

ALLEGATO¹

Risultati degli interventi domiciliari di lungassistenza rivolti agli anziani non autosufficienti della Città di Torino

Franco Cirio, Responsabile infermieristico Distretto continuità dell'assistenza ospedale-territorio dell'ASL Città di Torino e Docente a contratto di Infermieristica della cronicità e disabilità c/o Corso di laurea in Scienze infermieristiche, Università degli Studi di Torino

Giulia Adduci, Laureanda in Infermieristica, Università degli Studi di Torino, aa. 2020-2021

Livelli essenziali di salute e percorsi assistenziali a domicilio

Il Servizio sanitario nazionale (SSN), come previsto dall'Art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017 ⁽¹⁾ che definisce e aggiorna i livelli essenziali di assistenza, garantisce alle persone non autosufficienti o in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

Le cure mirano a stabilizzare il quadro clinico, a limitare il declino funzionale e a migliorare la qualità della vita della persona nel proprio ambiente familiare, evitando per quanto possibile, il ricorso al ricovero ospedaliero o in una struttura residenziale. In ogni caso la ASL assicura la continuità tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

Il suddetto articolo prevede inoltre una suddivisione delle cure domiciliari per livelli di complessità assistenziale:

- di base, caratterizzate da prestazioni occasionali
- integrate (ADI) di I^a livello, caratterizzato da un Coefficiente d'intensità assistenziale (CIA) fino a 0,30
- integrate (ADI) di II^a livello (CIA tra 0,31-0,50)
- integrate (ADI) di III^a livello (CIA >0,50)

(CIA: rapporto tra giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare e giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma)

Le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, dovrebbero integrarsi con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 recante «Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria». Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del «Progetto di assistenza individuale» (PAI) sociosanitario integrato.

Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona (ad es. cura e igiene della persona, aiuto nella deambulazione, supervisione assunzione terapia farmacologica). Tali prestazioni sono interamente a carico del SSN per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta, e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi, il restante 50% è a carico del Comune che ha

¹ Allegato all'articolo: "A cosa serve la lungassistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti?" di Franco Cirio e Giulia Adduci. Pubblicato su welforum.it il 13 settembre 2021.

facoltà di chiedere all'utente di coprire con risorse proprie parte della quota (su base ISEE), secondo quanto previsto dalla normativa regionale e comunale.

Tuttavia, gli interventi di assistenza tutelare sono purtroppo poco precisati come livello essenziale da garantire, e sono messi in atto con modalità estremamente diverse nei vari territori.

Gli interventi domiciliari di lungo assistenza nella Città di Torino

Gli interventi domiciliari di lungo assistenza (LA) normati dalla Regione Piemonte con DGR n. 39-11190 del 6/04/2009 ^(2, 3), oggetto di questa analisi, rappresentano l'attuazione locale dell'integrazione sociosanitaria per il mantenimento a domicilio delle persone anziane non autosufficienti. La LA può integrarsi con il sostegno delle Cure domiciliari più prettamente sanitarie: di base (ADP) o Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) di I°, II°, III° livello.

La richiesta della LA è subordinata alla presentazione della domanda di valutazione multidimensionale all'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) competente per il Distretto sanitario dell'ASL di residenza da parte dell'anziano. La richiesta dell'anziano deve essere accompagnata dall'impegnativa del Medico di Medicina Generale comprensiva di una Scheda di sintesi informativa sanitaria, l'accertamento ISEE o, in passato una dichiarazione sostitutiva unica della condizione reddituale e patrimoniale (DSU).

Entro 90 giorni dalla data di ricevimento della richiesta, l'UVG esegue la valutazione sanitaria e sociale utilizzando uno strumento elaborato all'interno della Regione Piemonte: la "Cartella geriatrica", attesta il livello della non autosufficienza, elabora il Progetto Individuale concordato con l'interessato e la sua famiglia e lo inserisce in una graduatoria d'attivazione dell'intervento.

Gli interventi a sostegno della domiciliarità contemplabili nel Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.), si articolano in:

- prestazioni di assistenza familiare
- prestazioni di assistenza domiciliare da parte di operatori socio-sanitari
- affidamento diurno
- ricoveri di sollievo
- telesoccorso
- pasti a domicilio.

Tale sostegno si configura come erogazione monetaria riconosciuta al beneficiario o come prestazione diretta da parte di figure professionali.

