

Le cure domiciliari nella Regione del Veneto

Anno 2011



Le cure domiciliari nella Regione del Veneto

Anno 2011

Gennaio 2013





Le cure domiciliari nella Regione del Veneto Anno 2011

A cura di:

Ugo Fedeli, Elena Schievano, Francesco Avossa, Francesco Carlucci, Manola Lisiero, Michele Pellizzari, Nicola Gennaro, Mara Pigato, Fabio Fuolega, Mario Saugo.

Report pubblicato nel gennaio 2013

Sistema Epidemiologico Regionale (SER)

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova

Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235

e-mail: ser@regione.veneto.it

Il volume è pubblicato anche sul sito Web:

http://www.ser-veneto.it/

Con il contributo di:

Roberto Toffanin, Stefano Rigon, Giuseppe Borin, Azienda ULSS 4 Alto Vicentino Giuseppe Zamengo, Direzione Controlli e Governo del SSR Renato Rubin, Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria Maria Chiara Palutan, Direzione Servizi Sociali

Con la collaborazione di:

Dott. Francesco Dotta, dirigente regionale Direzione Controlli e Governo SSR

Ing. Francesco Bortolan, dirigente Servizio Controllo Investimenti Prezzi Acquisti SSR

Ing. Lorenzo Gubian, dirigente Servizio Sistema Informatico SSR

Il Sistema Epidemiologico Regionale (SER) afferisce alla

Direzione Controlli e Governo SSR

Sede: Palazzo Molin - S. Polo, 2514 - 30125 Venezia

Telefono: 041-279.3559 Fax: 041-279.3503 e-mail: controlli.govssr@regione.veneto.it

Licenza Creative Commons



Alcuni diritti riservati - Il presente rapporto sulle cure domiciliari nella Regione del Veneto è rilasciato ai termini della licenza Creative Commons. Pubblicazione a cura del Sistema Epidemiologico Regionale (SER)

Le libertà per l'utente



L'utente è libero di riprodurre, distribuire, comunicare ed esporre in pubblico quest'opera o singole parti di essa

alle seguenti condizioni:



Attribuzione: l'utente deve attribuire la paternità dell'opera al Sistema Epidemiologico Regionale (SER) in modo tale da non suggerire un avallo delle strutture regionali dell'utente stesso e del modo in cui usa l'opera.



Non commerciale: l'utente non può usare quest'opera per fini commerciali.



Condivisione allo stesso modo: l'utente che alteri o trasformi quest'opera, o la usi per crearne un'altra, può distribuire l'opera risultante solo con una licenza identica o equivalente a questa.

Ogni volta che l'utente usa o distribuisce quest'opera, deve farlo secondo i termini di questa licenza, che va comunicata con chiarezza. In ogni caso, l'utente può concordare con gli Uffici regionali preposti diversi utilizzi. Questa licenza lascia impregiudicati i diritti morali. Le utilizzazioni consentite dalle norme sul diritto di autore e gli altri diritti non sono in alcun modo limitati da quanto sopra.

Per ulteriori informazioni è possibile rivolgersi alla:

Segreteria del Sistema Epidemiologico regionale

Sistema Epidemiologico Regionale (SER)

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova

Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235

e-mail: ser@regione.veneto.it

Il punto di vista dell'Assessorato

Le Cure Domiciliari rispondono innanzitutto al desiderio, forte e sentito, di gran parte dei cittadini di essere curati a casa propria, soprattutto nei momenti della vita in cui si è più fragili, o affetti da malattie inguaribili. Le evidenze scientifiche mostrano d'altra parte che l'efficacia delle cure e la qualità della vita in molte condizioni sono maggiori se l'assistenza si svolge a domicilio, soprattutto quando le persone sono lucide ed hanno ancora un potenziale riabilitativo, con piena conservazione delle relazioni familiari e sociali.

Le famiglie, quando hanno le risorse per farlo e sono sostenute dai servizi sanitari e sociali, preferiscono assistere in casa i loro congiunti e star loro vicino anche nei casi più gravi. Sono situazioni nelle quali si manifesta al massimo grado la solidarietà, che è alla base della nostra vita comunitaria.

Il Piano Socio Sanitario Regionale per gli anni 2012-2016 pone il potenziamento dei servizi domiciliari e la loro integrazione con i servizi residenziali e semiresidenziali tra gli obiettivi di salute prioritari dell'Assistenza Territoriale ai pazienti fragili e detta alcune linee guida per l'uniforme sviluppo dei servizi domiciliari in tutto il territorio regionale:

- devono basarsi sul lavoro di équipe, costituita dal medico o pediatra di famiglia,
 l'infermiere, lo specialista geriatra o palliativista, l'assistente sociale e da tutti coloro che possono portare aiuto al paziente e alla famiglia;
- devono garantire continuità di assistenza tra i vari contesti di cura, in particolare tra l'ospedale, il domicilio ed i servizi residenziali e semiresidenziali, attraverso il consolidamento delle esperienze di ammissione e dimissione protetta. La continuità va ricercata e rafforzata in tutti i suoi aspetti: relazionali, gestionali e informativi;
- le centrali operative del Distretto socio sanitario devono guidare il paziente e la famiglia lungo i percorsi assistenziali, assicurandone la continuità e l'appropriatezza;
- deve essere garantita e documentata un'assistenza nelle 24 ore in tutti i giorni della settimana - a questo riguardo segnalo l'interessante Appendice 2 della presente pubblicazione;
- lo sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico, come strumento per realizzare la completa continuità informativa, anche con il medico e il pediatra di famiglia.

Questo rapporto dà evidenza del grado di sviluppo delle Cure Domiciliari nella nostra regione e vuole essere uno strumento di miglioramento della qualità organizzativa e clinica dei nostri servizi. Ne auspico la lettura e l'utilizzo da parte delle Direzioni

Aziendali, dei Distretti socio sanitari, degli operatori coinvolti e delle associazioni di rappresentanza dei cittadini. Attraverso la metodologia dell'audit ci si attende un ulteriore miglioramento della qualità dei dati, un arricchimento progressivo del sistema informativo e soprattutto un miglioramento della qualità organizzativa e clinica del servizio reso ai cittadini. Ringrazio quindi tutti i medici, gli infermieri, i tecnici e gli amministrativi che operano nelle Cure Domiciliari in tutte le Aziende ULSS del Veneto per il loro impegno.

L'Assessore regionale alla Sanità Luca Coletto

Il punto di vista del Tecnico

Questo rapporto sulle Cure Domiciliari nel Veneto fornisce, per la prima volta, una rappresentazione generale e gli elementi specifici di valutazione della notevole mole di attività sanitarie svolte in questi anni a supporto delle famiglie, nell'assistenza di migliaia di persone con bisogni sempre più complessi, gravi e gravosi, che richiedono la fornitura a domicilio di una serie numerosa di competenze e di servizi.

La presente pubblicazione fotografa lo stato di sviluppo delle Cure Domiciliari nel Veneto attraverso l'analisi di un flusso informativo non ancora del tutto completo rispetto agli obiettivi ed agli standard posti a livello regionale e nazionale. In esso vengono sostanzialmente rappresentati i livelli di copertura, di intensità di assistenza ed il mix di professionisti delle Cure Domiciliari nei vari territori del Veneto, mentre non sono ancora disponibili con sufficiente completezza dati - quali la diagnosi e la valutazione multidimensionale - che consentiranno di effettuare valutazioni più precise dell'appropriatezza clinica e organizzativa e degli esiti di salute degli interventi.

Vengono comunque posti in evidenza alcuni aspetti delle Cure Domiciliari di importanza strategica per lo sviluppo delle politiche sanitarie pubbliche nella nostra regione:

- i livelli di copertura della popolazione, di intensità di assistenza ed il mix dei professionisti coinvolti in particolare il mix di medici di famiglia e infermieri sono dimensioni molto variabili tra le varie AULSS;
- i diversi gradi di copertura e di intensità di assistenza delle Cure Domiciliari si correlano, almeno in parte, con i tassi di ricovero delle persone anziane e con la mortalità fuori dell'ospedale; la copertura e l'intensità di Cure Domiciliari consentono di valutare aspetti dell'appropriatezza organizzativa di alcuni percorsi assistenziali, come il percorso assistenziale dei fratturati di femore e dei malati oncologici in cure palliative.

Il presente rapporto deve quindi essere inteso come uno strumento di audit e di miglioramento continuo sia del sistema informativo, in particolare della completezza e qualità dei dati, sia della qualità organizzativa e clinica delle Cure Domiciliari.

Per quanto riguarda le linee di sviluppo del sistema informativo, esso deve dare un'immagine valida del setting delle Cure Domiciliari, ma non costituire un sistema informativo autonomo; la diagnosi, le valutazioni multidimensionali, gli accessi e le prestazioni devono trovare rappresentazione nel Fascicolo Sanitario Elettronico, al fine di assicurare, attraverso la condivisione delle informazioni tra ospedale, équipe del distretto, medico di famiglia e strutture residenziali, il coordinamento e la continuità informativa dell'assistenza. Altra linea di sviluppo da considerare essenziale per il sistema socio sanitario regionale è l'integrazione con i sistemi informativi dei Comuni, allo scopo di migliorare il livello di integrazione con i servizi sociali, considerati a ragione un aspetto essenziale dell'assistenza e delle Cure Domiciliari.

Ringrazio tutti i colleghi che hanno consentito di realizzare questo rapporto, in particolare il Sistema Epidemiologico Regionale, la Conferenza delle Associazioni Regionali di Distretto, ed i componenti "storici" del focus group delle Cure Domiciliari, appartenenti alle Direzioni Aziendali, ai Distretti e ai Servizi Infermieristici delle Aziende ULSS 4 Alto Vicentino, ULSS 16 di Padova, ULSS 8 di Asolo e ULSS 7 di Pieve di Soligo.

AZIENDA ULSS 4 – Alto Vicentino
Il Direttore Sanitario
Dr. Roberto Toffanin

Noboso Tillauni

Sommario

1	Capitolo primo: Quadro Normativo	11
2	Capitolo secondo: Offerta di Cure Domiciliari	15
3	Capitolo terzo: Dati aziendali utilizzati per la stesura del report	17
4	Capitolo quarto: Accessi effettuati dagli operatori delle Cure Domiciliari	19
5	Capitolo quinto: Popolazione assistita dai servizi di Cure Domiciliari	21
	5.1 Caratterizzazione della popolazione	21
	Descrizione dei problemi di salute all'interno del flusso delle Cure Domiciliari	24
6	Capitolo sesto: Stratificazione per livello di intensità assistenziale delle Cure Domiciliari	26
7	Capitolo settimo: Indicatori di attività, processo ed esito della DGR 2732/2011	28
8	Capitolo ottavo: Presa in carico di specifici problemi di salute	35
	8.1 La terminalità oncologica	35
	8.2 La frattura prossimale del femore	39
9	Capitolo nono: Conclusioni	41
10	Capitolo decimo: Metodi	48
Bibliog	afia	53
Glossa	o e definizioni	57
Append	ce prima: Le Cure Domiciliari riducono i ricoveri?	62
Append	ce seconda: Le Cure Domiciliari sono operative durante il fine settimana?	65

Capitolo primo:

Quadro Normativo

Le Cure Domiciliari (CD) non sono definite puntualmente come Livello Essenziale di Assistenza (LEA) dall'attuale normativa: l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 prevede invece - tra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per accedere al maggior finanziamento nell'anno corrente - l'obbligo di alimentazione del sistema informativo nazionale sulle CD. Allo stato attuale questo obbligo informativo consiste nella compilazione di una tabella di dati aggregati, suddivisi in: 1) CD di elevata intensità/complessità e CD palliative per malati terminali; 2) CD di complessità medioalta; 3) CD di complessità bassa, con esclusione dell'assistenza programmata a domicilio del Medico di Medicina Generale (MMG). Questa articolazione delle CD è ripresa dal documento "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare degli interventi ospedalieri a domicilio", approvato in data 18/10/2006 dalla Commissione per la definizione e l'aggiornamento dei LEA e fa riferimento a profili di cura definiti sulla base dell'operatività del servizio (es. "accessi domiciliari articolati su 8 ore/giorno per 5 giorni/settimana"), dello skill-mix di operatori coinvolti, dell'intensità assistenziale e della durata dell'episodio di cura domiciliare.

Il questionario LEA proposto annualmente dal Ministero prevede la compilazione di una "Griglia di mantenimento dell'erogazione dei LEA" e propone come indicatore la "Percentuale di anziani ultra65enni trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)", basandosi sui dati del flusso Ministeriale FLS 21 e prevedendo la seguente articolazione:

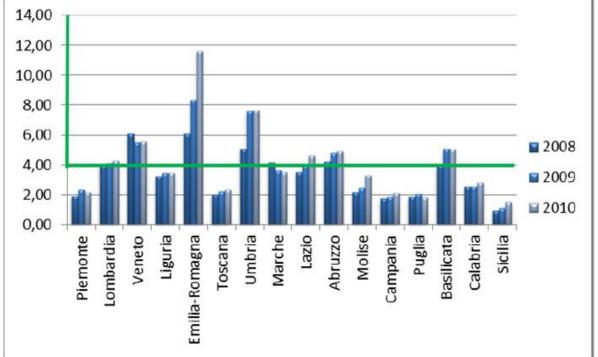
- standard: valore ≥4%
- scostamento minimo: valore pari a 3,5-4%
- scostamento rilevante ma in miglioramento: valore <3,5%, in aumento rispetto agli anni precedenti
- scostamento non accettabile: valore < 3,5%, non in aumento rispetto agli anni precedenti
- dato mancante o palesemente errato: presenza di dati incompleti o discordanti.

Il modello Ministeriale FLS 21 è una tabella di dati aggregati compilata annualmente da ciascuna Azienda ULSS in cui l'ADI" è definita come "l'assistenza domiciliare erogata in base ad un piano assistenziale individuale attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale del paziente, comprese le cure palliative domiciliari. Sono dunque escluse le cure prestazionali o di tipo ciclico programmato e le forme di assistenza domiciliare esclusivamente socio-assistenziali". I risultati regionali per il triennio 2008-2010 sono illustrati nella Figura 1.1.



12

Figura 1.1- Percentuale di anziani>65 anni trattati in "ADI", per Regione, anno 2010. Fonte: "Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" – Ministero della Salute



Il Veneto risulta occupare il terzo posto con un valore pari al 5,5%, dietro a Emilia-Romagna e Umbria. Come si può notare il dato riferito è però soggetto a importanti variazioni annue. Si sottolinea anche il fatto che l'indicatore, così come definito, pone alcuni problemi concettuali: a) le persone ultra65enni hanno oggi un'elevata aspettativa di vita sana e non possono esser considerate "anziane"; b) non viene chiarito e definito in maniera operativa cosa si intenda con "ADI" sia in termini di intensità assistenziale (es. numero di accessi/mese) sia in termini di coinvolgimento di operatori sanitari e/o sociosanitari.

