

*Comitato Ospedalizzazione Domiciliare*

**DOCUMENTO CONCLUSIVO**

**“Caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari”**

Roma, 30 settembre 2002

## **INDICE ANALITICO**

### **PREMESSA INTRODUTTIVA**

Pag. 4

#### **Parte prima**

### **IL CONTESTO NORMATIVO**

6

#### **Parte seconda**

### **ANALISI DELLA DOMANDA POTENZIALE DI CURE A DOMICILIO**

#### **2.1 Premessa**

13

#### **2.2 Brevi cenni riferiti alla letteratura specifica**

14

#### **2.3 Modello di analisi proposto e campione esaminato**

15

#### **2.4 Applicazione della metodologia per l'identificazione dei fabbisogni**

19

##### ***2.4.1 Risultati dell'analisi del campione***

19

##### ***2.4.2 Applicazione dei criteri di ammissibilità "per patologia"***

22

#### **2.5 Applicazione della metodologia ad una specifica patologia**

26

#### **2.6 Ammissibilità alle cure domiciliari basata su criteri non solo sanitari**

26

#### **Parte terza**

### **CARATTERIZZAZIONE DEI SERVIZI DI CURE DOMICILIARI**

#### **3.1 Fondamenti teorici e pratici**

27

##### ***3.1.1 Le scelte strategiche***

29

##### ***3.1.2 Il valore dell'integrazione nelle cure domiciliari***

30

##### ***3.1.3 La valutazione e personalizzazione del piano di cura***

31

##### ***3.1.4 Le Cure Domiciliari: definizione, obiettivi, destinatari.***

33

##### ***3.1.5 L'integrazione fra cure domiciliari e assistenza ospedaliera***

35

##### ***3.1.6 Le cure domiciliari sono parte della rete***

35

##### ***3.1.7 Il processo assistenziale delle Cure domiciliari e le sue fasi***

36

##### ***3.1.8 I fabbisogni assistenziali***

38

<b>3.2. La qualità nelle cure domiciliari</b>	<i>Pag. 39</i>
<b>3.2.1 Fattori, criteri, indicatori di qualità</b>	<i>40</i>
<b>3.2.2 Descrizione degli indicatori</b>	<i>41</i>
<b>Parte quarta</b>	
<b>VALUTAZIONE ECONOMICA</b>	
<b>4.1 I costi</b>	<i>51</i>
<b>4.2 Gli investimenti ed il finanziamento</b>	<i>52</i>
<b>4.3 I costi di gestione</b>	<i>52</i>
<b>4.4 I costi delle modalità assistenziali alternative</b>	<i>55</i>
<b>4.5 La valorizzazione economica dei percorsi di cura</b>	<i>55</i>

## **PREMESSA INTRODUTTIVA**

Il presente documento si inserisce in un contesto istituzionale di profondo cambiamento. Dall'istituzione del SSN ad oggi, abbiamo assistito a modifiche significative del quadro legislativo in materia sanitaria, modifiche che necessiteranno di un'ulteriore riflessione in seguito alla modifica del Titolo V della Costituzione repubblicana.

In questo scenario di profondo cambiamento, sia le funzioni di governo e programmazione che le strutture di erogazione di servizi sanitari si sono trovate di fronte a problemi di estrema complessità, dai quali emerge con decisione la necessità di nuove formule di cura.

Il presente documento, dal titolo "Caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari", persegue un'ottica di tipo operativo, facendo tesoro delle esperienze che attualmente si propongono nel Paese in materia di ospedalizzazione domiciliare.

Il documento, quindi, coniuga esigenze descrittive, sia sul piano normativo che sul piano esperienziale, con esigenze operative, col proporre sia elementi di ordine teorico che elementi di caratterizzazione organizzativa.

Le risposte assistenziali, di fronte ad un quadro in profondo mutamento, richiedono un forte incremento della flessibilità organizzativa, che rappresenta una scelta strategica obbligata nella ricerca di appropriatezza degli interventi, nella sostenibilità dei modelli, e nel gradimento dei cittadini.

La necessità di una nuova organizzazione del territorio richiama la possibilità di progettare una rete dei vari regimi assistenziali, al fine di favorire l'integrazione e il coordinamento delle risorse.

In questo contesto, l'ospedalizzazione domiciliare viene individuata come una forma complessa e avanzata di cura che consente di trasferire le logiche della degenza al domicilio e che, per questo, viene associata al cosiddetto "sistema della degenzialità".

Un programma di cure domiciliari a sofferenti affetti da patologia altamente invalidante può essere messo in opera in modo occasionale (per periodi più o meno brevi) o in modo continuativo, e può essere rivolto solo agli aspetti di tipo sociale o presentare contenuti solo medici. L'assistenza sanitaria potrà risultare generica o specialistica, e potrà essere rivolta ad alcuni aspetti della malattia o a tutti i suoi aspetti, distinguendosi così in assistenza settoriale o globale.

Quando questa assistenza viene effettuata con intendimenti globali e con modalità e tecnologie proprie di un ospedale si può definire programma di ospedalizzazione domiciliare e si può parlare di ricovero presso l'Ospedale Domiciliare (OD).

Si presuppone che assieme alle motivazioni organizzative ed epidemiologiche vi sia un preciso orientamento etico - motivazionale:

- a) l'ispirazione a precisi e dichiarati principi etici;
- b) la possibilità da parte del paziente di poter scegliere di essere assistito a casa od in un ospedale tradizionale;
- c) la globalità e la specializzazione dell'intervento (diagnostico, terapeutico e psicologico) al domicilio del paziente in accordo con le sue necessità e con quelle della sua famiglia;
- d) il livello di professionalità tecnica, non inferiore a quello degli ospedali tradizionali con presenza di programmi di formazione, aggiornamento e di controllo di qualità;

- e) la possibilità che il paziente possa usufruire di specialisti in varie branche (approccio multidisciplinare);
- f) la totale gratuità dell'assistenza prestata, associata ad aiuti economici ed organizzativi offerti alla famiglia (assistenza sociale).

Il lavoro del Comitato, quindi, si è mosso in una dimensione più generale del problema, con l'obiettivo di elaborare un progetto integrato e complessivo sui servizi di cure domiciliari, cercando di individuare ruoli e funzioni dei vari regimi assistenziali, e cominciando a definire i contenuti della domiciliarità e della residenzialità delle cure, consci che l'acquisizione ormai comune e condivisa sia quella del mantenimento del soggetto all'interno della sua rete familiare e domiciliare.

## **Parte prima**

### **IL CONTESTO NORMATIVO**

L'origine delle normative regionali in materia di cure domiciliari è duplice: da un lato la produzione normativa centrale, che negli ultimi dieci anni ha dato forte impulso alle cure a domicilio; dall'altro lato gli interventi che ogni Regione ha introdotto nel campo socio-assistenziale. Infatti, l'assistenza a domicilio è sorta in questo settore, e solo successivamente si è venuta distinguendo da essa un'altra forma di assistenza domiciliare, caratterizzata da una specifica connotazione sanitaria e che il Piano sanitario nazionale 1994-96 ha codificato con il termine di "Assistenza Domiciliare Integrata".

Inizialmente, tale forma di assistenza ha riguardato essenzialmente la popolazione anziana e i disabili, e successivamente si è estesa alla cura di altre patologie, quali l'AIDS, l'Alzheimer, i pazienti allo stato terminale ed altre, nell'ottica di orientare sempre più gli interventi verso forme non ospedalizzate di assistenza e più vicine alle esigenze di umanizzazione e di rispetto della qualità della vita della popolazione.

La più recente evoluzione nel settore è volta a creare una rete integrata dei diversi servizi domiciliari, da quelli più semplici a quelli più complessi (dal servizio infermieristico semplice, all'assistenza sanitaria a domicilio con apparecchiature e sistemi complessi).

All'interno del *Piano sanitario nazionale 1994-96* si prevede il potenziamento di diverse forme di assistenza sanitaria non ospedaliera.

Nel capitolo 2.B. è previsto il potenziamento delle attività erogate in regime di day-hospital (con l'obiettivo di trasferire, nell'ambito del triennio e per ciascuna regione, il 10% dei ricoveri ospedalieri ordinari in trattamento a ciclo diurno) e delle attività di assistenza ospedaliera a domicilio (con l'opportunità, per le Regioni, di procedere a sperimentazioni, al fine di approdare a modelli organizzativi validati e consentire, in linea tendenziale, il trasferimento alla stessa di una quota di ricoveri ospedalieri approssimata al 3%).

Dell'*assistenza domiciliare integrata* si occupa il capitolo 4.A, in cui l'ADI trova un'ideale collocazione nel distretto che ha la funzione di assicurare l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente integrate. L'ADI si caratterizza quale modalità di integrazione e coordinamento di attività di prevalente livello territoriale, compresa l'assistenza alle famiglie finalizzata ad evitare il ricovero.

Anche nel capitolo 5, dedicato ai progetti-obiettivo ed alle azioni programmate, la necessità dell'integrazione socio-sanitaria e l'esigenza di una tutela globale della persona assumono una connotazione fondamentale. In particolare, l'ADI è trattata nell'ambito degli interventi dedicati alla "Tutela materno infantile" (obiettivo di attivare o potenziare servizi di ADI in favore di famiglie con handicappati gravi in età da 0 a 14 anni); alla "Tutela della salute degli anziani" (obiettivo di giungere ad assicurare tale forma di assistenza, entro l'anno 1996, ad almeno il 2% degli anziani over 65, non ospitati in RSA, non autosufficienti, parzialmente autosufficienti o a grave rischio di invalidità); alla "Prevenzione e cura delle malattie oncologiche" (iniziative filtro di assistenza domiciliare e di ospedalizzazione a domicilio, ivi comprese competenze di riabilitazione e terapia antalgica).

La *legge 23.12.1996, n. 662*: "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica", prevede che le "regioni possono fissare un tasso di occupazione dei posti letto superiore al 75% destinando una quota parte dei risparmi derivanti dalla conseguente riduzione dei posti letto

all'assistenza domiciliare di portatori di handicap gravi, di patologie cronico - degenerative in stato avanzato o terminale nonché degli anziani non autosufficienti". Al comma 3, la stessa legge prevede che le Regioni, al fine di contenere le richieste di ricovero ospedaliero di lunga degenza, adottano misure al fine di razionalizzare la spesa sanitaria facendo ricorso alla prevenzione e all'assistenza domiciliare medicalmente assistita.

Il **Piano sanitario nazionale 1998-2000**, fortemente improntato alla prevenzione, pone specifica attenzione all'assistenza domiciliare integrata, mettendo in rilievo che curare a casa significa un cambiamento di prospettiva sostanziale: si tratta di passare "dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici" alle "strutture e professioni che assumono come *centro di gravità la persona con i suoi bisogni*".

Su questi aspetti il Piano stabilisce la sua azione su principi di ordine organizzativo e professionale, richiede la complementarità tra i diversi moduli assistenziali, prevede anche *le condizioni necessarie* per l'attivazione dell'ADI e le modalità per *verificare le attività ed i risultati* conseguiti.

Anche la bozza del nuovo **Piano sanitario nazionale 2002-2004**, in fase di avanzata elaborazione, pone tra " i progetti obbiettivi strategici" la creazione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani ed ai disabili, utilizzando lo strumento della sperimentazione.

Il **decreto legge 28 dicembre 1998, n. 450**, coordinato con **la legge di conversione 26 febbraio 1999, n. 39**, recante: "Disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000", stabilisce due interventi di particolare rilevanza:

1. destina un finanziamento alle Regioni per l'assistenza domiciliare, con particolare riferimento ai pazienti in fase critica;
2. prevede un programma su base nazionale per la realizzazione, in ciascuna regione e provincia autonoma, di una o più strutture dedicate all'assistenza palliativa e di supporto prioritariamente dei pazienti affetti da patologia neoplastica terminale.

Per dare attuazione a tale programma sono stati adottati, come previsto dalla stessa legge n. 39/1999:

- a) **Decreto del Ministro della sanità 28 settembre 1999**, recante: "Programma nazionale per la realizzazione delle strutture per le cure palliative", pubblicato nella Gazzetta ufficiale n. 55 del 7.3.2000, decreto adottato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;
- b) **DPCM 20 gennaio 2000** recante: "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative", pubblicato nella Gazzetta ufficiale n. 67 del 21.3.2000. L'atto definisce i requisiti minimi delle strutture e le modalità per la verifica dei risultati.

Successivamente, tutte le Regioni e le Province Autonome hanno adottato un proprio programma, applicativo del programma nazionale sulle cure palliative. I programmi regionali comprendono anche i piani per l'integrazione delle strutture residenziali per le cure palliative - hospice con le altre attività di assistenza ai pazienti terminali, nonché i programmi di comunicazione ai propri cittadini sulla rete integrata dei relativi servizi.

Il programma sulle cure palliative è poi stato definito con uno specifico accordo tra lo Stato e le Regioni, siglato il 19 aprile 2001, "Accordo tra il Ministro della sanità, le regioni, le province autonome di Trento e Bolzano e le province, i comuni e le comunità montane, sul documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative".

Collegato al tema delle cure palliative, è anche la **legge 8 gennaio 2001, n. 8**, recante: “Norme per agevolare l’impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore”.

I più recenti **Accordi collettivi nazionali con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta, nonché con i medici specialisti ambulatoriali** assumono un particolare rilievo per l’attivazione dell’ADI.

Per quanto riguarda l’approccio al malato oncologico, vanno richiamate le **Linee guida elaborate dalla Commissione oncologica nazionale del 1996**, pubblicate sul S.O. n. 88 alla G.U. 1.6.1996, n. 127.

Più recentemente, sono state adottate le **Linee guida concernenti la prevenzione, la diagnosi e l’assistenza in oncologia**, approvate con apposito accordo sottoscritto tra Stato e regioni nella seduta della Conferenza Stato Regioni dell’8 marzo 2001. Le linee guida contengono anche specifiche indicazioni sulle cure palliative rivolte ai malati terminali per cancro, in ambito domiciliare, ambulatoriale e presso le strutture residenziali per le cure palliative - hospice,

In materia di AIDS l’attivazione dell’assistenza sanitaria domiciliare è già prevista dalla legge 5 giugno 1990, n. 135 - art.1, capo 2; nonché dal D.P.R. 14 settembre 1991. Ulteriori e più recenti indicazioni sono contenute nel **Progetto Obiettivo AIDS**, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 8 marzo 2000, a seguito dell’intesa espressa nella seduta dalla Conferenza unificata del 27 maggio 1999. C’è uno specifico capitolo dedicato agli interventi di tipo domiciliare, ambulatoriale e presso le comunità alloggio e residenze collettive.

Anche sul versante delle riforme che caratterizzano i servizi sociali si sono avuti profondi cambiamenti del contesto in cui operano le cure domiciliari. Valgono per tutte la **Legge 8.11.2000, n.328**, il **DPR 30.5.2001**, “Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali”, e lo stesso **DPCM 29.11.2001**, “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, nel quale si delineano puntualmente i confini tra i due ambiti.

In questo contesto normativo, per quanto riguarda i modelli assistenziali sulle cure domiciliari, in Europa e in Italia negli ultimi anni si sono sperimentati modelli assistenziali diversi, che vanno dalla semplice ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), ad esperienze di vera ospedalizzazione domiciliare, passando attraverso esperienze settoriali quali l’hospice, l’ospedale di comunità (country hospital), i letti di sollievo (inserimento temporaneo presso strutture residenziali).

In questi anni si è registrato in Italia un progressivo incremento dell’utilizzo di servizi domiciliari, con una spesa che è salita del 38% dall’anno 1996 all’anno 1998, passando dal 1,56 al 2,12 % del Fondo sanitario nazionale (dati del SIS - Ministero della sanità), per una quota di cittadini assistiti in ADI che costituisce circa il 3,5% della popolazione anziana.

Il Ministero della Salute, sulla scia degli avvenimenti e delle iniziative che si susseguono, sta effettuando una ricognizione sullo stato di attuazione dell’assistenza domiciliare integrata e sugli ambiti in cui la stessa opera, tramite contatti con le Regioni e le Province Autonome, al fine di acquisire le direttive, le linee-guida o gli altri provvedimenti che le stesse hanno emanato per l’attuazione di questa forma di assistenza da parte delle aziende sanitarie.

Pur essendo ancora in via di completamento, da tale ricognizione sono stati raccolti diversi provvedimenti delle Regioni e Province Autonome in materia, sintetizzati nelle tabelle che seguono.



**Tabella n° 1 : Nord**

Regione	Data	Provvedimento	Osservazioni
PIEMONTE	01-mar-00	D.G.R. n. 28/29518 e succ. modif. e integrazioni	La Commissione fornisce supporto alle Direzioni regionali competenti per uniformare e monitorare interventi ADI.
	07-mag-02	D.G.R. n. 41-5952	Prevede in ogni ASL una struttura organizzativa integrata "Cure Domiciliari" con due livelli di responsabilità: direttivo e operativo.
VALLE D'AOSTA	17-apr-97	L.R. n. 13, art. 4	Attribuisce agli Enti Locali la gestione dei Servizi ADI.
	15-dic-82	L.R. n. 93, artt. 3 e 7	Definisce l'assistenza domiciliare socio.sanitaria - ADI di primo livello.
	04-set-01	L.R. n. 18	Tra le finalità strategiche il piano inserisce l'organizzazione e la gestione di modelli di "Long-term care"
LOMBARDIA	19-ott-01	D.G.R. n. 7/6471	Attua il P.O. regionale AIDS.
	13-mar-02	D.C.R. n. VII/462	Prevede due modalità di erogazione dell'assistenza domiciliare: l'ADI e "il passaggio in cura globale (PIC) alle équipe delle Unità Operative di cure palliative (UOCP)".
P.A. BOLZANO	19-lug-99	D.G.P. n. 3028	Prevede l'avviamento dell'ADI in tutte le ASL della Provincia.
	13-dic-99	D.G.P. n. 5513	Prevede diversi Servizi tra cui prestazioni di base nel distretto (Servizio di assistenza domiciliare - SAD).
P.A. TRENTO	28-mag-98	L.P. n. 6	Non sono previsti Servizi di ADI, ma sono disciplinate strutture semiresidenziali con funzioni di concorso all'assistenza domiciliare.
	anno 2002	Bozza Prov. Commissione Consiliare	Lo schema approvato dalla Giunta è in fase di approvazione da parte del Consiglio contiene precisi obiettivi in materia di ADI.
VENETO	29-dic-98	D.G.R. n. 5273	
	21-set-01	D.G.R. n. 2429	Definisce due tipologie di intervento: l'ADI, di competenza del Ssn, il Servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale, di competenza dell'Ente Locale.
	30-nov-01	D.G.R. n. 3242	Definisce il modello di distretto e attribuisce allo stesso la funzione di garantire l'ADI nell'ambito dell'Unità Organizzativa "Cure primarie".
FRIULI VENEZIA GIULIA	19-mag-98	L.R. n. 10	Contiene principi generali in materia di ADI.
	09-mar-01	D.G.R. n. 734	Ha l'obiettivo di sviluppare strategie di integrazione sociosanitaria tra cui l'istituzione di un Servizio di assistenza domiciliare ed il potenziamento dell'ADI.
LIGURIA	anno 1999	D.G.R.	Il progetto tende a creare un modello organizzativo unico per l'erogazione dei Servizi di cura e assistenza domiciliare.
	anno 1999	D.G.R.	Il progetto è rivolto ad estendere le cure domiciliari a tutta la Regione.
	25-feb-00	D.C.R. n. 8	Pone tra gli obiettivi fondamentali lo sviluppo della rete dei Servizi domiciliari, attraverso la creazione di un modello unitario.
	04-dic-01	D.C.R. n. 65	È prevista la promozione dell'assistenza domiciliare in termini di aiuto domestico familiare e l'attivazione delle risorse sanitarie integrate.