Le prestazioni possono essere erogate tramite:

- assunzione di un Assistente Familiare
- acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare
- acquisto del servizio di telesoccorso
- acquisto di pasti a domicilio.

I PAI hanno dei massimali di spesa previsti dalla normativa regionale, differenziati per livello d'intensità assistenziale, espressione del grado di bisogno derivante dalla non autosufficienza, valutato dall'UVG:

- € 800,00 per PAI di Bassa intensità
- € 1.100,00 per PAI di Media intensità
- € 1.350,00 (€ 1.640 se anziano senza rete familiare) per PAI di Medio/Alta intensità

Dal 1 giugno 2021 i massimali sono stati ridotti e differenziati su due condizioni, in applicazione dei criteri previsto dal Piano Nazionale per la non autosufficienza ⁽⁵⁾:

- € 600,00 per PAI a soggetto con disabilità grave
- € 800,00 per PAI a soggetti con disabilità gravissima

Le quote sociali e quelle sanitarie, ciascuna corrispondente al 50% del valore del PAI possono essere rispettivamente integrate fino a € 200,00 in base all'ISEE presentato e/o con prestazioni sanitarie integrative sulla base delle valutazioni cliniche e terapeutiche.

I PAI non devono obbligatoriamente raggiungere sempre il massimale di spesa e possono altresì prevedere il loro superamento, la cui quota eccedente il massimale è però a carico dell'assistito.

I punti di forza di questo modello (in atto da più di 15 anni) sono la possibilità di trasformare il budget per i PAI in molti interventi diversi, da adattare alle necessità del paziente e della famiglia (ad esempio non solo necessariamente ore OSS o contributi in denaro), e l'elevato volume di spesa possibile al crescere del bisogno (e dunque il significativo numero di ore di tutela offerte).

Modalità di studio

Lo studio della Lungo assistenza domiciliare nella Città di Torino è condotto con un approccio retrospettivo. Dal database dell'ASL Città di Torino denominato "SAO-LA" è stato estratto l'elenco degli anziani non autosufficienti che al 30/06/2021 usufruivano d'interventi di Lungoassistenza domiciliare. Tale elenco è stato correlato con il database regionale "FAR-SIAD" flusso relativo alle Cure domiciliari sanitarie: ADI, con il database dell'ASL "Continuità delle cure" post ricovero ospedaliero" e con il database regionale "Fragili caldo" relativo alle misure di prevenzione di malori da ondate di calore estivo.

Nel dettaglio i dati estratti sono stati i seguenti:

- SAO-LA: Codice Fiscale anziani, Genere, Età, Tipologia di intervento attivato, Data di attivazione
- FAR-SIAD: Codice fiscale assistito in ADI, Data di attivazione
- Continuità cure: Codice fiscale assistito, Tipologia d'intervento assistenziale post ricovero ospedaliero
- Fragili caldo: Codice fiscale assistito, Età, Invalidità $\geq 67\%$, Ricovero ospedaliero negli ultimi 12 mesi per le seguenti patologie (diagnosi principale o diagnosi secondaria): broncopneumopatie croniche, altre malattie del polmone, scompenso cardiaco, ictus, aritmie, ipertensione, ischemie, cardiomiopatie, diabete mellito, fratture del femore, demenza, psicosi, etilismo, morbo di Parkinson, emiplegia, SLA, insufficienza renale cronica, ulcere da decubito, artrosi, trattamento con chemio o radioterapia

L'analisi statistica è stata condotta con gli applicativi statistici R (Jamovi 1,6) e OpenEpi 0,3. Nell'analisi inferenziale si sono comparati il gruppo di anziani di età ≥ 75 anni con LA da almeno 12 mesi (n. 1.560 soggetti) e la popolazione torinese ≥ 75 anni, con invalidità $\geq 67\%$, che non usufruiva d'interventi assistenziali di LA (n. 7.455). Quest'ultimi sono stati valutati

come gruppo di confronto disponibile, apparentemente più simile ai non autosufficienti usufruenti della Lungassistenza domiciliare. Per estrarre il gruppo di confronto si sono utilizzati i dati messi a disposizione dalla Regione Piemonte per attivare sugli anziani più fragili misure idonee a prevenire malesseri correlati ad ondate di calore estivo (progetto fragili caldo).