A partire dal 01/01/2012 l'obbligo informativo deve essere assolto con l'invio periodico da parte delle Aziende ULSS alle Regioni e quindi al Ministero dei dati individuali relativi alle anagrafiche, agli accessi ed alle valutazioni dei pazienti in Cure Domiciliari, secondo il tracciato record definito dal Decreto del Ministro della Salute (DMS) 17/12/2008, integrato ai fini della normativa sulla privacy con il DMS 06/08/2012.

Il Disciplinare Tecnico allegato al DMS 17/12/2008 definisce le CD come interventi sanitari ovvero socio-sanitari caratterizzati da valutazione multidimensionale e presa in carico dell'assistito, con la definizione di un Piano di Assistenza Individualizzato, la cui responsabilità clinica è in capo a un MMG/PLS o medico palliativista afferente al Distretto



Sanitario. In carenza di questi requisiti le CD sono definite prestazionali e non vengono ricomprese nel flusso informativo di cui al DMS 17/12/2008.

Dopo una iniziale fase pilota che ha interessato soltanto alcune Aziende ULSS, il set informativo delle CD per la Regione del Veneto è stato definito con la Delibera di Giunta Regionale (DGR) 1422/2004, modificata con la DGR 2372 del 29 dicembre 2011, proprio al fine di migliorare la descrizione dei problemi di salute della popolazione assistita in CD. Nella medesima DGR 2372/2011 sono stati anche definiti indicatori e standard di struttura, processo ed esito delle CD che sono ripresi e meglio specificati nella Tabella 1.1.

Il "Piano Socio-Sanitario Regionale per il triennio 2012-2016" Legge Regionale 29 giugno 2012, n. 23, nel definire le linee di indirizzo per lo sviluppo delle CD riprende le indicazioni della DGR 2372/2011 ed indica:

- lo sviluppo su tutto il territorio regionale di modelli che garantiscano la continuità dell'assistenza, consolidando le esperienze di ammissione e dimissione protetta con il pieno coinvolgimento del medico di famiglia, la valorizzazione del ruolo dell'infermiere di distretto come case manager ed il coinvolgimento della famiglia;
- il raggiungimento di una copertura di 24 ore giornaliere su 7 giorni settimanali di assistenza infermieristica e in prospettiva anche medica;
- lo sviluppo di Centrali Operative come punto di ricezione delle istanze, di coordinamento delle risposte, di collegamento con i medici di famiglia e di gestione dei trasferimenti dall'Ospedale al territorio
- il raggiungimento di una piena integrazione informativa, per rispondere alle esigenze assistenziali, gestionali e valutative.

In questo modo le CD si avviano a diventare effettivamente nella Regione del Veneto uno standard di assistenza definito e documentabile, così come avviene per l'assistenza ospedaliera.

Sono state considerate assistite in Cure Domiciliari tutte le persone che hanno avuto almeno un accesso domiciliare nel corso del 2011 da parte di uno dei seguenti operatori sanitari: MMG, infermiere, FKT, medico specialista del Distretto. E' stato definito anche un sottogruppo di persone seguite in maniera più intensiva: assistiti che hanno ricevuto nel 2011 almeno 8 accessi/mese per almeno un mese.

L'attività di CD è stata considerata a prescindere dalla disponibilità o meno degli elementi informativi necessari per descrivere i problemi di salute delle persone curate a domicilio (diagnosi, valutazione multidimensionale), dal momento che essi sono documentati ancora in maniera lacunosa da parte in diverse Aziende ULSS della Regione del Veneto. Va però sottolineato che, da un punto di vista professionale ed organizzativo – ancora prima che informativo e normativo – "senza valutazione non si danno CD".



Tabella 1.1 - Indicatori e standard di struttura per le Cure Domiciliari (allegato G della DGR 2372/2011)

Tipologia	Indicatori	Standard minimo	Standard ottimale
	N Tempi Pieni Equivalenti (TPE) Infermieristici per 100.000 ab. ¹	20	
	N TPE Geriatrici/di Medici di Distretto Socio- Sanitario per 100.000 ab.	1	2 (almeno 1 con esperienza geriatrica o clinica)
Struttura	N ore apertura servizio infermieristica	attivo 8 h Lun-Ven + Sab mattina (accessi programmati)	10 h Lun-Ven + 8 h Sabato + Domenica (accessi programmati)
	Reperibilità Infermieristica	7/7 h 24 a completamento del servizio attivo	
	N ore apertura servizio attivo medico specialista DSS (geriatria, palliativista)	7 h Lun-Ven	reperibilità specialista integrata con Medicina di Continuità Assistenziale
	Rintracciabilità del MMG	dalle 8 alle10 (Lun-Sab mattina)	12 h Lun-Ven + 2 h Sab mattina
	% di richieste di attivazione delle CD autorizzate ² entro 3 gg	90%	
	Tasso assistiti con CIA*>0.23 (almeno 8 accessi/mese) / 10.000 ab. ³	>8	>12
	Tasso assistiti neoplastici / 10.000 ab. ³	>3,5 (cfr, Standard 4 DM 43/2007)	>9
Processo	Tasso assistiti con marcatori di bisogno infermieristico / 10.000 ab ³	rilevazione	>30
	% di accessi effettuati il sabato e la domenica ³	>2%	>5%
	% di ultra 75enni dimessi a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg ⁴	rilevazione	>20%
	% deceduti ultra 75enni con CIA>0,23 (almeno 8 accessi/mese) nell'ultimo mese di vita ⁴	rilevazione	>20%
Faita	Tasso annuale di ricovero per 1.000 ultra 75enni residenti 4	rilevazione	<250
Esito	% ultra 75enni deceduti al di fuori dell'ospedale	rilevazione	45%

¹ Rilevazione nelle Aziende ULSS 4-8-16, 2006. Pari a circa 35.000 accessi/ 100.000 ab.-anno

^{*} Per la definizione di CIA si rimanda al Glossario



² Si considera l'autorizzazione per tutti i livelli di intensità assistenziale, comprese le Cure Palliative

³ Rilevazione nei mesi di Febbraio e Settembre

⁴ Rilevazione nell'anno precedente

Capitolo secondo: Offerta di Cure Domiciliari

I dati routinariamente disponibili sull'offerta di Cure Domiciliari provengono dalla notifica effettuata annualmente al Ministero della Salute tramite il modulo FLS 21, attraverso cui ciascuna Azienda ULSS dichiara il numero di ore rese per "ADI" da parte di Infermieri, FKT e altri operatori. Da queste si può risalire ad una stima del numero di operatori equivalenti impegnati per "ADI" nella Regione Veneto, che risultano essere: 373 Infermieri, 34 Fisioterapisti e 31 altri Operatori. Il tasso di Infermieri equivalenti dedicati all' "ADI" é pari a 7,6 per 100.000 ab.; il range va da 1,7 nell'Azienda ULSS di Rovigo a 17,0 nell'Azienda ULSS di Asolo (vedi Tabella 2.1)

Tabella 2.1 - Numero di operatori equivalenti dedicati all' "ADI" x 100.000 ab., per Azienda ULSS, Veneto 2011. Fonte: Modello FLS 21

Azienda ULSS di residenza	"ADI": Infermieri eq. x 100.000 ab.	"ADI": FKT eq. x 100.000 ab.	"ADI": altri operatori eq. x 100.000 ab.	"ADI": totale operatori eq. x 100.000 ab.
101-Belluno	7,5	0,2	0,5	12,1
102-Feltre	3,5	-	9,7	20,2
103-Bassano del Grappa	5,2	-	2,6	10,9
104-Al to Vicentino	5,1	0,3	-	10,4
105 -Ovest Vicentino	2,6	-	-	5,7
106-Vicenza	3,8	0,1	-	5,8
107-Pieve di Soligo	12,1	1,8	-	21,4
108-Asolo	17,0	0,9	2,8	24,4
109-Treviso	5,2	0,5	0,3	6,6
110-Veneto Orientale	8,8	0,8	-	20,1
112-Veneziana	6,1	0,5	0,8	14,5
113-Mirano	9,1	0,5	-	15,1
114-Chioggia	13,9	-	0,3	16,5
115-Alta Padovana	5,6	-	-	9,3
116-Padova	9,2	0,9	0,6	14,0
117-Este	6,3	0,8	0,7	19,7
118-Rovigo	1,7	0,0	0,0	4,1
119-Adria	2,9	0,1	2,4	19,9
120-Verona	9,5	2,1	-	13,7
121-Legnano	3,7	-	-	6,7
122-Bussolengo	12,0	1,5	-	17,3
Veneto	7,6	0,7	0,6	13,3



Nel medesimo modello FLS 21 sono raccolte anche alcune informazioni sull'attività di CD svolte dal MMG (numero di accessi/anno di "ADI" e numero di autorizzazioni di assistenza programmata). In generale, tutti questi dati sono influenzati da difformità interpretative e da una disomogenea qualità del dato che viene dichiarato e sono solo in parte utilizzabili per la valutazione della "forza-lavoro" impegnata nelle Cure Domiciliari. Va rilevato peraltro che la mera quantificazione delle risorse umane in campo non consente in alcun modo di valutare la modalità con cui esse si integrano nella concreta gestione dei casi.

Tramite il questionario proposto dal Coordinamento Regionale per le Cure Palliative e la lotta contro il dolore, infine, viene raccolto per ciascuna Azienda ULSS della Regione Veneto il numero di operatori-equivalenti che fanno parte dell'equipe di Cure Palliative, che operano in diversi setting di assistenza: ambulatoriale e domiciliare, ma anche residenziale ed ospedaliero. I corrispondenti standard di personale sono definiti nella Legge Regionale (LR) 7/2009.

Capitolo terzo:

Dati aziendali utilizzati per la stesura del report

La completezza e la qualità del flusso informativo sulle CD sono in deciso miglioramento rispetto agli anni precedenti. Tuttavia, data la loro complessità, che è professionale ed organizzativa ancor prima che informativa, esse presentano ancora nell'anno 2011 dei problemi di qualità dei dati, che vengono descritti in maniera più dettagliata nel capitolo relativo ai Metodi.

Va segnalato che parte di questi problemi verrà risolta con la messa a regime del nuovo flusso, codificato dalla DGR 2372/2011, mentre i dati presentati sono stati estratti sulla base del tracciato record della precedente DGR 1422/2004.

La Tabella 3.1 viene riportata per facilitare la lettura dei risultati presentati nei paragrafi successivi: i dati di alcune Aziende ULSS possono essere incompleti o non utilizzabili e le medie regionali sono state calcolate escludendo queste stesse Aziende.

Tabella 3.1 - Dati Aziendali utilizzati per il computo di differenti indicatori, per Azienda ULSS. Veneto, 2011

	Trasmis	ssione alla Reç	gione di:	Dati utiliz	zzabili per calcolare	i tassi di:		
Azienda ULSS di residenza	Accessi MMG	Accessi duplicati	ID valido	Accessi / 1.000 ab.	Assistiti / 1.000 ab.	Assistiti- equivalenti / 1.000 ab.		
101 –Belluno	Si	No	Si	Si	Si	Si		
102-Feltre	Si	No	Si	Si	Si	Si		
103-Bassano del Grappa	Si	No	Si	Si	Si	Si		
104-Al to Vicentino	Si	No	Si	Si	Si	Si		
105 -Ovest Vicentino	Si	No	Si	Si	Si	Si		
106-Vicenza	Si	No	Si	Si	Si	Si		
107-Pieve di Soligo	Si	No	Si	Si	Si	Si		
108-Asolo	Si	No	Si	Si	Si	Si		
109-Treviso	No	No	Si	No	Si	No		
110-Veneto Orientale	Si	No	Si	Si	Si	Si		
112-Veneziana	No	No	Si	No	Si	No		
113-Mirano	Si	No	Si	Si	Si	Si		
114-Chioggia	Si	No	Si	Si	Si	Si		
115-Alta Padovana	Si	No	Si	Si	Si	Si		
116-Padova	Si	No	Si	Si	Si	Si		
117-Este	Si	No	Si	Si	Si	Si		
118-Rovigo	Si	No	Si	Si	Si	Si		
119-Adria	Si	No	Si	Si	Si	Si		
120-Verona	Si	In parte	Si	No	Si	No		
121-Legnano	Si	No	Si	Si	Si	Si		
122-Bussolengo	Si	No	No	Si	No	No		



Nella Tabella 3.2 sono riportati i numeri assoluti di accessi, assistiti e assistiti-equivalenti ed i corrispondenti tassi di popolazione calcolati per ciascuna delle ULSS del Veneto, dopo l'effettuazione dei controlli di qualità, per i quali si rimanda nuovamente al capitolo Metodi, mentre per la definizione di assistito-equivalente al Glossario.

Tabella 3.2 - Numeri assoluti e tassi di attività di Cure Domiciliari, per Azienda ULSS. Veneto, 2011 (data di estrazione 30/5/2013)

	Accessi di Op	eratori Sanitari	Ass	istiti	Assistiti-e	Assistiti-equivalenti			
Azienda ULSS di residenza	N	Tasso x 1.000 ab.	N	Tasso x 1.000 ab.	N	Tasso x 1.000 ab.			
101 –Belluno	110.083	855,8	4.723	36,7	2.189	17,0			
102-Feltre	38.548	454,3	2.331	27,5	1.132	13,3			
103-Bassano del Grappa	40.761	225,8	1.947	10,8	1.195	6,6			
104-Alto Vicentino	97.543	518,1	5.525	29,3	2.311	12,3			
105 -Ovest Vicentino	47.858	263,7	2.813	15,5	1.721	9,5			
106-Vicenza	102.685	320,4	6.915	21,6	3.601	11,2			
107-Pieve di Soligo	68.701	313,3	4.211	19,2	1.875	8,6			
108-Asolo	121.440	481,8	7.087	28,1	3.114	12,4			
109-Treviso	105.231	252,4	7.356	17,6	2.581	6,2			
110-Veneto Orientale	106.072	489,1	5.561	25,6	2.861	13,2			
112-Veneziana	78.598	254,8	5.770	18,7	2.394	7,8			
113-Mirano	93.668	348,4	5.274	19,6	2.708	10,1			
114-Chioggia	38.404	557,8	1.400	20,3	981	14,2			
115-Alta Padovana	121.074	475,3	6.226	24,4	3.201	12,6			
116-Padova	220.140	448,2	11.841	24,1	6.237	12,7			
117-Este	105.834	570,0	6.026	32,5	2.877	15,5			
118-Rovigo	95.613	543,8	4.856	27,6	3.217	18,3			
119-Adria	37.449	501,4	1.377	18,4	859	11,5			
120-Verona	97.344	205,3	3.920	8,3	1.481	3,1			
121-Legnano	75.653	486,4	3.372	21,7	1.874	12,0			
122-Bussolengo	138.537	477,0	-	-	-	-			



Capitolo quarto:

Accessi effettuati dagli operatori delle Cure Domiciliari

Gli accessi domiciliari effettuati forniscono una misura molto grezza dell'attività, senza consentire di ricondurla agli assistiti che l'hanno ricevuta. Essi consentono comunque di avere un'idea approssimativa del volume di attività erogata con particolare riguardo:

- all'impegno orario e quindi organizzativo. Convenzionalmente si stima che un accesso domiciliare richieda complessivamente in media all'incirca un'ora di servizio, compresi, sempre mediamente, i tempi di percorrenza e gli tempi di lavoro necessari a garantire la qualità dell'accesso: (ad es.: preparazione dei materiali, registrazione dei dati, contatti telefonici, riunioni di equipe ecc.). L'Allegato G della DGR 2372/2011 stabilisce come criterio orientativo una corrispondenza tra l'attività di un Infermiere a tempo pieno e l'effettuazione di circa 1.750 accessi/anno;
- alla completezza del flusso (ad esempio: mancata registrazione degli accessi del MMG o del palliativista);
- allo skill-mix dei professionisti impegnati nelle CD.