**Tabella n° 2 : Centro**

Regione	Data	Provvedimento	Osservazioni
---------	------	---------------	--------------

Comitato Ospedalizzazione Domiciliare (D.M. 12/4/2002) - Documento conclusivo

EMILIA ROMAGNA	anno 1991	D.G.R. n. 371	"Programma triennale sui pazienti oncologici"	
	20-lug-94	L.R. n. 29, art. 3, c. 2	"Assistenza a domicilio per i pazienti terminali"-	È stato realizzato un programma di assistenza domiciliare per pazienti oncologici e terminali
	08-feb-99	D.G.R. n. 124	"Criteri per la riorganizzazione delle Cure Domiciliari"	Conferisce valenza generale al modello organizzativo introdotto da L.R. n. 29, crea un modello unitario di assistenza domiciliare basato sul nucleo operativo assistenza domiciliare (NOAD) nel distretto
TOSCANA	17-feb-99	D.C.R. n. 41	"Piano Sanitario Regionale 1999-2001"	Contiene il progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani"
	09-apr-02	D.C.R. n. 60	"Piano sanitario aregionale 2002-2004"	Prevede la costituzione di Società per la salute per gestione di alcuni distretti. Costituisce obiettivo prioritario l'ampliamento e la qualificazione dell'offerta di assistenza domiciliare.
	01-mar-00	D.G.R. n. 244	"Linee guida per l'organizzazione del percorso assistenziale da parte delle Aziende sanitarie"	
UMBRIA	30-mar-95	L.R. n. 17	"Istituzione del servizio di ospedalizzazione a domicilio per pazienti oncologici terminali"	
	01-mar-99	D.C.R. n. 647	"Piano Sanitario Regionale 1999-2001"	Contiene il progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani"
	anno 1999	D.G.R.	"Potenziamento dell'assistenza domiciliare"	È volto a sviluppare l'ADI e a realizzare un modello organizzativo uniforme sul territorio regionale
	20-dic-99	D.C.R. n. 759	"Piano sociale regionale 2000-2002"	Prevede obiettivi di sviluppo dell'assistenza socio-sanitaria e di quella domiciliare, compresa ADI.
	27-dic-01	D.G.R. n. 1789	"Forma di intervento sperimentale, per l'anno 2001-2002, di sostegno alle famiglie che assistono in casa congiunti anziani non autosufficienti"	Prevede l'erogazione, con definizione delle modalità da parte delle ASL, di un assegno di cura per anziani non autosufficienti.
MARCHE	03-dic-96	D.C.R. n. 105	"Indirizzi operativi riguardanti le prestazioni socio-assistenziali e sanitarie in materia di assistenza domiciliare integrata"	
	09-set-97	D.G.R. n. 2273	"Linee di indirizzo e indicazioni operative per l'attivazione dell'assistenza domiciliare integrata"	
	23-nov-97	D.G.R. n. 3405	"Approvazione di una scheda di valutazione multidimensionale per l'erogazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI)"	
	20-mar-01	D.G.R. n. 606 ME/SAN	"Linee guida regionali per le cure domiciliari"	Istituisce il Sistema Integrato per i Servizi e gli Interventi Domiciliari (SISID) come componente organizzativa del più ampio sistema di welfare locale.
LAZIO	16-dic-97	D.G.R. n. 7878	"Linee guida per l'organizzazione e l'attuazione dell'attività di assistenza domiciliare"	
	anno 1999	D.G.R.	"Potenziamento dell'assistenza domiciliare nel Lazio"	Il progetto è volto a potenziare tutti i Centri di assistenza domiciliare (CAD) presenti in ogni ASL
	21-dic-01	D.G.R. n. 2031	"Piano di trattamento a domicilio delle persone con AIDS nella Regione Lazio. Sperimentazione di un modello organizzativo e relative tariffe"	Sostituisce la precedente Delib. N. 7549/92 sulla stessa materia. La delibera nasce dall'attività del "Gruppo di lavoro regionale per lo studio dei criteri di accreditamento delle strutture per il trattamento a domicilio delle persone con AIDS".
ABRUZZO	12-feb-96	D.G.R. n. 310	"Norme di attuazione del PSR 1994-96 in materia di ADI e costituzione gruppo tecnico di vigilanza e controllo"	
	02-lug-99	L.R. n. 37	P.S.R. 1999-2001	Prevede l'estensione dell'ADI e la costituzione dello stesso in ogni distretto
MOLISE	30-dic-96	D.C.R. n. 505	Piano sanitario regionale 1997-99	Contiene il progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani"
	14-set-99	D.G.R. n. 329	"Linee guida per l'assistenza alla popolazione anziana in Molise".	

Tabella n°3 : Sud e isole

Regione	Data	Provvedimento	Osservazioni
---------	------	---------------	--------------

*Comitato Ospedalizzazione Domiciliare (D.M. 12/4/2002) - Documento conclusivo*

CAMPANIA	18-ott-89	L.R. n. 21, mod. con R. 4.11.91, n. 17	Interventi a favore degli anziani	l'art. 5 tratta dell'Assistenza domiciliare
	28-nov-00	D.G.R. n. 5744	Approvazione del Progetto obiettivo regionale "Potenziamento dell'assistenza domiciliare all'anziano fragile ed attivazione della rete di assistenza geriatrica"	Comprende due sottoprogetti: uno relativo alla domiciliarizzazione delle cure ai soggetti anziani ed uno relativo alla domiciliarizzazione delle cure ai soggetti non anziani.
	11-lug-02	L.R. n. 10	"Piano sanitario regionale 2002-2004"	È prevista la piena attuazione del Progetto obiettivo di cui alla Delib. G.R. 28.11.2000 n. 5744, nonché la realizzazione di una rete di servizi territoriali.
PUGLIA	anno 1999	D.G.R.	"Potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata"	Il Progetto è volto ad attivare in tutte le ASL la spedalizzazione domiciliare, considerata una tipologia rientrante nell'ADI
	27-dic-01	D.G.R. n. 2087	"Piano sanitario regionale 2002-2004 e Piano regionale di salute. Adozione initiva."	È previsto il potenziamento dei servizi di cure domiciliari nelle diverse forme.
BASILICATA	30-dic-96	D.C.R. n. 478	Piano sanitario regionale 1997-99	Contiene il progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani"
	04-mag-99	D.G.R. n. 1019	"Modello regionale di assistenza domiciliare integrata"	Il Progetto è volto ad attivare in tutte le ASL l'ADI in maniera uniforme
	30-lug-01	D.G.R. n.1655	Approvazione delle linee guida per l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI)	Si conferma il modello di cure domiciliari di cui alla D.G.R. n. 1019/99 e si individuano le diverse forme di assistenza domiciliare.
CALABRIA	03-apr-95	L.R. n. 9	Piano sanitario regionale per il triennio 1995-97	Contiene il progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani"
	26-apr-99	D.G.R. n. 1420	Approvazione "Programma regionale per l'Assistenza continuativa oncologica domiciliare (A.C.O.D.)"	L'A.C.O.D. costituisce un modello intermedio tra l'ospedalizzazione a domicilio e l'ADI, che comprende le diverse forme di cura domiciliare.
SICILIA	11-mag-00	D.P.R.	Piano sanitario regionale 2000-2002	Prevede, tra gli obiettivi, la realizzazione di un sistema avanzato di cure domiciliari, specie nelle aree ad alta urbanizzazione. Individuazione di tre livelli di intensità di assistenza domiciliare.
	09-ott-00	D. Ass. n. 32881	Programma regionale "Realizzazione della rete di assistenza ai malati in fase avanzata e terminale"	Prevede la realizzazione, in ogni ambito provinciale, di una rete di assistenza sotto forma di Dipartimenti interaziendali misti ospedale-territorio.
SARDEGNA	29-lug-98	D.C.R.	"Piano socio-assistenziale per il triennio 1998-2000"	Sono previsti: il Progetto obiettivo "La tutela e la promozione della qualità della vita degli anziani a domicilio e nelle strutture residenziali", ed il Progetto "Il servizio di ADI: finalità e tipologie di assistenza".
	anno 1999	D.G.R.	"Progetto per l'istituzione e l'attivazione dell'assistenza domiciliare integrata nelle aziende USL della Regione Sardegna"	Il Progetto è volto ad attivare in tutte le ASL l'ADI



## **Parte seconda**

### **ANALISI DELLA DOMANDA POTENZIALE DI CURE A DOMICILIO**

#### **2.1 Premessa**

Una delle priorità di tutti i sistemi sanitari occidentali è “il governo dell’accesso”, inteso come l’individuazione dei criteri di accesso a tutte le strutture/funzioni sociali e sanitarie: ciò rappresenta la prima garanzia di appropriatezza del processo clinico assistenziale e, quindi, il primo strumento di controllo di gestione di qualità e di costi.

L’analisi della “domanda” e, ancor di più e ancor meglio, l’analisi dei “fabbisogni” che consentono di individuare i “criteri di accesso” rappresentano il punto di partenza per un’efficace ed efficiente progettazione dell’offerta di assistenza.

Attualmente il nostro sistema informativo sanitario non ha le informazioni in grado di riconoscere i fabbisogni, ma può essere certamente utile per analizzare “la domanda ospedaliera” in regime di degenza ordinaria, attraverso l’elaborazione dei dati contenuti nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Pur con numerosi limiti, in particolare la mancanza di codifica dei livelli di severità delle patologie e dei livelli di dipendenza assistenziale (variabili già introdotte nel processo di miglioramento della SDO di altri paesi), la SDO è l’unica fonte informatizzata del Servizio Sanitario e, quindi, il primo strumento da cui attingere per cercare di riconoscere i criteri di non appropriatezza, i criteri, cioè, di esclusione dal regime di degenza ordinaria.

Tali valutazioni scaturiscono dalla correlazione tra domanda (età, sesso, patologie concomitanti, peso del DRG) e offerta (durata della degenza, prestazioni) che possono partecipare a creare le seguenti condizioni:

1. individuare i ricoveri non appropriati in regime di degenza ordinaria che potrebbero trovare risposte più puntuali sia all’interno dell’ospedale (Day Surgery, Day Hospital, ambulatori ospedalieri), sia in strutture/funzioni alternative come l’assistenza a domicilio e la residenzialità;
2. realizzare “sperimentazioni” di riprogettazione dell’offerta attraverso l’identificazione di criteri di accesso a strutture/funzioni alternative alla degenza più puntuali e più precisi;
3. stimolare la raccolta di dati e l’implementazione di un sistema informativo sempre più significativo ed attendibile per rappresentare e valutare i fabbisogni.

L’**assistenza domiciliare** necessita di criteri di accesso, non solo legati agli aspetti clinici dell’assistenza, quali quelli relativi alla patologia d’organo, riconoscibili nella SDO (come la diagnosi principale e le patologie concomitanti); trattandosi di modalità di intervento differenziate in diversi livelli di complessità e di intensità di cura, i fabbisogni ad essa riferiti si esprimono con caratteristiche relative a componenti sociali, sanitarie, funzionali ed assistenziali; queste componenti, per ogni soggetto preso in cura, risultano tra loro strettamente integrate ed è perciò necessaria una loro puntuale rilevazione.

I criteri di autosufficienza e di dipendenza assistenziale e sociale non trovano riscontro nel sistema informativo ospedaliero o in altro sistema attualmente disponibile, anche se bisogna sottolineare che alcune Regioni stanno lavorando in tale senso. Tali informazioni si esprimono utilizzando numerose scale di valutazione, diffuse in modo disomogeneo nel Paese: in questo momento storico appare perciò indispensabile affinarle e condividerle.

Si sottolinea che tali scale di valutazione potrebbero trovare immediata diffusione anche nei soggetti attualmente assistiti in regime di ricovero ordinario (ospedale per acuti) per consentire, sia al momento dell'accesso sia a quello della dimissione, una corretta valutazione delle tipologie e dei livelli dei fabbisogni.

In tal modo risulterà possibile indirizzare l'eventuale trasferimento/accesso ad altre forme complementari di assistenza; sarà altresì possibile riconoscere e comprenderne le reali necessità che guidano il percorso assistenziale del paziente all'interno dei differenti livelli/moduli assistenziali offerti dalla rete (vedi **parte terza** del presente documento).

I nodi critici da affrontare riguardano la **valutazione dei fabbisogni di autosufficienza** e quindi i livelli di dipendenza sociale e sanitaria nelle strutture/funzioni attualmente presenti e, di conseguenza, l'utilizzo di tali strumenti come punto di partenza per la riprogettazione verso strutture/funzioni alternative.

**Di seguito si rappresenta un modello di analisi della domanda ospedaliera volto ad individuare i criteri di non appropriatezza del ricovero ordinario in termini organizzativi.**

**Si sottolinea che il modello di analisi proposto** si basa esclusivamente sulle informazioni contenute nella SDO.

I risultati dell'analisi costituiscono già sin d'ora la base immediata per una "sperimentazione", il cui esito potrebbe meglio indirizzare la programmazione sanitaria, socio sanitaria e sociale rispetto a valutazioni già effettuate in altri Paesi e fondate sulla rilevazione di standard di fabbisogni e/o di offerta.

La metodologia pone massima attenzione alla valutazione relativa alla fase dell'accesso da parte del paziente/utente al sistema dei servizi in rete (sia esso il Pronto Soccorso/Accettazione ospedaliero, le strutture di riabilitazione, i differenti livelli/moduli di cura e assistenza domiciliare).

L'analisi che presentiamo, integrabile con altri recenti dati riferiti ad intere Regioni (Toscana, Piemonte, Sicilia, Basilicata), permette di individuare nella **popolazione di età superiore a 65 anni alcuni gruppi di soggetti a rischio**, per motivi clinici e sociali, che

occorre studiare in maniera approfondita, poiché rappresentano più del **50% di tutte le giornate di degenza** ordinaria ospedaliera, riferite al campione studiato.

In conclusione, questo contributo intende stimolare un confronto innovativo attraverso l'utilizzo di strumenti di analisi della domanda, volti ad individuare i bisogni correlandoli ai criteri di accesso ai servizi. Ciò si inserisce in una logica di miglioramento continuo e progressivo dell'offerta, contestualizzata rispetto alle caratteristiche del territorio e della specifica *governance*.

## **2.2 Brevi cenni riferiti alla letteratura specifica**

Dall'analisi della letteratura è emerso che nel Regno Unito e in Canada, Paesi con un Sistema Sanitario Nazionale a finanziamento pubblico simile a quello italiano, l'accesso ai servizi di Assistenza Domiciliare è riservato alla popolazione over 65, che soddisfi predeterminati criteri, riferiti alla patologia e alla condizione sociale.

Si sottolinea che in letteratura non vi è l'identificazione chiara e precisa di Ospedalizzazione Domiciliare, che viene genericamente compresa nella lingua inglese nella definizione di "home care" che soddisfa livelli di fabbisogno di complessità differenziati.

Riferendosi alla letteratura precedentemente citata, le patologie più importanti in termini di accesso alla Ospedalizzazione domiciliare sono le seguenti (a fianco vengono riportati i DRG's correlati, relativi alla fase di degenza ordinaria):

- Broncopatia Cronico Ostruttiva (DRG 88)
- Insufficienza Cardiaca (DRG 127)
- Insufficienza Renale (DRG 316)
- Insufficienza Epatica (DRG 202, 205)
- Diabete (DRG 294).

I soggetti inseriti in un programma di Ospedalizzazione domiciliare, da un punto di vista clinico, possono presentare segni e sintomi riferiti ai seguenti quadri morbosi:

- dolore cronico;
- patologie evolutive del sistema nervoso, caratterizzate da deficit psico-motori e relazionali e deterioramento cognitivo;
- lesioni cutanee di grado avanzato, a gestione complessa.

Altri criteri sono costituiti dalle valutazioni funzionali relative al livello di non autosufficienza ed a variabili sociali quali:

- stress dei caregivers;
- appartenenza a classi sociali deboli;
- difficoltà di accesso alle strutture sanitarie (sia per motivi logistici che funzionali);
- condizioni economiche disagiate.

Le prestazioni specialistiche offerte all'interno di programmi di home care fanno in genere riferimento alle seguenti aree di intervento:

- cardio-vascolare (ECG, doppler e più raramente Ecocardiogramma);
- diagnostica strumentale non invasiva;
- diagnostica di laboratorio;
- monitoraggio di parametri vitali anche in telemedicina;
- ossigeno e ventilo terapia e gestione della tecnologia ad esse correlate;
- terapia infusioneale e trasfusioneale;
- dialisi peritoneale;
- chemioterapia, in casi selezionati e previa modifica del quadro normativo;
- nutrizione artificiale e tecniche ad essa correlate;
- trattamenti chirurgici (ad es. trattamento lesioni cutanee);
- approcci antalgici.

### **2.3 Modello di analisi proposto e campione esaminato**

Secondo il modello proposto, per evidenziare una mappa dei bisogni di assistenza domiciliare espressa in livelli di complessità diversa, sono stati analizzati i dati contenuti nelle SDO, che consentono di individuare le caratteristiche del paziente, la domanda e il consumo di risorse assistenziali.

Il metodo esposto ha la novità di descrivere l'attività di ricovero ospedaliero correlando la domanda con l'offerta. Mette inoltre in correlazione l'attività con il tempo, al fine di capire e sistematizzare le relazioni esistenti tra la complessità del caso trattato e la durata della degenza. Il metodo potrebbe consentire di impostare un sistema di controllo che pone la variabile tempo quale indicatore principale del consumo risorse.

Attraverso l'analisi dei dati contenuti nelle SDO, sulla base di opportune elaborazioni, si possono ottenere informazioni sulle differenti modalità di attivazione di processi omogenei di ricovero e cura, rivolti a gruppi omogenei di pazienti nelle diverse strutture e/o territori di riferimento.

Ciò consente di:

- a) analizzare il processo della malattia durante il ricovero;
- b) trovare una correlazione tra bisogni espressi e le risorse consumate;
- c) identificare di conseguenza le strutture e le prestazioni ospedaliere e territoriali ad essi adeguati.

In sostanza, il metodo consente di individuare risposte assistenziali al di fuori della degenza ordinaria (assistenza domiciliare di "diversi livelli di complessità") in relazione a bisogni, attualmente impropriamente soddisfatti attraverso l'utilizzo prevalente di tale regime di assistenziale.

Per rendere più chiara questa metodologia si è effettuata un'analisi "della domanda e dell'offerta" utilizzando i dati del 2001 relativi ad un'Area Metropolitana collocata nel centro nord del Paese; per motivi logistici e caratteristiche territoriali, può rappresentare un campione interessante al quale far riferimento per la ricerca di criteri d'identificazione di fabbisogno di assistenza ospedaliera domiciliare.

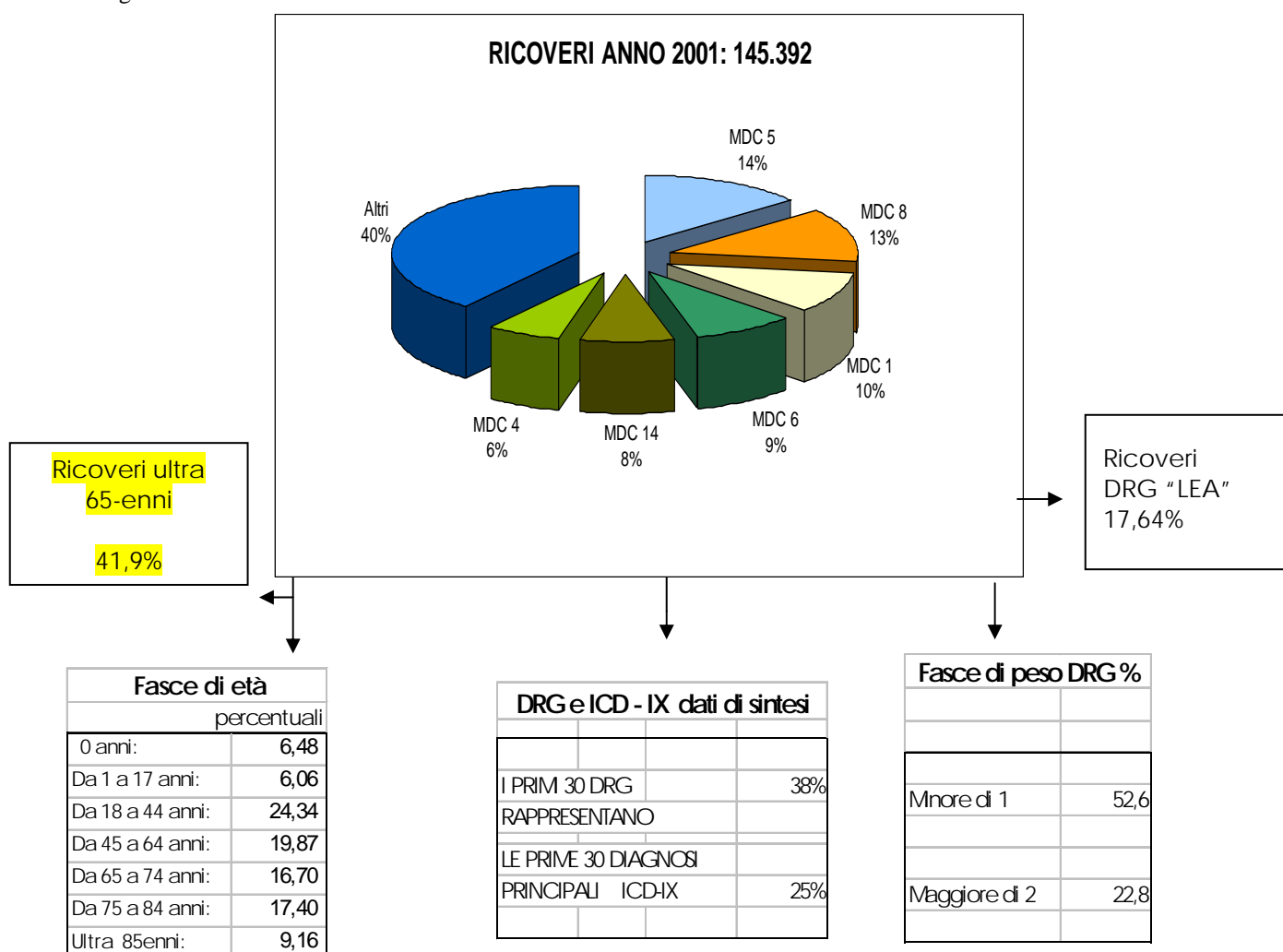
Tale Area presenta le seguenti caratteristiche:

Popolazione	858.741
Popolazione ultra 65-enne	188.923
n. Asl	1
n. Presidi-Ospedali a gestione diretta	4
n. Aziende Ospedaliere	2
n. Istituti a Carattere Scientifico	1
n. Case di Cura accreditate	14
n. posti letto effettivi (pubbl. e priv.)	4.458

Nella Figura 1, di seguito riportata, si rappresenta una sintesi dei ricoveri dell'Area presa in esame.



