, 2000), per di più non raramente informate ad un modello di “caregiving assistenzialistico, che mira ad accudire l’anziano sostituendolo nelle attività della vita quotidiana più che ad ottimizzare e conservare le capacità residue” (Ferrucci et al, 2002).

## Bibliografiadi riferimento

- AIMA – CENSIS (2006), *La vita riposta: i costi sociali ed economici della malattia di Alzheimer*, Milano, FrancoAngeli.
- CENSIS (1999), *La mente rubata. Bisogni e costi sociali della malattia di Alzheimer*. Milano, FrancoAngeli.
- Cigoli V. (1992), *Il corpo familiare. L’anziano, la malattia, l’intreccio generazionale*, Milano, FrancoAngeli.
- Di Bari M, Pecchioli A, Mazzaglia G, Marini M, Macciocco G, Ferrucci L, Marchionni N. Care available to severely disabled older persons living at home in Florence, Italy. *Aging Clin Exp Res* 2008; 20:31-39
- Ferrucci L, Bandinelli S, Cavazzini C, Bartali B, Benvenuti E, Lauretani F. (2002), *Dalla fragilità dell’anziano al ricovero in RSA: un percorso ad ostacoli o un circuito delle alternative?*, in Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F. (a cura di), *Residenze sanitarie per anziani*, Bologna, Il Mulino.
- Giunco F. (a cura di) (2005), *Cura e assistenza a domicilio*, Torino, UTET.
- ISTAT (2001), *Le condizioni di salute della popolazione*.
- Lamura G, Sirolla C., Melchiorre MG, Quattrini S. (2004), *L’assistenza familiare dell’anziano non autosufficiente*, in *Animazione Sociale* n. 2 (supplemento): 69-74.
- Piperno F. (2009), *Welfare e immigrazione. Impatto e sostenibilità dei flussi migratori diretti al settore socio-sanitario e della cura*. Risultati di una consultazione tra esperti. CeSPI Working Paper n. 55.
- Principi A, Polverini F, Balducci C, Melchiorre MG, Quattrini S, Gianelli MV e Lamura G. EUROFAMCARE. Rapporto Nazionale per l’Italia. <http://www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare/>
- Taccani P (a cura di) (1994), *Dentro la cura. Famiglie e anziani non autosufficienti*, Milano, FrancoAngeli, Milano.
- Tamanza G. (1998), *La malattia del riconoscimento. L’Alzheimer, le relazioni familiari, il processo di cura*, Milano, Edizioni Unicopli.

## **Appendice metodologica** (a cura di Emanuele Ciani, Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche dell'Università di Modena)

I dati sul SAD sono tratti dall'”Indagine Censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni” dell'ISTAT, anno 2006 (ultimo anno disponibile).

I dati sulla spesa del SSN (ultimo anno disponibile 2006) per l'ADI e sul numero di anziani presi in carico dal servizio (ultimo anno disponibile 2008) sono stati forniti dal Ministero per lo Sviluppo (il secondo dato è disponibile online [http://www.dps.tesoro.it/obiettivi\\_servizio/dati.asp](http://www.dps.tesoro.it/obiettivi_servizio/dati.asp), ultimo accesso 9/7/2009). Per i valori della popolazione residente sono state utilizzate le previsioni elaborate dall'ISTAT all'1/1/2009 (scenario centrale), disponibili online su [demo.istat.it](http://demo.istat.it).

Come valore di spesa media per utente anziano SAD si è utilizzata direttamente la spesa media dei Comuni per utente, fornita dalle tavole ISTAT. La spesa per ADI è stata invece stimata dividendo la spesa complessiva del SSN fornita dal Ministero dello Sviluppo per il totale di utenza dell'anno corrispondente.

Questo ultimo dato presenta alcune criticità, legate al fatto che i dati di spesa e quelli di utenza provengono, nei fatti, da due fonti differenti. La spesa per ADI viene infatti rilevata all'interno della voce 20801 dei modelli LA compilati nell'ambito della rilevazione annuale sui LEA. Tale voce comprende anche la spesa per ADP (Assistenza Domiciliare Programmata), mentre i dati di utenza dell'Annuario Statistico del SSN si riferiscono alla sola ADI. Non è però possibile scorporare l'ADP, perché non sono disponibili dati distinti né per la spesa né per l'utenza. Per questa ragione, per alcune regioni, in particolare Valle d'Aosta, Sicilia e Provincia Autonoma di Bolzano, i dati di spesa risultano sostanzialmente incoerenti con quelli dell'utenza. I valori di spesa media per utente, stimati come prima indicato, sono infatti molto superiori rispetto alla media nazionale.