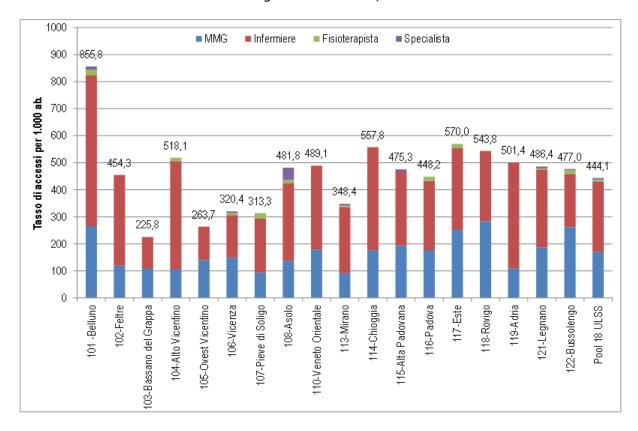
In due Aziende ULSS (Treviso e Veneziana) gli accessi del MMG non risultavano trasmessi alla Regione al momento della chiusura del report, generando così di fatto una visione "a comparti stagni" delle CD, oltreché penalizzando le Aziende stesse rispetto alla valutazione complessiva dell'attività svolta; un problema analogo si presenta in un'altra Azienda ULSS (Verona) per problemi di qualità rispetto alle date di accesso (duplicazione degli accessi). Soltanto le ULSS di Belluno, Vicenza, Asolo, Mirano, Alta Padovana, Legnago e Bussolengo registrano e inviano in Regione, almeno in modo parziale, l'attività domiciliare degli specialisti distrettuali (geriatra e palliativista).

Sono stati registrati complessivamente nel 2011 1.660.063 accessi sanitari validi in un pool di 18 Aziende ULSS, che corrispondono a un tasso di 444,1 accessi ogni 1.000 abitanti (vedi Figura 4.1). L'Azienda ULSS di Belluno ha il tasso più elevato (855,8 accessi/1.000 abitanti), mentre il tasso più basso risulta essere quello dell'Azienda ULSS di Bassano (225,8 accessi/1.000 abitanti), da parte della quale viene però segnalato un caricamento ancora incompleto degli accessi infermieristici.

La quota di accessi effettuati dall'Infermiere è pari al 58,6%. Si tratta però soltanto di un dato medio, che mostra una forte variabilità, con un range che passa da un minimo del 40,9% nell'Azienda di Bussolengo ad un massimo del 78,4% in quella di Adria. L'impegno del MMG nelle CD è pari mediamente a circa 4,7 accessi/settimana, con una range che va da 2,5 nell'Azienda di Mirano a 7,2 in quella di Belluno.



Figura 4.1 - Tasso di accessi per 1.000 abitanti per ULSS di residenza e tipo di operatore sanitario – 18 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2011



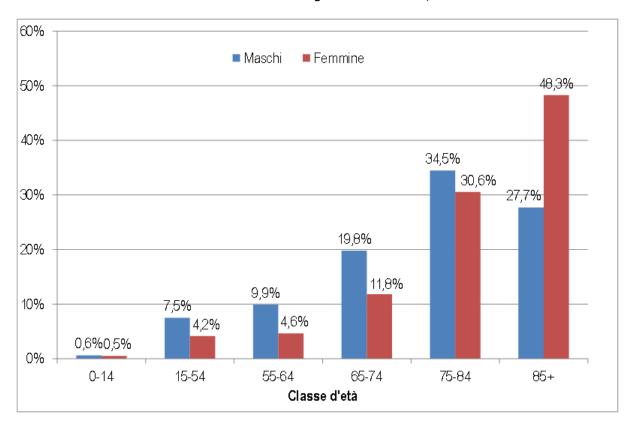
Capitolo quinto:

Popolazione assistita dai servizi di Cure Domiciliari

5.1 - Caratterizzazione della popolazione

Gli assistiti con almeno 1 accesso sanitario/anno, rilevati in un pool di 20 Aziende ULSS, sono in numero assoluto 98.441. Il 65,1% degli assistiti è di genere femminile, mentre il 78,2% ha più di 75 anni. Le femmine sono più anziane dei maschi: il 50,0% delle donne ha più di 85 anni contro il 32,4% degli uomini. Il tasso di copertura rispetto alla popolazione generale è pari a 21,2 per mille. Il 95,1 per mille dei residenti ultra65enni ha avuto almeno un accesso di un operatore sanitario nell'anno e sale al 168,2 per mille considerando gli ultra75enni.

Figura 5.1.1 - Distribuzione per età e genere degli assistiti in CD con ≥8 accessi per almeno un mese – 20 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2011



Gli assistiti che hanno ricevuto almeno 8 accessi sanitari/mese per almeno un mese sono in numero assoluto 16.620, pari al 16,9% del totale. Il 58,7% degli assistiti è di genere femminile, mentre il 72,0% ha più di 75 anni. Le femmine sono più anziane dei maschi e il 48,3% delle donne ha più di 85 anni (vedi Figura 5.1.1). Il corrispondente tasso di



copertura rispetto alla popolazione generale è pari allo 3,6 per 1.000 e sale al 15,5 per 1000 negli ultra65enni ed al 26,1 per 1.000 negli ultra75enni.

Questi pazienti che sono stati seguiti in maniera che si potrebbe definire "più intensiva" sono differenti dagli altri pazienti assistiti in CD rispetto al genere (41,3% vs. 33,6% di maschi) e all'età (28,0% vs. 20,5% di assistiti con meno di 75 anni).

La tabella 5.1.1 dà un'idea della gravosità di questa popolazione di assistiti rispetto alla popolazione generale, facendo riferimento alla percentuale di assistiti che hanno avuto almeno un ricovero nell'anno precedente al primo accesso del 2011.

Tabella 5.1.1 - Ricovero ospedaliero nell'anno precedente nella popolazione non assistita in CD, assistita in CD con <8 accessi/mese per almeno un mese, assistita in CD con ≥8 accessi per almeno un mese - 20 ULSS della Regione del Veneto, anno 2011

	MASCHI													
Fascia di età	Non assi	stiti in CD	Assistiti in	CD con <8 ac per 1+ mesi	cessi/mese	Assistiti in CD con ≥8 accessi/mese per 1+ mesi								
ui ota	n % n %		%	RR^	N	%	RR^							
0-14 anni	19.825	5,9%	151	77,4%	13,2 §	36	83,7%	14,3 §						
15-54 anni	68.415	5,4%	1.007	49,7%	9,1 §	356	69,1%	12,7 §						
55-64 anni	30.976	11,0%	1.048	60,9%	60,9% 5,5 §		76,9%	7,0 §						
65-74 anni	38.909	18,0%	2.580	61,0%	3,4 §	1.055	77,7%	4,3 §						
75-84 anni	29.944	25,4%	5.427	53,8%	2,1 §	1.646	69,6%	2,7 §						
85+ anni	10.379	43,2%	3.996	43,3%	1,0	1.097	57,7%	1,3 §						
Totale	198.448	8,9%	14.209	51,7%	5,8 §	4.712	68,7%	7,7 §						

	FEMMINE													
Fascia di età	Non assi	stite in CD	Assistite in	CD con <8 ac per 1+ mesi	cessi/mese	Assistite in CD con ≥8 accessi/mese per 1+ mesi								
ui eta	n	%	n	%	RR^	N	%	RR^						
0-14 anni	13.801	4,3%	133	81,1%	18,7 §	43	81,1%	18,7 §						
15-54 anni	89.904	7,4%	821	45,6%	6,2 §	286	70,4%	9,5 §						
55-64 anni	28.306	9,7%	938	53,3% 5,5 §		328	72,7%	7,5 §						
65-74 anni	32.992	13,4%	2.550	52,0%	3,9 §	818	70,8%	5,3 §						
75-84 anni	30.381	17,2%	7.719	42,0%	2,4 §	1.718	57,6%	3,4 §						
85+ anni	18.509	30,0%	9.241	33,8%	1,1 §	2.216	47,0%	1,6 §						
Totale	213.893	9,2%	21.402	39,4%	4,3 §	5.409	55,4%	6,0 §						

[^] Risk Ratio (RR) vs. non assistiti in CD; § p<0,001



Gli assistiti in CD sono caratterizzati da una probabilità nettamente maggiore di ricovero nell'anno precedente rispetto agli altri assistiti. I Risk Ratio per l'accesso ospedaliero nell'anno precedente sono in entrambi i sessi almeno 10 volte più alti per quanto riguarda i bambini, almeno 5 volte più alti per quanto riguarda gli adulti, almeno 3 volte più alti tra gli 65-74enni, e almeno doppi tra i 75-84enni. Nella classe di età al di sopra degli 85 anni intervengono verosimilmente dei fenomeni di selezione: gli assistiti che riescono a rimanere a domicilio godono di un certo grado di autonomia e supporto sociofamiliare, mentre una quota rilevante degli assistiti non domiciliari versa in condizioni di salute scadenti ed è ospite di strutture residenziali.

Se si considerano le persone che nel 2011 sono state assistite in CD con almeno 8 accessi per almeno un mese il rischio di avere avuto uno o più ricoveri nell'anno precedente è sistematicamente più elevato anche gli ultr85enni, che risultano avere avuto il 33,7% dei ricoveri in più nei maschi ed il 56,9% dei ricoveri in più nelle femmine rispetto ai pari età che non sono sati assistiti in CD.

Il rapporto tra percentuale di maschi ricoverati e percentuale di femmine ricoverate mostra un chiaro gradiente d'età, passando da un valore di 0,97 a 0-14 anni ad un valore di 1,28 a 85 anni e più. Questo dato può essere interpretato considerando che i maschi anziani sono più malati delle femmine di pari età, dal momento che sono andati incontro più frequentemente e più precocemente a eventi acuti cardiovascolari e malattie tumorali. Ulteriori fattori esplicativi sono legati a fattori demografici e di genere: l'uomo anziano malato ha più probabilità di avere un coniuge o un familiare che lo assiste, permettendone la permanenza a domicilio.

In ogni caso, l'effettuazione di almeno un ricovero nell'anno precedente riguarda non più della metà dei pazienti domiciliari e per questo motivo le SDO dell'ultimo ricovero non sono utilizzabili per descrivere le patologie che motivano l'attivazione o la modifica del Piano di Assistenza Individualizzato.

L'utilizzo delle esenzioni ticket per caratterizzare la popolazione in CD invece non è stato qui considerato, in quanto esso risente – tra le altre cose – delle modalità amministrative con cui vengono rilasciate le esenzioni; esso può fornire informazioni abbastanza affidabili per un limitato numero di condizioni cliniche, come i tumori, lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, l'insufficienza renale ed il diabete.



5.2 - Descrizione dei problemi di salute all'interno del flusso delle CD

La patologia prevalente è compilata soltanto nel 35,6% per gli assistiti che non hanno avuto almeno 8 accessi/mese per almeno un mese; la neoplasia è riportata come diagnosi principale nel 5,2% dei casi

Tra gli assistiti con almeno 8 accessi/mese per almeno un mese - certamente di interesse primario per l'entità delle risorse umane che impegnano - la diagnosi è riportata del 55.9% dei casi, con un range di valori che va dal 1,9% dell'Azienda di Chioggia al 95,7% in quella di Asolo (vedi Tabella 5.2.1).

L'Azienda ULSS 12 Veneziana risulta avere praticamente la totalità degli assistiti con diagnosi principale compilata, ma la diagnosi codificata secondo l'International Classification of Primary Care (ICPC) che è stata registrata è la stessa per tutti gli assistiti; la completezza di compilazione della diagnosi è quindi stata valutata in un pool di 19 Aziende ULSS.

Tabella 5.2.1 - Compilazione della diagnosi negli assistiti con almeno 8 accessi/mese per almeno un mese – 19 Aziende ULSS del Veneto, anno 2011

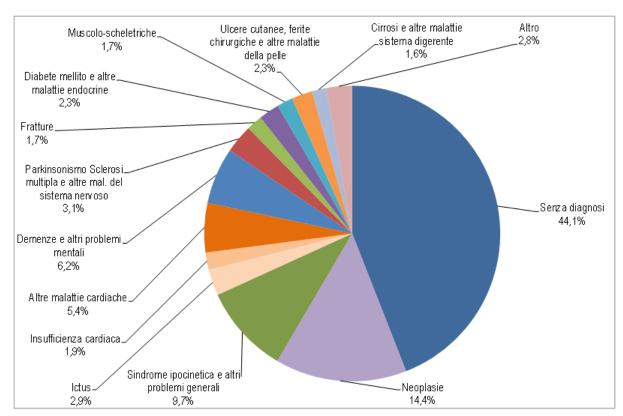
Azienda ULSS	Numero Utenti	Con di	agnosi
di residenza	Numero Otenti	N	%
101-Belluno	1.078	55	5,1%
102-Feltre	341	99	29,0%
103-Bassano del Grappa	446	427	95,7%
104-Alto Vicentino	1.119	694	62,0%
105-Ovest Vicentino	340	308	90,6%
106-Vicenza	775	656	84,6%
107-Pieve di Soligo	799	415	51,9%
108-Asolo	1.244	1.190	95,7%
109-Treviso	955	517	54,1%
110-Veneto Orientale	857	536	62,5%
113-Mirano	800	694	86,8%
114-Chioggia	264	5	1,9%
115-Alta Padovana	1.108	517	46,7%
116-Padova	2.125	873	41,1%
117-Este	1.050	771	73,4%
118-Rovigo	580	152	26,2%
119-Adria	287	155	54,0%
120-Verona	1.152	466	40,5%
121-Legnago	670	415	61,9%
Pool 19 ULSS	15.990	8.945	55,9%



La patologia più frequentemente riportata nei pazienti che hanno avuto almeno 8 accessi/mese per almeno un mese – vedi Figura 5.2.1- è la neoplasia (14,4%), seguita dalla sindrome ipocinetica (9,7%), dalle malattie cardiovascolari (1,9% insufficienza cardiaca, 2,9% ictus e 5,4%altre malattie cardiache) e dalla demenza (6,2%).

