Casa come primo luogo di cura

Una discussione a partire dai casi presi in carico con l’assistenza domiciliare sanitaria nell’ASL Città di Torino

Franco Cirio, Marcella Rivolta, Fabiano Zanchi, | 06 febbraio 2025

Premessa

Il DM 77 del 23/05/2022[note]Ministero della Salute, Decreto 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario Nazionale”.[/note] che definisce modelli organizzativi, standard e le principali tematiche connesse agli interventi previsti nell’ambito della Missione 6 Component 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” del PNRR, menziona la casa “come primo luogo di cura viene individuata all’interno della programmazione sanitaria nazionale quale *setting* privilegiato dell’assistenza territoriale” e le cure domiciliari “come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell’assistenza nell’ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato”.

La casa come primo luogo di cure viene posto come obiettivo da raggiungere anche con l’avvio d’interventi di telemonitoraggio a distanza da parte dei medici e degli infermieri per: comunicare e fornire cure e assistenza ai pazienti, monitorare clinicamente i pazienti, prescrivere farmaci, sorvegliare quotidianamente i parametri vitali, identificare l’insorgenza dei problemi in anticipo e fornire consulenze socio-sanitarie ai pazienti e ai loro caregiver. Tutto questo con minor sforzo, riduzione degli spostamenti fisici e un sostegno maggiormente efficace alla gestione le persone con malattie croniche per rimanere indipendenti a casa propria.

Le Cure Domiciliari, sempre secondo il DM77/2022, si articolano in “un livello Base e in Cure Domiciliari Integrate (ADI) di I°, di II° e di III° livello) e consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l’assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana”.

L’indicatore di Monitoraggio dell’Assistenza Domiciliare prevede la misurazione della percentuale di pazienti over 65 in assistenza domiciliare considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni, “presi in carico” per tutte le classi d’intensità assistenziale (CIA), misurate con il rapporto tra giornate effettive di assistenza (GEA) e giornate di cura (GDC) relative al periodo di presa in carico.

Per l’anno 2023 la percentuale prevista dal Ministero della Salute di pazienti over 65 da prendere in carico in assistenza domiciliare è stata del 9% e del 12% entro il 31/12/2024. Si precisa che l’obiettivo prevedeva il conteggio univoco degli assistiti, penalizzando le eventuali plurime prese in carico nel corso dell’anno dello stesso anziano.

Le criticità relative alla formulazione di questi indicatori sono state già evidenziate su questo sito da Carlo Mamo e Maurizio Motta in un articolo del 14 dicembre 2023[note]Carlo Mamo e Maurizio Motta, Come valutare le riforme su disabilità e non autosufficienza, Welforum.it, 14/12/2023.[/note]. In un contesto epidemiologico che si caratterizza per l’aumento della popolazione, prevalentemente anziana, con comorbilità di patologie croniche, non autosufficienti nelle attività d vita quotidiana, un indicatore che misuri unicamente il “volume di utenti che hanno usufruito di un intervento sanitario” al domicilio, non dice nulla sull’efficacia nel garantire la casa come primo luogo di cura, come previsto dal DM 77 del 20222.

L’ASL Città di Torino ha comunque raggiunto l’obiettivo posto dal Ministero della Salute per gli anni 2023 e 2024, partendo per altro da un valore del 3,4% riferito all’anno 2022.

Notevole quindi l’impegno dimostrato, che ha valorizzato tutte le prestazioni erogate a domicilio, spesso mono professionali, ma non sempre contestualizzate in una vera e significativa “presa in carico” con una equipe multiprofessionale.

Obiettivo e Metodologia dello studio

Lo studio si è posto i seguenti obiettivi:

- analizzare l'assistenza domiciliare erogata nel 2023 sui residenti/domiciliati nella città di Torino;
- individuare altre categorie di assistiti che possono beneficiare di una presa in carico domiciliare a supporto della loro condizione di anziani "fragili" e/o affetti da patologie croniche.