Si è deciso di utilizzare per queste regioni un valore di spesa pari alla media fra i due valori di spesa per utente di servizi domiciliari rilevati dall'Age.Na.S. (2009) in una recente ricerca volta a stimare il fabbisogno standard per assistenza socio-sanitaria agli anziani. E' stata successivamente controllata la coerenza per i dati così ricostruiti, seguendo lo stesso metodo proposto dall'Age.Na.S.. L'indice di correlazione fra il tasso di utenza ADI fra gli anziani e la spesa pro-capite per anziani risulta pari a 0.78 ( $R^2=0,609$ ), il che mostra una certa coerenza fra i due dati. A riguardo della correzione adottata per alcune regioni, va in ogni caso osservato che il loro peso sul totale dell'utenza è limitato: nel 2008 risultavano il 2,3% sul totale nazionale di anziani presi in carico ADI.

Per tutte le voci di utenza e spesa sono stati utilizzati gli ultimi dati disponibili, anche se appartengono ad anni diversi, in linea con altri lavori sull'argomento (Casanova e Gori, 2006) che sostengono una sostanziale stabilità negli ultimi anni dell'utenza e della spesa SAD (fra i due servizi quello con le informazioni meno recenti). Allo scopo di renderli omogenei, i valori assoluti di spesa sono stati stimati moltiplicando il tasso di utenza per il numero di anziani residenti all'1/1/2009 (previsione dell'ISTAT, scenario centrale, disponibile online su [demo.istat.it](http://demo.istat.it)). Anche tutti i valori di spesa sono stati riportati in euro 2009, utilizzando l'indice dei prezzi al consumo NIC (comprensivo dei tabacchi)

Partendo da questi dati si è provveduto a stimare il costo delle riforme proposte, applicando gli aumenti di utenza alla popolazione anziana residente e senza ipotizzare un processo di

convergenza della spesa media regionale per utente. La variazione di spesa è definita in relazione allo status quo. Coerentemente con gli altri capitoli, tutte le stime proposte sono di tipo statico.

Occorre sottolineare che nella simulazione delle riforme dell'ADI viene considerata la sola spesa del SSN. Si è scelto di procedere in questo modo perché i dati sulla spesa comunale per "Assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari", forniti dall'Indagine Censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni, non sono risultati coerenti con i valori di spesa e utenza rilevati dalle altre fonti, al di là della differenza spiegabile dal fatto che non tutti gli interventi ADI prevedono anche una componente socio-assistenziale. Per questa ragione vengono forniti, a solo scopo indicativo, alcuni valori di spesa comunale in percentuale della spesa del SSN. Questa frazione è stata stimata utilizzando i due valori di spesa complessiva per ADI al 2006 (ultima informazione disponibile per la spesa comunale), per diverse aree geografiche.

AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI (Age.Na.S.) 2009.

Relazione finale del progetto di ricerca corrente "Rilevazione dell'attuale spesa pubblica per l'assistenza sociosanitaria agli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard".

([http://www.assr.it/agenas\\_pdf/convegno\\_modelli\\_costi\\_anziani\\_assist\\_primaria/Relazione\\_finale\\_Anziani\\_non\\_autosufficienti.pdf](http://www.assr.it/agenas_pdf/convegno_modelli_costi_anziani_assist_primaria/Relazione_finale_Anziani_non_autosufficienti.pdf))

**Tab. 2. I Servizi domiciliari nelle Regioni italiane (anni 2005 – 2007)**

REGIONE	SAD <sup>1</sup> %	ADI <sup>2</sup> %	REGIONE	SAD <sup>1</sup> %	ADI <sup>2</sup> %
Piemonte	1.4	1.9	Marche	1.0	4.1
Valle d'Aosta	4.9	0.4	Lazio	1.8	3.3
Lombardia	1.8	4.0	Abruzzo	2.4	4.2
Bolzano	3.9	0.5	Molise	3.1	3.4
Trento	3.6	1.0	Campania	1,6	1.9
Veneto	1.7	6,1	Puglia	0,8	1.9
Friuli	2.9	7.4	Basilicata	1,1	4.0
Liguria	1.3	3.2	Calabria	1,4	2.6
Emilia Romagna	2.4	6.1	Sicilia	3.4	0.9
Toscana	1.3	2.0	Sardegna	2.5	2.1
Umbria	0.6	5.1	ITALIA	1.8	3,4