La valutazione multidimensionale è ugualmente poco compilata ed è proprio per questo motivo che il tracciato record della DGR 2372/2011 prevede che l'Azienda ULSS inviante riporti obbligatoriamente ad ogni invio la diagnosi, la valutazione multidimensionale ed i bisogni di assistenza, recuperandoli dal programma gestionale in cui vanno correntemente registrati per facilitare l'impostazione e la revisione del Piano di Assistenza Individualizzato e per il passaggio delle consegne.

Figura 5.2.1 - Distribuzione degli assistiti con almeno 8 accessi/mese per almeno un mese, per diagnosi – 19 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2011





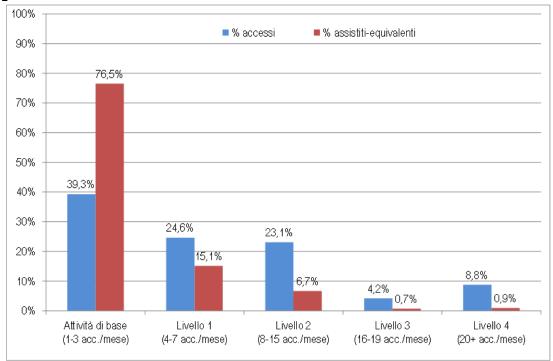
Capitolo sesto: Stratificazione per livello di intensità assistenziale delle Cure Domiciliari

Il mero conteggio delle "teste" degli assistiti non consente di misurare in maniera adeguata né la durata né l'intensità delle attività di CD: l'impegno necessario per seguire una persona che ha effettuato alcuni prelievi occasionali di controllo o un ciclo di terapia infusionale per disidratazione non è in alcun modo assimilabile a quello necessario per seguire continuativamente un paziente grave allettato.

Per questo motivo è stata proposta nel Glossario la definizione del "assistito-equivalente", che è un paziente convenzionale seguito per tutto il periodo di osservazione sempre con il medesimo livello di intensità assistenziale. Questo artificio è utile proprio perché nella realtà questi assistiti si incontrano raramente, mentre il periodo di assistenza di ciascun malato domiciliare è fatto di periodi di cura più o meno lunghi e più o meno intensivi. L'intensità dell'assistenza in Cure Domiciliari, in altre parole, non è un attributo della persona ma della persona-tempo ed è stata caratterizzata sempre nel Glossario in cinque livelli, sulla base del numero di accessi effettuati nel corso del mese.

Naturalmente la distribuzione per livelli di intensità assistenziale degli accessi, e quella degli assistiti-equivalenti sono molto diversi, come illustrato dalla Figura 6.1.

Figura 6.1 - Percentuale di assistiti-equivalenti e di accessi, per livello di intensità assistenziale delle presa in carico – 17 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2011

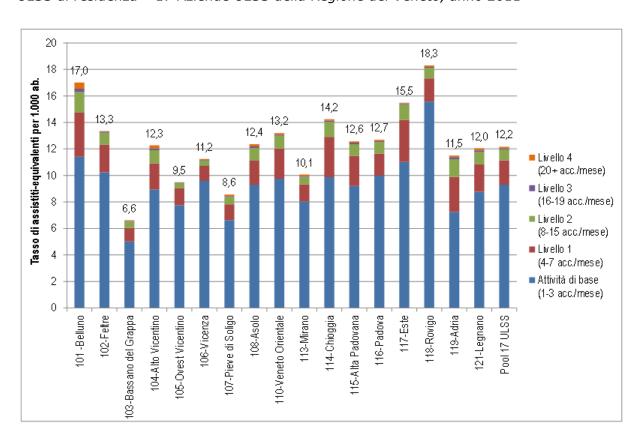




L'indicatore non è calcolabile per le Aziende ULSS di Treviso, Veneziana, Verona e Bussolengo; nelle 17 Aziende ULSS in cui è calcolabile, il numero di assistiti equivalenti è pari a 41.952, pari ad un tasso di 12,2 per 1.000 abitanti. Il 39,3% degli accessi domiciliari sono stati erogati al 76,5% degli assistiti-equivalenti con livello di intensità assistenziale Attività di Base (1-3 accessi/mese). Nel rimanente 23,5% gli assistiti-equivalenti si dividono tra il 15,1% del livello 1, il 6,7% del livello 2 e il 1,7% del livello 3 o 4. Il 60,7% degli accessi viene erogato a favore di assistiti-equivalenti di 1-2-3 e 4 livello, che ricevono almeno 4 accessi domiciliari/mese. L'8,8% degli accessi viene erogato allo 0,9% degli assistiti equivalenti (livello di intensità assistenziale 4, pari ad almeno 20 accessi/mese).

La Figura 6.2 riporta il tasso di assistiti-equivalenti per 1.000 abitanti nel pool del 17 Aziende ULSS esaminate, stratificato per livelli di intensità. E' del tutto evidente la marcata differenza che vi è tra le Aziende sia rispetto alla copertura di popolazione sia rispetto all'intensità delle CD erogate; da parte dell'Azienda ULSS di Bassano del Grappa viene segnalato un caricamento ancora incompleto degli accessi infermieristici.

Figura 6.2 - Tasso di assistiti-equivalenti x 1.000 abitanti, per intensità assistenziale e ULSS di residenza – 17 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2011



Capitolo settimo:

Indicatori di attività, processo ed esito della DGR 2732/2011

La Regione Veneto ha definito nell'allegato G della Deliberazione della Giunta Regionale N. 2372 del 29 dicembre 2011 alcuni indicatori e standard di struttura, attività, processo ed esito delle CD (vedi tabella 1.1). Gli indicatori di struttura sono documentabili soltanto tramite gli Atti Deliberativi delle singole Aziende ULSS, mentre quelli di attività, processo ed esito sono rilevabili attraverso i dati analitici del flusso informativo delle CD. Nel seguito ne sono riportati la definizione ed il razionale che ne supporta l'utilizzo.

Indicatori di attività

Tasso annuo di assistenza in CD con almeno 8 accessi/mese per 10.000 ab (livello di intensità ≥2).

Razionale:

Le Aziende ULSS devono assicurare un livello di intensità assistenziale e di copertura adeguato a sostenere il trasferimento dall'ospedale al territorio delle attività di post-acuzie e di assistenza dei malati cronici non ambulatoriali, in raccordo con il MMG e gli specialisti distrettuali.

Indicatori di processo

% di accessi domiciliari effettuati il sabato e la domenica.

Razionale:

Le Aziende ULSS devono assicurare una continuità di servizio infermieristica e medica in tutti i giorni della settimana, tale da consentire la permanenza a domicilio di malati che hanno necessità di un controllo clinico stretto da parte degli specialisti distrettuali, di cure infermieristiche complesse (ad es.: terapie infusionali, controllo del dolore e dei sintomi stressanti) e la deospedalizzazione in tutti i giorni della settimana.

% di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg..

Razionale:

Le Aziende ULSS devono assicurare la continuità terapeutica ed assistenziale nei pazienti deospedalizzati non ambulatoriali, garantita dall'attività della Centrale Operativa delle Cure Primarie anche attraverso il regolare accesso alle UO di degenza, finalizzata ad una valutazione anticipata dei pazienti eleggibili per le dimissioni protette.

% deceduti ultra75enni con ≥8 accessi/mese nell'ultimo mese di vita.

Razionale:

Le Aziende ULSS devono assicurare il supporto clinico-assistenziale ai pazienti in fine vita nel setting più appropriato ed in particolare a domicilio, ogniqualvolta le condizioni cliniche e assistenziali lo consentano.

Indicatori di esito

- Tasso di ricovero ospedaliero negli ultra75enni.
- % di deceduti al di fuori dell'ospedale tra gli anziani ultra75-enni.

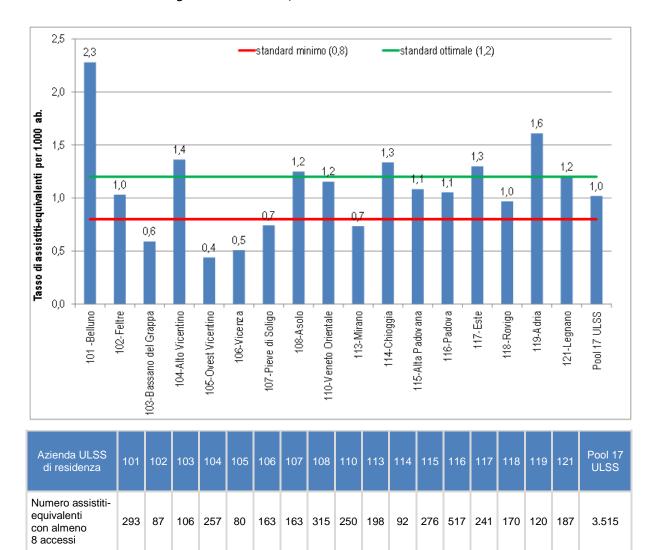
Razionale:

Questi indicatori sono centrati sulla fascia anziani degli ultra75enni, che è la popolazione target anche per le Cure Domiciliari. L'aspettativa è che all'aumentare dell'attività delle CD si accompagni una diminuzione del primo ed un aumento del secondo indicatore. Si tratta naturalmente di fenomeni molto complessi, che sono influenzati – tra le altre cose - dall'accessibilità alle strutture residenziali ed intermedie. In particolare, per quanto riguarda il luogo del decesso, viene posto l'accento sul fatto di ridurre il decesso in ospedale, attivando – a meno che specifiche situazioni o esigenze di carattere clinico non lo impongano – dei percorsi alternativi di assistenza e cura, preferibilmente domiciliare



L'indicatore di attività (Tasso annuo di assistenza in Cure Domiciliari con almeno 8 accessi/mese, pari ad un livello di intensità ≥2) è stato operazionalizzato in questo report in termini di assistiti-equivalenti ed è riportato in forma non standardizzata. Il range varia tra 2,3 assistiti-equivalenti per 1.000 abitanti nell'Azienda ULSS di Belluno e 0,4 nell' Ovest Vicentino. Le Aziende ULSS che raggiungono lo standard definito ottimale (>1,2 per 1.000 ab.) sono 6 mentre sono 5 quelle sotto lo standard minimo (>0,8 per 1.000 ab.). L'indicatore non è valutabile per le Aziende di Treviso, Venezia, Verona e Bussolengo.

Figura 7.1 – Numero assoluto e tasso di assistiti-equivalenti con almeno 8 accessi/mese (pari ad un livello di intensità ≥2) per 1.000 abitanti, per Azienda ULSS di residenza - 17 Azienda ULSS della Regione del Veneto, anno 2011

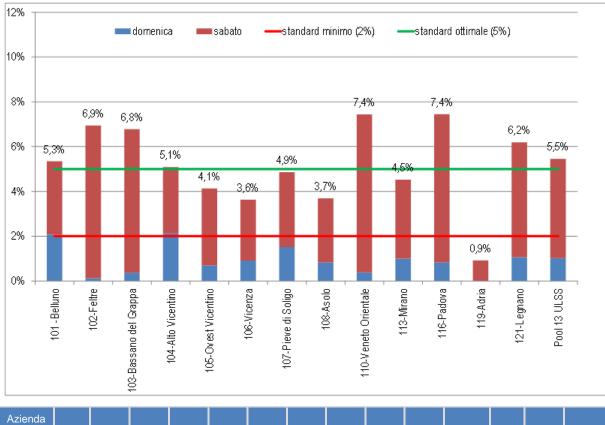


Nel 2011 la media regionale della percentuale di accessi erogati il Sabato e la Domenica sul totale degli accessi degli operatori sanitari è risultata pari al 5,5%. Tra le aziende i



valori si differenziano molto variando dal 7,4% delle Aziende ULSS Treviso e Padova allo 0,9% dell'Azienda di Chioggia. Complessivamente sono 7 le Aziende ULSS che superano lo standard definito ottimale (>5%) mentre solo 1 non raggiunge lo standard minimo (>2%). Questo indicatore necessita di un controllo stretto di qualità fin dalla fase di caricamento nei sistemi gestionali delle Aziende. Per questo motivo l'indicatore non è calcolabile in 8 Aziende ULSS (vedi appendice 2).

Figura 7.2 – Numero assoluto e percentuale di accessi degli operatori sanitari effettuati il sabato e la domenica sul totale degli accessi per Azienda ULSS di residenza – 13 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2011



Azienda ULSS di residenza	101	102	103	104	105	106	107	108	110	113	116	119	121	Pool 13 ULSS
N accessi sabato e domenica	5.885	2.675	2.762	4.958	1.977	3.729	3.339	4.484	7.889	4.237	16.379	346	4.683	63.343

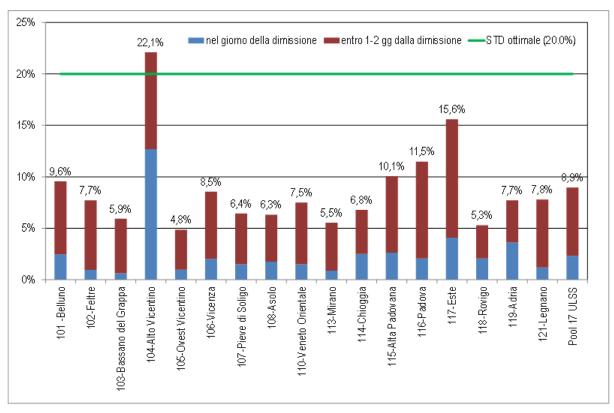
L'Azienda ULSS Alto Vicentino risulta essere l'unica che raggiunge lo standard ottimale stabilito dalla DGR per la percentuale di dimissioni dopo ricovero ordinario in UO di degenza per acuti seguite da un accesso di un operatore sanitario entro 2 giorni (>20%). Le altre aziende hanno invece dei valori più bassi (con un minimo di 4,8% nell'Ovest Vicentino). Questa differenza è in buona parte spiegata dal fatto che l'Azienda ULSS Alto



Vicentino – così come l'Azienda di Este - registra e invia in regione anche gli accessi degli operatori delle CD eseguiti durante il ricovero allo scopo di intercettare precocemente i pazienti eleggibili per le dimissioni protette. Questa modalità organizzativa rende conto, almeno parzialmente, della quota di accessi effettuati nel giorno stesso della dimissione, che è molto più alta rispetto alla media regionale. Il nuovo tracciato record della DGR 2372/2011 consente di individuare puntualmente questa importante attività, distinguendola dagli accessi domiciliari effettuati nello stesso giorno della dimissione. Per questo indicatore lo standard ottimale deve quindi essere ritarato, con il

coinvolgimento attivo dei Responsabili dei Distretti e delle UOC di Cure Primarie. L'indicatore non è valutabile per le Aziende ULSS Treviso, Veneziana, Verona e Bussolengo.