Risultati

A giugno 2021 n. 1.845 anziani (0,82% della popolazione ultrasessantacinquenne) usufruivano di sostegni domiciliari di LA con interventi differenziati per intensità assistenziale che aumenta con l'avanzare dell'età e verosimilmente del grado di non autosufficienza (tabella 1). La distribuzione territoriale dei progetti di LA si differenzia proporzionalmente alla densità di popolazione anziana dei quattro Distretti sanitari costituenti l'ASL Città di Torino, ma anche al ridotto reddito degli usufruenti maggiormente marcato nei Distretti nord e sud ovest (tabella 2).

Le donne sono prevalenti: 1.424 (77,2%) a fronte di 421 (22,8%) uomini. L'età media è di 85 anni (DS \pm 7; 65-106), 87 anni tra le donne e 83 tra gli uomini.

Tra la tipologia di interventi attivati prevalgono la messa a disposizione di Assistenti familiari affiancate da OSS che supervisionano l'efficacia del progetto per conto dell'Assistente Sociale del Comune di Torino e dell'Infermiere dell'ASL che hanno predisposto congiuntamente il Piano individuale d'Assistenza (PAI) con l'assistito e sua famiglia. A seguire l'intervento di erogazione all'anziano di un Assegno economico di cura di contribuzione al pagamento di Assistenti familiari che hanno stipulato un contratto direttamente con l'assistito.

Il PAI può prevedere più interventi congiunti che si integrano tra loro, aumentando il grado di sostegno all'anziano non autosufficiente, come ad esempio: presenza per alcune ore della giornata dell'Assistente familiare, contemporanea attivazione di un Telesoccorso, fornitura di pasti a domicilio, ecc. (tabella 3).

Tabella 1. Stratificazione della popolazione anziana con LA per età e intensità assistenziale richiesta al 30/06/2021

Intensità progetti	65-74 anni		75-84 anni		≥ 85 anni		Tot.	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Bassa	10	8,9	34	30,4	68	60,7	112	100
Media	107	15,9	243	36,0	325	48,1	675	100
Alta	142	13,4	333	31,5	583	55,1	1.058	100
Tot.	259	14,0	610	33,1	976	52,9	1.845	100

Tabella 2. Distribuzione degli anziani con LA nei Distretti sanitari della Città di Torino

Distretti di Torino	n. pop. ≥ 65 aa	n. PAI attivi	%
Nord Est	45.159	388	0,86
Nord Ovest	54.316	530	0,97
Sud Est	53.854	321	0,60
Sud Ovest	71.446	606	0,85
Tot.	224.775	1.845	0,82

Tabella 3. Tipologia d'interventi attivati nella LA

Tipologia interventi	n°	%*
ASSISTENTE FAMILIARE (A.F.)	619	33,6
OSS	536	29,1
AFFIDAMENTO FAMILIARE	76	4,1
CURE FAMILIARI	132	7,2
TELESOCCORSO	185	10,0
ACCOMPAGNAMENTI SANITARI	6	0,3
SUPPORTO AMM.VO NELLA GESTIONE CONTRATTI CON L'A.F.	223	12,1
GESTIONE AMM.VA CONTRATTI CON L'A.F.	37	2,0
PRESTAZIONI ACCESSORIE	45	2,4
ASSEGNO DI CURA PER PAGARE CONTRATTO A.F.	464	25,1

% calcolata su 1845 assistiti

Gli interventi di LA possono durare anche per più anni (media di 2-3 anni), a volte con modifiche nell'articolazione del PAI, come si evidenzia nella sottostante tabella 4, con un elevato impegno di spesa da parte del SSN corrispondente sempre al 50% dei valori dei progetti. L'aumentare progressivo della spesa per sostenere questa tipologia di aiuti ha richiesto di introdurre dei criteri di priorità d'inserimento, la costituzione di una lista d'attesa e un contingentamento dei nuovi assistiti proporzionale alle interruzioni dei progetti già attivi per inserimento in Strutture residenziali o decesso dell'assistito.

