

L'ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA NELLA REALTÀ DELL'AS N. 7 (Maurizio Rocca – Luciano Manfredi – Teresa Stratacò)

Premessa

Nell'ambito del livello distrettuale di assistenza, così per come peraltro ribadito chiaramente dal vigente PSR, uno dei tasselli più importanti è rappresentato dall'assistenza domiciliare.

La domiciliarizzazione dell'assistenza, in altri termini la qualificazione del domicilio del paziente quale ambito di cura, rappresenta una delle modalità assistenziali più innovative e moderne per gli ovvi risvolti positivi in termini di compliance dell'assistito e di sostenibilità economica del complessivo sistema di tutela della salute.

Diverse sono le tipologie di assistenza domiciliare individuate dal PSR e comunque tutte caratterizzate da chiari riferimenti normativi di carattere nazionale.

Nella tabella 1 vengono specificate le diverse modalità con cui può esibirsi l'assistenza domiciliare, la natura delle prestazioni da erogare a domicilio e la tipologia di pazienti assistibili.

Si rileva come, con la sola eccezione dell'ospedalizzazione domiciliare, tutte le diverse forme di assistenza domiciliare presuppongano la centralità assistenziale del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta a cui rimane comunque affidata la complessiva gestione clinica dei propri pazienti.

Evidente appare come l'Assistenza Domiciliare Sanitaria (ADS) e l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) possano assumere diversi livelli di intensità assistenziale qualificabili in ragione della gravità delle patologie trattate / durata della presa in carico dell'assistito.

Un servizio di ADS/ADI sufficientemente sviluppato annovera nelle proprie potenzialità assistenziali la capacità di esprimere una casistica caratterizzata dall'essere un mix di complessità – intensità differenti.

OBIETTIVI DI PIANO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE			
Tipologia	Prestazioni sanitarie da erogare	Prestazioni sociali (comuni)	Tipologia pazienti da assistere
Assistenza Domiciliare Sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mediche ✓ Infermieristiche ✓ riabilitative 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ paz. di ogni età ✓ patologie croniche e disabilità trattabili a domicilio ✓ riacutizzaz. di patologie croniche
Assistenza Domiciliare Programmata	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mediche 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paz. non ambulabili con necessità di monitoraggio continuo
Assistenza Domiciliare Integrata	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mediche ✓ Infermieristiche ✓ riabilitative 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>igiene persona</i> ✓ <i>aiuto domestico</i> ✓ <i>prep. Pasti</i> ✓ <i>commissioni esterne</i> ✓ <i>socializzazione</i> ✓ <i>aiuto economico</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ paz. di ogni età ✓ patologie croniche e disabilità trattabili a domicilio ✓ riacutizzaz. di patologie croniche
Assistenza a Pazienti Terminali	<ul style="list-style-type: none"> ✓ terapia del dolore 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>igiene persona</i> ✓ <i>aiuto domestico</i> ✓ <i>prep. Pasti</i> ✓ <i>commissioni esterne</i> ✓ <i>socializzazione</i> ✓ <i>aiuto economico</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ patologie in fase terminale
Ospedalizzazione Domiciliare (UJ:OO. Ospedaliera)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ diagnostica ✓ cura ✓ riabilitazione (di tipo ospedaliero) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>igiene persona</i> ✓ <i>aiuto domestico</i> ✓ <i>prep. pasti</i> ✓ <i>commissioni esterne</i> ✓ <i>socializzazione</i> ✓ <i>aiuto economico</i> 	

Il modello assistenziale

Occorre, innanzitutto, proporre alcune brevi precisazioni storiche relative alla progressiva evoluzione che tale tipologia di assistenza ha subito nella nostra Azienda.

Nel '99 l'Azienda ha attivato un programma di assistenza domiciliare, protrattosi sino al gennaio 2002, che, dopo un avvio esteso a tutto il territorio aziendale, ha subito una parziale involuzione con erogazione delle prestazioni assistenziali limitata al DSS n. 3 di Soverato ed alla città di Catanzaro.

Dal febbraio 2002 al giugno 2005, l'Azienda ha svolto il ruolo di capofila nell'ambito di una sperimentazione regionale di Cure Sanitarie

Domicilairi, estesa anche alle AA.SS. di Paola, Lamezia, Vibo Valentia e Palmi, caratterizzata comunque da una erogazione costante che ha interessato tutto il territorio aziendale.

Nel giugno 2005, in continuità con l'erogazione di cui alla anzidetta sperimentazione regionale, senza quindi determinare situazioni di vuoto assistenziale, l'Azienda ha avviato un programma di Assistenza Domiciliare Sanitaria (ADS), approvato con deliberazione n° 1141/DA del 14.06.05.