Figura 7.3 - Numero assoluto e percentuale di ultra75enni dimessi a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg. dalla dimissione, per Azienda ULSS di residenza - 17 Azienda ULSS della Regione del Veneto, anno 2011

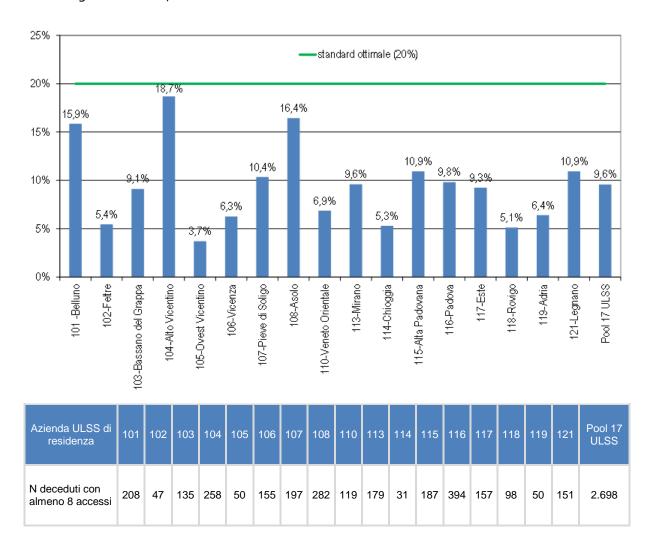


Azienda ULSS di residenza	101	102	103	104	105	106	107	108	110	113	114	115	116	117	118	119	121	Pool 17 ULSS
N dimessi con accessi entro 2 gg. accessi	291	155	238	631	187	580	278	260	347	284	136	535	1.530	604	215	164	245	6.680



La percentuale di anziani con più di 75 anni che sono deceduti nel 2011 ed hanno ricevuto almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese della loro vita è pari in media a 9,6%, con un range che va da 3,7% (ULSS Ovest Vicentino) a 18,7% (ULSS Alto Vicentino). Nessuna Azienda ULSS raggiunge lo standard definito ottimale dalla DGR (>20%), che va quindi ritarato, con il coinvolgimento attivo dei Responsabili dei Distretti e delle UOC di Cure Primarie. L'indicatore non è valutabile per le Aziende ULSS Treviso, Veneziana, Verona e Bussolengo.

Figura 7.4 – Numero assoluto e percentuale di ultra75enni deceduti, con almeno 8 accessi/mese nell'ultimo mese di vita, per Azienda ULSS di residenza – 17 Aziende ULSS della Regione Veneto, anno 2011



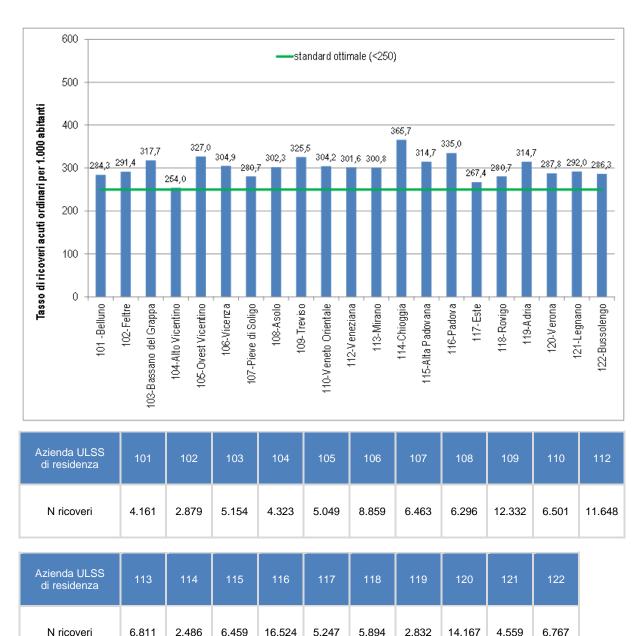
Gli indicatori di esito previsti dalla DGR 2372/2011 si riferiscono propriamente all'assistenza socio-sanitaria territoriale nel suo complesso, dal momento che sono fortemente influenzati dall'accesso alle strutture residenziali.

Il tasso di ospedalizzazione degli ultra75enni è stato riferito ai soli ricoveri acuti ordinari: quelli che si verificano in questa classe d'età hanno un peso rilevante, dal momento che



costituiscono il 21,0% del totale; nessuna Azienda ULSS raggiunge il livello definito ottimale (<250 per mille), che rimane un obiettivo sfidante molto impegnativo, anche se coerente con gli obiettivi del PSSR 2012-2016.

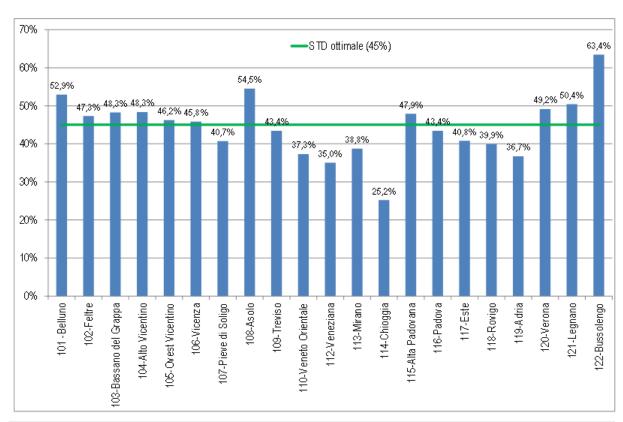
Figura 7.5 – Numero assoluto e tasso grezzo di ricoveri acuti ordinari in anziani ultra75enni residenti in Veneto - Anno 2011



La tabella successiva illustra la percentuale di deceduti al di fuori dell'ospedale e mostra come 11 Aziende raggiungano lo standard ottimale (>45%) previsto dalla DGR 2372/2011. L'indicatore è stato calcolato per il primo semestre 2010 in attesa dell'imminente consolidamento dell'intero dataset relativo all'anno 2010.



Figura 7.6 – Numero assoluto e percentuale di deceduti al di fuori dell'ospedale in anziani ultra75-enni residenti in Veneto – 1° semestre 2010



Azienda ULSS di residenza	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122
N decessi fuori ospedale	299	175	237	292	234	432	333	397	553	244	473	290	58	307	633	286	292	105	756	312	503

Capitolo ottavo:

Presa in carico di specifici problemi di salute

8.1 - La terminalità oncologica

Vi è unanime consenso nei pazienti e nella comunità scientifica che nel fine vita il paziente oncologico dovrebbe poter rimanere nella sua casa fino al decesso (Townsend J, 1990; Zimmer JG, 1985). Tuttavia nonostante quest'evidenza e lo svilupparsi in numerosi paesi di politiche socio-sanitarie atte a favorire la permanenza dei malati oncologici nella loro abitazione, il principale luogo del decesso rimane l'ospedale in molti paesi Europei (Cohen J, 2008). Questa dinamica si evidenzia anche in Veneto dove la maggior parte dei malati oncologici ricorre all'assistenza ospedaliera nelle fasi terminali della malattia, trascorrendo in media circa un terzo dell'ultimo mese di vita in ospedale. Uno dei fattori maggiormente associati al decesso fuori dell'ospedale dei malati oncologici terminali - di grande interesse in termini di programmazione sanitaria - è la possibilità accedere alle CD e in particolare la precocità e l'intensità con cui queste sono erogate (Gomes B, 2006, Seow, 2010). In questo capitolo si vuole indagare la presa in carico dei pazienti deceduti per neoplasia da parte dei servizi domiciliari valutando anche la relazione tra intensità di assistenza e luogo del decesso.

Per questo i deceduti per neoplasia (codici ICD 10 C00-D48¹) tra il Luglio 2009 e il Giugno 2010 sono stati linkati con l'archivio delle cure domiciliari. Dall'analisi sono state escluse 11 Aziende ULSS per problemi legati alla completezza dei dati. Si sono considerati gli accessi domiciliari verificatesi nei 90 giorni precedenti il decesso per neoplasia, in quanto maggiormente correlabili alla fase terminale della patologia neoplastica. Gli accessi domiciliari sono stati raggruppati in quattro classi al fine di descrivere anche l'intensità delle CD². Nell'analisi si sono considerate oltre al tipo di tumore anche alcune caratteristiche socio-demografiche rappresentate dal sesso, dalle classi di età, dal livello di istruzione e dallo stato civile ricavate dalla scheda di morte. Come indicatore del livello di comorbidità si è utilizzato un adattamento dell'Indice di Charlson basato sui ricoveri eventualmente verificatesi nei cinque anni precedenti il decesso per neoplasia (http://healthservices.cancer.gov/seer medicare/program/comorbidity.html).

 $^{^{2}}$ 0= 0 accessi; 1= < di 4 accessi al mese; 2 > 4 accesi al mese ma < di 8 al mese; 3> di 8 accessi al mese.



¹ Criteri di classificazione delle neoplasie: Bocca o faringe (C00-C14, D370), Esofago (C15), Stomaco (C16, D371), Colon, retto, ano(C18-C21, D374, D375), Fegato o dotti biliari intraepatici (C22), Pancreas (C25), Laringe (C32, 380), Trachea, bronchi o polmone (C33-C34, D381), Melanoma (C43), Mammella(C50), Utero (C53, C54-C55, D390), Ovaio (C56, D391), Prostata (C61, D400), Vescica (C67, D414), Rene (C64, D410), Sistema nervoso centrale (C70-C72, D42-D43), Neoplasie ematologiche (C81-C85, C90-C95, D45, D46-D47). Inoltre si sono raggruppati i codici di neoplasia a comportamento incerto, quando siano riferiti a sedi tumorali specifiche, insieme ai codici delle corrispondenti neoplasie maligna ed è stata costruita la categoria "Neoplasie ematologiche" che comprende tutte le neoplasie maligne e di significato incerto degli organi linfatici ed ematopoietici.

Un altro fattore importante in quanto capace di influenzare il ricorso all'assistenza ospedaliera è rappresentato dalla distanza dei pazienti rispetto ad ospedali più o meno specializzati nella cura delle neoplasie. Per studiare anche questo fenomeno si è costruita la variabile assistenza ospedaliera nel comune di residenza che valuta la presenza o meno nel comune di residenza di un'Azienda ospedaliera (Padova, Verona), di un ospedale con un'unità operativa (U.O.) di oncologia o di un ospedale senza U.O. di oncologia; questa variabile può costituire un proxy dell'accessibilità all'assistenza oncologica ospedaliera.

Nelle 10 Aziende ULSS del Veneto di cui è stato possibile considerare i dati relativi agli accessi domiciliari tra il Luglio 2009 e il Giugno 2010 si sono verificati 5.803 decessi per neoplasia, 3.244 nei maschi e 2.559 nelle femmine. L'età media al decesso e pari a 74,2 anni (maschi=73,3; femmine=75,4). Per quanto riguarda le altre caratteristiche sociodemografiche, ricavabili dalle fonti utilizzate, la maggior parte dei deceduti risulta coniugato (58,1%) o vedovo (29,9%) e presenta un livello di istruzione basso (scuola elementare o nessun titolo=48,5%). Le cause di morte più rappresentate sono: il tumore della trachea, bronchi e polmoni (19,3%), il tumore del colon, retto e ano (10,6%), i tumori ematologici (8,8%), il tumore della mammella (6,9%) e quello del pancreas (6,9%). Nelle Aziende ULSS considerate circa il 45,1% dei deceduti per neoplasia non ha ricevuto nessun accesso di CD nei 90 giorni precedenti il decesso, il 27,5% ha presentato meno di 4 accessi al mese, l'11,8% tra 4 e 8 accessi al mese e il 15,5% ha registrato più di 8 accessi al mese. Per il 29,5% dei deceduti per neoplasia sono documentati accessi domiciliari sia da parte del MMG sia da parte dell'infermiere, per il 18,7% dei deceduti è registrata la presenza a casa del solo infermiere e per il 5,7% la presenza del solo MMG, mentre la registrazione dell'accesso domiciliare del palliativista è ancora largamente lacunosa. Complessivamente l'infermiere ha di gran lunga il ruolo più importante, dal momento che effettua il 70,3% degli accessi domiciliari effettati negli ultimi 90 giorni di vita. Considerando la distribuzione dell'intensità dell'assistenza in base ad alcune caratteristiche socio-demografiche si osserva dalla Figura 8.1.1 come la percentuale dei soggetti che hanno avuto accessi di CD nei 90 giorni precedenti il decesso per neoplasia cresce con l'aumento dell'età ed è maggiore nei coniugati, nei vedovi e nei soggetti che risiedono in un comune in cui non c'è l'ospedale. Tra le neoplasie con una percentuale più elevata di "0 accessi" nei 90 giorni precedenti il decesso troviamo le neoplasie ematologiche (60,6%), quelle del fegato o dotti biliari (50,0%), quelle della trachea, bronchi o polmoni (47,2%) e quelle dell'utero (46,5%).

Nella Figura 8.1.2 si osservano differenze rilevanti dell'intensità delle cure domiciliari nei 90 giorni precedenti il decesso per neoplasia in base all'Azienda ULSS di residenza.



Figura 8.1.1 – Percentuale di deceduti per neoplasia per intensità delle CD erogate nei 90 giorni precedenti il decesso, classe d'età, livello di istruzione, stato civile, assistenza ospedaliera nel comune di residenza. Residenti in Veneto. Periodo Luglio 2009-Giugno 2010

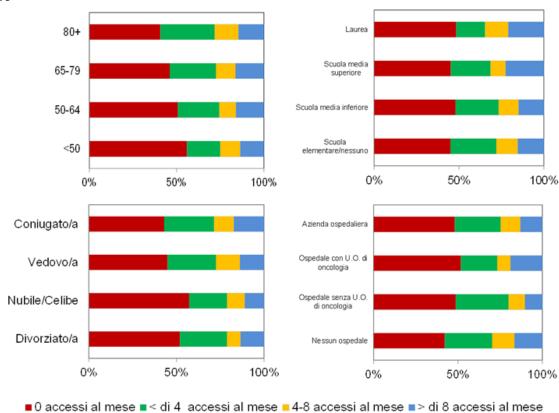
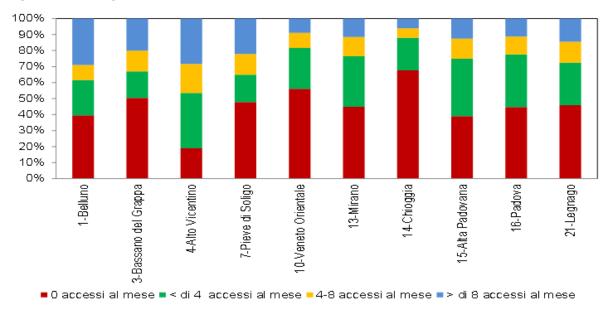


Figura 8.1.2 – Percentuale di deceduti per neoplasia per intensità delle CD erogate nei 90 giorni precedenti il decesso e Azienda ULSS di residenza. Residenti in Veneto. Periodo Luglio 2009-Giugno 2010





In riferimento alla relazione tra l'intensità dell'assistenza in CD e il luogo di decesso, l'analisi conferma la minore probabilità di decesso in ospedale per i pazienti che nei tre mesi precedenti il decesso per neoplasia sono presi in carico dal servizio di cure domiciliari, con un gradiente in base al livello di intensità delle cure (Tabella 8.1.1 e Tabella 8.1.2). E' da segnalare il fatto che l'uso dell'intensità delle CD migliora notevolmente la capacità di descrivere il fenomeno del decesso a casa (ROC=0,60 modello senza la caratteristica vs ROC=0,70 modello con la caratteristica).