Figura 1



Dall'analisi delle SDO, come si evince dalla Figura 1, è possibile apprezzare che i primi 30 DRG rappresentano il 38% di tutti i ricoveri, circa il 18% fa parte dei DRG "LEA", ed il peso medio dei DRG è minore di 1 nel 52% dei casi ed è maggiore di 2 nel 23%. Inoltre, i primi 6 MDC rappresentano il 60% di tutti i ricoveri.

Infine, il 42% dei ricoveri è relativo a soggetti con età maggiore di 65 anni.

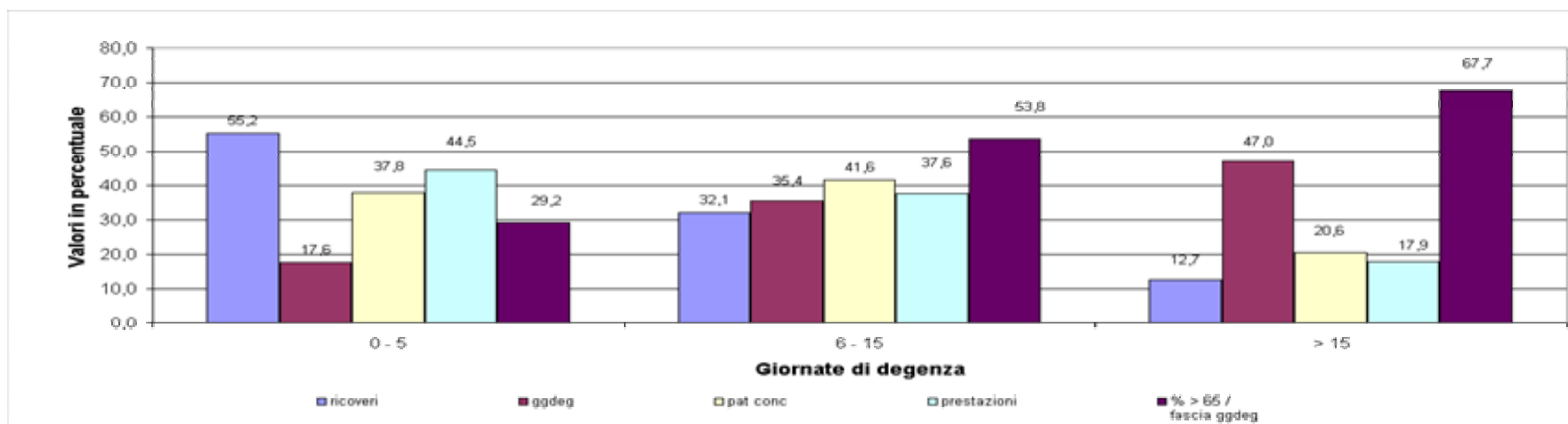
Il metodo dell'analisi della domanda e dell'offerta correlata con la variabile tempo, consente di suddividere la durata della degenza in 3 macro fasce: **0-5**, **6-15** e **>15** giorni (vedi Tab. 1).

In base all'analisi condotta è emerso che i pazienti che consumano il maggior numero di giornate di degenza (il 47%) appartengono alla fascia di ricovero maggiore di 15 giorni ed, inoltre, il 60% di questi ha un'età maggiore di 65 anni. Tali ricoveri sono caratterizzati da un'alta complessità (peso DRG pari a 2,03) ed hanno la maggiore incidenza di patologie concomitanti per ricovero (1,66).

Tab. 1

**Distribuzione dei ricoveri per macro fasce di durata della degenza**

	Ricoveri	%	%cum	ggdeg	%	%cum	Dmd	Pat conc	%	%cum	Pat conc per ric	Prestazioni	%	%cum	Prest per ric	%>65/fascia ggdeg	peso
0 - 5	80.279	55,22	55,22	212.856	17,57	17,57	2,65	55.899	37,77	37,77	0,70	116.145	44,52	44,52	1,45	29,15	0,92
6-15	46.678	32,10	87,32	429.318	35,43	53,00	9,20	61.564	41,60	79,37	1,32	98.031	37,58	82,10	2,10	53,79	1,53
> 15	18.436	12,68	100	569.534	47,00	100	30,89	30.531	20,63	100	1,66	46.681	17,90	100	2,53	67,65	2,03
<b>Totale</b>	<b>145.393</b>	<b>100</b>		<b>1.211.708</b>	<b>100</b>		<b>8,33</b>	<b>147.994</b>	<b>100</b>		<b>1,02</b>	<b>260.857</b>	<b>100</b>		<b>1,79</b>	<b>41,94</b>	<b>1,26</b>



**Considerazioni:**

Fascia di degenza breve (0-5gg) si concentra il maggior numero di ricoveri con il minor numero di giornate di degenza consumate; il peso è il minore tra tutte le fasce e troviamo il minor numero di patologie concomitanti per ricovero caratterizzato da un'alta percentuale di under 65.

Fascia di degenza lunga (> 15gg) si concentra il minor numero di ricoveri con il massimo consumo di giornate di degenza, elevato peso e complessità con notevole percentuale di ultra sessantacinquenni.

## **2.4 Applicazione della metodologia per l'identificazione dei fabbisogni**

Come è stato accennato al paragrafo 2.2, la letteratura indica come target del servizio di **home care** la popolazione al di sopra dei 65 anni che presenta almeno uno dei criteri precedentemente descritti (segni sintomi, stato socio economico).

Attraverso l'analisi delle SDO 65 nell'Area Metropolitana presa in esame, è stato possibile identificare oltre alla popolazione over 65 anche i soggetti che presentano almeno uno dei criteri di patologia precedentemente descritti (vedi paragrafo 2.2). Non è stato invece possibile analizzare criteri socio economici, che non costituiscono debito informativo.

Le variabili analizzate nelle SDO dei ricoveri dell'Area di ricerca (presso Presidi Ospedalieri, Aziende Ospedaliere, IRCCS e le Strutture Private accreditate di ricovero e cura) sono state le seguenti:

- ricoveri relativi a pazienti con età maggiore di 65 anni;
- DRG medici corrispondenti alle patologie descritte in letteratura e sopra indicate;
- DRG medici dei tumori di tutti gli apparati;
- ricoveri con durata di degenza sopra 15 giorni;
- DRG 127 (ricoveri sopra i 15 giorni) e ricoveri ripetuti;
- simulazione sui primi 30 DRG medici (vedi Tab. 4) e successiva proiezione su tutti i ricoveri medici.

L'esclusione dall'analisi dei soggetti con durata della degenza superiore ai 15 giorni si è basata sulle seguenti motivazioni:

- 1) Nelle analisi sinora effettuate (anche su intere Regioni), nella fascia 0-5 giorni vi è la concentrazione più elevata di ricoveri non appropriati (LEA) e di ricoveri chirurgici che potrebbero trovare risposta in regime di Day Hospital e Day Surgery.
- 2) La fascia 6-15 giorni appare quella più corrispondente al processo "diagnostico terapeutico per acuti", presenta la concentrazione più elevata di prestazioni e sembra la più appropriata alla ospedalizzazione.

### **2.4.1 Risultati dell'analisi del campione**

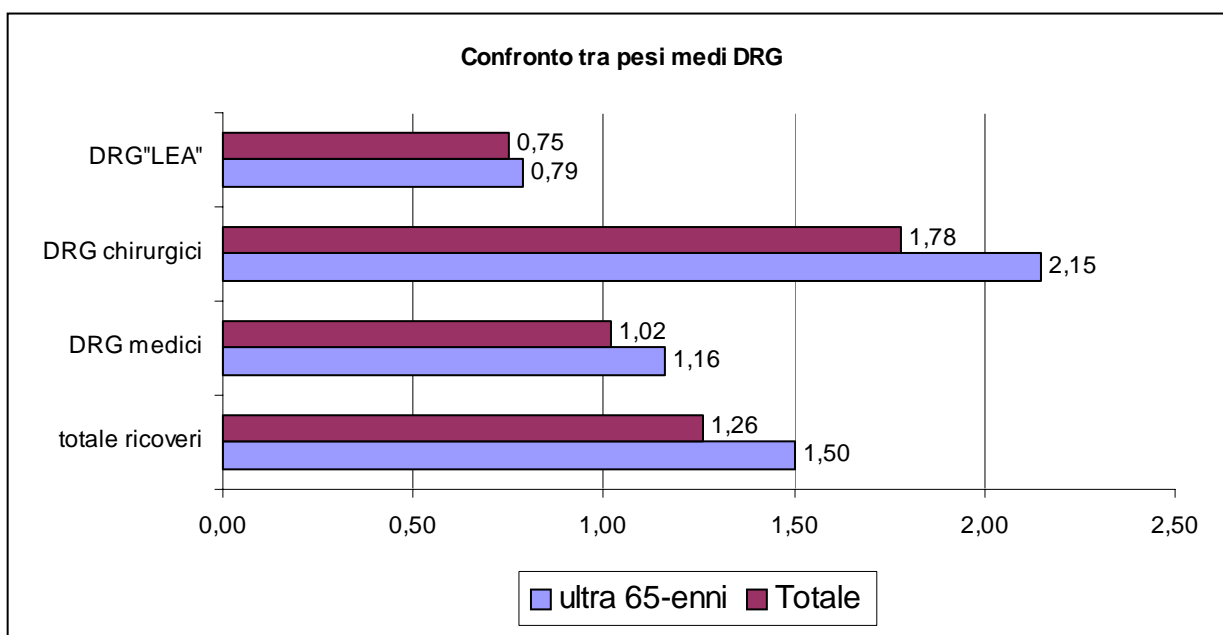
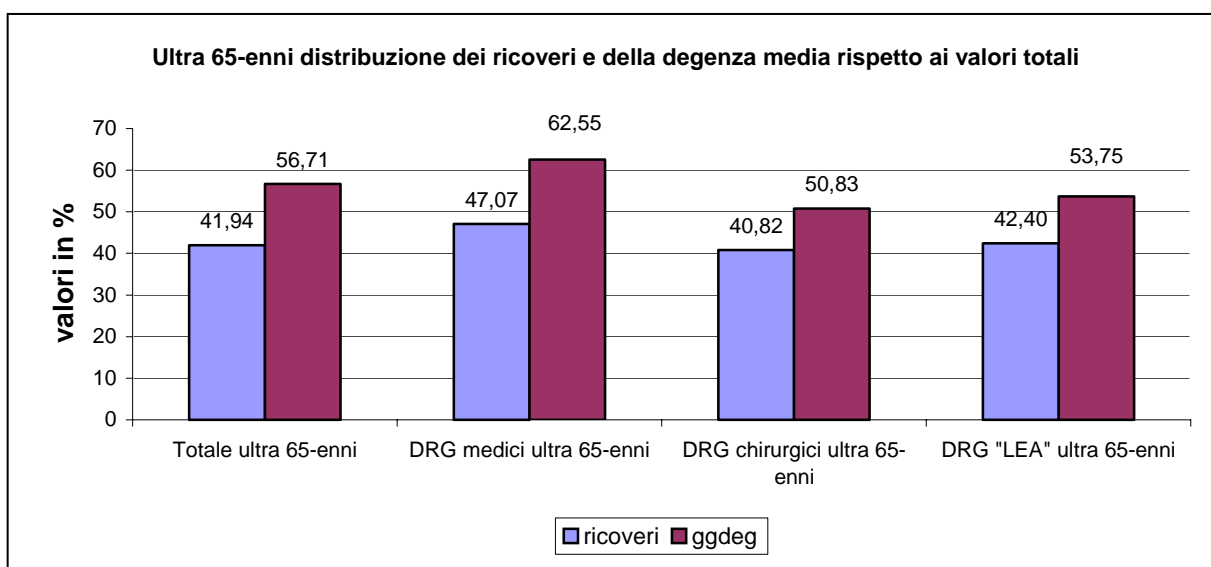
L'analisi dimostra che la **popolazione over 65** dell'area presa in esame rappresenta il 44% di tutti i ricoveri e consuma il 56 % di tutte le giornate di degenza (vedi Tab. 2). I dati dimostrano che i DRG medici, pari al 47% dei ricoveri medici, consumano il 62% di tutte le giornate di degenza, mentre i DRG chirurgici pari al 40% di tutti i DRG consumano il 50% di tutte le giornate di degenza.

Inoltre, il **peso del DRG** relativo ai ricoveri dei soggetti di età superiore a 65 anni è sempre **maggiore di quello relativo alla popolazione totale ricoverata presso strutture per acuti**; in particolare il peso dei DRG medici ad essa correlati è maggiore di 1, mentre quello dei DRG chirurgici è maggiore di 2 (Tab. 2).

Nella Tab. 3, risulta inoltre che circa il 20% dei ricoveri (pari a 12.472) risulta inserito nella fascia di durata di ricovero maggiore di 15 giorni e assorbe circa il 55% (pari 382.642) di tutte le giornate di degenza. In tutte le macro fasce si rileva un peso del DRG maggiore o uguale a 1,5 **mentre nella fascia maggiore di 15 giorni si rileva il peso più alto (1,85).**

### Pazienti ultra 65-enni. Considerazioni rispetto ai valori totali

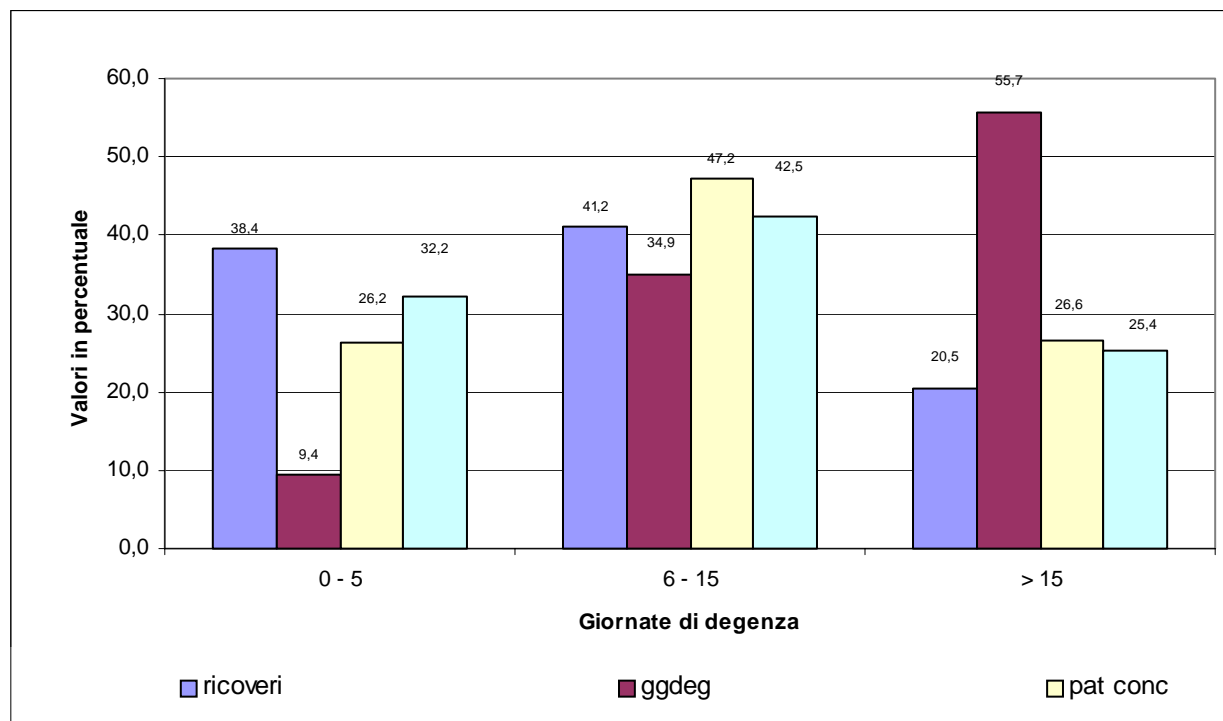
	ricoveri	%	ggdeg	%	dmd	devstd	peso
Totale ultra 65-enni	60.983	41,94	687.179	56,71	11,27	15,43	1,50
DRG medici ultra 65-enni	40.057	47,07	490.624	62,55	12,25	17,26	1,16
DRG chirurgici ultra 65-enni	20.883	40,82	196.240	50,83	9,40	10,88	2,15
DRG "LEA" ultra 65-enni	10.872	42,40	71.551	53,75	6,58	11,18	0,79



Tab. 3

**Pazienti ultra 65-enni. Distribuzione dei ricoveri per macro fasce di durata della degenza**

	ricoveri	%	%cum	ggdeg	%	%cum	dmd	pat conc	%	%cum	pat conc per ric	prestaz	%	%cum	pres per ric	peso
0 - 5	23.404	38,38	38,38	64.820	9,43	9,43	2,77	21.816	26,21	26,21	0,93	36.956	32,19	32,19	1,58	1,50
6 - 15	25.107	41,17	79,55	239.717	34,88	44,32	9,55	39.263	47,17	73,37	1,56	48.754	42,46	74,65	1,94	1,65
> 15	12.472	20,45	100,00	382.642	55,68	100,00	30,68	22.166	26,63	100,00	1,78	29.108	25,35	100,00	2,33	1,85
<b>Totale</b>	<b>60.983</b>	<b>100</b>		<b>687.179</b>	<b>100</b>		<b>11,27</b>	<b>83.245</b>	<b>100</b>		<b>1,37</b>	<b>114.818</b>	<b>100</b>		<b>1,88</b>	<b>1,50</b>



**Caratteristiche:**

I ricoveri crescono al crescere della durata di degenza ma sono pressoché uguali nelle fasce brevi (0-5 e 6-15).

Le giornate di degenza crescono al crescere della durata della degenza. Il peso è mediamente maggiore di 1,5 ma cresce al crescere del tempo come le patologie concomitanti.

### **2.4.2 Applicazione dei criteri di ammissibilità “per patologia”**

Facendo riferimento a quanto indicato al paragrafo 2.2 per ciò che riguarda i pazienti assistiti a domicilio con un programma di home care riportati in letteratura, si è operata sul campione studiato una analisi riferita alle tipologie di patologia che potrebbero rappresentare il target di un servizio di acure domiciliari.

Nella Tab. 4 sono stati selezionati i primi 30 DRG medici della popolazione over 65 presa in esame, corrispondenti a circa il 55% di tutti i DRG medici: essi potrebbero rappresentare il target di ammissione al servizio di home care.

Su un totale di 40.057 ricoveri, che assorbono 490.624 giornate di degenza, il 33% del totale dei ricoveri (corrispondenti al 43 % del totale delle giornate di degenza) presenta una patologia tra quelle elencate al paragrafo 2.2.

All'interno di questa sottopopolazione, sono stati selezionati i ricoveri con durata di degenza >15 giorni, ed è stata effettuata una analisi di tutti i DRG medici riferibili alle patologie precedentemente descritte ritenute congrue con un intervento assistenziale domiciliare: la elaborazione ha portato alla identificazione di un numero di soggetti pari a circa **4.500 unità** che presenterebbero caratteristiche di ammissibilità all'assistenza ospedaliera domiciliare.

Questo dato numerico assoluto dovrebbe essere contestualizzato in relazione alla numerosità ed alle caratteristiche del campione analizzato e potrebbe essere considerato l'**utenza potenziale** di un programma di home care.