I dati sulle cure domiciliari sono stati estratti dai flussi regionali SIAD[note]Il Sistema Informativo del Ministero della Salute per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (ADI, ADP), che costituisce un flusso di dati interno al SSN[/note] e correlati alle seguenti coorti di popolazione:

- anziani non autosufficienti assistiti in Lungassistenza domiciliare[note]Interventi sociosanitari di sostegno della domiciliarità per anziani non autosufficienti erogati congiuntamente con i Servizi Sociali del Comune di Torino attraverso prestazioni attraverso buoni servizi (assistenza OSS e/o Assistenti famigliari, Telesoccorso, ecc.) o erogazioni economiche.[/note];
- anziani Fragili alle ondate di calore estivo;
- soggetti in Ossigenoterapia per insufficienza respiratorie croniche.

Analisi dell'assistenza domiciliare sui residenti/domiciliati nella città di Torino – anno 2023

Gli esiti dell'analisi, esposti nell'ALLEGATO1, e l'attività di cura e assistenza domiciliare svolta nel 2023 ha evidenziato il prevalere di cure domiciliari caratterizzate da una monoprestazione erogata occasionalmente come visite mediche specialistiche, prelievi ematochimici, sostituzione di catetere vescicale (45,5%). Seguono le prese in carico monoprofessionali da parte dei MMG con le ADP (12,3%) e da Infermieri con le SID (25,1%).

Minoritaria l'Assistenza Domiciliare Integrata per cure palliative (4,9%), riabilitative (7,2%) e generaliste (5%), che propone un Piano di Assistenza Individualizzata frutto dell'integrazione di professionalità diverse: sempre il MMG con Medici specialisti, Infermieri o altre Professioni sanitarie (tabella 1).

L'analisi delle motivazioni che hanno indotto il MMG a chiedere l'attivazione delle cure domiciliari evidenzia che riguardano sostanzialmente la necessità di far eseguire all'Infermiere una o più prestazioni: rilevazioni segni e parametri indicatori di miglioramento o peggioramento della/e patologie in corso, esecuzione di medicazioni, gestione della nutrizione artificiale, somministrazioni terapie, prelievi ematochimici, gestione cateteri vescicali o stomie, ecc.

Se per il Medico la visita all'assistito per la prescrizione di eventuali accertamenti diagnostici e della terapia rappresenta il 84.2% delle prestazioni erogate, per l'Infermiere le prestazioni sono più eterogenee come riportato nella tabella 2.

Tuttavia nelle prese in carico che si prolungano oltre le due giornate, si evidenzia un orientamento del Servizio a formare l'assistito e soprattutto il caregiver, per renderlo co-partecipe e competente nel garantire la continuità assistenziale nei momenti della giornata in cui il personale sanitario non è presente. Tale attività di Educazione terapeutica costituisce il 18.2% delle prestazioni dell'Infermiere e il 19.1% del Fisioterapista e solo il 3,8% per il Medico. L'attività educativa risulta però prevalentemente mirata a far acquisire competenze al caregiver nell'eseguire prestazioni in assenza dei sanitari: medicazioni e somministrazioni di terapie o soluzioni nutrizionali, non tanto a conoscere e monitorare le proprie patologie.

Emerge inoltre un elevato impegno dei sanitari nella relazione di aiuto a supporto dell'assistito e del caregiver: 8.4% per gli Infermieri, 5.4 per i Fisioterapisti e 3.7 per i Medici. La capacità anche psicologica di gestire la malattia, sia per i malati che per i caregivers diventa fondamentale per riuscire a curare e assistere al domicilio.

Totalmente assenti gli interventi di Telemonitoraggio, soprattutto per la mancata disponibilità ad oggi di una piattaforma informatica idonea.

Categorie di assistiti che possono beneficiare di una presa in carico domiciliare

Il confronto tra gli usufruitori nel 2023 di cure domiciliari e gli elenchi di soggetti non autosufficienti e/o con fragilità cliniche importanti menzionate nella metodologia di studio, individua coorti di anziani per le quali le cure domiciliari sarebbero verosimilmente appropriate ma finora non coinvolti, in quanto non necessitanti delle tradizionali prestazioni "riparative" (come le medicazioni) o terapeutiche (somministrazione terapie infusionali, nutrizioni artificiali, ecc.) richieste dal MMG.