Il decesso in ospedale è invece – a parità di altre caratteristiche - più frequente nelle persone relativamente più giovani, coniugate e più prossime ad ospedali che erogano assistenza oncologica.

Tabella 8.1.1 – Percentuale di deceduti per neoplasia per intensità delle CD erogate nei 90 giorni precedenti il decesso e luogo del decesso. Residenti in Veneto. Periodo Luglio 2009-Giugno 2010

Luogo del decesso	Ospedale	Abitazione	RSA	Altro	Non indicato
0 accessi al mese	2.022 (52,4%)	199 (16,1%)	225 (69,7%)	146 (44,0%)	27 (48,2%)
< di 4 accessi al mese	1.129 (29,3%)	313 (25,3%)	66 (20,4%)	79 (23,8%)	10 (17,9%)
4-8 accessi al mese	379 (9,8%)	235 (19,0%)	20 (6,2%)	45 (13,6%)	7 (12,5%)
> di 8 accessi al mese	326 (8,5%)	489 (39,6%)	12 (3,7%)	62 (18,7%)	12 (21,4%)
Totale	1.236 (100,0%)	3.856 (100,0%)	323 (100,0%)	332 (100,0%)	56 (100,0%)

Tabella 8.1.2 – Associazione tra decesso in ospedale e caratteristiche sociodemografiche e clinico-assistenziali: rischi relativi (RR) e intervalli di confidenza (IC) al 95% ottenuti attraverso un modello di regressione multivariato (Poisson con stima robusta della varianza). Residenti in Veneto di età 18 anni e oltre deceduti per neoplasia. Periodo Luglio 2009-Giugno 2010

	CARATTERISTICHE	N	RR	CI
0	Maschi	3.156	1,00	
Sesso	Femmine	2.447	0,99	(0,95-1,03)
	<=64 anni	1.065	1,13	(1,08 - 1,19
Classi di età	65-79 anni	2.484	1,08	(1,04 - 1,13
	80 anni e più	2.049	1,00	
Otata abida	Non coniugato (Vedovo/Celibe/Nubile/Divorziato/Separato)	2.296	1,00	
Stato civile	Coniugato	3.302	1,09	(1,05 - 1,14
Presenza di	Nessuna (Indice di Charlson=0)	4.724	1,00	
comorbidità	Una o più comorbidità (Indice di Charlson>=1)	874	0,99	(0,94 - 1,04
	Nessun ospedale	3.287	1,00	
Assistenza nel	Ospedale con U.O. di oncologia	914	1,06	(1,02 - 1,11
comune di residenza	Ospedale senza U.O. di oncologia	728	0,92	(0,87- 0,97)
	Azienda ospedaliera	669	1,06	(1,01- 1,12)
	0 accessi al mese	2506	1,00	
	< di 4 accessi al mese	1557	0,91	(0,88-0,94)
Livello di CD	4-8 accessi al mese	664	0,72	(0,67-0,77)
	> di 8 accessi al mese	871	0,47	(0,43-0,51)

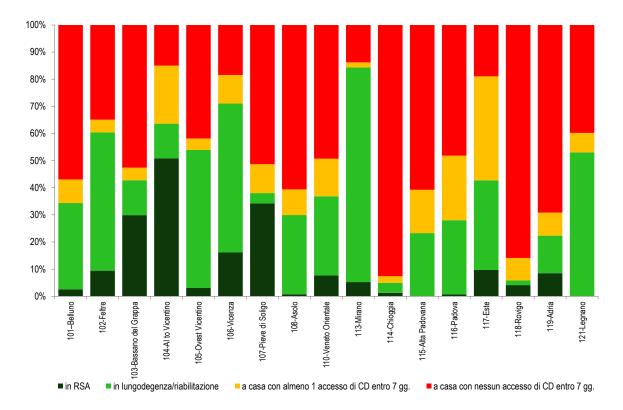


8.2 La Frattura prossimale del femore

La frattura prossimale del femore negli ultra65enni offre un modello "classico" per la valutazione della continuità assistenziale ospedale-territorio, dal momento che rappresenta un evento acuto e grave che si manifesta, almeno in parte, in persone relativamente sane e autonome rispetto allo svolgimento delle attività della vita quotidiana. Nell'analisi che segue sono considerati i casi incidenti (cioè non ricoverati per lo stesso motivo nell'anno precedente), con esclusione dei dimessi per trasferimento in altro ospedale per acuti o per decesso. Per problemi di qualità dei dati l'indicatore non è calcolabile nelle Aziende ULSS di Treviso, Veneziana, Verona e Bussolengo.

Tra le 3.723 persone rilevate nell'anno 2011 nelle rimanenti 17 ULSS il 42,1% viene dimesso in RSA oppure in lungodegenza/riabilitazione, il 13,4% viene dimesso a domicilio e riceve un accesso domiciliare entro 7 giorni, il 44,6% viene dimesso a casa senza registrare alcun accesso da parte di un operatore sanitario. La situazione delle singole ULSS è illustrata nella Figura 8.2.1.

Figura 8.2.1 - Modalità di dimissione dei pazienti con frattura prossimale del femore, per Azienda ULSS di residenza – 17 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2011



Tra le sette ULSS in cui almeno il 10% delle dimissioni è seguito da un accesso domiciliare entro 7 giorni in quattro casi l'operatore sanitario che più frequentemente effettua il primo accesso è l'Infermiere (Thiene, Veneto Orientale, Cittadella, Este) ed in



tre casi è il FKT (Vicenza, Pieve di Soligo, Padova); nelle ULSS di Vicenza e di Asolo interviene anche il medico specialista (Geriatra o Fisiatra).

L'offerta di continuità terapeutica tramite dimissioni in RSA o in lungodegenza/riabilitazione è segnalata in almeno il 50% dei casi dimessi dalle ULSS di Feltre, Alto Vicentino, Ovest Vicentino, Vicenza, Mirano e Legnago. Ancora una volta le soluzioni organizzative sono molto differenziate, essendo affidate prevalentemente a RSA nell'ULSS Alto Vicentino e a UO ospedaliere di lungodegenza/riabilitazione nelle ULSS di Feltre, Ovest Vicentino, Vicenza, Mirano e Legnago.

A Chioggia, Adria e Rovigo risulta più del 70% dei pazienti viene dimesso a casa e non registra accessi domiciliari nei 7 giorni successivi. La durata media della degenza negli episodi di ricovero per frattura prossimale del femore in queste Aziende ULSS risulta pari a 16,3 giorni e quindi solo di poco superiore alla media delle altre Aziende (14,7 giorni). Questi dati presentano quindi dei limiti di qualità che possono essere affrontati tramite un'indagine ad hoc.

Va segnalata anche la buona risposta organizzativa offerta ai pazienti dimessi da alcune piccole strutture private: il 35% delle dimissioni viene effettuato in altra UO ospedaliera per non acuti o in residenza strutture residenziali, il 29% a domicilio con un accesso domiciliare entro 7 giorni, ed il 35% a domicilio senza accessi nei 7 giorni successivi.

41

Capitolo nono: Conclusioni

La quota di popolazione ultra75enne assistita in CD nel corso dell'anno è molto rilevante, e pari a 168 per mille abitanti. Per far riferimento ad un termine di paragone più familiare a quanti si occupano di programmazione sanitaria, gli assistiti ultra75enni che hanno almeno 1 ricovero ordinario acuto nel corso di un anno sono pari al 210 per mille abitanti. Gli assistiti in CD rappresentano dunque una popolazione consistente, gravosa e complessa dal punto di vista clinico-assistenziale, come è attestato dalla frequenza elevata di pazienti che hanno avuto uno o più ricoveri nell'anno precedente, che è molto più elevata rispetto a quella dei pari età. La popolazione in CD non è quindi paragonabile alla popolazione di pari età seguita dal Medico di Famiglia a livello ambulatoriale, tanto che per essa si pone un problema specifico di "risk adjustment" rispetto ai pazienti ambulatoriali, di cui si dà conto in Appendice 1. In termini di programmazione, la specificazione del setting assistenziale (pazienti ambulatoriali vs. pazienti in CD vs. pazienti istituzionalizzati) può dare senz'altro un grande contributo alla comprensione dei percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali e degli esiti di cura degli anziani.

A livello Ministeriale, attorno al tavolo di monitoraggio dell'implementazione del flusso nazionale delle CD è in corso un vivace dibattito rispetto al ruolo rivestito dalle Attività di base (1-3 accessi/mese) nel quadro dei Livelli Essenziali di Assistenza, che il Ministero della Salute e alcune Regioni propongono di escludere dal calcolo dell'indicatore per il monitoraggio dei LEA e dal flusso nazionale sulle Cure Domiciliari NSIAD. Il modello di Assistenza e CD del Veneto è sempre stato ed è – a differenza di quanto accade in altre Regioni - un modello sostanzialmente pubblico e di piena integrazione tra la Medicina Generale, l'equipe distrettuale ed i servizi sociali, in cui l'aspetto più importante non è "quanti accessi sono stati erogati all'assistito?" ma piuttosto "quanto è condiviso e integrato il Piano di Assistenza Individualizzato?". Attualmente in Veneto il 76% degli assistiti-equivalenti rientra nel livello assistenziale delle Attività di base e per questo motivo grande attenzione va posta alla sostenibilità di differenti modelli di programmazione e organizzazione delle CD.

In media un Medico di Famiglia effettua circa 4,7 accessi domiciliari/settimana. Il suo ruolo è chiaramente fondamentale in quanto costituisce il fulcro di tutto il lavoro dell'equipe delle Cure Domiciliari, cui di fatto dà accesso alla casa dell'assistito, facendosene garante attraverso il proprio rapporto fiduciario. In Letteratura numerosi lavori documentano l'efficacia e la rilevanza clinica anche delle attività di cura domiciliare a bassa intensità assistenziale, spesso svolte dal MMG e dall'infermiere. D'altro canto,



anche una descrizione epidemiologica dettagliata dei problemi di salute e assistenza di questa sottopopolazione di assistiti può portare un contributo importante al dibattito regionale e nazionale. Molta parte di questo primo report di restituzione dei dati sulle CD alle Aziende ULSS è dedicata alla valutazione di aspetti di qualità del dato, che possono essere affrontati con uno attento esame effettuato da ciascuna Azienda ULSS prima dell'invio (ad es. stabilità dei dati relativi agli accessi; completezza di compilazione delle diagnosi e delle valutazioni multidimensionali, distribuzione degli accessi per giorno della settimana – vedi anche l'Appendice 2). In realtà, questi aspetti di qualità del dato rimandano ad una dimensione più generale di qualità clinica ed organizzativa delle CD e devono essere affrontati anche con investimenti di carattere formativo.

La mancata registrazione degli accessi effettuati dagli specialisti distrettuali delle CD (geriatra, palliativista) di fatto nega la visibilità ad un importante contributo professionale, che spesso indirizza gli interventi degli Infermieri Distrettuali e dei MMG. Preme qui sottolineare l'importanza prioritaria della rappresentazione degli accessi di tutte le figure professionali nel fascicolo socio-sanitario aziendale, al fine di assicurare il necessario raccordo e la continuità dell'assistenza, coordinando l'attività e condividendo le valutazioni di tutti gli operatori coinvolti nel Piano di Assistenza Individualizzato.

La descrizione dei problemi di salute all'interno del flusso delle CD è purtroppo ancora molto parziale, restituendo ad oggi l'immagine di un flusso di dati monco e sostanzialmente di carattere prestazionale. Ancora una volta, questo gap conoscitivo non riguarda tanto l'epidemiologia valutativa, quanto piuttosto i processi di assistenza: la diagnosi, i problemi di salute, la situazione funzionale, la capacità assistenziale della famiglia, e – laddove vengano rese volontariamente dal malato - le direttive anticipate di trattamento devono essere consultabili per tutti gli operatori (domiciliari e anche ospedalieri) all'interno del fascicolo socio-sanitario aziendale.

Pur essendo al momento insoddisfacente, la compilazione della diagnosi e della Valutazione Multidimensionale può essere sensibilmente migliorata a livello Aziendale attraverso un recupero dei dati storici già registrati nei software gestionali dell'Azienda ed una loro validazione da parte dell'equipe delle CD. Ad esempio, la diagnosi dovrebbe essere di regola raccolta e codificata sia in sede di UVMD sia in occasione dell'apertura di un Progetto Individuale di Assistenza. L'autorizzazione del Responsabile dell'UO di Cure Primarie, ben oltre le sue valenze amministrative e gestionali, è nella sostanza il primo e il più importante atto di programmazione dello sviluppo delle CD. Dal punto di vista normativo la DGR 2372/2011 ha posto in capo alle singole Aziende ULSS l'obbligo di riportare in occasione di ciascun invio trimestrale dei dati alla Regione una diagnosi convalidata; d'altro canto anche la normativa nazionale (DMS 17/12/2008) chiarisce che in assenza di una diagnosi e di una valutazione multidimensionale ogni attività di CD è



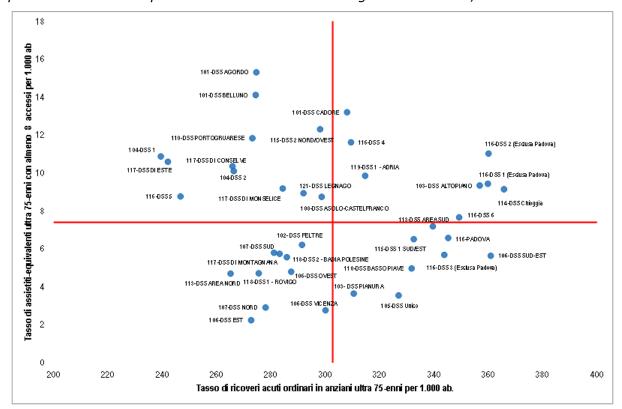
per definizione considerata di carattere prestazionale; i relativi records inviati al Ministero della Salute vengono scartati.