Tab. 4

**Pazienti ultra 65-enni. Primi 30 DRG Medici**

n	DRG	descrizione	ricoveri	%	% cum	ggdeg	%	% cum	dmd	devstd	peso
1	127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	2.814	7,02	7,02	31.505	6,42	6,42	11,20	12,40	1,26
2	12	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	1.933	4,83	11,85	52.015	10,60	17,02	26,91	36,24	1,60
3	14	MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	1.773	4,43	16,28	18.813	3,83	20,86	10,61	9,39	1,57
4	249	ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	1.626	4,06	20,34	45.187	9,21	30,07	27,79	18,19	0,46
5	88	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	789	1,97	22,31	7.119	1,45	31,52	9,02	6,69	1,19
6	89	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA` > 17 CON CC	754	1,88	24,19	8.898	1,81	33,33	11,80	7,53	1,65
7	140	ANGINA PECTORIS	744	1,86	26,05	5.194	1,06	34,39	6,98	6,44	0,86
8	15	ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	721	1,80	27,85	4.869	0,99	35,38	6,75	5,28	0,98
9	87	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	693	1,73	29,58	7.364	1,50	36,88	10,63	9,61	1,26
10	82	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	677	1,69	31,27	8.321	1,70	38,58	12,29	12,97	1,41
11	183	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA` >17 SENZA CC	666	1,66	32,93	4.262	0,87	39,45	6,40	6,11	0,60
12	243	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	644	1,61	34,54	8.143	1,66	41,11	12,64	15,48	0,77
13	130	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, CON CC	629	1,57	36,11	8.517	1,74	42,84	13,54	10,68	1,45
14	395	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA` > 17	622	1,55	37,66	6.108	1,24	44,09	9,82	7,14	1,25
15	139	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC	602	1,50	39,16	2.687	0,55	44,64	4,46	3,81	0,66
16	125	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO IMA, CON CATET. CARD. E DIAGNOSI NON COMPL.	570	1,42	40,58	2.607	0,53	45,17	4,57	4,85	0,71
17	247	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO	557	1,39	41,98	10.456	2,13	47,30	18,77	8,64	0,59
18	429	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	546	1,36	43,34	10.929	2,23	49,53	20,02	23,49	1,20
19	124	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIocardico ACUTO, CON CATET. CARD. E DIAGNOSI COMPL.	531	1,33	44,66	3.114	0,63	50,16	5,86	5,76	1,42
20	138	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, CON CC	493	1,23	45,89	3.325	0,68	50,84	6,74	5,53	1,23
n	DRG	descrizione	ricoveri	%	% cum	ggdeg	%	% cum	dmd	devstd	peso

21	<b>316</b>	INSUFFICIENZA RENALE	492	1,23	47,12	5.252	1,07	51,91	10,67	9,89	1,37
22	<b>132</b>	ATEROSCLEROSI, CON CC	413	1,03	48,15	4.203	0,86	52,77	10,18	10,81	1,23
23	<b>17</b>	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC	406	1,01	49,17	5.536	1,13	53,90	13,64	20,72	1,11
24	<b>144</b>	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC	403	1,01	50,17	4.219	0,86	54,76	10,47	9,73	1,59
25	<b>248</b>	TENDINITE, MIOSITE E BORSITE	401	1,00	51,17	14.194	2,89	57,65	35,40	42,10	0,64
26	<b>236</b>	FRATTURE DELL'ANCA E DELLA PELVI	381	0,95	52,13	4.203	0,86	58,51	11,03	12,83	1,40
27	<b>129</b>	ARRESTO CARDIACO SENZA CAUSA APPARENTE	380	0,95	53,07	2.685	0,55	59,05	7,07	10,17	1,68
28	<b>203</b>	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	380	0,95	54,02	4.868	0,99	60,04	12,81	14,08	1,30
29	<b>131</b>	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, SENZA CC	373	0,93	54,95	4.010	0,82	60,86	10,75	13,62	0,90
30	<b>181</b>	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, SENZA CC	365	0,91	55,87	2.405	0,49	61,35	6,59	6,04	0,68
<b>totale</b>			<b>22.378</b>	<b>55,87</b>		<b>301.008</b>	<b>61,35</b>		<b>13,45</b>		
<b>altro</b>			<b>17.679</b>	<b>44,13</b>		<b>189.616</b>	<b>38,65</b>		<b>10,73</b>		
<b>totale</b>			<b>40.057</b>	<b>100,00</b>		<b>490.624</b>	<b>100,00</b>		<b>12,25</b>	<b>17,26</b>	<b>1,16</b>
<b>Over 65 inclusi nelle patologie</b>			<b>13.403</b>	<b>33</b>		<b>209.162</b>	<b>43</b>		<b>15,605611</b>		





## **2.5 Applicazione della metodologia ad una specifica patologia**

Il metodo di analisi sopra indicato è stato specificamente applicato al DRG 127 (Insufficienza cardiaca e shock), patologia compresa nei criteri di ammissione ad un programma di assistenza Domiciliare, sul quale è stata svolta un'indagine più approfondita.

L'analisi ha selezionato 942 ricoveri che hanno assorbito 8.795 giornate di degenza; i ricoveri riguardavano soggetti sopra i 65 anni nel 91% e il 72,3% sopra i 75 anni.

Nella fascia di durata della degenza >15 giorni, la popolazione relativa al DRG 127 è risultata pari al 16% , con caratteristiche di complessità simili a quelle emerse dall'analisi generale.

Inoltre, lo studio ha dimostrato che poco più del 17% dei ricoveri è risultato ripetuto, nel 54% dei casi entro 60 giorni dal primo.

## **2.6 Ammissibilità alle cure domiciliari basata su criteri non solo sanitari**

Come è stato precedentemente segnalato al paragrafo 2.2, per poter essere inseriti in un programma di home care, i pazienti, oltre a soddisfare criteri clinici, devono possedere requisiti non sanitari quali la condizione di non autosufficienza (differenti livelli), difficoltà di accesso alle strutture sanitarie (sia per motivi logistici che funzionali); condizioni socio-economiche disagiate, etc.

È stato già ricordato che il sistema informativo sanitario relativo alle SDO non fornisce informazioni tali da rendere possibile una loro valutazione oggettiva.

In assenza di dati importanti per definire i bisogni globali della persona malata e della famiglia è opportuno però ricordare che in Italia si trovano in stato di povertà il 5,4% degli uomini ed il 7,4% delle donne over 65, che il 21% degli anziani presenta difficoltà nell'espletare le attività di base e/o le attività strumentali della vita quotidiana, e che, infine, circa il 34% dei disabili over 65 vive solo (fonte: ISTAT).

## **Conclusioni**

Quanto espresso ci sembra possa portare alle seguenti importanti considerazioni:

- 1) L'analisi delle SDO riferite ad un'area territoriale, se indicizzata riferendosi alla popolazione over 65 anni, alla durata di degenza oltre i 15 giorni ed ad alcune tipologie di patologie (DRG) ritenute inseribili in un programma di cure domiciliari può rappresentare un metodo di ricerca dei bisogni potenziali, basato su un sistema condiviso di codifica suscettibile di elaborazione informatica.
- 2) Dai dati preliminari rilevati si evidenzia che l'intervento assistenziale domiciliare deve essere caratterizzato da livelli di intensità sanitaria particolarmente elevati; ciò in considerazione del peso elevato DRG della popolazione selezionata quale suscettibile di inserimento appropriato in un programma di home care in base al metodo di analisi utilizzato.
- 3) Quest'ultima conclusione sottolinea l'importanza della scelta del livello/modulo assistenziale domiciliare più appropriato per ciascun paziente, onde evitare il rischio di un percorso assistenziale sottodimensionato rispetto ai bisogni (programma domiciliare improprio con sovraccarico della famiglia).

## **CARATTERIZZAZIONE DEI SERVIZI DI CURE DOMICILIARI**

Lo scopo di questa terza parte è di fornire un contributo per la caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari definendo le condizioni strutturali e gestionali che permettano lo sviluppo di percorsi assistenziali salvaguardando l'efficienza nella combinazione e nell'utilizzo delle risorse, la qualità e l'efficacia dei servizi offerti, la dimensione etico- sociale e l'equilibrio economico complessivo.

Attraverso un percorso metodologico che parte dall'analisi del bisogno e dalla determinazione degli obiettivi, ci si propone di identificare il target assistenziale, definire i rapporti tra le parti che interagiscono nel sistema, elaborare procedure, meccanismi operativi e strumenti di monitoraggio della qualità e dell'efficienza nella gestione delle risorse.

Il lavoro è articolato nelle fasi di seguito indicate.

- Descrizione dei fondamenti teorici e pratici per lo sviluppo dei servizi di cure domiciliari in grado di rispondere ai bisogni di salute emergenti.
- Identificazione dei fattori, criteri e indicatori per la valutazione di qualità del servizio e loro caratterizzazione strutturale in relazione ai fattori distintivi dei processi assistenziali domiciliari, in stretto rapporto con la natura dei bisogni da affrontare, dell'intensità assistenziale necessaria per affrontarli in modo efficace delle integrazioni professionali utili ad ottimizzare l'uso delle risorse.

### **3.1 Fondamenti teorici e pratici**

Non è più possibile oggi sottrarsi alla responsabilità di progettare, programmare, organizzare e verificare servizi alternativi al ricovero ospedaliero per la cura del paziente in condizione di fragilità, che prevedano per il cittadino modelli leggeri, non burocratici e fondati su una cultura della salute non estemporanea.

Fragilità definita non solo in termini di marcatori clinici o biologici (suscettibilità verso le malattie acute e croniche, fluttuazione dell'omeostasi biologica, difficoltà di recupero della salute dopo episodi acuti) ma anche come condizione a rischio di esiti avversi sia di tipo generale (morte, perdita di autonomia nelle attività della vita quotidiana, istituzionalizzazione) che di tipo particolare (confusione mentale in caso di ospedalizzazione, effetti collaterali nel corso di terapia con farmaci a basso indice terapeutico).

La fragilità è una condizione particolarmente frequente nelle persone di età avanzata con conseguente rapido deterioramento dello stato di salute che non è completamente spiegabile sulla base di una patologia specifica anche se ovviamente malattia e scompenso funzionale si sovrappongono ed interagiscono reciprocamente con la fragilità. Prendersi cura della fragilità rappresenta la "mission" specifica dei servizi di cure domiciliari.

Normative e piani emanati in questi anni hanno individuato nel modello a rete dei servizi, il circuito assistenziale che accompagna l'evolversi del bisogno del paziente fragile e della sua famiglia senza mai abbandonarlo anzi accompagnandolo nel punto ottimale di soddisfacimento, con ciò favorendo la continuità assistenziale. Fra le strutture preposte all'assistenza del paziente fragile alcune sono realtà consolidate; altre, come l'assistenza domiciliare, non sono ancora strutturalmente e culturalmente preparate a garantire forme di assistenza non puntiforme; frequentemente rappresentano edifici teorici di grande portata ma dai quali si generano interventi rigidi, lenti, irrispettosi dei veri bisogni. Ne derivano gravi difficoltà per il paziente e per la sua

famiglia, la sensazione di abbandono con i timori e incertezze, il ricorso all'ospedalizzazione impropria come luogo di assicurazione e protezione.

Le Cure Domiciliari, per la loro natura, implicano il passaggio tecnico e metodologico dalla logica erogativa di buone prestazioni ad una logica più matura, capace di progettare e gestire processi assistenziali a partire da un'analisi multifattoriale del bisogno. Frequentemente questo non avviene perché prevalgono logiche monodisciplinari ed approcci centrati su singole professionalità. L'ottica dell'operatore, in questo caso, è deformata, non riesce a focalizzare le radici dei problemi e le possibili soluzioni. Questo comporta l'erogazione di risposte inappropriate, che finiscono per svolgere funzioni di "mantenimento" senza una reale efficacia sul bisogno.

Questa dinamica è particolarmente evidente nel caso in cui l'integrazione è realizzata in modo virtuale quando cioè intervengono prestazioni parallele non coordinate fra loro, gestite in modo autonomo da erogatori diversi senza un'azione finalizzata ed unitaria per conseguire obiettivi di salute condivisi. Interventi assistenziali fra loro separati sono costitutivamente diversi da forme integrate di cure domiciliari che nascono dalla valutazione unitaria del bisogno, procedono alla definizione unitaria del progetto di intervento, si realizzano con la stessa logica e valutano in modo integrato i benefici di salute prodotti.

Il peso crescente delle classi anziane, la progressiva riduzione della durata delle degenze ospedaliere - conseguente anche all'effettuazione delle indagini diagnostiche in regime di prericovero e alla diffusione dei ricoveri diurni (day-hospital e day surgery) - lo sviluppo di una sensibilità più attenta agli aspetti qualitativi dell'assistenza e la necessità di razionalizzare e contenere la spesa sanitaria hanno imposto negli ultimi anni un radicale mutamento delle strategie sanitarie, con un'attenzione particolare al rilancio e allo sviluppo dei progetti di cure a domicilio.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e lo Schema di Piano Sanitario 2002-2004 ben si inseriscono in questo mutamento, sottolineando l'importanza di un approccio sociale alla salute che valorizzi gli interventi domiciliari e territoriali al pari di quelli ospedalieri, a garanzia di un buon utilizzo della spesa sanitaria, di una riduzione dei ricoveri impropri, di una più adeguata personalizzazione dell'assistenza e, in definitiva, anche di un migliore funzionamento degli ospedali stessi, destinati ad assumere, sempre più, il ruolo di strutture erogatrici di cure intensive in fase acuta e di prestazioni diagnostico-terapeutiche ad elevata complessità.

Negli obiettivi del Piano Sanitario è identificato come compito fondamentale quello di rafforzare la tutela dei soggetti fragili; tra questi gli anziani e le persone nella fase terminale della vita costituiscono fin d'ora, e costituiranno ancor di più in futuro, il target assistenziale prioritario nella domanda di cura. Infatti, all'incremento demografico di queste fasce di popolazione si aggiunge l'aumento della prevalenza di malattie croniche gravi non suscettibili di trattamenti risolutivi, che richiedono assistenza continua e programmata erogabile nell'ambito territoriale.

La condizione di cronicità di una malattia provoca un peggioramento della qualità di vita di chi n'è affetto che si evidenzia attraverso problemi di carattere funzionale, legati ai sintomi, psicologici e sociali. La complessità di queste situazioni, unita all'esigenza e alla volontà di cure a domicilio, richiede l'organizzazione di risposte integrate, centrate sui bisogni dei pazienti e di chi li assiste, unitarie nello sforzo di tenere conto degli aspetti di contesto sociale e psicologico, oltre che fisico, in cui sono erogate.

### ***3.1.1 Le scelte strategiche***

Partendo da queste premesse, nell'ambito dei servizi territoriali distrettuali si rende necessario avviare una profonda rielaborazione culturale ed organizzativa con lo sviluppo di una serie d'attività in grado di migliorare la qualità di vita dei pazienti curati attraverso una buona qualità dell'assistenza prestata. Assistere i malati affetti da patologie trattabili a domicilio, mantenendole il più possibile a casa, favorendo il recupero delle capacità residue, supportando i loro familiari anche attraverso i presidi ed ausili utili a rendere meno gravoso il carico dell'assistenza, rappresenta uno degli obiettivi prioritari per garantire risposte appropriate alla complessità dei bisogni di salute emergenti.

Più in particolare per la gestione della domiciliarità delle cure è necessario prevedere:

- una politica di orientamento in favore dell'attività territoriale e delle cure primarie;
- l'attuazione di progetti finalizzati all'offerta di servizi sostitutivi del ricovero ospedaliero o in grado di ridurre la durata attraverso dimissioni protette;
- il miglioramento della qualità tecnico- professionale dei servizi territoriali, in relazione ai percorsi clinico- assistenziali;
- la progettazione di un sistema coordinato di relazioni tra assistenza primaria ed il livello specialistico a garanzia della continuità assistenziale non solo per i pazienti fragili, o cronici- multiproblematici, ma anche per coloro che necessitano di un periodo di tutela in fase post-acuta anche a seguito di trattamenti in regime di ospedalizzazione a ciclo diurno;
- lo sviluppo di specifici percorsi assistenziali a diverso grado di protezione ed intensità di cure;
- la soddisfazione dei requisiti d'economicità e d'efficiente utilizzo delle risorse di tutti gli interventi proposti (sistema della domiciliarità e della residenzialità);
- la revisione dei sistemi informativi/informatici favorendo il trasferimento delle informazioni e delle conoscenze fra le strutture per acuti, i servizi territoriali, i medici di medicina generale.

Le recenti riforme del servizio sanitario ben delineano le condizioni necessarie per affrontare questi problemi attraverso:

- la garanzia della libertà di scelta del cittadino tra i diversi modelli assistenziali operanti sul territorio, tenuti presenti i criteri generali di appropriatezza;
- la programmazione delle attività territoriali;
- la definizione dei centri di responsabilità e di centri di costo che introducano criteri di contabilità analitica;
- il potenziamento della capacità di risposta ai bisogni tramite flessibilità operativa, condivisione del rischio e responsabilizzazione della dirigenza e dei professionisti ai diversi livelli;
- l'individuazione di équipe operative esclusivamente dedicate alle cure domiciliari;
- la continuità assistenziale dell'équipe nell'arco delle 24 ore;
- l'analisi dei bisogni rapportata con la mappa dell'offerta;
- la selezione delle priorità di salute;
- l'aggregazione delle risorse necessarie;
- il governo della spesa.

### **3.1.2 Il valore dell'integrazione nelle cure domiciliari**

Garantire la gestione unitaria ed integrata dei fattori produttivi per l'erogazione delle cure domiciliari richiede una riprogettazione organizzativa che deve porsi e perseguire i seguenti obiettivi:

- realizzare il rapporto con l'ospedale
- coordinamento e integrazione del medico di medicina generale
- facilitare le informazioni
- superare le rigidità organizzative
- valutare i bisogni attraverso l'approccio multidisciplinare
- realizzare un sistema integrato sanitario, socio-sanitario e sociale di risposta ai bisogni delle persone assistite e delle loro famiglie
- attivare piani di cura e non semplici prestazioni
- sviluppare la capacità di gestire percorsi assistenziali complessi per la natura dei problemi trattati, per la loro intensità e la loro durata
- selezionare personale assistenziale adeguatamente formato e motivato
- integrare nelle equipe le necessarie figure specialistiche in relazione ai bisogni ed al percorso assistenziale personalizzato
- classificare e monitorare i processi assistenziali
- valutare i risultati.

Gli ostacoli alla realizzazione di questa prospettiva organizzativa sono molti e nascono dalle resistenze a superare modelli organizzativi centrati sui servizi e sulle attività, piuttosto che sui bisogni delle persone assistite e delle loro famiglie ed a promuovere un lavoro per progetti e non più per compiti o ruoli.

La necessità dell'integrazione, e quindi l'esigenza del cambiamento, nasce dalla complessità delle domande di salute-cura che richiedono attenzione alla globalità dei bisogni del paziente attraverso un approccio unitario ai problemi di salute.

Se si riconosce come primario l'approccio globale, allora l'integrazione diventa il problema centrale dell'organizzazione.

È necessario riconoscere i processi di cura in tutta la loro complessità e quindi comprendere l'importanza della gestione dei processi stessi responsabilizzando adeguatamente gli operatori.

Le scelte organizzative sono volte a definire le sedi (**Centrali Operative per i Servizi di Assistenza Domiciliare – CO.Se.Do.**) alle quali sono riferibili tutti i percorsi di accesso al sistema dei servizi al fine di garantire metodi e tempi certi di attivazione dei sistemi in rete fra tutti i soggetti erogatori di servizi e prestazioni.

Si tratta di garantire le condizioni che permettano al servizio di:

- migliorare la capacità di produrre effetti positivi per la salute (efficacia) rispondendo a bisogni reali (appropriatezza)
- migliorare l'accessibilità geografica (dislocazione centrali operative) ed organizzativa (unitarietà nella gestione delle segnalazioni, dell'accoglienza e delle funzioni di assistenza integrativa - protesica - ausili-nad - ossigeno ventiloterapia, ecc.)
- favorire l'efficienza organizzativa ovvero la produttività
- soddisfare le attese degli assistiti se congruenti con l'utilizzo appropriato delle risorse
- estendere il ruolo e la responsabilità del medico di medicina generale, in particolare la sua capacità di coordinare gli interventi ed i percorsi clinico assistenziali della persona

L'integrazione è reale quando obbliga a lavorare insieme e lavorare insieme significa:

- partecipare alla gestione del processo
- gestire il processo attraverso una catena di contributi individuali ma integrati per un “prodotto” tecnicamente valido
- imparare ad ascoltare per saper creare accettazione, legittimazione e fiducia
- assumere come prioritario i valori della collaborazione
- lavorare per la ricerca delle evidenze
- elaborare linee guida condivise sia cliniche sia organizzative
- accettare il confronto tra pari e le tecniche dell’auditing clinico
- considerare che il risultato degli interventi forniti è in larga misura l’esito non solo dell’abilità e capacità tecniche del singolo operatore ma anche e soprattutto dell’operatività sinergica del team nel suo complesso
- coordinare e rendere appropriati i percorsi di cura.

L’integrazione delle responsabilità, ma anche delle risorse, rappresenta una condizione essenziale per migliorare l’efficacia degli interventi, incide sulla continuità assistenziale, investe i rapporti tra ospedale e territorio, tra cure residenziali e domiciliari, tra medicina generale e specialistica.

L’integrazione è una priorità strategica, va attuata e verificata a tre livelli: istituzionale, gestionale e professionale.

Gli interventi socio sanitari richiedono, infatti, un coordinamento intersettoriale che si traduce in strategie condivise per obiettivi comuni e nella predisposizione di condizioni gestionali per coordinare gli interventi dei diversi soggetti istituzionali impegnati nella produzione dei servizi, coinvolgendo nella gestione, programmazione e valutazione le esperienze validate pubbliche e private (for profit - non profit). Questi ultimi devono a loro volta, sviluppare la cultura dell’integrazione professionale quale strumento essenziale per migliorare la qualità e l’efficacia delle risposte: occorrono piani di cura unitari, indispensabile premessa per facilitare le responsabilizzazioni e le collaborazioni.

### ***3.1.3 La valutazione e personalizzazione del piano di cura***

Come già richiamato, affrontare la tutela dei soggetti fragili, richiede al sistema socio-sanitario di fare sintesi sui loro problemi e di agire in modo unitario per soddisfarli. Diventa pertanto fondamentale una corretta valutazione al fine di evitare di assecondare aree privilegiate di bisogno e d’utenza evitando vantaggi per chi sa meglio rappresentare i propri problemi.

A tal fine va incrementato l’utilizzo di metodi di valutazione interprofessionale incentivando l’orientamento a formulare diagnosi globali e adottare standard di processo idonei a garantire equità di assistenza ed esigibilità dei diritti dei soggetti svantaggiati.

La personalizzazione dell’intervento è un altro aspetto che rende necessaria l’integrazione tra le professioni per produrre diagnosi e valutazioni multidimensionali con l’obiettivo di selezionare risposte appropriate tenendo conto non solo della gravità del quadro clinico e del livello di non autosufficienza ma anche della mancanza di risorse personali, familiari, economiche e comunitarie.

La valutazione è quindi parte imprescindibile dell’integrazione gestionale e professionale ed è una funzione che ben si colloca nella **Centrale Operativa (CO.Se.Do)**, cioè il luogo fisico in cui si ricompongono ad unitarietà i processi di cura, si gestisce unitariamente la documentazione, si valuta l’impatto economico delle decisioni, si definiscono le responsabilità nel lavoro integrato, la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie d’intervento.

La valutazione interprofessionale favorisce un'assistenza personalizzata e continuativa e individua forme alternative al ricovero ospedaliero in strutture per acuti mediante l'Ospedalizzazione Domiciliare, l'ADI e/o l'assistenza residenziale.