1. ISTAT. Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni (anno 2006)

2. Ministero dello Sviluppo (anno 2008)

**Tab. 3. I servizi domiciliari in Europa**

Paese / Macroarea	Utenti anziani %
Danimarca	21
Svezia	9
Europa settentrionale	13
Germania	7
Francia	8
Europa Centrale	8
Spagna	4

Italia	5
Europa meridionale	4
EUROPA a 15	10

Fonte: da Gori e Casanova, 2009, mod

**Tab. 4. Costi annui dell'aumento del numero di assistiti a domicilio**

	SAD			ADI			TOTALE		
	status quo	più utenza	> Spesa	status quo	più utenza	> Spesa	status quo	più utenza	> Spesa
<b>II triennio</b>	389.469.968	428.056.537	38.586.570	1.035.091.954	1.233.005.061	197.913.106	1.424.561.922	1.661.061.598	236.499.676
			9,9%			19,1%			16,6%
<b>II triennio</b>	389.469.968	637.830.881	248.360.913	1.035.091.954	1.844.437.248	809.345.294	1.424.561.922	2.482.268.129	1.057.706.207
			63,8%			78,2%			74,2%

**Tab. 5. Costi annui dell'aumento di intensità degli interventi domiciliari a parità di persone assistite.**

	SAD			ADI			TOTALE		
	status quo	più utenza	> Spesa	status quo	più utenza	> Spesa	status quo	più utenza	> Spesa
<b>II triennio</b>	389.469.968	506.310.958	116.840.990	1.035.091.954	1.345.619.541	310.527.586	1.424.561.922	1.851.930.499	427.368.577
			30,0%			30,0%			30,0%
<b>II triennio</b>	389.469.968	584.204.951	194.734.984	1.035.091.954	1.552.637.932	517.545.977	1.424.561.922	2.136.842.883	712.280.961
			50,0%			50,0%			50,0%

**Tab. 6. Costi annui dell'aumento globale dei servizi domiciliari.**

	SAD			ADI			TOTALE		
	status quo	più utenza	> Spesa	status quo	più utenza	> Spesa	status quo	più utenza	> Spesa
<b>II triennio</b>	389.469.968	556.473.498	167.003.531	1.035.091.954	1.602.906.579	567.814.625	1.424.561.922	2.159.380.077	734.818.156
			42,9%			54,9%			51,6%
<b>II triennio</b>	389.469.968	956.746.321	567.276.353	1.035.091.954	2.766.655.873	1.731.563.918	1.424.561.922	3.723.402.193	2.298.840.272
			145,7%			167,3%			161,4%

**Tab. 7. Progressiva riduzione delle differenze territoriali, con finanziamento delle sole Regioni che non raggiungono l'indice minimo di copertura dei servizi domiciliari: evoluzione dell'utenza nelle diverse Regioni a 3 e 6 anni**

REGIONE	Attuale %	3 anni %	6 anni %	REGIONE	Attuale %	3 anni %	6 anni %
Piemonte	3.3			Marche	5.1	5.8	6.1
Valle d'Aosta	5.3	3.7	5.0	Lazio	5.1	5.1	5.3
Lombardia	5.8	6.9	7.9	Abruzzo	6.6	6.6	6.6
Bolzano	4.4	5.8	6.0	Molise	6.5	6.5	6.5
Trento	4.6	5.9	6.9	Campania	3.5	3.7	5.0
Veneto	7.8	5.6	6.6	Puglia	2.7	3.7	5.0
Friuli	10.3	7.8	8.1	Basilicata	5.1	5.7	6.0
Liguria	4.5	10.3	10.3	Calabria	4.0	4.3	5.0
Emilia Romagna	8.5	4.9	5.2	Sicilia	4.3	5.4	6.4
Toscana	3.3	8.5	8.5	Sardegna	2.6	4.5	5.5
Umbria	5.7	3.7	5.0	<b>ITALIA</b>	<b>5.2</b>	<b>5.5</b>	<b>6.1</b>

**Tab. 8. Costi annui della progressiva riduzione delle differenze territoriali, con finanziamento delle sole Regioni che non raggiungono l'indice minimo di copertura dei servizi domiciliari**

	SAD			ADI			TOTALE		
	status quo	più utenza	> Spesa	status quo	più utenza	> Spesa	status quo	più utenza	> Spesa
<b>II triennio</b>	389.469.968	428.056.537	38.586.569	1.035.091.954	1.070.430.911	35.348.957	1.424.561.922	1.498.487.448	73.935.526
			9,9%			3,4%			5,2%
<b>II triennio</b>	389.469.968	465.510.038	76.040.070	1.035.091.954	1.243.165.159	208.073.205	1.424.561.922	1.708.675.197	284.113.275
			19,5%			20,1%			19,9%