In particolare si evidenzia nell'Allegato 2 che:

- tra gli anziani non autosufficienti a cui sono stati riconosciuti sostegni socio-assistenziali alla domiciliarità d'intensità medio/alta come l'aiuto dell'Assistente familiare e di Operatori Socio Sanitari, meno del 50% ha anche usufruito di interventi infermieristici; interventi che potrebbero migliorare la capacità dell'Assistente familiare nel gestire la condizione di salute dell'anziano;
- tra gli anziani individuati fragili clinicamente alle ondate di calore estivo e che hanno altresì altre fragilità (non autonomia negli spostamenti, nell'assumere farmaci, ricoveri ospedalieri ripetuti nel corso dell'anno) coloro che hanno usufruito anche di cure domiciliari non superano il 35%;
- per gli assistiti con insufficienza respiratoria e ossigenoterapia domiciliare la percentuale è ancora più bassa (22%).

Conclusioni

Per quanto raggiunto nel 2024 l'obiettivo di elevare al 12% la popolazione anziana assistita al domicilio, gli autori ritengono essenziale qualificare meglio la tipologia di presa in carico come cure domiciliari sanitarie.

La formazione dell'assistito e dei suoi caregivers, il monitoraggio periodico, anche con strumenti di telemedicina[note]Aziende 24, "Ikinova, l'innovazione nella tua vita. Come la tecnologia può essere utile per la cura della nostra salute", (ultimo collegamento 29/07/2024)[/note], delle condizioni di salute e di eventuali indicatori di stabilità clinica, potrebbero migliorare l'aderenza terapeutica, rilevare tempestivamente segni e sintomi di aggravamento, anticipare cure e prevenire accessi in Pronto Soccorso e ricovero ospedaliero.

Coorti di assistiti, che ne potrebbero beneficiare sono individuabili. La popolazione soprattutto anziana, affetta da comorbilità, da malattie croniche a facile scompenso, con condizioni di non autosufficienza nelle attività di vita quotidiana, è quella che potrebbe trarne maggiore beneficio, ma la loro presa in carico domiciliare necessita di cambiare una impostazione culturale che subordina l'attivazione delle cure domiciliari alla necessità di specifiche prestazioni "riparative" o terapeutiche, come precedentemente evidenziato.

L'attività di educazione terapeutica rivolta all'assistito e al caregiver, quest'ultimo sempre più sostituito da una assistente familiare che assiste a pagamento l'anziano, deve non essere solo orientata a fare acquisire competenze sulle prestazioni riparative o terapeutiche prescritte, ma anche sulla/e malattia/e, per metterli in condizione di collaborare attivamente nella gestione dell'assistito.

Inoltre l'attività di presa in carico domiciliare, coerentemente con quanto contemplato dal DM77/2022, dall'anno 2025 potrebbe potenziarsi con interventi programmati di follow up, anche con strumenti di telemonitoraggio, delle condizioni di malattie croniche, da condividere con il MMG dell'assistito e i Medici specialisti competenti per patologia. Si consideri che il medico specialista di patologie croniche (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.) effettua mediamente da 1 a 2 visite dell'assistito nel corso dell'anno e un monitoraggio infermieristico domiciliare periodico delle sue condizioni permette di confermare il distanziamento programmato dei controlli o anticipare le visite e migliorare la cosiddetta aderenza terapeutica[note]Per aderenza terapeutica si intende il grado di osservanza da parte del paziente dei consigli e delle prescrizioni concordate con il medico, nonché dei suggerimenti di altri operatori di interesse sanitario, in relazione: all'assunzione di farmaci, secondo i tempi, le dosi e le modalità stabilite e concordate; agli stili di vita salutari e alle correlate modifiche comportamentali; al corretto utilizzo delle apparecchiature e degli strumenti tecnici sanitari; all'effettuazione di esami e visite di controllo nei tempi indicati dal medico.[/note].

Concludiamo infine l'analisi, evidenziando che l'aumento degli anziani non autosufficienti richiede d'introdurre a livello nazionale un diverso e specifico modello di assistenza domiciliare, per altro previsto dalla Legge 33 del 23/03/2023, ma la cui attuazione è rinviata a successivi decreti.

Come descritto da Franco Pesaresi[note]Franco Pesaresi, "Cure domiciliari per i non autosufficienti. Serve un aggiornamento del quadro normativo", Welforum 18/11/2024[/note] su Welforum del 18 novembre 2024, le ore medie di cure domiciliari sanitarie erogate per ciascuna presa in carico è pari a 16 (Fonte: Ministero Salute, Annuario Statistico del SSN 2022), a fronte di un bisogno assistenziale che si estende per molte più ore al giorno e in alcuni casi all'intera giornata.