Nonostante i limiti delle informazioni disponibili, alcune considerazioni emergono in modo del tutto evidente nel report:

- la grande variabilità della copertura e dell'intensità di assistenza in CD è evidenziata dalla presenza di un "fattore 3" tra l'Azienda ULSS più attiva e quella meno attiva;
- la grande variabilità dello skill-mix dei professionisti attivi nelle CD nelle diverse Aziende ULSS propone l'opportunità di una discussione dei modelli operativi nei Distretti e nelle Aziende ULSS, che ne valuti in maniera approfondita la sostenibilità organizzativa e professionale (coinvolgimento del MMG, disponibilità di infermieri distrettuali).

Questa grande diversità di investimenti e modelli organizzativi può ragionevolmente ripercuotersi anche sull'attività ospedaliera. L'accesso all'ospedale è infatti influenzato da fattori organizzativi come la consistenza dell'offerta e la funzionalità dell'intera rete dei servizi ospedalieri, distrettuali e residenziali.

Figura 9.1 - Diagramma di dispersione del tasso di ricovero acuto ordinario per 1.000 ab. negli ultra75enni vs. tasso di assistiti-equivalenti ultra75-enni con ≥8 accessi/mese per almeno un mese per 1.000 ab. Distretti della Regione del Veneto, anno 2011



Il diagramma di dispersione sopra rappresentato è una semplice rappresentazione grafica, che mette in relazione il tasso grezzo annuo di ospedalizzazione ordinaria per



acuti negli ultra75enni con il tasso grezzo annuo di assistenza in Cure Domiciliari con almeno 8 accessi/mese per almeno un mese nella stessa classe d'età, calcolati a livello di Distretto - o di Comune, nel caso delle città di Padova e Verona. La situazione più favorevole (elevato accesso alle CD, bassa ospedalizzazione) si rileva nel quadrante in alto a sinistra, che comprende i Distretti di Belluno e del Cadore nell'Azienda ULSS di Belluno, i Distretti di Schio e Thiene nell'Azienda Alto Vicentino, il Distretto Portogruarese nell'Azienda Veneto Orientale , il Distretto Nord-Ovest nell'Azienda Alta Padovana, il Distretto di Abano Terme dell'Azienda di Padova, i Distretti di Este, Conselve e Monselice nell'Azienda di Este. La relazione tra CD e ospedalizzazione non è peraltro valutabile in maniera approfondita su dati aggregati, che sono soggetti a rilevanti bias informativi e analitici. La tabella successiva mostra - laddove valutabile - la posizione di ciascuna Azienda ULSS su una scala ordinale rispetto agli indicatori di attività, processo ed esito delle CD individuati dalla DGR, suddividendole in tre terzili, individuati dai colori verde (performance più elevata), giallo (performance intermedia) e arancione (performance più bassa). Le caselle bianche indicano le situazioni in cui l'indicatore non è valutabile per problemi di qualità del dato.

Tabella 9.1 - Performances delle Aziende ULSS della Regione Veneto rispetto agli indicatori di processo ed esito previsti dalla DGR 2372/2011

Azienda ULSS di residenza	Tasso di assistiti- equivalenti con 8+ accessi/mese	% di accessi effettuati il sabato/domen ica	% di ultra75enni dimessi a domicilio e visti entro i 2 giorni successivi	% di ultra75enni deceduti con 8+ accessi nell'ultimo mese di vita	Tasso di ospedalizzazi one acuta ordinaria negli ultra75enni	% di ultra75enni deceduti al di fuori dell'ospedale
101-Belluno						
102-Feltre						
103-Bassano del Grappa						
104-Alto Vicentino						
105-Ovest Vicentino						
106-Vicenza						
107-Pieve di Soligo						
108-Asolo						
109-Treviso						
110-Veneto Orientale						
112-Veneziana						
113-Mirano						
114-Chioggia						
115-Alta Padovana						
116-Padova						
117-Este						
118-Rovigo						
119-Adria						
120-Verona						
121-Legnago						
122-Bussolengo						



Ad oggi quindi il flusso informativo delle CD è sostanzialmente da considerare un flusso di accessi domiciliari - comunque importante dal punto di vista della programmazione, specialmente quando gli accessi domiciliari vengono considerati in relazione ad eventi critici, come la deospedalizzazione dell'anziano con frattura prossimale del femore oppure l'approssimarsi al decesso di un paziente oncologico. Questi esempi riferiti a problemi di salute concreti testimoniano la presenza di un'ampia variabilità organizzativa e quindi di un'ampia possibilità di miglioramento tra le diverse Aziende ULSS.

Il rapporto tra Presa in carico in CD e luogo del decesso è ben valutabile su dati analitici, che evidenziano il fatto che le persone che hanno ricevuto un'assistenza intensiva e continuativa (almeno 8 accessi domiciliari/mese negli ultimi 90 giorni di vita) hanno un rischio dimezzato di morire in ospedale, a parità di altri fattori socio-economici familiare e di offerta di cure ospedaliere. E' ragionevole attendersi che un approfondimento dell'analisi possa documentare anche un forte impatto sull'accesso al Pronto Soccorso, sui ricoveri di fine vita, sul consumo di oppioidi maggiori e quindi in certa misura anche sulla qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari. Questo non deve sorprendere se si considera il fatto che il bisogno primario per il paziente oncologico a fine vita e per la sua famiglia è quello di avere un punto di riferimento affidabile, sicuro e continuativo per la gestione del dolore e dei sintomi stressanti – problemi spesso affrontabili con una buona organizzazione delle Cure Palliative Distrettuali.

Per quanto riguarda la frattura prossimale del femore va sottolineato il fatto che la dimissione a domicilio dei pazienti dimessi per frattura prossimale del femore non è un indicazione assoluta.

Le linee guida dello Scottish Intercollegiate Guidelines Network danno indicazione di dimettere in una "Unità di Riabilitazione Multidisciplinare" i pazienti fragili o dipendenti per le ADL; il trasferimento in questo tipo di strutture può portare infatti ad una riduzione della mortalità, ad un miglioramento nella capacità motoria e ad una riduzione dei costi di istituzionalizzazione definitiva rispetto al trattamento convenzionale. D'altro canto i pazienti ammessi in ospedale dal loro domicilio, lucidi e orientati, stabilizzati dal punto di vista clinico ed in grado di caricare rapidamente sul femore fratturato nel corso della fase post-operatoria possono invece beneficiare di uno schema di dimissioni protette a domicilio, che assicura un miglioramento nella capacità di compiere le attività della vita quotidiana ed evita di trasferire costi rilevanti sui servizi primari di cura e di assistenza. In questo caso i caregivers vanno riconosciuti come partners nel processo di cura, che richiedono un supporto per prendersi cura in maniera sicura dei loro cari.

Il Piano Regionale Socio-Sanitario della Regione del Veneto (PSSR 2012-2016) promuove lo sviluppo di specifiche "Unità di Riabilitazione Multidisciplinare", che hanno il compito di erogare ricoveri di media durata (indicativamente di 60 giorni) con partecipazione alla



spesa relativamente alla quota alberghiera. L'importanza di omogeneizzare l'offerta territoriale – e quindi di assicurare un'equità di trattamento per tutti i cittadini Veneti – è rimarcata dal fatto che nel PSSR 2012-2016 a latere delle schede ospedaliere sono previste anche le schede territoriali, che definiscono in maniera esplicita la dotazione di servizi territoriali e di strutture intermedie.

Un' ultimo spunto di riflessione riguarda i costi delle CD. Anche se non esiste ad oggi un Tariffario Regionale per il rimborso delle CD erogate in regime di mobilità, i dati analitici di costo delle CD sono stati rilevati in diverse esperienze aziendali, tra cui la Ricerca Sanitaria Finalizzata condotta nelle Aziende ULSS 4, 8 e 16 e intitolata "Definizione di un sistema di valorizzazione economica dei percorsi assistenziali in Assistenza Domiciliare Integrata - ADI, finalizzato alla valutazione di appropriatezza e alla razionalizzazione del sistema di finanziamento" (DGR n. 4418/2005).

Molto più importante per la programmazione sanitaria regionale e aziendale è però l'individuazione a priori della gravosità dell'impegno di lavoro sanitario richiesto per assistere diverse tipologie di pazienti. La medesima Ricerca Sanitaria Finalizzata ha valutato 639 pazienti in CD attribuendo loro un punteggio di gravosità che è in grado di spiegare il 44% della varianza del numero di accessi ed il 59% del tempo mensile di assistenza infermieristica erogato nei 3 mesi successivi. A tale punteggio di gravosità concorrono non solo fattori clinici (diagnosi di cancro, ricovero recente) e bisogni di assistenza infermieristica (gestione di dispositivi impiantabili, microinfusori e catetere venoso centrale, presenza di ulcere trofiche e da decubito singole e multiple), ma anche fattori legati allo stress del malato (dolore) e del caregiver (richiesta di aiuto). La valutazione multidimensionale e multiprofessionale può quindi offrire elementi preziosi per la scelta delle priorità di servizio, per la programmazione e per l'audit professionale dei servizi di CD.

Rimane invece tutta da valutare l'opportunità o meno di sviluppare un vero e proprio sistema di pagamento prospettico delle CD, simile a quello introdotto in USA da Medicare nel 2000 con la definizione degli Home Helath Resouces Groups (HHRGs). Sono infatti ben documentati per quell'esperienza una sensibile riduzione del numero di persone assistite a domicilio e del numero delle visite domiciliari, una focalizzazione sulle prestazioni, una selezione dei problemi di salute ed un possibile peggioramento degli esiti di cura in alcune categorie di pazienti. Il pagamento prospettico all'interno di un regime di completa distinzione tra erogatore e prescrittore dei servizi sanitari domiciliari può dunque determinare delle distorsioni assistenziali. Un altro punto critico, rispetto alla visione integrata della programmazione socio-sanitaria caratteristica della Regione Veneto, è il valore da attribuire al lavoro di presa in carico da parte dei familiari: il sistema degli HHRGs esclude per scelta "qualsiasi classificazione che possa scoraggiare i



familiari dei pazienti dall'assistenza degli stessi", "creando un incentivo perverso". Viceversa, tutti i sistemi di valutazione sviluppati in Veneto a partire dalla scheda SVAMA hanno riconosciuto l'importanza di una valutazione della rete di supporto sociale formale e informale su cui gli assistiti possono contare. Le CD richiedono per questo un'integrazione informativa e gestionale anche con i Servizi Sociali Comunali, che spesso le supportano e le rendono possibili. Questa integrazione è una premessa necessaria per una programmazione socio-sanitaria efficace, in un orizzonte demografico in cui una delle risorse limitanti sarà certamente il supporto socio-familiare.

Le Cure Domiciliari, anche in assenza di un'indicazione normativa da parte dello Stato, si stanno imponendo nella Regione Veneto come "LEA di fatto". L'esame dell'attività di CD denota tuttavia una grande variabilità nei modelli organizzativi, nella dotazione di risorse e nella continuità dell'assistenza sanitaria. I servizi di CD, inoltre, devono aumentare decisamente la loro capacità di descrivere i problemi di salute, i processi e gli esiti di cura dei loro assistiti, migliorando la comunicazione e il passaggio di consegne tra i diversi attori delle CD. Nell'attuale fase di profonda trasformazione del Servizio Sanitario Regionale i servizi di CD gestiti direttamente dalle Aziende ULSS possono e devono documentare la loro capacità di offrire un valore aggiunto rispetto a queste questioni aperte.

Capitolo decimo: Metodi

Qualità dei dati inviati nell'anno 2011

Il flusso informativo sull'Assistenza e le Cure Domiciliari di cui alla DGR 1722/2004, prevede l'invio trimestrale di 3 flussi: Dati anagrafici (tracciato A1), Servizi Erogati (Tracciato A") e Valutazioni (tracciato A3).

Il Servizio del Sistema Informatico del Servizio Sanitario Regionale (SSR) produce per il tracciato anagrafico un identificativo cifrato anonimizzato per ogni persona e individua i record con errori di validità sulle variabili che servono a produrre l'identificativo. Per tutti i flussi sono poi previsti controlli di coerenza interna sui dati inviati.

I tracciati record relativi alle cure domiciliare erogate nell'anno 2011 utilizzati in questo report sono stati estratti il 30/05/2012. Il numero di record inviati considerati validi, ovvero eliminati, è riportato nella tabella successiva, assieme al motivo di eliminazione. Sono stati considerati i soli accessi effettuati da MMG, infermiere, FKT e medico specialista di distretto.

Tabella 10.1 - Record validi per l'utilizzo nel report - Anno 2011

Tracciato A1 – Dati anagrafici				Tracciato A2 - Servizi Erogat		Tracciato A3 - Valutazioni			
record inviati	record validi	record eliminati	record record inviati validi		record eliminati	record inviati	record validi	record eliminati	
302.377	301.783	0,2%	2.001.941	1.946.887	2,8%	351.754	327.201	7,0%	

Cause di eliminazione record

Tracciato A1 - Dati anagrafici:

- Record segnalati con errore dal Sistema Informatico SSR
- ID non univoci per sesso ed età.

Tracciato A2 - Servizi Erogati:

- Record segnalati con errore dal Sistema Informatico SSR;
- Errore nella registrazione della data di accesso (≥ 4 accessi nello stesso giorno dello stesso operatore).



Tracciato A3 – Valutazione:

Record segnalati con errore dal Sistema Informatico SSR.

Mobilità tra Aziende ULSS

In tutte le elaborazioni, vista la scarsa mobilità extra-aziendale rilevata (0,8% sul totale degli assistiti), per ricondursi a una dimensione di popolazione ogni assistito è stato assegnato alla sua Azienda ULSS di residenza, utilizzando l'informazione sul Comune di residenza presente nel tracciato dell'anagrafica. Gli accessi a persone che risultano residenti fuori regione Veneto sono complessivamente lo 0,3% di tutti quelli erogati nel 2011 (N=4.975).

Dati utilizzati

Per la descrizione della popolazione in CD non sono stati utilizzati i dati dell'Azienda ULSS di Bussolengo che presentano un problema di non univocità nella generazione del codice anonimo che identifica il soggetto. Questo comporta la rilevazione di tassi di assistenza in CD artificiosamente elevati (più del triplo della media delle altre aziende) e l'impossibilità di linkare il database delle CD con l'archivio delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e con l'archivio delle cessazioni anagrafiche per decesso, generato ad hoc per questo report dal Servizio del Sistema Informatico SSR.

Per gli indicatori che fanno riferimento al calcolo degli accessi va segnalato che in alcuni casi (pazienti seguiti dall'Azienda ULSS Verona), sono stati registrati più di 4 accessi al giorno per lo stesso operatore, generando anche più di 200 accessi mensili per assistito. Al fine di eseguire delle elaborazioni più corrette è stato selezionato solo il primo accesso per giorno e operatore in modo da mantenere il numero di assistiti in CD senza sovrastimare il numero di accessi mensili.