**Tab. 9. Aumento del numero degli utenti senza riduzione delle differenze territoriali: evoluzione dell'utenza nelle diverse Regioni a 3 e 6 anni**

REGIONE	Attuale %	3 anni %	6 anni %	REGIONE	Attuale %	3 anni %	6 anni %
Piemonte	3.3	3.8	5.8	Marche	5.1	6.1	9.2
Valle d'Aosta	5.3	6.0	8.8	Lazio	5.1	6.0	9.0
Lombardia	5.8	6.8	10.2	Abruzzo	6.6	7.6	11.5
Bolzano	4.4	4.9	7.5	Molise	6.5	7.5	11.2
Trento	4.6	5.2	7.9	Campania	3.5	3.9	5.9
Veneto	7.8	9.2	13.7	Puglia	2.7	3.1	4.8
Friuli	10.3	12.1	18.0	Basilicata	5.1	6.0	9.1
Liguria	4.5	5.3	7.9	Calabria	4.0	4.6	6.9
Emilia Romagna	8.5	9.9	14.8	Sicilia	4.3	4.8	7.3
Toscana	3.3	3.8	5.7	Sardegna	2.6	5.3	8.0
Umbria	5.7	6.8	10.1	<b>ITALIA</b>	<b>5.2</b>	<b>6.0</b>	<b>9.0</b>

**Tab. 10. Costi annui dell'aumento del numero degli utenti senza riduzione delle differenze territoriali**

	SAD			ADI			TOTALE		
	status quo	più utenza	> Spesa	status quo	più utenza	> Spesa	status quo	più utenza	> Spesa
<b>II triennio</b>	389.469.968	428.416.964	38.946.997	1.035.091.954	1.242.110.345	207.018.391	1.424.561.922	1.670.527.310	245.965.388
			10,0%			20,0%			17,3%
<b>II triennio</b>	389.469.968	642.625.446	253.155.479	1.035.091.954	1.863.165.518	828.073.564	1.424.561.922	2.505.790.964	1.081.229.042
			65,0%			80,0%			75,9%

**Tab. 11. Aumento del numero degli utenti e contestuale riduzione delle differenze territoriali: evoluzione dell'utenza nelle diverse Regioni a 3 e 6 anni**

REGIONE	Attuale %	3 anni %	6 anni %	REGIONE	Attuale %	3 anni %	6 anni %
Piemonte	3.3	4.0	5.6	Marche	5.1	6.5	9.3
Valle d'Aosta	5.3	6.9	10.8	Lazio	5.1	5.7	8.7
Lombardia	5.8	6.5	9.9	Abruzzo	6.6	7.3	11.2
Bolzano	4.4	5.9	9.3	Molise	6.5	7.1	10.9
Trento	4.6	5.6	8.8	Campania	3.5	3.9	5.8
Veneto	7.8	8.8	13.4	Puglia	2.7	3.9	5.3
Friuli	10.3	11.6	17.5	Basilicata	5.1	6.4	9.0
Liguria	4.5	5.8	7.7	Calabria	4.0	4.7	6.7
Emilia Romagna	8.5	9.5	14.4	Sicilia	4.3	5.4	8.4
Toscana	3.3	4.1	5.5	Sardegna	2.6	5.0	7.7
Umbria	5.7	7.6	10.9	<b>ITALIA</b>	<b>5.2</b>	<b>6.0</b>	<b>9.0</b>

**Tab. 12. Finanziamento dell'indice programmatico su tutto il territorio nazionale: evoluzione dell'utenza nelle diverse Regioni a 3 e 6 anni**

REGIONE	Attuale %	3 anni %	6 anni %	REGIONE	Attuale %	3 anni %	6 anni %
Piemonte	3.3	6.0	9.0	Marche	5.1	6.0	9.0
Valle d'Aosta	5.3	6.0	9.0	Lazio	5.1	6.0	9.0
Lombardia	5.8	6.0	9.0	Abruzzo	6.6	6.6	6.6
Bolzano	4.4	6.0	9.0	Molise	6.5	6.5	6.5
Trento	4.6	6.0	9.0	Campania	3.5	6.0	9.0
Veneto	7.8	7.8	7.8	Puglia	2.7	6.0	9.0
Friuli	10.3	10.3	10.3	Basilicata	5.1	6.0	9.0
Liguria	4.5	6.0	9.0	Calabria	4.0	6.0	9.0
Emilia Romagna	8.5	8.5	8.5	Sicilia	4.3	6.0	9.0
Toscana	3.3	6.0	9.0	Sardegna	2.6	6.0	9.0
Umbria	5.7	6.0	9.0	<b>ITALIA</b>	<b>5.2</b>	<b>6.5</b>	<b>9.1</b>