Questo Programma di attività, corredato di regolamento di attuazione, trova perfetta rispondenza ed aderenza nei dettami normativi di riferimento generale (D. Leg.vo 502/92 e s.m.i.), appare in linea con le indicazioni del PSR 2004 – 2006 (L.R. 11/04), si colloca nei limiti indicati dal DPCM del 29 novembre 2001 (Livelli Essenziali di Assistenza), ripercorre le indicazioni fornite dall'Accordo Stato – Regioni del 23 marzo 2005, rispetta le previsioni di cui all'ACN per la Medicina Generale del 23 marzo 2005, si inserisce, infine, nella pluriennale programmazione di livello aziendale, così per come nella previsione della DGR n° 316 del 15 marzo 2005.

Occorre qui ribadire la differenza tra Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e Assistenza Domiciliare Sanitaria (ADS), per rammentare che l'ADI nasce dall'integrazione delle prestazioni di natura sanitaria, attribuite alla responsabilità delle AA.SS., con le prestazioni di protezione sociale (prestazioni socio – assistenziali), nella sfera di competenza dei comuni (D. Lvo 229/99 - Legge 328/2000 – L.R. 23/2003 – L.R. 11/2004).

L'inapplicazione della Legge 328 e la mancata ripartizione del Fondo Sociale Regionale (di cui alla LR 23), di fatto non hanno ancora consentito una corretta responsabilizzazione di comuni e, di conseguenza, la capacità da parte di questi ultimi ad avviare un concreto percorso socio-assistenziale atto ad interagire ed integrarsi, a livello distrettuale, con il sistema di erogazione di prestazioni sanitarie domiciliari (ADS).

Nel secondo semestre 2005, quindi, l'Azienda ha avviato un percorso assistenziale nuovo, maturato comunque dalle esperienze già vissute negli anni precedenti.

La strutturazione del servizio è contestualizzata in sede distrettuale, così per come nella previsione normativa di livello nazionale e regionale, e prevede, innanzitutto, la presenza di un Punto ADS presso cui operano:

- medico responsabile
- caposala
- infermieri professionali
- terapisti della riabilitazione
- assistente sociale

Il processo assistenziale si compone di diverse fasi che vengono qui di seguito rappresentate:

1. fase della segnalazione : generalmente la segnalazione viene effettuata dal MMG/PLS direttamente al punto ADS;

2. fase della valutazione domiciliare : a seconda delle caratteristiche della richiesta, vengono identificate le figure professionali (I.P., t.d.r., etc) necessarie per effettuare una prima valutazione dei bisogni assistenziali congiuntamente al MMG/PLS;

3. fase della valutazione multidimensionale : alla luce delle risultanze che emergono dalla richiesta e dalla valutazione domiciliare, l'UVT (unità di valutazione territoriale) presente in ogni distretto, provvede alla valutazione del caso (attraverso l'impiego di scale di valutazione) e ad elaborare il Piano personalizzato di assistenza nel quale vengono identificati la tipologia, la frequenza e la durata (viene fissata una data di rivalutazione) degli interventi domiciliari da erogare;

4. fase della presa in carico: il MMG/PLS, che ha già condiviso tutta la fase di valutazione, unitamente al personale del Punto ADS avviano il piano personalizzato di assistenza la domicilio del paziente.

Nel corso del 2006 l'Azienda si è peraltro dotata di un GOIP per l'Assistenza Domiciliare Sanitaria con la finalità di garantire un coordinamento del servizio, attività di indirizzo e revisione delle procedure, definizione di linee guida e protocolli assistenziali, raccolta dei dati di attività su scala aziendale ed omogeneizzazione del servizio su tutto l'ambito territoriale, nonché rilevazione degli specifici bisogni formativi.

La realtà assistenziale dell'AS 7

La sintesi dei dati di attività del servizio di ADS, riferita al secondo semestre 2005, è rappresentata nelle tabelle che seguono.