Gli studi condotti per valutare l'effettiva validità dell'approccio valutativo multidimensionale e interdisciplinare hanno dimostrato che ad esso consegue una maggiore accuratezza diagnostica, una riduzione nell'uso dei farmaci, una minore istituzionalizzazione dei malati con miglioramento delle loro condizioni funzionali e riduzione della mortalità. Inoltre, alcuni studi controllati hanno dimostrato che i soggetti sottoposti a programmi geriatrici mantengono nel tempo i risultati conseguiti. L'efficacia maggiore è ottenuta dagli interventi che fanno seguire alla valutazione la realizzazione del piano d'intervento definito e controllato nel tempo. La reale possibilità di gestire con continuità il caso è condizione indispensabile per l'efficacia dell'unità valutativa, se si supera la funzione burocratica di collocazione del paziente attraverso la sola documentazione cartacea e si procede sempre ad una valutazione diretta della persona.

L'Unità Valutativa potrebbe coincidere con il personale di coordinamento della Centrale Operativa ed è in grado di espandersi e contrarsi a seconda delle esigenze. È costituita oltre che dal medico di medicina generale dell'assistito, dal medico responsabile dell'ADI/Ospedalizzazione Domiciliare, dall'infermiere coordinatore e dal coordinatore dei terapisti, dall'assistente sociale e dalle altre eventuali figure medico- specialistiche coinvolgibili in relazione al singolo caso e facendo riferimento ai modelli regionali di rete (vedi Parte 1 del presente Documento).

A seguito di una richiesta d'attivazione l'Unità Valutativa accerta la presenza ed il tipo di fragilità e avvia gli interventi ritenuti necessari ed adeguati.

In quest'ottica, il centro di gravità del lavoro integrato diventa la persona e non la struttura e/o il singolo professionista.

Va promosso con coerenza il superamento delle visioni settoriali. Va altresì superata l'autoreferenzialità, per cui ad un singolo professionista è attribuito il compito di valutare l'appropriatezza del proprio operato, in maniera sostanzialmente indipendente.

Nessun risultato può essere raggiunto se non si è fatta una lettura adeguata del punto di partenza: l'*outcome* del servizio di cure domiciliari è costituito dal valore differenziale di parametri complessi tra il momento della presa in carico ed il momento d'osservazione a vari tempi. Le persone malate (pazienti) fragili sono quelli clinicamente instabili e gli interventi legati alla definizione di obiettivi intermedi devono fondarsi sul monitoraggio delle patologie intercorrenti, sul raggiungimento di un maggior grado d'autosufficienza e sul controllo clinico accurato di processi che sono in ogni caso evolutivi.

Se manca una metodologia di valutazione oggettiva si corre il rischio che gli interventi siano affidati al caso o alla soggettività dell'operatore.

Lavorare sugli outcomes ha un rilevante significato rispetto alla salute e alla qualità di vita del paziente: in passato, il sistema ha invece ritenuto di essere garantito solo dalla definizione di standard di personale e di struttura, trascurando qualsiasi controllo sui risultati.

Anche per questo motivo si ritiene necessario che il modello organizzativo del servizio preveda la presenza dei medici specialisti (geriatri, fisiatra, palliativista, ecc.) che affianchino il medico di medicina generale nella definizione e nel monitoraggio dei piani d'intervento e collaborino con lui al processo di cura, qualora ritenuto necessario.



Per i medici di medicina generale questo è lo sviluppo di una funzione tipica della loro professione. La medicina generale ha sempre seguito un modello che privilegia la valutazione complessiva della persona: questo è un valore che va salvaguardato e sostenuto attraverso la disponibilità dei necessari supporti professionali (infermieri- terapisti- medici specialisti), il miglioramento della loro struttura organizzativa (associazionismo, estensione della reperibilità e degli orari di studio, utilizzo delle tecnologie informatiche/ telemedicina), l'acquisizione dei principi del disease management.

### ***3.1.4 Le Cure Domiciliari: definizione, obiettivi, destinatari.***

La cura domiciliare è un insieme coordinato di attività sanitarie mediche, infermieristiche, riabilitative integrate tra loro e con gli interventi tutelari e socio assistenziali per la cura della persona nella propria casa attraverso la continuità assistenziale, alternativa al ricovero ospedaliero o per monitorare condizioni di patologia cronico- degenerativa con la caratteristica della sostenibilità dei costi.

Lo scopo prioritario è la promozione di una buona qualità della vita del paziente e dei suoi familiari e, più precisamente, riguarda: il benessere psico-fisico, l'autonomia personale, la soddisfazione relazionale, affettiva e sociale, la condizione abitativa e la qualità dei servizi.

L'assistenza domiciliare si propone di promuovere l'integrazione delle competenze professionali sanitarie con quelle sociali per realizzare programmi di cura e assistenza orientati a soggetti di qualsiasi età, che necessitano di un'assistenza continuativa o limitata nel tempo, erogabile al loro domicilio e sostenibile dal nucleo familiare favorendo il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione ed evitando il ricorso improprio al ricovero in ospedale o in strutture residenziali.

Le cure domiciliari realizzano quindi i seguenti livelli dell'integrazione:

- a) fra competenze professionali pluridisciplinari per l'analisi multifattoriale dello stato del paziente, la valutazione unitaria dei bisogni, l'elaborazione del piano d'assistenza personalizzato e la sua erogazione;
- b) fra aree di competenza delle Aziende sanitarie e dei Servizi Sociali degli Enti locali, come parte dell'integrazione sociosanitaria;
- c) fra livelli d'assistenza sanitaria in quanto le cure erogate a domicilio possono comportare una riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri, l'opportunità per una dimissione protetta e, in alcune occasioni e forme, l'alternativa o il complemento all'assistenza in strutture residenziali e semiresidenziali;
- d) fra la rete integrata d'assistenza realizzata dalle risorse del SSN e le reti informali di solidarietà che originano dalle forme di collaborazione sviluppate dai soggetti sociali presenti a livello territoriale.

Sono individuabili anche i seguenti obiettivi specifici:

- cura e assistenza a pazienti con condizioni trattabili a domicilio migliorando la qualità di vita degli stessi;
- sostegno alla famiglia, trasmettendo le eventuali competenze necessarie per l'autonomia d'intervento;
- facilitazione nell'erogazione dei presidi e degli ausili;
- sostenibilità dei costi e appropriatezza dei percorsi.

I destinatari cui sono rivolte principalmente le cure domiciliari sono le persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza, con le seguenti priorità:

- a) patologie in fase terminale in malati inguaribili che non rispondono più a trattamenti specifici;
- b) fasi di riacutizzazione di patologie croniche in critici/multiproblematici e/o non autosufficienti;
- c) fasi acute e subacute gestibili a domicilio;
- d) pazienti, anche in età evolutiva, con patologie croniche e/o in particolari condizioni di disagio sociale;
- e) portatori di gravi disabilità.

Sono inoltre individuati come requisiti essenziali per l'attivazione di un percorso di cure domiciliari i seguenti criteri:

- la presenza di condizioni cliniche e la necessità di interventi assistenziali compatibili con la permanenza del paziente al proprio domicilio;
- la disponibilità di un'ideale condizione abitativa, di un valido supporto familiare e/o di una rete di aiuto informale per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana.

Per quanto concerne l'intensità assistenziale, l'Atto di Indirizzo e Coordinamento sull'integrazione sociosanitaria (D.P.C.M. 14.02.2001) specifica che *l'assistenza sociosanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali.*

Per la predisposizione dei progetti personalizzati si fa riferimento a quattro criteri: natura del bisogno, la sua complessità, l'intensità dell'intervento e la sua articolazione temporale.

L'**intensità** è così definita:

- *Fase intensiva*, caratterizzata da un impegno specialistico di tipo diagnostico – terapeutico – riabilitativo, di elevata complessità e di durata definita (tale fase assistenziale è riconducibile a forme dedicate di cure domiciliari o di **Ospedalizzazione Domiciliare** caratterizzata dalla gestione di un'équipe specialistica, di norma ad inquadramento ospedaliero);
- *Fase estensiva*, caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio e prolungato periodo definito (tale fase assistenziale è riconducibile alla definizione di **Assistenza Domiciliare Integrata**, in quanto affidata alla gestione di un'équipe territoriale, coordinata dal medico di medicina generale, con la possibilità di intervento consulenziale di natura specialistica) ;
- *Fase di lungo-assistenza*, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi (tale modalità assistenziale è riconducibile alla definizione d'**Assistenza Domiciliare Integrata**, in quanto affidata alla gestione di un'équipe territoriale, coordinata dal medico di medicina generale, con la possibilità d'intervento consulenziale di natura specialistica).

***Per quanto concerne le persone malate inseribili in programmi di cure palliative domiciliari, in relazione alle fasi ed alle modalità assistenziali sopra descritte, si rinvia al Documento Conclusivo del Comitato Ministeriale per le Cure Palliative (D.M. 12.04.02), in particolare al paragrafo 1 e 2.***

### **3.1.5 L'integrazione fra cure domiciliari e assistenza ospedaliera**

Il processo di riqualificazione della funzione di assistenza ospedaliera in atto in tutti i Paesi occidentali verso la sola assistenza dei pazienti in fase acuta di malattia, la diffusione sempre maggiore della funzione di assistenza post-acuzie e la ridefinizione della lungodegenza riabilitativa, accanto alle modifiche indotte dagli incentivi impliciti nel sistema di pagamento a prestazione, richiedono la sottoscrizione di accordi per le dimissioni protette e per i ricoveri programmati dei pazienti assistiti all'interno di un programma di cure domiciliari. Ciò in quanto, un'assenza di precisi programmi di integrazione tra territorio ed ospedale, in questa fase storica di riprogrammazione della rete porterebbe ad un disequilibrio di tutta l'offerta assistenziale nei riguardi dei bisogni reali della popolazione.

La dimissione protetta è una delle principali componenti del processo assistenziale, per tale motivo è necessario adottare con le strutture di riferimento protocolli clinici-organizzativi relativamente a:

- a) programmazione della dimissione: la dimissione è parte integrante della elaborazione del piano personalizzato di assistenza, e la sua data presunta va definita con congruo anticipo;
- b) valutazione della dimissibilità del paziente ed elaborazione del piano di assistenza post dimissione attuata attraverso la valutazione multidimensionale, il confronto con le attese dei familiari e la verifica della sostenibilità domiciliare del carico assistenziale previsto.

Dal punto di vista organizzativo, è necessario il coordinamento della dimissione per garantire il collegamento fra il medico di reparto, il medico di medicina generale, e i Servizi di Cure domiciliari, in modo tale da realizzare il piano di cura previsto.

L'ammissione agevolata e protetta ai servizi ospedalieri è altrettanto necessaria in relazione alla crescente complessità dei pazienti seguiti al domicilio. Si tratta di attivare corsie preferenziali per l'accesso alle strutture ospedaliere, che prevedano precise modalità sia nel caso di ricovero ordinario, sia qualora si rendessero necessarie prestazioni specialistiche di diagnosi e cura, parificando in quest'ultimo caso le procedure riservate ai degenti in ospedale.

### **3.1.6 Le cure domiciliari sono parte della rete**

La rete dei servizi offerti per l'area della fragilità oltre che dai servizi ospedalieri è costituita da molteplici servizi territoriali residenziali e domiciliari riconducibili alle già citate modalità di ADI e di Ospedalizzazione Domiciliare, gestiti con il concorso di più soggetti pubblici, privati no-for profit convenzionati o accreditati, organismi e formazioni sociali senza scopo di lucro, quali il volontariato.

I servizi citati ed i diversi soggetti erogatori, per rispondere in modo adeguato a domande differenziate per ciò che riguarda il livello di complessità/bisogni, devono poter essere collegati fra loro. Devono inoltre poter aggiungere o scomporre le prestazioni in relazione alle disponibilità e all'esistenza di un nucleo familiare di appoggio ed in relazione al piano di assistenza che viene redatto per ciascun soggetto. Il collegamento non è solo operativo ma funzionale, con percorsi che talvolta si incrociano formando dei nodi di smistamento delle prestazioni: in questo senso si parla di **rete dei servizi**.

Il funzionamento della rete presuppone una **funzione di regia** capace di far convergere sull'obiettivo le risorse umane e finanziarie atte a risolvere i problemi che vengono rappresentati.

Nella scelta del percorso assistenziale più appropriato è indispensabile tenere presente queste esigenze irrinunciabili:

- ❑ la globalità dell'intervento terapeutico che, avendo per obiettivo la qualità della vita residua, non si limita al controllo dei sintomi fisici, ma si estende al supporto psicologico, relazionale, sociale;
- ❑ la valorizzazione delle risorse del paziente e della sua famiglia oltre che del tessuto sociale in cui sono inseriti;
- ❑ la molteplicità delle figure professionali e non professionali che sono coinvolte nel piano di cura;
- ❑ il pieno rispetto dell'autonomia e dei valori della persona malata;
- ❑ il pieno inserimento e la forte integrazione nella rete dei servizi sanitari e sociali;
- ❑ l'intensità dell'assistenza che deve essere in grado di dare risposte specifiche, tempestive, efficaci ed adeguate al mutare dei bisogni del malato;
- ❑ la continuità della cura fino alla stabilizzazione del quadro clinico o per i pazienti terminali sino all'ultimo istante di vita;
- ❑ la qualità delle prestazioni erogate.

Per dare concreta operatività a tali aspetti qualificanti, il governo della rete deve essere in grado di assicurare:

- ❑ accessibilità da parte dei cittadini in forma diretta tramite il medico di medicina generale o l'assistente sociale o mediata attraverso i familiari ;
- ❑ possibilità di intervenire in ambiti diversi: in ospedale, a domicilio, in strutture residenziali e/o di ricovero anche specifiche;
- ❑ disponibilità di tipologie assistenziali diversificate: ambulatorio, ricovero diurno, ricovero ordinario, assistenza domiciliare e residenziale;
- ❑ mantenimento della continuità assistenziale circadiana durante tutto il percorso di cura mediante l'integrazione delle diverse opzioni in un unico piano assistenziale;
- ❑ diffusione della cultura delle cure palliative, geriatriche e riabilitative tra il personale sanitario
- ❑ integrazione con i servizi sociali;
- ❑ collaborazione organica con le risorse formali e informali esistenti nella società: le organizzazioni non profit, in particolare le associazioni di volontariato, la rete parentale e amicale ecc.;
- ❑ raggiungimento del rapporto ottimale costi/benefici;
- ❑ riduzione dei ricoveri inappropriati, delle giornate di degenza e del ricorso al pronto soccorso;
- ❑ reale attuazione delle dimissioni protette;
- ❑ mantenimento dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza;
- ❑ verifica e la valutazione della qualità dei servizi offerti e dei risultati.

### ***3.1.7 Il processo assistenziale delle Cure domiciliari e le sue fasi***

Il processo è lo svolgimento di una serie di attività che si succedono in maniera logica destinate a trasformare un qualsiasi momento di input in una prestazione fruibile (output) da un utente.

In particolare, il processo assistenziale può essere definito come un insieme ordinato di prestazioni sanitarie e/o sociali, articolate per fasi, erogate con lo scopo di raggiungere un determinato esito.

Le fasi del **processo assistenziale domiciliare** sono: la **segnalazione**, la **valutazione**, la **presa in carico** e **definizione del piano assistenziale**, la **verifica**, la **conclusione**.

La segnalazione (o domanda) coincide con il primo contatto tra il malato, i suoi familiari ed il sistema dei servizi sanitari/sociali. Il segnalante può essere chiunque desideri favorire l'assistenza domiciliare per la persona malata non autosufficiente. Di norma è il medico di

medicina generale. Se la segnalazione viene effettuata dal medico del reparto ospedaliero in occasione di un ricovero, da un familiare o dal servizio sociale la stessa viene in ogni caso ricondotta al curante.

La **segnalazione** si compie presso la Centrale Operativa nella quale è presente un punto unico di accoglienza/informazione. Alla segnalazione segue una valutazione preliminare del bisogno e si forniscono tutte le informazioni sui servizi della rete.

In questa fase è essenziale prevedere modalità organizzate, meccanismi operativi e strutture specificamente dedicate (centrali operative) che facilitino l'accessibilità degli utenti ai servizi assicurando:

- ❑ un punto di riferimento per l'informazione e l'accesso alle cure domiciliari sanitarie e lo stretto collegamento con il servizio anziani per l'accesso alle cure tutelari e socio-assistenziali;
- ❑ un rapido accesso a personale qualificato, per ricevere e vagliare segnalazioni ed acquisire consulenza;
- ❑ la predisposizione di percorsi assistenziali, concordati con il medico di medicina generale, finalizzati a garantire l'appropriatezza e la continuità delle cure e la programmazione delle relative risorse;
- ❑ la disponibilità di équipe con competenze multiprofessionali - medici specialisti (geriatri, fisiatra, palliativisti, ecc.), infermieri, terapisti della riabilitazione, dietista ed assistenti sociali - a supporto dei medici di medicina generale per la realizzazione del piano di cura;
- ❑ la collaborazione e l'integrazione funzionale con l'assistenza domiciliare sociale e con le associazioni del volontariato.

La **valutazione** (in termini di analisi del bisogno e definizione dei problemi) è effettuata dopo il colloquio con la famiglia, attraverso gli strumenti di valutazione multidimensionali dello stato funzionale del paziente ed in base alle complessità evidenziate può coinvolgere più figure professionali o richiedere la valutazione dell'équipe multidisciplinare. Per i pazienti ricoverati viene fatta in collaborazione con il reparto interessato.

Per quanto riguarda **la presa in carico e la definizione del piano personalizzato di assistenza**, nel caso si identifichi l'assistenza domiciliare come la risposta più appropriata, si provvede a formulare il piano di cura con l'individuazione dei problemi dell'utente e della sua famiglia, degli obiettivi assistenziali, delle modalità di realizzazione (prestazioni, operatori, tempi e metodi di lavoro), degli ausili e presidi necessari, del referente formale (case manager) e informale (care giver familiare o chi ne fa le veci) a cui fornire il supporto per qualificare l'assistenza, delle modalità di verifica e controllo sugli esiti e sulla qualità delle prestazioni per il necessario follow-up periodico.

In particolare, se sono state rispettate tutte le fasi descritte, la dimissione ospedaliera può avvenire in modo protetto ed è assicurata la realizzazione degli impegni del nucleo parentale e del care giver individuato che sono parte della contrattualità assistenziale.

L'erogazione dell'assistenza sanitaria è assicurata dal medico di medicina generale e da tutto il personale operante nel sistema a rete (infermieri, terapisti della riabilitazione, dietista, operatori socio assistenziali, medici specialisti).

Se il caso richiede risposte residenziali vengono attivate le procedure per i ricoveri temporanei, di pronto intervento o definitivi.

Le **verifiche** e la **conclusione dell'intervento** avvengono tramite le riunioni formali ed informali dell'équipe curante, e tramite i contatti con il personale dedicato al coordinamento. Tali fattori costituiscono uno strumento di lavoro non solo nella programmazione ma anche nella fase operativa, per assumere decisioni di natura assistenziale, rivedere periodicamente le procedure assistenziali, la congruenza tra prestazioni erogate e bisogni alla luce dei risultati ottenuti.

La conclusione dell'intervento si compie con il raggiungimento degli obiettivi assistenziali, la conseguente dimissione o il passaggio ad altro livello assistenziale o con la morte del malato.

Nel caso di malati inguaribili, la morte può essere preparata nella fase di assistenza tramite l'accompagnamento della famiglia al lutto.

### **3.1.8 I fabbisogni assistenziali**

Lo studio dell'evoluzione demografica ed epidemiologica del paziente fragile fornisce conoscenze basilari per l'elaborazione delle politiche programmatiche. L'offerta dei servizi deve essere appropriata in termini quali-quantitativi ed il più efficace possibile, compatibilmente con le risorse messe a disposizione e le scelte di priorità.

Chi ha responsabilità programmatiche non può prescindere da alcune scelte relative a come definire gli indici di fabbisogno dei vari settori a partire dai dati epidemiologici e dagli indicatori sociosanitari che consentono di caratterizzare la domanda di salute che si rende evidente come maggiore suscettibilità verso lo sviluppo di malattie con spiccata tendenza alla cronicizzazione, come condizioni di fragilità che riconoscono un complesso di determinanti di carattere sociodemografico, come maggiore frequenza delle situazioni di terminalità derivanti dall'incremento delle patologie neoplastiche e degenerative.

La dinamica demografica pone l'Italia fra i paesi con la più alta percentuale di anziani nella popolazione, l'attesa di vita alla nascita è di 75 anni per gli uomini e di 81 per le donne con un trend per il 2020 di 78 e 84 anni. Aumenteranno soprattutto i grandi vecchi, le persone di età superiore agli 80 anni che attualmente rappresentano il 23% degli anziani.

Secondo i dati ISTAT, il 52% degli uomini e il 66% delle donne over 65 dichiarano almeno due malattie croniche in atto; il 44% e il 51%, rispettivamente, ne dichiarano almeno tre. L'anziano è, pertanto, portatore di pluripatologia e può essere persona fragile, non soltanto per le caratteristiche fisiologiche, ma anche per la condizione socio-economica. Si trovano in stato di povertà il 5,4% degli uomini ed il 7,4% delle donne di età superiore ai 65 anni. Il 21% degli anziani presenta difficoltà nell'espletare le attività di base e/o le attività strumentali della vita quotidiana. Delle persone disabili over 65, circa il 34% vive solo e il 60% in famiglia.