Tabella 4. Durata delle prese in carico con LA

Intensità	Durata media PAI (gg.)
Bassa	1.066; DS ± 560 ; Mediana 1351 (7-61)
Media	644; DS ± 439 ; Mediana 998 (26-1603)
Alta	905; DS ± 438 ; Mediana 923 (24-1599)

Anno di inizio LA	Alta		Media		Bassa		Tot	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
2021 (gennaio-giugno)	79	7,5	14	2,1	1	0,9	94	5,1
2020	132	12,5	58	8,6	3	2,7	193	10,5
2019	248	23,4	138	20,4	12	10,7	398	21,6
2018	184	17,4	102	15,1	6	5,4	292	15,8
2017	414	39,1	361	53,5	90	80,4	865	46,9
2016	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2015	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2014	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,1
2013	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,1
2012	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2011	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Tot.	1058	100	675	100	112	100	1845	100

Integrazione della LA con ADI e Ricoveri ospedalieri

L'integrazione con le Cure domiciliari sanitarie multi professionali (ADI) risulta più elevata rispetto all'insieme della popolazione ultrasessantacinquenne di Torino (9,8% vs. 2,8%), ma anche rispetto al gruppo di controllo ritenuto maggiormente simile alla popolazione con LA attiva costituita da: ultrasessantacinquenni con disabilità accertata pari o superiore al 67% (6,2%). Analoga maggiore integrazione è stata rilevata anche con l'utilizzo dell'Assistenza domiciliare programmata (ADP) da parte del proprio medico di medicina generale (tabella 5).

Tabella 5. Anziani con LA e senza, che hanno anche usufruito nell'anno 2020 di Cure domiciliari sanitarie

Tipologia di Cure domiciliari	Popolazione ≥ 75 aa che usufruisce di LA al 31/12/2019 (1560)		Popolazione. ≥ 75 aa con invalidità ≥ 67% che non usufruisce di LA (n. 7.455)		Test significatività statistica	
	n.	%	n.	%	chi-square	p-value Odds Ratio
ADI nel 2020	153	9,8	465	6,2	25	< 0.001 1,64 (IC: 1,4-1,9)
ADP nel 2020	149	9,6	315	4,2	75	< 0.001 2,4 (IC: 1,9-2,9)

Il quadro riportato nella sottostante tabella 6, evidenzia che tra la popolazione anziana ultrasessantacinquenne con sostegni domiciliari di LA i ricoveri ospedalieri sono molto più ridotti rispetto al resto della popolazione: 12,6% vs. 30% della restante popolazione ≥75 aa con invalidità ≥ 67%.

La Lungo assistenza domiciliare sembrerebbe quindi esercitare una funzione protettiva (Odds ratio 0,34) e ridurre i rischi di scompenso o d'insorgenza di complicanze delle seguenti patologie con necessità di ricovero ospedaliero: broncopneumopatie croniche, altre malattie del polmone, scompenso cardiaco, ictus, aritmie, ipertensione, ischemie, cardiomiopatie, diabete mellito, fratture del femore, demenza, psicosi, etilismo, morbo di Parkinson, emiplegia, SLA, insufficienza renale cronica, ulcere da decubito, artrosi, trattamento con chemio o radioterapia.

Inoltre, solo 61 anziani con LA attiva hanno dovuto ricorrere alla dimissione ospedaliera ad interventi di continuità delle cure:

- Inserimenti in posti letto di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS): n. 15 (24,6%)
- Inserimenti in Reparti per gestione di soggetti positivi al COVID19: n. 9 (14,8)
- Inserimenti in Strutture di Lungodegenza: n. 2 (3,2)
- Inserimenti in Strutture riabilitative: n. 2 (19,7)
- Inserimenti in RSA: n. 8 (13,1)
- Rientro al domicilio con l'attivazione dell'ADI: n. 15 (24,6).

Il confronto con il gruppo di controllo evidenzia che la LA eserciti una funzione preventiva (3,9 vs. 7,4%; Odds ratio 0,51) anche sulla necessità di attivare interventi di continuità delle cure post dimissione ospedaliera.

E' verosimile secondo gli autori, che il sostegno fornito dall'Assistente familiare, integrato da OSS e se necessario dall'Infermiere e Medico dell'ADI, supporti l'anziano negli atti di vita quotidiana, migliori le capacità dei caregivers di sorvegliare le sue condizioni cliniche, prevenendo o anticipando stati di compenso delle più frequenti patologie croniche e mantenga il domicilio come ambiente tutelato idoneo per un rientro dopo un eventuale ricovero ospedaliero.