INDICATORI SERVIZIO ADS SU SCALA AZIENDALE			
ECONOMICI	Dato grezzo	Per assistito	Tasso standardizzato
Costo annuo paziente	€ 818,98		
Costo accesso	€ 64,40		
Costo giornata assistenza (*)	n.r.		
Incidenza quota capitaria			10 %
STRUTTURALI			
MMG/PLS che attivano il servizio	193		81%
Infermieri professionali dedicati	27		1,14 x 10.000 res.
Terapisti riabilitazione dedicati	15		0,63 x 10.000 res.
DI PROCESSO			
Assistiti in un anno	944		3,99 x 1.000 res.
Assistiti over65 in un anno	822		20,25 x 1.000 res.
Accessi MMG/PLS	682	0,72	
Accessi infermieristici	9.104	9,64	
Accessi medico - specialistici	54	0,06	
Giornate di presa in carico (*)	n.r.		
Dimissioni protette	27		2,86 %
Coinvolgimento comuni	0		

(*) Non sono ancora disponibili i dati relativi al DSS n° 1

Veniamo, adesso, ad avviare un'analisi dei dati appena riportati.

I costi registrati, relativamente al periodo giugno – dicembre 2005, sono esattamente pari ad ? 773.114, con piccoli scostamenti tra i tre distretti, posto che i costi maggiori sono stati registrati a carico del DSS n. 1 (DSS n. 2 = - 7,9% / DSS n. 3 = - 8,7%).

I costi, complessivamente, incidono per una erosione pari al 10 % del finanziamento del sottolivello distrettuale “assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare – cure termali” di cui alla DGR 316/05 (delibera di riparto del FSR per l’anno 2005) e sono riferiti, è bene sottolinearlo, al II semestre 2005.

In ragione della differenza tra costi e numero degli assistiti nei tre distretti, rileviamo una prima significativa differenza sul costo medio per assistito

Distretto	Assistiti nel semestre	Costo assistito
Catanzaro	405	€ 673,86
Cz Lido	202	€ 1.243,49
Soverato	337	€ 738,92
AS 7	944	€ 818,98

Anche per quanto attiene l'analisi del costo per singolo accesso domiciliare, registriamo ovviamente alcune differenze.

Distretto	Numero di accessi	Costo accesso
Catanzaro	3.670	€ 74,36
Cz Lido	3.791	€ 66,26
Soverato	4.544	€ 54,80
AS 7	12.005	€ 64,40

Il costo per giornata di assistenza è stato rilevato solo nei distretti di Cz Lido e Soverato in quanto il distretto di Catanzaro non ha ancora fornito il dato relativo alle effettive giornate di assistenza erogate in favore dei propri assistiti.

Distretto	Giornate di assistenza	Costo giornate
Catanzaro	///	///
Cz Lido	14.147	€ 17,76
Soverato	23.213	€ 10,73
AS 7	///	///

Per quanto attiene agli indicatori strutturali offerti dal servizio, occorre innanzitutto sottolineare la buona adesione dei MMG/PLS al programma di ADS, posto che, su scala aziendale, l'81% del totale ricorre all'assistenza domiciliare.

Il servizio si caratterizza, allo stato, per impiegare 1,14 infermieri professionali e 0,63 terapisti della riabilitazione ogni 10.000 residenti.

La valutazione di tali standard richiederebbe innanzitutto un raffronto con altre realtà regionali (non ancora disponibili) e nazionali ma, soprattutto, una approfondita analisi relativamente all'intensità assistenziale offerta dal servizio di cui, comunque si dirà più avanti.

Per quanto attiene la valutazione degli indicatori di processo, registrati in questo primo semestre, si può sin da ora offrire un'analisi comparativa con la realtà regionale e, più in generale, con la complessiva situazione nazionale (i dati regionali e nazionali di riferimento sono estrapolati dalla relazione presentata dal Censis nel luglio 2005).

Indicatore	AS 7	Calabria	Italia
Assistiti in un anno	3,99 x 1.000 res.	1,1 x 1.000 res.	5,4 x 1.000 res.
Assistiti over 65	20,25 x 1.000 res.	5,80 x 1.000 res.	23,90 x 1.000 res.
% di Over 65 sul totale	87 %	74 %	84 %

Questi primi dati dimostrano, inequivocabilmente, come la nostra azienda si collochi in una posizione molto più prossima alla media nazionale che non a quella regionale, purtroppo tra le ultime nel complessivo panorama.

Il dato aziendale, difatti, è ormai prossimo ai parametri nazionali di riferimento che comunque risentono, è bene ricordarlo, dei risultati ottenuti in contesti assistenziali in cui l'integrazione socio – sanitaria con i comuni consente di raggiungere obiettivi assistenziali di maggiore rilevanza.

Laddove, difatti, le azioni di protezione sociale si coniugano con gli interventi di natura sanitaria, il dato quantitativo è sensibilmente più rilevante.