Uno studio longitudinale sull'invecchiamento (Ilsa Cnr) ha dimostrato che nella popolazione degli over 65 ogni quinquennio di età è caratterizzato da un significativo aumento del fenomeno della polipatologia, e che dai 65-69 anni agli 80-84 la percentuale di perdita di due o più funzioni della vita quotidiana (ADL) aumenta di 6-7 volte, cioè in maniera più incisiva rispetto all'aumento del numero delle malattie nelle stesse classi di età.

Inoltre, si prevede per i prossimi anni un'ulteriore riduzione del ruolo della famiglia come fornitrice di cure, a causa sia dell'aumento delle famiglie con un solo figlio, sia dell'incremento della speranza di vita che determinerà una composizione del nucleo con genitori molto vecchi (in particolare donne) e figli anziani.

Per quanto riguarda il fabbisogno di cure palliative nei pazienti oncologici, studi condotti in diversi paesi sono concordi nello stimare in circa il 90% la percentuale di deceduti per tumore che attraversano una fase terminale di malattia caratterizzata da un andamento progressivo. Gli stessi studi stimano la durata media della fase terminale in circa 90 giorni; pertanto utilizzando questi due parametri e conoscendo il numero di deceduti per tumore è possibile stimare l'incidenza e la prevalenza di pazienti oncologici che potenzialmente beneficerebbero di interventi palliativi. Ogni 1000 deceduti/anno per tumore, si stimano 900 casi incidenti con prevalenza puntuale pari a 222.

Uno studio effettuato su incarico del Ministro degli Affari Sociali riporta quali standard europei della domiciliarità valori compresi tra il 5 e il 7% della popolazione over 65.

Le Linee Guida sulla realizzazione delle attività assistenziali concernenti le cure palliative (Accordo 19 aprile 2001 della Conferenza Unificata ex art.8 d.lgs 281/97 G.U. n.110 del 14 maggio 2001) stimano che il 90% dei deceduti per tumori ha bisogno di interventi di cure palliative a diverso livello di complessità. Il 15-25% di questi beneficerebbe di ricoveri in strutture di tipo hospice.

In accordo con la letteratura internazionale, il 60% degli stessi può essere efficacemente seguito al domicilio.

### **3.2. La qualità nelle cure domiciliari**

Onde evitare interventi inappropriati ed inefficienze, è necessario che i servizi domiciliari rispettino alcune caratteristiche di fondo essenziali sulla base dei bisogni da soddisfare e delle necessità organizzative. La mancata definizione di ambiti e criteri di operatività può essere fonte di inefficacia delle azioni assistenziali, di frustrazioni degli operatori che non comprendono appieno il proprio compito e di valutazioni negative dell'utente che non trova risposte alle proprie attese di salute.

L'approccio programmatico deve essere assunto come metodo da chi ha responsabilità decisionali, evitando l'attivazione di servizi di cure domiciliari senza procedere alla caratterizzazione degli stessi.

La qualificazione delle cure domiciliari è un presupposto indispensabile per assicurare ad un paziente fragile, anziano, multiproblematico o terminale, cure efficaci al proprio domicilio.

Lo sviluppo della domiciliarità delle cure, dove l'unità della gestione non è solo una caratteristica formale ma strutturale, rappresenta una risposta ai bisogni della fascia più debole della popolazione, intesi in senso clinico, riabilitativo e sociale purchè siano presenti tutte le caratteristiche tese a realizzare continuità assistenziale, gestione complessiva dei bisogni e promozione delle abilità residue attraverso percorsi diagnostici-terapeutici e assistenziali che per la natura dei problemi trattati implicano un'elevata complessità organizzativa. Pertanto diventa prioritaria una riflessione sul come le cure domiciliari devono essere organizzate, quale tipologia di assistenza garantiscono, con quali livelli di professionalità, quali strumenti di integrazione istituzionale, professionale e gestionale e con quali risultati in termini di salute.

Il fatto che nelle cure domiciliari sono coinvolti vari attori in comparti diversi non deve diventare motivo di genericità ma un dovere di precisione nell'identificazione dei criteri, degli standard di qualità e negli obiettivi.

Si è ancora lontani dall'aver realizzato per la domiciliare un sistema fondato sull'accreditamento delle strutture erogatrici e sulla standardizzazione di contratti che tengano conto anche della qualità delle prestazioni erogate, non soltanto in termini procedurali ma anche rispetto al raggiungimento degli obiettivi di salute attraverso la definizione di outcome specifici.

Vanno dunque individuati dei criteri per stabilire i requisiti di qualità, affinché le strutture erogatrici rispondano alle esigenze delle Aziende sanitarie che in tal modo potranno meglio disciplinare l'appropriatezza delle prestazioni, la pianificazione ed il controllo della spesa con ciò migliorando l'offerta dei servizi.

#### **3.2.1 Fattori, criteri, indicatori di qualità**

Vengono presentati in modo sintetico i **principali fattori, criteri e indicatori di qualità** che sono stati elaborati attraverso un percorso di lavoro e collaborazione tra diversi Soggetti Istituzionali ed in parte nascono dall'esperienza diretta dei membri del Comitato.

Si tratta, in questo caso, anche di aspetti di carattere operativo che sono stati affrontati per risolvere problematiche reali nella gestione della realtà considerate la cui soluzione in termini di scelte organizzative e di procedure ha consentito di consolidare e migliorare la qualità del servizio offerto e la sua percezione da parte degli utenti, degli operatori e dei medici curanti.

Nella selezione dei **criteri** si è cercato di affrontare anche la problematica di valutazione degli esiti delle cure prestate e quindi di misurazione della capacità del sistema di ottenere i fini per i quali è stato attivato e gli obiettivi che gli vengono attribuiti. A questo scopo si fa ricorso sia a dati e parametri ormai consolidati dalla letteratura scientifica, ad esempio nel caso delle cure palliative, sia ad indicatori e strumenti sperimentati sul campo per la valutazione del grado di apprezzamento da parte degli utenti e dell'impatto delle cure domiciliari nella riduzione dei ricorsi impropri all'assistenza ospedaliera ed ai servizi di pronto soccorso.

Per favorire un'univoca e chiara lettura dei termini adottati nel lavoro si fa riferimento alla proposta del Gruppo di Lavoro della Regione Lombardia per l'accreditamento delle carte dei servizi sanitari, che in parte si richiama per gli aspetti più pertinenti alle finalità di questa ricerca che si possono così riassumere:

- ❑ descrivere i **fattori** ed i **criteri** di qualità delle cure domiciliari intesi come elementi rispettivamente di carattere generale e specifico che determinano e condizionano la qualità del servizio in tutte le sue dimensioni;
- ❑ proporre gli strumenti di misura della qualità ovvero gli **indicatori** definiti come variabili che consentono di valutare l'adesione, secondo i criteri considerati, agli standard minimi stabiliti attraverso le scelte dei decisori nell'ambito del processo di programmazione socio-sanitaria sulla base delle evidenze scientifiche e del consenso tra esperti.

Sono definiti **Assi della qualità**:

- ❑ **Struttura**: ciò che è dato. Attributi relativamente stabili delle risorse umane, materiali e dell'organizzazione sanitaria.
- ❑ **Processo**: ciò che si fa. Qualsiasi azione relativa all'assistenza sanitaria.
- ❑ **Esito**: Ciò che l'utente ottiene. Si intende il risultato in termini di condizioni valutabili di salute dell'utente e del suo grado di soddisfazione (qualità percepita) e seguito di uno specifico intervento o di un'esperienza legata ad un processo assistenziale.

Per quanto riguarda la **Misurazione della qualità**, si possono evidenziare i seguenti elementi:

- ❑ **Criterio**: regola che viene assunta come norma di giudizio. Un'affermazione che definisce la qualità di un elemento dell'assistenza sanitaria; il giudizio può essere espresso in termini qualitativi o quantitativi.
- ❑ **Indicatore**: variabile che consente di ricavare informazioni valide sulla qualità dell'assistenza di un singolo operatore, di un servizio, di un ente erogatore di servizi sanitari.
- ❑ **Standard di qualità**: valore atteso (o prestabilito) per un indicatore riferito allo specifico criterio di qualità dell'assistenza; la definizione degli standard costituisce uno strumento forte di programmazione dei servizi sanitari che si avvale delle evidenze scientifiche in materia e del consenso degli esperti in ambito tecnico-professionale.

I criteri di qualità descritti, sia quelli derivanti dalla letteratura sia dall'esperienza diretta, sono stati tutti riferiti alle funzioni assistenziali individuate in base all'elenco di funzioni previste dal manuale per l'accreditamento dell'assistenza domiciliare 1997-1998 della Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization.

Le **Funzioni** sono suddivise in due categorie:



- ❑ **Funzioni centrate sul paziente:** Diritti ed Etica (DE); Valutazione (VA); Assistenza e Servizio (AS); Educazione (ED); Continuità delle Cure (CC).
- ❑ **Funzioni centrate sull'organizzazione:** Miglioramento della performance (MQ); Leadership (LE); Sicurezza dell'ambiente e gestione degli strumenti (SA); Gestione delle risorse umane (GU); Gestione dell'informazione (SI); Sorveglianza, controllo e prevenzione delle infezioni (IN).

Infine, si intendono descrivere e proporre **strumenti validati e condivisi di valutazione della qualità delle cure domiciliari**, anche al fine di poter confrontare ipotesi gestionali diversificate; a questo riguardo è opportuno evidenziare che alcuni tra gli indicatori proposti possono essere considerati prevalentemente come **strumenti di autovalutazione** che prevedono standard di riferimento differenziati in relazione alla particolare struttura organizzativa e gestionale del servizio (modelli a gestione diretta, esternalizzazione a strutture profit o no profit).

Si tratta essenzialmente di **indicatori inerenti problematiche di struttura e di processo**, per le quali le diverse realtà organizzative possono perseguire e adottare soluzioni differenziate.

In altri casi, gli indicatori selezionati sono fortemente correlati alla qualità dei servizi erogati ai pazienti, ai livelli essenziali di assistenza ed agli esiti della cura sulla base delle evidenze epidemiologiche e della letteratura scientifica. Questi parametri descrivono quindi obiettivi essenziali di processo e di esiti dell'assistenza a cui evidentemente dovrebbero tendere tutti i soggetti che operano nel settore delle cure domiciliari al fine di assicurare risposte efficaci ai bisogni sempre crescenti nell'ambito della continuità delle cure, dell'integrazione socio-sanitaria e dell'assistenza primaria e riabilitativa.

In questo senso la presente analisi intende fornire un contributo sul piano metodologico ma anche gestionale organizzativo per progetti di miglioramento, monitoraggio, benchmarking, per la definizione degli standard assistenziali di riferimento da parte degli Organismi preposti e quindi per l'accreditamento dei servizi.

### **3.2.2 Descrizione degli indicatori**

Nelle tabelle successive sono riportati e descritti i fattori, criteri e indicatori di qualità per un'adeguata valutazione delle cure domiciliari secondo quanto riportato anche nella letteratura specifica per l'adozione di programmi di miglioramento continuo ed in prospettiva per la definizione del set di misure finalizzate alla certificazione esterna.

Lo schema seguito è rappresentato nella figura seguente.

<b>Qualità delle cure domiciliari</b>			
Fattori legati al paziente	Struttura	Processo	Risultato
Fattori legati all'organizzazione			



Fattore	Codice Funzioni	Asse	N°	Criterio	Indicatore
Organizzazione dell'accoglienza della richiesta	p/AS	s	1	Attivazione di un centro unico di riferimento (centrale operativa) con eventuali sportelli decentrati, facilmente accessibili, anche telefonicamente, per la ricezione delle richieste di attivazione del servizio e per favorire i contatti con l'utenza, la rete dei servizi e M.M.G.	n. giorni e ore/settimana di apertura all'utenza della segreteria organizzativa
Organizzazione della valutazione	p/VA	s	2	Adozione della metodologia della valutazione multidimensionale per definire i bisogni del paziente, il conseguente piano di cura e le successive rivalutazioni	Équipe di valutazione della Centrale Operativa
	o/GU	s	3	L'U.V.M. deve essere costituita da figure professionali che garantiscono in funzione della tipologia del caso valutato la diversificazione delle competenze: MMG, infermiere, terapeuta della riabilitazione, assistente sociale, medico specialista (geriatra- fisiatra- palliativista)	Tipologia delle figure professionali che compongono l'equipe valutativa, funzione della Centrale Operativa
	p/VA	s	4	L'organizzazione destina una quantità di tempo adeguato per l'adempimento dei processi valutativi e di pianificazione degli interventi	Ore dedicate / mese
Accoglienza delle richieste e presa in carico	p/AS	p	5	Le modalità di accesso al servizio sono chiaramente definite e pubblicizzate attraverso apposito materiale informativo che descrive la tipologia dell'utenza, le modalità di accesso, le strutture della rete, le prestazioni offerte, gli eventuali oneri	Formalizzazione delle modalità di accoglienza delle richieste. Esistenza e diffusione di materiale informativo.
	o/GU	s	6	Viene garantita la presenza di personale adeguato all'effettuazione dell'accoglienza: amministrativo, medico, infermiere, assistente sociale	Figure professionali dedicate
Tempestività della valutazione	p/VA	p	7	L'UVM procede tempestivamente alla valutazione e alla definizione del piano assistenziale	Termine entro il quale si procede ad una valutazione preliminare
Tempestività di attivazione delle cure	p/AS	p	8	L'organizzazione assicura l'attivazione delle cure domiciliari entro tempi definiti ed adeguati alle esigenze dell'assistito concordando il piano con il suo M.M.G.	Tempo massimo entro il quale deve essere attivato il piano delle cure domiciliari dal giorno della segnalazione
Consenso del paziente e/o familiare alle cure domiciliari	p/DE	p	9	L'organizzazione prevede l'acquisizione del consenso informato da parte del paziente o familiare all'effettuazione delle cure e al trattamento dei dati sensibili	Registrazione in cartella del consenso alle cure e formalizzazione del consenso al trattamento dei dati sensibili
Attuazione della valutazione multidimensionale	p/VA	p	10	Dopo la valutazione preliminare ciascun paziente viene valutato secondo una metodologia globale e multidisciplinare	Utilizzo degli strumenti di valutazione per la dimensione clinica, funzionale e sociale
Pianificazione dell'assistenza	p/AS	p	11	Per ogni paziente preso in carico viene steso un piano di cura concordato con il MMG e con evidenziati: natura dei problemi, obiettivi di cura, modalità di realizzazione (prestazioni, operatori, tempi, metodi di lavoro) indirizzi terapeutici, ausili e presidi necessari, case manager, care giver, follow up	% dei piani assistenziali che rispondono ai criteri definiti

<b>Fattore</b>	<b>Codice Funzioni</b>	<i>Asse</i>	<i>N°</i>	<b>Criterio</b>	<b>Indicatore</b>
	p/CC	p	12	Per ogni paziente preso in carico viene individuato un operatore di riferimento (tutor) con funzioni di supporto anche per il MMG	Ciascun paziente ha un operatore di riferimento
Verifica e follow up	p/VA	p	13	Ogni paziente secondo la periodicità indicata dal piano, o in caso di evento intercorrente, viene rivalutato	Rivalutazione adottando gli strumenti coerenti con la valutazione di ingresso o le necessità intercorrenti
Sistema informativo	o/SI	p	14	Per ogni paziente viene compilata una cartella multidimensionale che raccoglie informazioni relative agli strumenti di valutazione adottati, il piano di cura adottato, il diario clinico-assistenziale, le problematiche psicologiche e sociali, i presidi ed ausili consegnati, l'eventuale telemonitoraggio	% di pazienti con cartella completa secondo i criteri definiti
Integrazione con il M.M.G	p/CC	p	15	L'organizzazione promuove l'integrazione con il M.M.G	Applicazione di un protocollo condiviso e sottoscritto con gli organismi aziendali preposti
	p/CC	P	16	I pazienti vengono presi in carico a seguito di richiesta o di consenso formalizzato dal loro MMG. Le segnalazioni provenienti da soggetti diversi dal MMG vengono ricondotte allo stesso. Con il MMG si concorda la consulenza continuativa del medico specialista o il passaggio in cura in caso di indisponibilità del MMG titolare della scelta.	% di casi presi in carico con richiesta o consenso formalizzato del MMG
Integrazione con le strutture ospedaliere	p/CC	p	17	L'organizzazione promuove l'integrazione con i presidi ospedalieri di riferimento attraverso: - protocollo sulle dimissioni protette ed i ricoveri programmati sottoscritto e condiviso con i presidi del territorio di riferimento; - protocolli per il monitoraggio attraverso la telemedicina per i pazienti critici; - procedure concordate per la diagnostica di laboratorio e strumentale	Applicazione di protocolli formalizzati su dimissioni protette, telemedicina, diagnostica di laboratorio e strumentale
Integrazione con le strutture residenziali	p/CC	p	18	L'organizzazione, d'intesa con il MMG, promuove l'integrazione con le Strutture residenziali (RSA-IDR)	Applicazione di un protocollo condiviso e sottoscritto con le strutture operanti nel territorio di riferimento
Integrazione con i SAD comunali	p/CC	p	19	L'organizzazione, d'intesa con il MMG, promuove l'integrazione con i Servizi Sociali dei Comuni di riferimento	Applicazione di un protocollo sottoscritto tra Asl e Conferenza provinciale dei Sindaci
Coordinamento del Servizio	o/LE	s	20	L'organizzazione dispone di una Direzione Sanitaria	Presenza di un dirigente medico a cui è attribuita la responsabilità del servizio
	o/LE	s	21	L'organizzazione dispone di un coordinamento infermieristico	Presenza di un infermiere a cui sono attribuite le funzioni direttive
	o/LE	s	22	L'organizzazione dispone di un coordinamento dei terapisti della riabilitazione	Presenza di un terapeuta a cui sono attribuite le funzioni direttive

<b>Fattore</b>	<b>Codice Funzioni</b>	<i>Asse</i>	<i>N°</i>	<b>Criterio</b>	<b>Indicatore</b>
	o/GU	s	23	L'organizzazione dispone di personale di coordinamento per i servizi socio-assistenziali	Presenza di un Assistente sociale a cui sono attribuite le funzioni direttive
Dotazione organica	o/GU	s	24	L'organizzazione dispone di personale numericamente adeguato e di accertata competenza professionale con funzioni di line	Presenza delle figure professionali di seguito elencate: Infermiere, Fisioterapista, Logopedista, Dietista, Assistente sociale, Geriatra, Fisiatra, Palliativista, Psicologo, Amministrativo (n. operatori)
	o/GU	s	25	Disponibilità di Specialisti consulenti (pneumologo, nutrizionista, chirurgo generale, chirurgo vascolare, cardiologo)	Esistenza di apposite convenzioni per le consulenze indicate
Dotazione organica Cure Palliative	o/GU	s	26	L'organizzazione dispone di una équipe esclusivamente dedicata alle cure palliative formata per le cure dei malati inguaribili a breve aspettativa di vita	Presenza di una équipe medica ed infermieristica dedicata
Collegamento tra paziente in carico e Centrale operativa	p/CC	s	27	L'organizzazione garantisce all'utente in carico un facile accesso telefonico alla centrale operativa e/o alla reperibilità infermieristica	Orario di accessibilità telefonica e presenza di pronta disponibilità
Copertura assistenziale	p/CC	s	28	L'organizzazione prevede una tutela sanitaria del Medico di Medicina generale, adeguata a garantire continuità assistenziale circadiana al paziente durante tutto il percorso di cura	Effettiva disponibilità dei MMG o dei Medici continuità assistenziale
	p/CC	s	29	L'organizzazione prevede la presenza in servizio degli infermieri in orari adeguati a soddisfare i bisogni dei pazienti	Fasce orarie di erogazione delle cure
	p/CC	s	30	L'organizzazione prevede la presenza in servizio dei terapisti, logopedista, dietista, assistente sociale, fisiatra geriatra, psicologo, e altri specialisti convenzionati in orari adeguati a soddisfare i bisogni dei pazienti	Fasce orarie di erogazione delle cure
	p/CC	s	31	L'organizzazione prevede la presenza in servizio dei medici palliativisti in orari adeguati a soddisfare i bisogni dei pazienti	Fasce orarie di erogazione delle cure per tutti i pazienti, per i pazienti con consulenza continuativa e con passaggio in cura
Risorse strumentali	o/SA	s	32	L'organizzazione dispone di sedi adeguate per l'accesso dell'utenza e per gli operatori del servizio: area di reception, ambulatorio, locali per colloqui, riunioni di équipe, studi professionali, deposito materiali, aula didattica, spazio per archivi, spogliatoi, collegamenti intranet ed internet, cassaforte per stupefacenti, collegamenti telefonici e telefax, fotocopiatore, spogliatoi	Disponibilità di una struttura adeguata
	o/SA	s	33	L'organizzazione dispone di autovetture per gli operatori	Disponibilità di un parco auto