Tabella 6. Stratificazione per intensità assistenziale e fragilità degli anziani ≥ 75 anni che usufruiscono di LA da almeno 12 mesi

Fragilità tra ≥75 aa in LA: n. 1560	Alta		Media		Bassa		Tot	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Ricovero Ospedaliero negli ultimi 12 mesi	128	8,2	64	4,1	4	0,3	196	12,6
Poliassunzione farmacologica (5 categorie distinte)	212	13,6	126	8,1	19	1,2	357	22,9
Invalidità ≥ 67%	231	14,8	152	9,8	33	2,1	416	26,7

Eventi avversi	Popolazione. ≥ 75 aa che usufruisce di LA (n. 1.560)		Popolazione. ≥ 75 aa con invalidità ≥ 67% che non usufruisce di LA (n. 7.455)		Test significatività statistica	
	n.	%	n.	%	chi-square	p-value Odds Ratio
Ricovero Ospedaliero negli ultimi 12 mesi	196	12,6	2.208	30	191,3	< 0.001 0,34 (IC: 0,29-0,39)
Bisogno di continuità cure post ricovero ospedaliero	61	3,9	550	7,4	23,9	< 0.001 0,51 (IC: 0,39-0,67)

Conclusioni

Il sostegno alla domiciliarità attraverso interventi sociosanitari di Lungassistenza domiciliare, oltre a migliorare verosimilmente la qualità di vita degli anziani che ne usufruiscono, e ad evitare ricoveri in RSA indesiderati e inappropriati, sembra efficace anche nel prevenire ricoveri ospedalieri per quadri patologici cronici nei soggetti ultrasettantacinquenni. Inoltre, qualora il ricovero ospedaliero si renda necessario, riduce il bisogno di attivare interventi di continuità assistenziale alla dimissione, con una verosimile riduzione dei tempi stessi di ricovero.

La riduzione dei ricoveri, stimata tra il 29 e 39% degli anziani ultrasettantacinquenni in LA, corrisponde ad una popolazione tra le 256 e 412 persone, il cui ricovero medio secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità è di 6,8 giornate con un costo medio quotidiano di € 712,00. Ne consegue, per l'effetto protettivo della LA un risparmio stimato tra € 1.093.632 e 1.760.000 per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Inoltre, se il bisogno di continuità cure tra gli ultrasettantacinquenni che vengono ricoverati è stimata tra il 39 e il 67% dei dimessi, il venire meno della LA, aumenterebbe il numero di anziani (tra le 100 e le 276 persone) che necessitano di continuità cure alla dimissione ospedaliera, con costi aggiuntivi per il SSN.

In conclusione, poiché in questo momento sono in preparazione riordini nazionali dell'assistenza ai non autosufficienti, converrebbe tener conto di ciò che le evidenze empiriche dimostrano: accanto agli interventi domiciliari sanitari occorrono robusti interventi di sostegno negli atti della vita quotidiana, sociosanitari, per gli effetti positivi plurimi sull'utenza e di risparmio del Servizio Sanitario Nazionale.

Riferimenti bibliografici

1) [Il DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo in Gazzetta Ufficiale - Supplemento n.15](#) (ultimo collegamento 20/08/2021).

2) Regione Piemonte, Bollettino Ufficiale n. 15 del 16 / 04 / 2009, Deliberazione della Giunta Regionale 6 aprile 2009, n. 39-11190, Riordino delle [prestazioni](#) di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungassistenza di anziani non autosufficienti. Estensione dei criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare di cui alla D.G.R. n. 37-6500 del 23.7.2007. (ultimo collegamento 20/08/2021)

3) Redazione *Prospettive Assistenziali*, "Anziani cronici non autosufficienti: delibera della regione Piemonte sulle cure domiciliari e relativi contributi economici", *Prospettive Assistenziali*, [n. 166 aprile-giugno 2009](#). (ultimo collegamento 20/08/2021)

4) D. Bodda, M. Merana, "Dieci buone ragioni perché le cure domiciliari siano LEA", *Welfare Oggi*, A. 19: n. 2 (2014: mar-apr), p. 63-66

5) Regione Piemonte, DGR 3-2257 del 13/11/2020 Programmazione regionale degli interventi e dei servizi per l'attuazione del Piano nazionale per la non autosufficienza nel triennio 2019-2021 e Protocollo operativo tra Città di Torino e ASL Città di Torino.