Molto spesso, nella nostra realtà, l'ambito domiciliare di cura diviene inappropriato non già per carenze addebitabili al servizio di ADS, quanto piuttosto per la mancata attivazione di quegli interventi socio - assistenziali che sono in capo ai comuni.

Qualora si realizzasse detta integrazione, le performances del servizio sarebbero certamente al di sopra della media nazionale, prossime a quelle relative ai contesti più evoluti (Friuli, Emilia Romagna).

Anche nella misurazione di tali indicatori sussistono comunque differenze, talvolta significative, fra i tre distretti.

Indicatore	DSS Catanzaro	DSS Cz Lido	DSS Soverato
Assistiti in un anno	4,99 x 1.000	2,47 x 1.000	4,57 x 1.000
Assistiti over 65	26,45 x 1.000	12,17 x 1.000	21,36 x 1.000
% di Over 65 sul totale	90,62%	75,74%	89,61%
Accessi mmg/assistito	0,81	0,61	0,68
Accessi IP/assistito	6,30	15,89	9,93
Accessi tdr/assistito	2,7	2,9	3,5
Accessi/die	n.r.	0,26	0,19
Durata media assistenza	n.r.	70,03 gg.	68,88 gg.

Questi dati testimoniano come il DSS di Cz Lido sia quello che fa segnare percentuali più basse di pazienti presi in carico dal servizio (2,47 x 1.000 a fronte di una media aziendale pari al 3,99 x 1.000) ma, al tempo stesso, esprime una maggiore intensità assistenziale e, quindi esibisce una casistica di pazienti evidentemente più complessi sotto il profilo degli specifici bisogni assistenziali [18,76 accessi/assistito (a fronte di una media aziendale pari a 12,77), 0,26 accessi/die (a fronte di 0,19 accessi/die del DSS n.3), una durata media di trattamento pari a 70,03 gg. (a fronte di 68,08 gg. nel DSS n. 3)].

Tendenzialmente il modello espresso è indirizzato verso una intensità assistenziale qualificabile a metà strada tra un modello flessibile (basso livello di protezione sanitaria/gravità delle patologie trattate) ed un modello lungodegenza lieve (breve durata/tipologia acuta delle patologie trattate).

L'intensità assistenziale espressa, seppur con qualche differenza nel DDS n. 2 così per come in precedenza specificato, è diretta conseguenza del modello assistenziale in essere e delle limitazioni operative che ne condizionano ancora l'attività.

Il sistema di rilevazione degli indicatori dovrà comunque arricchirsi di strumenti che consentano di misurare l'efficacia del servizio anche nella dimensione dell'appropriatezza della identificazione dell'ambito di cura.

In tal senso bisognerà operare, coniugando i dati di attività con quelli relativi ai ricoveri ospedalieri ed al ricorso all'abito residenziale di cura (case protette, RSA, strutture riabilitative).

Solo così potrà determinarsi la capacità di governare l'offerta ed i risvolti economici positivi che derivano da un adeguato orientamento/posizionamento della domanda.

Conclusioni

Questa seppur breve analisi, basata su una preliminare descrizione del modello assistenziale proposto e sulla valutazione degli indicatori identificati per misurare le performances del servizio, consentono di delineare un primo ed importantissimo consuntivo.

Sotto il profilo assistenziale, la nostra azienda si colloca in una posizione perfettamente in linea con quella che mediamente caratterizza il complessivo panorama nazionale, discostandosi così dal contesto regionale che, viceversa, si caratterizza per essere ancora lontano dal perseguire la strada della domiciliarizzazione.

Rispetto ai costi, è necessario sottolineare la seppur prevedibile elevata incidenza, situazione questa evidentemente compatibile con l'evenienza della nuova organizzazione, a gestione diretta, del servizio.

Nel corso del 2006, sotto il profilo assistenziale bisognerà delineare, la definizione di un percorso di dimissioni protette da condividere con le AA.OO. che insistono sul territorio di competenza (si rammenta come solo il 2,86% delle prese in carico provengano da segnalazioni ospedaliere e tutte relative ai presidi ospedalieri aziendali),

Per quanto attiene alla complessiva valutazione del servizio, sarà viceversa necessario determinarne la capacità a ridurre i ricoveri ospedalieri e la richiesta di residenzialità, offrendosi così la misurazione dell'effettiva tendenza alla domiciliarizzazione dell'assistenza ed una concreta valutazione economica che tenga in debita considerazione l'esame comparativo tra costi nascenti (direttamente dipendenti dall'implementazione del servizio) e costi cessanti (relativi alla contrazione dell'acquisto di prestazioni di ricovero e di assistenza in ambito residenziale).