<b>Fattore</b>	<b>Codice Funzioni</b>	<i>Asse</i>	<i>N°</i>	<b>Criterio</b>	<b>Indicatore</b>
	o/SA	s	34	L'organizzazione dispone di un adeguato equipaggiamento per gli operatori: divise invernali ed estive, calzature, borse per materiale sanitario, borse per trasporto di materiale biologico, marsupi per il personale di line	Disponibilità dei materiali indicati
	o/SA	s	35	L'organizzazione ha dotato gli operatori di un cartellino di riconoscimento e di pass per l'accesso e la sosta in area soggette a limitazioni	Esistenza dei documenti di riconoscimento e dei pass autorizzati dalle autorità competenti
	o/SA	s	36	L'organizzazione mette a disposizione degli operatori apparecchiature elettromedicali, strumentazione medica e chirurgica, ausili e presidi medico- chirurgici- farmaceutici e protesici adeguati alla tipologia degli interventi previsti	Disponibilità di strumentazione adeguata alla tipologia delle prestazioni da erogare, certificata e conforme alle norme di sicurezza
	o/SA	p	37	L'organizzazione ha adottato le procedure di carico e scarico dei materiali e delle attrezzature nel rispetto delle norme di legge e con controllo delle scadenze per i materiali deperibili	Esistenza di procedure codificate
	o/SA	p	38	L'organizzazione ha attivato service per la consegna ed il ritiro di materiale a consumo ripetuto ausili, presidi farmaceutici e protesici e per l'assistenza continuativa dei pazienti in ventilo-ossigeno terapia a lungo termine, nutriti artificialmente	Esistenza di specifici contratti
	o/SA	p	39	L'organizzazione ha adottato procedure per la raccolta e lo smaltimento dei rifiuti speciali	Esistenza di specifiche procedure
	o/SA	p	40	L'organizzazione ha adottato procedure per la gestione dei farmaci stupefacenti per la terapia antalgica domiciliare	Adozione protocollo aggiornato alla normativa specifica
	o/SI	p	41	L'organizzazione dispone di un sistema informativo atto a monitorare le attività del servizio e per rilevare in modo uniforme gli indicatori di attività e di risultato previsti dal controllo di gestione ed assicurare i debiti informativi interni ed esterni	Adozione del listino prodotti e di un protocollo per la gestione dei flussi informativi registrati in cartella o su apposita modulistica che costituisce il sistema di reporting
	o/MQ	p	42	L'organizzazione adotta un sistema di indicatori per la verifica periodica della propria performance	Esistenza di un sistema di indicatori con definizioni esplicite delle modalità di rilevazione
	O/SI	p	43	L'organizzazione dispone di un sistema informativo per la rilevazione omogenea delle informazioni	Esistenza di un manuale contenente le definizioni operative accessibili agli operatori per le voci relative agli

<b>Fattore</b>	<b>Codice Funzioni</b>	<i>Asse</i>	<i>N°</i>	<b>Criterio</b>	<b>Indicatore</b>
					indicatori
	o/SI	p	44	L'organizzazione dispone di un sistema informatizzato che consenta l'elaborazione di reports periodici	Esistenza di un sistema informatizzato che garantisca un rapido accesso ai dati per elaborazioni statistiche a fini gestionali ed epidemiologici
Qualità delle procedure	o/MQ	p	45	L'organizzazione utilizza protocolli tecnico- operativi e professionali multidisciplinari o specifici per la loro professionalità con particolare riferimento a quelli basati su evidenze scientifiche di efficacia (Ventilazione meccanica, Ulcere da decubito o vascolari, Cateterismo a circuito chiuso, Rieducazione neuromotoria, Nutrizione artificiale, Monitoraggio e controllo dei sintomi nel paziente terminale, etc.)	Adozione di protocolli tecnico-operativi e professionali
Educazione sanitaria del paziente e della famiglia	p/ED	p	46	L'organizzazione adotta un piano per offrire interventi coordinati di educazione sanitaria al paziente ed ai suoi familiari	Esistenza di un piano per l'educazione sanitaria
Garanzie di sicurezza	o/SA	p	47	L'organizzazione adotta le normative di sicurezza vigenti per la salvaguardia degli utenti del servizio	Gli operatori dispongono di protocolli operativi specifici per la protezione e la salvaguardia degli assistiti
	o/SA	p	48	L'organizzazione adotta le normative di sicurezza vigenti per la salvaguardia degli addetti del servizio	Gli operatori dispongono di protocolli operativi specifici di prevenzione e protezione
Formazione del personale	o/GU	p	49	L'organizzazione pianifica annualmente la formazione degli operatori	Esistenza del piano di formazione
	o/GU	p	50	L'organizzazione prevede tempi adeguati per l'inserimento nel servizio di nuovi operatori	Adozione di un programma individuale di inserimento
Sostegno psicologico del personale addetto	o/GU	p	51	L'organizzazione mette a disposizione personale qualificato per un supporto psicologico agli operatori attraverso riunioni plenarie, professionali e disponibilità per colloqui individuali	Adozione di un programma per il sostegno psicologico agli Operatori
Integrazione operatori della rete dei servizi	p/CC	p	52	L'organizzazione pianifica periodici confronti con gli operatori del servizio: riunioni plenarie e di équipe territoriali mono e pluriprofessionali, tecniche ed organizzative gestionali	Esistenza di un programma degli incontri con cadenze diversificate
	p/CC	p	53	Il personale di coordinamento, le équipe valutative ed il singolo operatore effettuano, in relazione alla tipologia e complessità dei casi trattati, periodici confronti con altri soggetti coinvolti nell'assistenza	Esistenza di procedure esplicite per l'integrazione tra le figure professionali nella gestione dei casi
	p/CC	p	54	L'organizzazione prevede la collaborazione con il MMG o il curante individuato dall'assistito se diverso da questi	Esistenza di una procedura esplicita per le relazioni con il medico curante



Fattore	Codice Funzioni	Asse	N°	Criterio	Indicatore
	p/CC	p	55	L'organizzazione assicura l'integrazione con i servizi di continuità assistenziale ( guardia medica) e di urgenza - emergenza	Esistenza di un protocollo di integrazione tra cure domiciliari e servizio di continuità assistenziale e 118
	p/CC	p	56	L'organizzazione promuove accordi di collaborazione con le organizzazioni del terzo settore ed il volontariato operanti nel settore della disabilità, degli anziani e dei malati di cancro	Esistenza di accordi formalizzati-convenzione per la collaborazione con le organizzazioni di volontariato
Tutela dei diritti del cittadino	p/DE	p	57	L'organizzazione promuove la tutela dei diritti del paziente, la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza	Esistenza di una carta dei servizi con una sezione specifica riguardante gli aspetti etici
Garanzia della qualità	o/MQ	p	58	L'organizzazione promuove una esplicita politica della qualità per il miglioramento continuo della struttura, dei procedimenti e dei risultati del servizio	Esistenza di un piano dei controlli per monitorare e verificare la qualità con indicazione della periodicità dei controlli, il campione da analizzare, gli strumenti di rilevazione e gli operatori coinvolti
Controllo di Gestione	o/MQ	p	59	L'organizzazione adotta un programma di controllo di gestione relativamente ad ogni tipologia, per profili di cura e per operatore con elaborazione di dati riferiti almeno a: Caratteristica dell'utenza, Durata dei trattamenti, Volume delle attività erogate, Ore lavorate a domicilio, Ore impiegate per trasferimenti, Tempo logistico, Durata accessi, Periodo di coperture, Giornate effettive di trattamento, Consumo beni farmaceutici ed economici, Costi prestazione, Costi accesso, Costi per profilo di cura	Esistenza di una procedura per il controllo di gestione Esistenza di una procedura informatizzata
Continuità delle cure domiciliari	p/AS	e	60	Le cure domiciliari hanno un forte impatto nel ridurre i ricoveri ospedalieri impropri e/o il ricorso al pronto soccorso ospedaliero	N° di giorni di ricovero ospedaliero durante l'Assistenza domiciliare N° ricoveri nei 6 mesi precedenti l'attivazione delle cure domiciliari e nei 6 mesi successivi N° degli accessi al pronto soccorso durante l'Assistenza domiciliare Tasso di ospedalizzazione popolazione >= 75 anni
	p/AS	p	61	L'esito delle cure in termini di impatto sulla salute, l'autosufficienza, le condizioni psicologiche e la soddisfazione dell'assistito e del care giver dipendono dalla continuità della presenza e dalla frequenza degli accessi	%le di pazienti che ricevono assistenza continuativa coerente al piano di cura

<b>Fattore</b>	<b>Codice Funzioni</b>	<i>Asse</i>	<i>N°</i>	<b>Criterio</b>	<b>Indicatore</b>
	p/AS	p	62	La qualità della relazione e dell'informazione migliorano il benessere psicologico degli utenti e dei care giver	% di pazienti nei quali è rispettato il tempo standard per accesso
	p/CC	e	63	Le dimissioni protette riducono la durata delle degenze	% di pazienti presi in carico attraverso il percorso delle dimissioni protette e dimessi dall'Ospedale nei 7 giorni precedenti
	p/AS	e	64	Le cure palliative permettono ai malati di essere curati a casa fino alla morte con ciò rispettando la scelta del luogo di cura, laddove la copertura assistenziale sia garantita nell'arco delle 24 ore	%le di pazienti deceduti a casa
Integrazione con il m.m.g.	p/AS	e	65	Una buona integrazione con il medico di medicina generale migliora i risultati perché consente di erogare prestazioni coordinate e appropriate e consente di intervenire su situazioni meno compromesse. La condivisione degli obiettivi e delle prestazioni migliora il clima e la relazione con la famiglia.	%le di mmg che utilizzano il servizio %le di pazienti inviati dal mmg %le di pazienti per i quali è stato effettuato entro 8 giorni dall'attivazione il colloquio con il MMG e concordato il piano di cura
Tempestività	p/AS	e	66	Il servizio deve garantire risposte tempestive al fine di sostenere la scelta delle cure domiciliari da parte del paziente	% di pazienti che hanno ricevuto la prima visita entro 48 ore (cp/critici) e 72 ore (altri) dalla richiesta
Partecipazione e sostegno della famiglia	p/AS	e	67	Il coinvolgimento attivo della famiglia migliora l'efficacia delle cure	%le di pazienti per i quali è stato effettuato il colloquio preliminare con i familiari
	p/AS	e	68	Le cure palliative devono garantire il supporto al lutto	%le di famiglie che hanno ricevuto la visita di un membro dell'équipe il giorno della morte (o nei giorni successivi) del congiunto
Percezione della salute e della qualità di vita	p/AS	e	69	L'attenzione alla qualità di vita e alla salute percepita dai pazienti è elemento di qualità del servizio in quanto consente di porre l'attenzione su problemi soggettivi che possono sfuggire alla diagnosi oggettiva. Inoltre ogni variazione positiva è indice di efficacia dell'assistenza	%le di pazienti in cui si è verificata una variazione positiva attraverso uno specifico questionario che esplora i sintomi, il ritmo sonno veglia, il benessere psicologico, la soddisfazione delle attese personali, la socializzazione

<b>Fattore</b>	<b>Codice Funzioni</b>	<i>Asse</i>	<i>N°</i>	<b>Criterio</b>	<b>Indicatore</b>
Qualità delle cure	p/AS	e	70	Le cure palliative si propongono di fornire una risposta ai bisogni fisici, psicologici, sociali e spirituali dei malati	%le di pazienti per i quali è stato evidenziato un miglioramento della qualità della vita attraverso idoneo strumento di valutazione (ad es.TIQ) . %le di pazienti per i quali è stato documentato un appropriato livello della qualità delle cure attraverso idoneo strumento di valutazione (ad es.STAS – POS)
Appropriatezza del periodo di presa in carico ed intensità assistenziale	p/AS	e	71	Il periodo di presa in carico deve essere coerente con gli obiettivi del piano di cura tenuto conto delle condizioni funzionali del paziente, della cronicità della patologia e dell'aspettativa di vita	%le di pazienti con durata dell'assistenza compresa tra: 0 e 5 giorni/ 6-20 giorni/ 21-90 giorni/ 91-180 giorni/ > 181 giorni intensità assistenziale per profilo/tipologia assistenziale con determinazione del C.I.A= gg.effettiva/gg periodo di cura
Consapevolezza	p/AS	e	72	La maggiore consapevolezza da parte del malato terminale della diagnosi e della prognosi lo rende in grado di scegliere meglio le diverse opzioni terapeutiche	%le di malati di ciascuna delle 5 classi relative allo strumento che esplora la consapevolezza di diagnosi e prognosi
Soddisfazione del paziente e della famiglia	p/AS	e	73	La soddisfazione del paziente e della famiglia per il servizio ricevuto è un elemento di qualità in quanto consente di valutare se il servizio ha risposto adeguatamente ai suoi bisogni	%le di risposte con giudizio positivo al questionario di valutazione
Ottimizzazione delle risorse	o/GU	p	74	Il migliore utilizzo possibile delle risorse umane nell'erogazione dell'assistenza è elemento di qualità in quanto riduce gli sprechi e valorizza gli operatori	Carichi di lavoro, tempi di accesso
Grado di fidelizzazione	p/AS	e	75	L'organizzazione è valutata anche in relazione alla capacità di attrazione nel proprio ambito di riferimento	%le ultrasessantacinquenni ultrasettantacinquenni e di deceduti per cancro assistiti nel proprio ambito di riferimento
	o/GU	e	76	La stabilità ed il grado di motivazione degli Operatori favorisce la continuità e la qualità delle cure in termini professionali e relazionali	%le turnover degli Operatori

## **Parte quarta**

### **VALUTAZIONE ECONOMICA**

Le note che seguono costituiscono un cenno sintetico agli obiettivi ed agli strumenti di carattere generale inerenti la valutazione economica delle cure a domicilio.

Dal punto di vista degli obiettivi, si potrebbero riassumere i seguenti:

- a) individuare modelli organizzativi atti a garantire la continuità assistenziale al domicilio del paziente con interventi caratterizzati da un elevato contenuto sanitario;
- b) formulare delle ipotesi di costo dell'investimento anche in relazione all'utilizzo di nuove tecnologie (telemedicina) nel settore della ospedalizzazione domiciliare ed in ragione delle patologie trattabili;
- c) proporre una metodologia per l'analisi dei costi di gestione dell'attività di ospedalizzazione domiciliare, da applicare nelle sperimentazioni gestionali ipotizzate;
- d) ipotizzare dei modelli di analisi dei costi di trattamento di categorie omogenee di pazienti in regime di ricovero ospedaliero e di ospedalizzazione domiciliare.

La valutazione economica, inoltre, non dovrebbe essere disgiunta da una valutazione di qualità, per cui dovrebbero aggiungersi obiettivi quali:

1. proporre delle linee guida per rilevare la qualità percepita dal paziente, dai familiari, ecc.;
2. all'interno del mondo ISO 9000, individuare dei percorsi per la certificazione di qualità dei servizi di ospedalizzazione domiciliare.

#### **4.1 I costi**

Sembra opportuno premettere che solo un numero limitato di aziende in Italia dispongono di strumenti integrati di contabilità generale ad analitica, in grado di agevolare un'analisi puntuale del costo dei processi assistenziali. Inoltre, tale carenza informativa si evidenzia con maggiore intensità nell'area dei servizi territoriali - distrettuali per la quale è scarsa la letteratura e poche sono le esperienze operative già realizzate. Infatti, mentre nell'area ospedaliera gli strumenti contabili permettono una conoscenza sufficientemente precisa e dettagliata delle dinamiche economiche conseguenti all'erogazione delle attività sanitarie, in campo distrettuale non esistono ancora sistemi informativi adeguati alla gestione dell'attività territoriale. Questo gap esistente tra ospedale e territorio ha origine, oltre che in radici di carattere culturale - si è sempre privilegiata l'analisi dell'attività ospedaliera - anche e soprattutto in motivazioni di carattere organizzativo, dal momento che l'attività sanitaria territoriale non si presta alla standardizzazione necessaria per l'avvio di una analisi puntuale della produzione e dei relativi costi.

Bisogna poi aggiungere che, vista la variabilità e la molteplicità dei servizi erogati, il territorio non si presta neanche all'applicazione degli strumenti ordinari di contabilità analitica quali la contabilità del personale e dei magazzini. Mentre in ospedale le risorse sono specificatamente allocate ai singoli centri di costo che rappresentano il fondamento per ogni analisi economica, nel territorio le risorse sono spesso allocate su più centri di costo che erogano attività differenti complicando la possibilità di attribuire anche i costi diretti di produzione, se non facendo ricorso a coefficienti di allocazione dei differenti fattori produttivi che non sono facilmente realizzabili vista la non standardizzazione delle attività svolte dagli operatori.

## **4.2 Gli investimenti ed il finanziamento**

Gli investimenti ed il finanziamento relativi all'assistenza domiciliare sono strettamente correlati alle patologie che si propone di trattare, al modello organizzativo adottato, alle tecnologie utilizzate, all'azienda sanitaria che intende attivare e/o sviluppare il servizio.

In sintesi estrema, le tecnologie in uso devono garantire:

- la comunicazione con il paziente su linee analogiche;
- la gestione delle apparecchiature sanitarie;
- la gestione dell'archivio dati del paziente;
- telemonitoraggi delle condizioni cliniche specifiche del paziente,
- apparati mobili per le indagini sanitarie del caso.

Per facilitare l'individuazione delle migliori tecnologie da utilizzarsi, possono essere organizzati dei workshop formativo - informativi sulla materia, come anche un sito web che indichi le tecnologie già presenti sul mercato ed i relativi costi.

L'acquisizione delle tecnologie potrebbe essere finanziata con risorse *ad hoc* messe a disposizione da un progetto nazionale di telemedicina (con specifico riferimento all'assistenza socio-sanitaria domiciliare) oppure direttamente dalle aziende sanitarie ricorrendo al finanziamento tramite leasing o finanza innovativa.

## **4.3 I costi di gestione**

I costi di gestione dei servizi di cure domiciliari sono di difficile standardizzazione, anche perché strettamente correlati alla patologia da cui è affetto il paziente, alle caratteristiche del territorio e ad altri fattori specifici.

In effetti, l'analisi dei costi realizzata da esperienze in corso può fornire una sola indicazione di massima sull'assorbimento di risorse di tale servizio, ma essa risulta di difficile trasferibilità in contesti operativi differenti.

La variabilità dei costi è legata principalmente ai seguenti fattori:

- durata dell'assistenza,
- mix di risorse umane, profili professionali, impiegati nel piano di cure;
- intensità assistenziale in termini di frequenza di accessi;
- tecnologie impiegate;
- tipologia del paziente in ordine al consumo di farmaci e di materiale sanitario.

Approcci differenti e non necessariamente alternativi possono essere utilizzati per effettuare analisi dei costi inerenti l'ospedalizzazione domiciliare. In via sostanziale, le analisi si differenziano in funzione dell'oggetto specifico della rilevazione. In particolare, si distinguono le analisi fondate sulla natura dei fattori produttivi utilizzati e quelle per centri di imputazione dei costi stessi. Nel primo caso, le principali voci di costo da rilevare, indicate a solo titolo d'esempio sono:

### ***Personale***

- figure professionali di coordinamento;
- assistente sociale;
- MMG e specialista di branca;
- Infermieri professionali domiciliari.

### **Materiali di consumo**

- farmaci;
- materiale sanitario;
- materiale non sanitario.

### **Ammortamenti**

- apparecchiature sanitarie di durata ed uso pluriennale (tecnologie biomediche);
- automezzi necessari al trasporto degli operatori.

### **Costi generali**

- costi amministrativi di personale e di segreteria, oneri finanziari, affitti, canoni ed altri oneri di gestione;
- oneri di installazione e manutenzione delle apparecchiature;

Si tenga presente che ai costi suddetti vanno aggiunti gli eventuali costi associati al ricovero o all'accesso ad altri servizi ospedalieri.

Una volta individuati i costi dei fattori produttivi, gli stessi possono essere elaborati con sistemi differenti, al fine di arrivare ad alcune aggregazioni che rendano possibile l'elaborazione di tariffe tali da garantire l'equilibrio economico ai Soggetti erogatori. I più frequentemente utilizzati sono: :

- costo per ciclo di cure e per livello assistenziale;
- costo per singola giornata di assistenza e per livello assistenziale;
- costo per singola prestazione

Interessante è la classificazione dei costi in funzione dei moduli assistenziali per i quali si sono generati, riportata nello studio *“Progettare e realizzare il miglioramento nei Servizi di Cure Domiciliari” della Scuola di Direzione in Sanità – I.Re.F Scuola di Direzione Aziendale Università Bocconi – ottobre 2001<sup>1</sup>*:

In tale studio, sono state individuate le seguenti configurazioni di costo:

- *Costi speciali diretti*: sono costituiti dai costi totali per le figure professionali operanti nel servizio con funzioni di line: infermieri, terapeuta della riabilitazione, logopedista, dietista, medici palliativisti, fisiatri, geriatri, medici di medicina generale. Per ciascuna figura professionale, il costo totale viene distribuito nei diversi moduli assistenziali in rapporto alle ore effettive lavorate a domicilio.
- *Costi speciali variabilizzabili*: si tratta dei costi imputabili ai trasferimenti sul territorio del personale di line ed alle attività di programmazione, riunione di équipe, formazione ed aggiornamento professionale. Per queste attività, che giustificano il 18% dei costi totali, non è prevista una registrazione analitica degli impegni del personale ma l'attribuzione dei relativi costi ai moduli assistenziali viene comunque effettuata attraverso l'applicazione di criteri oggettivi: per i costi di trasferimento si utilizza come criterio il numero degli accessi domiciliari, mentre per i costi di programmazione e formazione il criterio utilizzato è il numero di ore lavorate a domicilio.