Pertanto il potenziamento della presa in carico a domicilio della popolazione over 65 anni, dovrebbe anche passare attraverso una integrazione degli interventi attualmente frazionati tra le diverse filiere istituzionali:

- Inps per l'indennità di accompagnamento;
- Comuni per gli interventi socio-assistenziali;
- Regioni per misure di welfare (es.: Buono domiciliarità per anziani non autosufficienti);

- SSR per gli interventi sanitari.

L’assistenza di un Assistente familiare (badante) integrata da una sua formazione a cura dell’Infermiere delle Cure domiciliari personalizzata e orientata alle condizioni e bisogni dell’assistito, da una supervisione clinica Infermieristica e Medica (MMG), verosimilmente migliora la qualità di vita e gli esiti dell’assistito.

Allegato 1 - Analisi condotta sulla casistica dell'ASL “Città di Torino”

Tabella 1 - Tipologie e numero di prese in carico come cure domiciliari attivate nell’ASL Città di Torino – anno 2023

Tipologia cure erogate	**N° (%)**
Assistenza Domiciliare Integrata – UOCP (cure palliative)	1.363 (4.9)
Assistenza Domiciliare Integrata	1.390 (5.0)
Assistenza Domiciliare Integrata riabilitativa	2.021 (7.2)
Assistenza Infermieristica Domiciliare	6.998 (25.1)
Prestazioni domiciliari estemporanee (casi aperti e conclusi in 1-2 giornate)	12.683 (45.0)
Assistenza Domiciliare Programmata del Medico di Medicina Generale	3.436 (12.3)
Totale	27.891 (100.0)

Fonte: Flussi SIAD estratti da FARSIAD-RP

Tabella 2 – Prese in carico domiciliari tra diverse categorie di assistiti nell’ASL Città di Torino – anno 2023

Categorie assistiti	**Presi in carico anche da Cure domiciliari**	**Ulteriore margine di presa in carico dalle Cure domiciliari**	**Totale assistiti**
Tipologia	**n° (%)**	**n° (%;IC*; p-value)**	**n°**
Anziani non autosufficienti che usufruiscono d’interventi sociosanitari di Lungassistenza domiciliare			
- Bassa intensità			
- Media intensità	20 (29.9)	47 (70,1; 58.3-79.8; <0,001)	67
- Media/alta intensità	88 (24.2)	275 (75,8; 71.1-79.9; <0,001)	363
	392 (45.9)	515 (54,1; 53.5-60.0; <0,001)	907
Anziani non autosufficienti in lista d’attesa d’interventi socio-sanitari di Lungassistenza domiciliare			
- Bassa intensità			
- Media intensità	147 (84.0)	28 (16.0; 11.3-22.2; <0,001)	175
- Media/alta intensità	2.030 (90.2)	220 (9.8; 3.6-11.7; <0,001)	2.250
	1.978 (64.0)	1.115 (36.0; 34.4-37.8; <0,001)	3.093
Anziani non autosufficienti in lista d’attesa per l’inserimento in RSA			
	964 (55.8)	764 (44.2; 53.4-58.1; <0,001)	1.728
Anziani clinicamente fragili alle ondate di			

calore estivo	1.246 (32.9)	2.545 (67.1; 65.6-68.6; <0,001)	3.791
- Dipendente negli spostamenti	225 (32.7)	463 (67.3; 63.7-70.7; <0,001)	688
- Incapace di chiedere aiuto	137 (34.5)	260 (65.5; 60.7-70.0; <0,001)	397
- Incapace di assumere farmaci	750 (19.5)	3.091 (80.5; 79.2-81.7; <0,001)	3.841
- Con ricoveri ripetuti nell’anno	1.136 (15.1)	6.367 (84.9; 84.0-85.7; <0,001)	7.503
- Con pluri prescrizione farmacologica			
Assistiti con Insufficienza respiratoria cronica in Ossigenoterapia domiciliare	1.049 (22.0)	3.729 (78.0; 76.8-79.2; <0,001)	4.778

**Punteggio Wilson con limite di significatività 95%*