**Tab. 13. Costi del finanziamento dell'indice programmatico in tutte le Regioni**

	SAD			ADI			TOTALE		
	status quo	più utenza	> Spesa	status quo	più utenza	> Spesa	status quo	più utenza	> Spesa
<b>II triennio</b>	389.469.968	459.323.831	69.853.863	1.035.091.954	1.397.217.513	362.125.558	1.424.561.922	1.856.541.344	431.979.422
			17,9%			35,0%			30,3%
<b>II triennio</b>	389.469.968	635.581.168	246.111.200	1.035.091.954	1.964.082.949	928.990.995	1.424.561.922	2.599.664.117	1.175.102.195
			63,2%			89,7%			82,5%

**Tab. 14. Costi annui dei servizi domiciliari (SAD + ADI) nelle diverse opzioni**

	status quo (ip. 1)	ipotesi 2	> spesa	ipotesi 3	> spesa	ipotesi 4	> spesa	ipotesi 5	> spesa
<b>II triennio</b>									
<b>Italia</b>	1.424.561.922	1.498.170.961	73.609.039	1.670.527.310	245.965.388	1.661.061.598	236.499.676	1.856.541.344	431.979.422
			5,2%		17,3%		16,6%		30,3%
<b>Nord-Ovest</b>	368.511.747	381.868.598	13.356.851	432.009.775	63.498.028	423.464.338	54.952.591	497.565.748	129.054.002
			3,6%		17,2%		14,9%		35,0%
<b>Nord-Est</b>	436.498.452	439.828.193	3.329.741	512.849.904	76.351.452	495.152.473	58.654.020	440.235.273	3.736.820
			0,8%		17,5%		13,4%		0,9%
<b>Centro</b>	333.130.945	349.524.220	16.393.275	392.854.013	59.723.068	394.750.317	61.619.372	459.060.805	125.929.861
			4,9%		17,9%		18,5%		37,8%
<b>Mezzogiorno</b>	286.420.778	326.949.949	40.529.171	332.813.618	46.392.840	347.694.470	61.273.692	459.679.517	173.258.739
			14,2%		16,2%		21,4%		60,5%

**Tab. 15. Intervento sulle differenze territoriali**

	status quo	ipotesi 1	> spesa	ipotesi 2	> spesa	ipotesi 3	> spesa	ipotesi 4	> spesa
<b>Il triennio</b>									
<b>Italia</b>	1.424.561.922	1.708.675.197	284.113.275	2.505.790.964	1.081.229.042	2.482.268.129	1.057.706.207	2.599.664.117	1.175.102.195
			19,9%		75,9%	2.482.268.129	1.057.706.207		82,5%
<b>Nord-Ovest</b>	368.511.747	443.678.805	75.167.058	648.014.662	279.502.915		74,2%	742.599.290	374.087.543
			20,4%		75,8%	630.868.080	262.356.333		101,5%
<b>Nord-Est</b>	436.498.452	446.112.368	9.613.916	769.274.856	332.776.404		71,2%	472.966.426	36.467.974
			2,2%		76,2%	752.049.763	315.551.310		8,4%
<b>Centro</b>	333.130.945	405.220.563	72.089.608	589.281.019	256.150.074		72,3%	682.660.066	349.529.121
			21,6%		76,9%	579.665.563	246.534.618		104,9%
<b>Mezzogiorno</b>	286.420.778	413.663.471	127.242.693	499.220.427	212.799.649		74,0%	701.438.335	415.017.557
			44,4%		74,3%	519.684.723	233.263.945		144,9%

Ipotesi 2 = finanziamento delle sole Regioni che non raggiungono l'indice minimo di copertura dei servizi domiciliari (paragrafo 4, punto 4.2)

Ipotesi 3 = aumento del numero degli utenti senza riduzione delle differenze territoriali (paragrafo 4, punto 4.3)

Ipotesi 4 = aumento del numero degli utenti e contestuale riduzione delle differenze territoriali (paragrafo 3, punto 3.2)

Ipotesi 5 = definizione di un indice programmatico vincolante per tutte le Regioni (paragrafo 4, punto 4.5)