---

<sup>1</sup> Cfr. paragrafo 4.5

- *Costi comuni per risorse di coordinamento*: si tratta dei costi per il personale che non svolge funzioni di line e che opera presso la sede dell'U.O. con compiti di direzione, gestione e coordinamento: medico geriatra per una quota della sua attività stimata nel 35%, psicologo, assistente sociale, capo sala, personale amministrativo, medico responsabile, obiettori di coscienza in servizi civile. Questi costi vengono quindi distribuiti nei diversi moduli assistenziali utilizzando come peso il numero di accessi domiciliari effettuati dal personale di line nei moduli stessi.
- *Costi comuni per beni economici e presidi e ausili sanitari*: si tratta di presidi e ausili utilizzati direttamente dal personale sanitario nelle attività assistenziali. Sono quindi esclusi i costi per l'assistenza farmaceutica, protesica, diagnostica, nutrizionale, ossigenoterapia, ecc.. che sono garantite alla generalità dei cittadini indipendentemente dall'assistenza domiciliare. Anche questi costi vengono successivamente distribuiti nei diversi moduli assistenziali utilizzando come peso il numero di accessi domiciliari effettuati dal personale di line.

Inoltre, merita di essere segnalato anche l'approccio ANT (Associazione Nazionale Tumori) che suddivide i costi per tipologia di prestazioni erogate come da schema che segue:

<p><b>COSTI</b></p> <p>PRESTAZIONI MEDICHE PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE PRESTAZIONI PSICOLOGICHE PRESTAZIONI NUTRIZIONISTICHE PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE CONSULENZE TECNICHE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE ASSISTENZA AUSILIARIA SPESE TRASFERTA</p> <p>ALTRI COSTI DI ASSISTENZA PROGRAMMA ADOZIONE MALATO ACQUISTO DI PRODOTTI PER ASSISTENZA</p> <p>ALTRE PRESTAZIONI DI SERVIZI Telefonia mobile Addestramento medici e infermieri Utenze Assicurazioni</p> <p>STIPENDI E CONTRIBUTI COLLABORAZIONI CARBURANTI E SPESE DI TRASFERTA</p> <p>SPESE DEI LOCALI ALTRI COSTI AMMORTAMENTI SOPRAVVENIENZE NETTE</p>
--

In ogni caso, se si vogliono ottenere dei dati di costo "generalizzabili", è opportuno monitorare le attività di assistenza presso aziende presso le quali esista un servizio efficiente di controllo di gestione, basato su un sistema di contabilità analitica avanzato.

È opportuno, comunque, che l'avvio di ogni nuova esperienza di ospedalizzazione domiciliare sia preceduta dalla predisposizione di un business plan in cui evidenziare organizzazione, risorse impegnate, tecnologie di cui avvalersi, utenza e tipo assistenza, report di attività.

#### **4.4 I costi delle modalità assistenziali alternative**

Il confronto dei costi associati a modalità assistenziali alternative è l'aspetto più delicato e di maggiore complessità da analizzare. A tal fine, occorre individuare un campione di aziende "pilota" presso cui monitorare i costi dei trattamenti in regime di ricovero e in ospedalizzazione domiciliare, articolati per tipologia di quadro nosologico, in modo da definire quali sono gli ambiti di intervento che consentono maggiori economie, in termini di patologie, di contesto territoriale come anche di utilizzo ottimale delle équipe professionali.

Rimane inteso che le valutazioni di carattere economico comparate vanno integrate con considerazioni di altra natura circa l'appropriatezza del luogo e modalità di cura nonché dalla qualità della vita del paziente e del suo nucleo familiare.

In termini molto generali, ricerche sui costi alternativi dell'assistenza ospedaliera e domiciliare (ad alto contenuto sanitario) suggeriscono una riduzione di costi dal 20% al 50% a seconda della patologia trattata e delle tecnologie impiegate.

#### **4.5 La valorizzazione economica dei percorsi di cura**

Stabilito che chi è chiamato a governare la rete dei servizi per la gestione dei pazienti fragili, privilegiando tra questi le cure domiciliari, deve operare attraverso la gestione globale del paziente ("disease management") e tramite erogatori in possesso di precisi requisiti sotto il profilo degli standard di qualità, diventa indispensabile definire forme adeguate di remunerazione dei moduli / livelli assistenziali domiciliari, in grado, da un lato, di assicurare la continuità, la globalità e la flessibilità delle cure in relazione ai bisogni del paziente e, dall'altro, di garantire un uso appropriato delle risorse disponibili nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza.

In questo paragrafo si intende fornire un contributo per la definizione di un sistema remunerativo dell'assistenza resa a domicilio superando il riconoscimento di tariffe legate all'erogazione di singole prestazioni. Infatti, in situazioni di complessità, riferirsi ad un sistema basato sul nomenclatore tariffario che elenchi le prestazioni remunerabili, oltre a non essere uno strumento adeguato per valorizzare il complesso delle prestazioni erogate dal fornitore, espone il sistema sanitario al rischio di atteggiamenti opportunistici; espone il numero di prestazioni, non viene garantita al paziente la qualità e la globalità dell'assistenza come risposta unitaria ai bisogni multifattoriali.

È necessario quindi costruire un regime di finanziamento che consente al sistema sanitario di assicurare ai propri assistiti ciò di cui hanno bisogno, per il tempo necessario ad un livello qualitativo garantito. Questo obiettivo è possibile attraverso uno strumento in cui la tariffa remunererò processi di cura di standard concordato a pazienti le cui condizioni sono definite, in modo il più oggettivo possibile, classificando i bisogni per profilo assistenziale. Remunerare il processo assistenziale per profilo definito con tariffa omnicomprensiva, disincentiva l'erogatore



dal moltiplicare prestazioni aggiuntive e improprie quantificando ex ante le risorse necessarie per il periodo di presa in carico.

L'analisi di seguito descritta, condotta su un'ampia casistica presso la Centrale Operativa di Merate del Servizio Cure Domiciliari dell'A.S.L. di Lecco, fornisce un contributo in questa direzione.

Tale studio (Scaccabarozzi, Limonta, Valsecchi, "Progettare e realizzare il miglioramento nei Servizi di Cure Domiciliari" Scuola di Direzione in Sanità – I.Re.F., S.D.A. Università Bocconi, ottobre 2001) si è sviluppato nelle fasi di seguito sintetizzate.

*a) Valorizzazione delle prestazioni (accessi domiciliari) delle singole figure professionali in ciascun modulo assistenziale*

Come già ampiamente evidenziato da numerose ricerche in letteratura, gli accessi domiciliari rappresentano ed esprimono efficacemente tutte le prestazioni elementari erogate dal servizio e costituiscono pertanto una valida unità di misura per il monitoraggio e la valutazione dell'attività svolta e delle risorse impiegate nei moduli assistenziali domiciliari.

La valorizzazione degli accessi domiciliari costituisce dunque la fase preliminare ed essenziale per la valorizzazione dei percorsi di cura. Quest'ultima è stata effettuata, per i diversi moduli assistenziali, considerando tutti i pazienti per i quali si è concluso un piano di cura. In altri termini, l'analisi è stata condotta, in analogia con le metodiche di valorizzazione dei ricoveri ospedalieri, sui pazienti "dimessi" nel periodo osservato al fine di poter valutare l'entità delle risorse impiegate nella realizzazione del piano assistenziale per l'intero periodo di attuazione, dal momento di attivazione a quello conclusivo.

È stato quindi determinato, per ciascun paziente, l'assorbimento complessivo di risorse umane e materiali nel periodo di presa in carico. A tale scopo si è calcolato, per ogni figura professionale, il numero degli accessi domiciliari effettuati moltiplicato per il valore economico degli stessi. *In questo modo, se si valorizzano gli accessi comprendendo sia i costi diretti sia i costi comuni, è possibile determinare il costo complessivo del percorso di cura di ciascun paziente come risultato della seguente sommatoria:*

$$\text{Costo totale per paziente} = \sum (\text{n. accessi per ciascuna figura prof.} * \text{valore accesso})$$

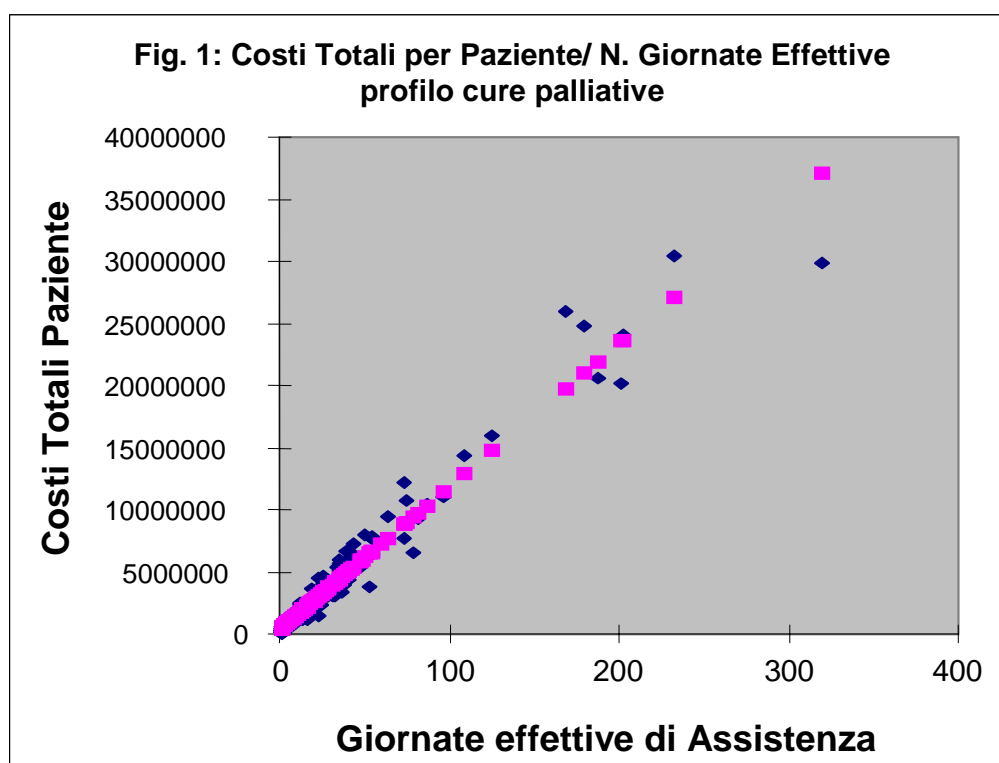
I risultati ottenuti, nell'ampia casistica osservata, evidenziano un'elevata variabilità dei costi complessivi per paziente che è determinata da una numerosa serie di fattori quali: la durata del periodo di cura, la frequenza degli accessi delle diverse figure professionali, il mix di operatori impegnati nell'attuazione del piano assistenziale e la complessità delle prestazioni erogate (setting assistenziale).

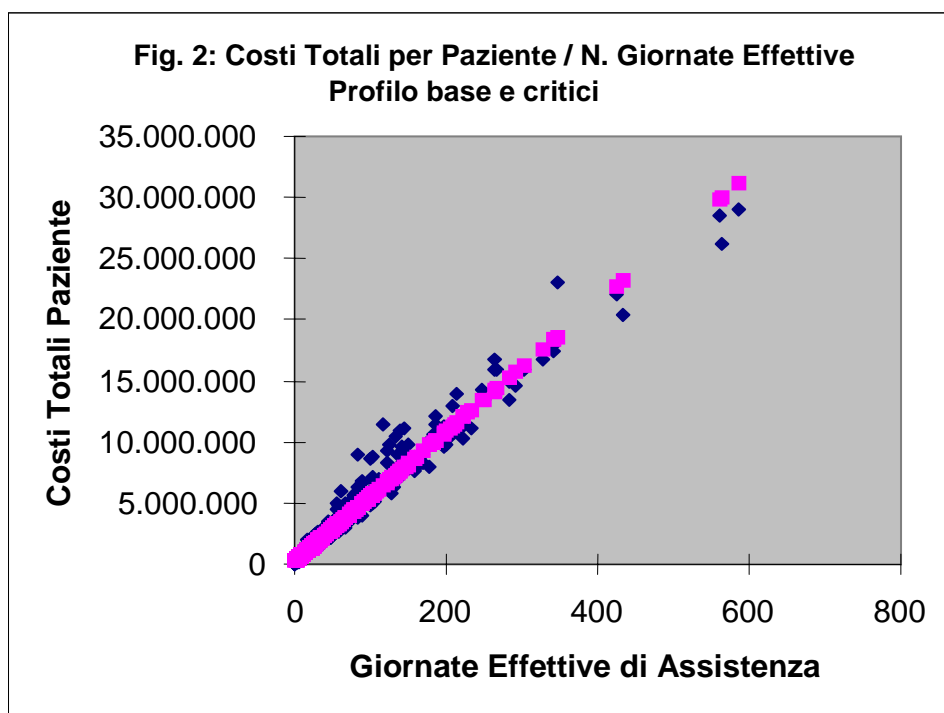
Per la valorizzazione di percorsi assistenziali standardizzati è stato quindi necessario definire parametri il più possibile stabili in grado di controllare la complessità e la variabilità dei fattori citati fornendo informazioni sintetiche ma comunque valide e ripetibili in grado di descrivere in modo adeguato l'assorbimento di risorse necessarie per la risposta più appropriata ai bisogni del paziente.

*b) Valorizzazione della Giornata Effettiva di Assistenza (GEA)*

Sulla base dei dati analizzati si è verificato che la Giornata Effettiva di Assistenza (GEA), definita come giorno in cui una o più figure professionali hanno effettuato almeno una visita domiciliare, costituisce un parametro fondamentale per la misura delle risorse assorbite nell'attuazione dei piani di cura nei diversi moduli assistenziali.

L'elaborazione statistica, infatti, ha evidenziato, per tutti i moduli/livelli assistenziali domiciliari osservati, una correlazione altamente significativa tra i costi totali di ciascun paziente ed il numero di Giornate Effettive di Assistenza, variabile che spiega da sola oltre il 97% della varianza totale dei costi complessivi. (figure 1 e 2).





Il valore della Giornata Effettiva di Assistenza rappresenta quindi la componente più stabile nella determinazione delle risorse assorbite durante il periodo di presa in carico del paziente. Tale valore è costante per livello assistenziale, è determinato sostanzialmente dal mix delle risorse professionali coinvolte nei percorsi di cura e ne descrive in modo adeguato il setting assistenziale.

L'entità delle risorse assorbite nella realizzazione dei piani di cura tuttavia, è determinata almeno da altri due fattori che devono essere considerati per caratterizzare il fabbisogno del paziente: l'intensità assistenziale e la durata del periodo di cura.

*c) Il Coefficiente di Intensità Assistenziale ed il periodo di cura per ciascun profilo paziente.*

Sulla base dell'esperienza acquisita e dei dati analizzati, si ritiene che una misura efficiente dell'intensità assistenziale sia rappresentata dal rapporto tra il numero di Giornate Effettive di Assistenza ed il numero di Giornate di Cura (G.d.C.). Questo rapporto, che può essere definito come Coefficiente di Intensità Assistenziale (Coeff. I.A.), assume valori notevolmente differenziati nei pazienti in relazione alla complessità del caso clinico ma anche alla situazione funzionale del soggetto ed all'entità del supporto familiare disponibile. Infatti, a parità di periodo di cura, le situazioni cliniche ma anche funzionali e socio familiari in cui si trova il soggetto, possono determinare bisogni assistenziali estremamente diversificati che condizionano principalmente la frequenza degli accessi domiciliari.

Conseguentemente la definizione di percorsi assistenziali standardizzati in termini di assorbimento di risorse presuppone l'individuazione di profili di bisogno per i quali si possano prevedere e pianificare i livelli di intensità di cure più appropriati stabilendo quindi il corretto rapporto tra la frequenza degli accessi domiciliari (intensità assistenziale) ed i periodi di trattamento complessivi (periodi di cura).

<b>variabilità dei costi complessivi è determinata da 3 fattori</b>	
> durata dell'assistenza (periodo di cura)	N° di G d C
> mix risorse professionali coinvolte nel p.d.c.	valore G E A
> intensità assistenziale (frequenza accessi: G E A / G d C)	C o e f f . I . A .

Questa impostazione, peraltro è coerente con le più recenti indicazioni normative, ed in particolare con il D.P.C.M. del 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie” il quale stabilisce, all’articolo 2, che le prestazioni socio-sanitarie sono definite tenendo conto della durata dell’intervento, della complessità in termini di composizione dei fattori produttivi impiegati, dell’intensità assistenziale.

<b>DPCM 14/02/2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”</b>	
<i>Art. 2: Le prestazioni socio-sanitarie sono definite tenendo conto dei seguenti criteri:</i>	
- DURATA DELL'INTERVENTO	<i>N° di GdC</i>
- COMPLESSITA' (composizione dei fattori produttivi impegnati)	<i>Valore GEA</i>
- INTENSITA' ASSISTENZIALE	<i>Coeff.I.A.</i>

I parametri proposti (periodo di cura, Coefficiente di Intensità Assistenziale e valore della GEA) consentono quindi di valorizzare percorsi di cura domiciliari riferiti a tipologie di pazienti i cui bisogni assistenziali possono essere definiti con modalità basate sia su criteri clinici che sulla tipologia e durata dei piani di intervento.

### I dati evidenziano che:

- **Il valore giornata effettiva di assistenza (GEA) è costante per modulo assistenziale**
- **l'intensità assistenziale (n° GEA / n° G.d.C) è caratterizzabile in relazione al profilo del paziente**
- **La durata dell'assistenza (periodo di cura) dipende da un complesso di fattori "clinici, autonomia, supporto familiare" definire periodi prefissati di G.d.C ("pacchetti" temporali)**

Nella tabella seguente sono esemplificate **per quattro percorsi di cura**, caratterizzati da precisi criteri clinico- assistenziali, le modalità di calcolo del valore economico degli stessi in funzione del periodo di cura, del coefficiente di intensità assistenziale e del valore della GEA; il valore complessivo del piano di cure, espresso in Euro e rivalutato ai costi 2001, è il risultato del prodotto dei tre fattori indicati.

**Tabella Valorizzazione dei percorsi di cura (€)**

PROFILO/PERCORSO	periodo di cura	Coeff.I.A.	valore GEA	VALORIZZAZIONE
	giorni		euro	euro
<b>base</b>	120	0,35	40	<b>1.692</b>
<b>critici</b>	120	0,51	40	<b>2.465</b>
<b>cure palliative</b>	60	0,62	88	<b>3.274</b>
<b>cure palliative&gt;60</b>	90	0,47	77	<b>3.277</b>

### Conclusione

Lo studio dei fattori di produzione e l'analisi dei loro costi ha consentito di stimare valori standard di processi assistenziali definendo quindi un sistema che genera in modo automatico, attraverso l'applicazione di parametri sintetici (periodo di copertura, G.E.A., Coeff. I.A.), la quantificazione economica delle risorse relative al periodo di presa in carico.

È necessario sottolineare che le cure domiciliari sono rivolte a pazienti la cui condizione può essere relativamente stabile ma anche soggetta a risentire in modo positivo nel tempo degli

interventi di cura e/o riabilitazione o all'opposto, a seguito dell'evoluitività sfavorevole del quadro, andare incontro a peggioramenti significativi. Pertanto l'applicabilità e l'adeguatezza degli strumenti proposti di standardizzazione dei bisogni sono subordinate alla previsione di momenti di rivalutazione e riclassificazione dei profili di cura onde evitare indebiti vantaggi o ingiuste penalizzazioni derivanti da un'errata stima dei carichi assistenziali.

Inoltre la praticabilità di strumenti di remunerazione basati sulla predefinizione quali-quantitativa dei percorsi di cura deve tenere conto che la diagnosi di malattia (o la compresenza di più patologie) da sola non è espressione del fabbisogno assistenziale e quindi è necessario considerare anche il grado di autonomia e la condizione socio - familiare per valutare il peso aggiuntivo di risorse da mettere in campo per garantire la permanenza al domicilio.

Da qui la necessità di uno sforzo di ricerca per l'impiego di un linguaggio e di strumenti condivisi per cui fenomeni analoghi abbiano definizioni e valutazioni sovrapponibili che favoriscano un'omogenea e trasparente rappresentazione dell'estrema variabilità delle singole situazioni attraverso un sistema di classificazione capace di identificare e caratterizzare le dimensioni cliniche, funzionali e socio-assistenziali. In tal modo il soggetto decisore, chiamato al governo della rete dei servizi, potrà disporre di elementi e informazioni per poter individuare i percorsi assistenziali, domiciliari o residenziali, più appropriati.

## **Definizioni**

<b>Modulo assistenziale</b>	Reparto del servizio con proprie risorse.
<b>Percorso di cura</b>	Complesso di prestazioni erogate in un modulo assistenziale e caratterizzato da Periodo di Cura, Intensità Assistenziale, Valore della GEA.
<b>Profili paziente</b>	Gruppi omogenei di pazienti definiti attraverso metodi di valutazione multidimensionale e per i quali viene individuato il percorso di cura più appropriato. A questo fine deve essere considerata la multidimensionalità del bisogno e la multidisciplinarietà della risposta.
<b>G.E.A.</b>	Giornata Effettiva di Assistenza: giornata nella quale una o più figure professionali hanno effettuato visite domiciliari.
<b>Periodo di Cura (G.d.C.)</b>	Periodo, espresso in giorni, intercorrente tra l'inizio e la fine delle cure.
<b>Coeff. I. A.</b>	Coefficiente di Intensità Assistenziale: rapporto tra numero di G.E.A. e Periodo di Cura.
<b>Valorizzazione del percorso assistenziale</b>	Periodo di Cura * Coeff. I.A. * Valore della G.E.A.