Caratterizzazione della popolazione

Sono stati rilevati in totale 90 assistiti che hanno ricevuto accessi di Cure Domiciliari in più di una Azienda. Vi è dunque un leggero disallineamento tra la sommatoria degli assistiti delle Aziende ULSS ed il totale degli assistiti rilevati in Veneto. Ciascun assistito è stato attribuito alla sua Azienda ULSS di residenza, al fine di costruire in maniera corretta i tassi di copertura riferiti alla popolazione.

Per il calcolo dei ricoveri totali avvenuti nell'anno precedente il tempo di osservazione viene calcolato retrospettivamente a partire dal primo accesso registrato nel 2011 per tutta la popolazione assistita in CD e convenzionalmente a partire dal 30/06/2011 per le persone non assistite in CD nel 2011.



Per recuperare il dato relativo alla diagnosi sono state considerate tutte le valutazioni effettuate nel corso del 2011, selezionando la prima nel caso in cui ne fosse disponibile più di una. L'operazione è stata effettuata una tantum a livello regionale, dal momento che ai sensi della DGR 2372/2011 questo compito deve essere svolto da ciascuna delle Aziende ULSS prima dell'invio dei dati in Regione.

Le diagnosi ICPC presenti nel tracciato delle valutazioni sono state ricondotte a 16 categorie come descritte nella Tabella 10.2.

Tabella 10.2 - Definizione categorie di diagnosi ICPC

Diagnosi	Codici ICPC
Neoplasie	A79; B72; B73; B74; D74; D75; D76; D77; F74; L71; N74; N75; N76; R84; R85; S77; T71; T73; U75; U76; U77; X75; X76; X77; Y77;Y78
Sindrome ipocinetica e altri problemi generali	A* esclusi codici neoplasie
Insufficienza cardiaca	K77
Ictus	K90
Altre malattie cardiache (escl. insufficienza cardiaca e ictus)	K* escluso K77 e K90
Cirrosi e altre malattie sistema digerente	D* esclusi codici neoplasie
Fratture (femore e altre fratture)	L72; L73; L74; L75; L76
Artrosi e altre patologie muscolo scheletrico	L* esclusi codici neoplasie e fratture
Parkinsonismo Sclerosi multipla e altre mal. del sistema nervoso	N* esclusi codici neoplasie
Demenze e altri problemi mentali	P*
BPCO e altra malattia sistema respiratorio	R* esclusi codici neoplasie
Ulcere cutanee, ferite chirurgiche e altre malattie della pelle	S* esclusi codici neoplasie
Diabete mellito e altre malattie endocrine	T* esclusi codici neoplasie
Problemi sociali	Z*
Altro (B, F, H, U, W, X, Y)	B*, F*, H*, U*, W*, X*, Y* esclusi codici neoplasie



Nella Tabella 10.3 viene riportata la definizione operativa degli indicatori di attività e processo previsti dalla DGR 2372/2011, adattata per questo report.

Tabella 10.3 - Definizione operativa del calcolo degli indicatori di attività e processo della DGR 2372/2011

INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	FLUSSI DATI UTILIZZATI
Tasso di assistenza in CD con almeno 8 accessi/mese per 1.000 abitanti *	Numero di mesi di assistenza con ≥ 8 accessi- mese/numero di mesi di osservazione	Popolazione residente ISTAT	Flusso informativo DGR 1722/2004; banca dati ISTAT
% di accessi domiciliari effettuati il sabato e la domenica	Numero di accessi degli operatori sanitari effettuati al sabato o alla domenica	Numero di accessi degli operatori sanitari effettuati nell'anno	Flusso informativo DGR 1722/2004
% di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg.	Numero di dimissioni a domicilio di pazienti ultra75enni con regime di ricovero acuto ordinario seguita da un accesso di un operatore sanitario entro 2 gg dalla data di dimissione	Numero di dimissioni a domicilio di pazienti ultra75enni con regime di ricovero acuto ordinario durante l'anno	Flusso informativo DGR 1722/2004; SDO
% deceduti ultra75enni con almeno 8 accessi/mese nell'ultimo mese di vita	Numero di deceduti ultra75enni con ≥ 8 accessi nell'ultimo mese di vita	Numero di deceduti ultra75enni durante l'anno	Flusso informativo DGR 1722/2004; Cessazioni anagrafiche per decesso estratte dal Servizio del Sistema Informatico SSR

In questo report sono stati fatti alcuni adattamenti rispetto agli indicatori dell'allegato G della DGR 2372/2011:

- il tasso di assistiti con CIA*>0.23 (almeno 8 accessi/mese) è stato riportato a 1.000 abitanti. La DGR 2372/2011 prevedeva originariamente la rilevazione del numero di assistiti con almeno 8 accessi/mese in due mesi-filtro (Febbraio e Settembre); in questo caso il numero di assistiti ed il numero di assistiti-equivalenti coincidono per definizione. L'indicatore è stato operazionalizzato nel report in termini di assistito-equivalente (numero di mesi di assistenza con almeno 8 accessi-mese/numero di mesi nel periodo di osservazione), consentendo così di calcolare l'indicatore facendo riferimento a qualsiasi finestra temporale di osservazione; la rilevazione mensile può peraltro essere di utilità per dare un ritorno periodico alle Direzioni Aziendali;



- la finestra di osservazione è stata riportata a un anno anche per gli indicatori "% di accessi domiciliari effettuati il sabato e la domenica" e "% di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg. ";
- per il calcolo della "% deceduti ultra 75enni con CIA>0,23 (almeno 8 accessi/mese) nell'ultimo mese di vita" è stata utilizzata un'estrazione delle cessazioni anagrafiche per decesso relativa all'anno 2011, effettuata a livello regionale dalla Direzione Controlli e Governo del SSR;
- l'indicatore di esito riferito al tasso di ricovero ordinario negli ultra75enni è stato calcolato utilizzando rispettivamente l'archivio delle schede di dimissione ospedaliera 2011, mentre l'indicatore riferito al luogo di decesso negli ultra75enni si basa sull'informazione raccolta tramite le schede di morte ed è stato quindi riferito all'ultimo periodo di disponibilità dei dati al momento della chiusura del report (1° semestre 2010).

Bibliografia

Normativa

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Intesa 23 marzo 2005.

Ministero della Salute Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio VI. Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2010. Roma, Marzo 2012. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1829_allegato.pdf

Ministero della Salute. Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza. Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio. Roma, 18/10/2006.

DMS 17/12/2008 Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare.

DMS 06/08/2012 Modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante «Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare

Regione Veneto - Deliberazioni della Giunta Regionale N. 1422 del 18 Giugno 2004

Regione Veneto - Deliberazioni della Giunta Regionale N. 2372 del 29 dicembre 2011

Regione Veneto. L.R. 29 giugno 2012, n. 23. Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016

Valutazione Multidimensionale nella Regione Veneto

Benetollo PP, Mella P, Saugo M. Valutazione multidimensionale della persona in condizioni di fragilità: il modello Veneto. Monitor 2005; 13. ASSR, Roma.

Gallina P, Saugo M, Antoniazzi M, Fortuna P, Toffanin R, Maggi S, Benetollo P. Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (SVAMA). Tendenze Nuove 2005; 2: 125-136.

Valutazione infermieristica nelle Cure Domiciliari

Storfjell JL, Allen CE, Easley CE. Analysis and management of home health nursing caseloads and workloads. J Nurs Admin 1997; 27: 24-33.

Ferrant A. An acuity-based case weight system for equitable clinician case loads. Home Healthcare Nurse 2004; 22: 815-19.

Saba V. Clinical Care Classification (CCC) System Manual: a Guide to Nursing Documentation. 2006. ISBN10: 0826102689



Saugo M, Pellizzari M, Benetollo PP, Pretti MG, Mantoan D, Toffanin R, Donato D, Gallina P, Pegoraro C, Spaliviero S, Paiusco P, Di Giulio P. Validazione di un punteggio di gravosità assistenziale. Assist Inferm Ric. 2008;27(3):124-35.

Saugo M, Mantoan D, Toffanin R, Benetollo P, Valerio G, Paiusco P, Cassiano P, Pretti MG, Santacaterina M, Rigon S, Di Giulio P. Fattori di rischio per l'ospedalizzazione ed il decesso a un anno di 615 pazienti domiciliari sottoposti a valutazione multidimensionale. Assist Inferm Ric. 2010 Jul-Sep; 29(3):117-23.

Valorizzazione economica delle Cure Domiciliari?

Golberg. Case-Mix adjustment for a National Home Health Prospective Payment System. Contract 50-96-0003/TO-2 1999.

Teenier P. 2008 refinements to the Medicare Home Health Prospective Payment System. Home Health Nurse. 2008 Mar;26(3):181-4.

Turnbull GB. HHRGs: does it hurt too bad to laugh? Ostomy Wound Manage. 2000 May;46(5):16-7.

Webb J, Lee D. Medicare home infusion therapy reimbursement gap. Home Health Care Serv Q. 2012 Oct;31(4):302-16.

Schlenker RE et al. Initial home health outcomes under prospective payment. Health Serv Res 2005; 40: 177-93.

Ahrens J. The impact of Medicare home health policy changes on Medicare beneficiaries: part II. Policy Brief (Cent Home Care Policy Res). 2005 Winter;(19):1-6.

Choi S, Davitt JK. Changes in the Medicare home health care market: the impact of reimbursement policy. Med Care. 2009 Mar;47(3):302-9.

Scaccabarozzi G, Lovaglio PG, Limonta F, Locatelli W. La remunerazione delle attività di assistenza domiciliare in "La remunerazione delle attività sanitarie". Bologna: Il Mulino, 2006.

Relazione conclusiva sulla Ricerca Sanitaria Finalizzata "Definizione di un sistema di valorizzazione economica dei percorsi assistenziali in Assistenza Domiciliare Integrata - ADI, finalizzato alla valutazione di appropriatezza e alla razionalizzazione del sistema di finanziamento" (DGR n. 4418/2005)

Dimissioni protette

Shepperd S, Doll H, Broad J et al. Early discharge hospital at home. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2009 Issue 1 John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10.1002/14651858.CD000356.pub3



Dimissioni protette dopo un ricovero per frattura prossimale del femore

Cameron ID, Handoll HHG, Finnegan TP, Madhok R, Langhorne P. Co-ordinated multidisciplinary approaches for inpatient rehabilitation of older patients with proximal femoral fractures. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 3. Art. No.: CD000106. DOI: 10.1002/14651858.CD000106.

Cameron I, Crotty M, Currie C, Finnegan T, Gillespie L, Gillespie W, et al. Geriatric rehabilitation following fractures in older people: a systematic review. Health Technol Assess 2000;4(2):i-iv, 1-111.

Scottish Interollegiate Guidelines Network. Management of hip fracture in older people. A national clinical guideline. Edimburgh, 2009

Cure Palliative e ruolo del MMG

Burge FI, Lawson B, Johnston G. Home visits by family physicians during the end-of-life: Does patient income or residence play a role? BMC Palliat Care. 2005 Jan 27;4(1):1.

Van den Block L, Van Casteren V, Deschepper R, Bossuyt N, Drieskens K, Bauwens S, Bilsen J, Deliens L. Nationwide monitoring of end-of-life care via the Sentinel Network of General Practitioners in Belgium: the research protocol of the SENTI-MELC study. BMC Palliat Care. 2007 Oct 8;6:6.

Van den Block L, Deschepper R, Drieskens K, Bauwens S, Bilsen J, Bossuyt N, Deliens L. Hospitalisations at the end of life: using a sentinel surveillance network to study hospital use and associated patient, disease and healthcare factors. BMC Health Serv Res. 2007 May 8;7:69.

Cohen J, Bilsen J, Miccinesi G, Löfmark R, Addington-Hall J, Kaasa S, Norup M, van der Wal G, Deliens L. Using death certificate data to study place of death in 9 European countries: opportunities and weaknesses. BMC Public Health. 2007 Oct 8;7:283.

De Korte-Verhoef MC, Pasman HR, Schweitzer BP, Francke AL, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L. End-of-life hospital referrals by out-of-hours general practitioners: a retrospective chart study. BMC Fam Pract. 2012 Aug 22;13(1):89.

Zimmer JG, Groth-Juncker A, McCusker J. A randomized controlled study of a home health care team. Am J Public Health. 1985 Feb; 75 (2):134-41.

Townsend J, Frank AO, Fermont D, Dyer S, Karran O, Walgrove A, Piper M. Terminal cancer care and patients' preference for place of death: a prospective study. BMJ. 1990 Sep 1; 301 (6749):415-7.



Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. BMJ. 2006 Mar 4;332(7540):515-21. Epub 2006 Feb 8. Review. Erratum in: BMJ. 2006 Apr 29;332(7548):1012.

Seow H, Barbera L, Howell D, Dy SM. Using more end-of-life homecare services is associated with using fewer acute care services: a population-based cohort study. Med Care. 2010 Feb;48(2):118-24.

Saugo M, Benetollo P, Toffanin R, et al. Impact of home care on place of death, access to emergency departments and opioid therapy in 350 terminal cancer patients. Tumori, 94: 87-95, 2008

Cure Domiciliari e ruolo del MMG

Boerma WGW, Groenewegen PP. GP home visiting in 18 European countries. European Journal of General Practice. 2001;7:137.

Van den Berg MJ, Cardol M, Bongers FJ, de Bakker DH. Changing patterns of home visiting in general practice: an analysis of electronic medical records. BMC Fam Pract. 2006 Oct 17;7:58.

Desai NR, Smith KL, Boal J. The positive financial contribution of home-based primary care programs: the case of the Mount Sinai visiting doctors. J Am Geriatr Soc, 2008; 56 (39: 7449).



Glossario e definizioni

Assistenza Domiciliare

L'assistenza domiciliare è la risposta ai bisogni primari della persona costretta a domicilio. Essa si incardina sulla famiglia (che è tenuta alla cura, alla custodia e alla fornitura degli alimenti), sui servizi sociali comunali (domiciliari, economici e residenziali), sulla rete vicinale e sul volontariato, che nel loro insieme costituiscono la rete socio-assistenziale. L'assistenza domiciliare fornita in maniera formale dai Comuni (accessi domiciliari degli Operatori Socio-Sanitari Comunali; servizi di fornitura pasti, lavanderia, acquisti e trasporti, di cura, telesoccorso) è denominata Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD).

Cure Domiciliari (CD)

Le Cure Domiciliari (CD) costituiscono la parte più strettamente sanitaria dell'assistenza domiciliare e vengono definite come l'assistenza sanitaria primaria resa a casa del paziente dagli operatori sanitari delle CD: MMG, Infermiere, Fisiokinesiterapista (FKT), Medico Geriatra, Medico Palliativista, altro Medico Specialista, Medico di Continuità (non come unica figura ma in integrazione con gli altri operatori), Operatore Socio-Sanitario (se dipendente del Distretto Socio-Sanitario). L'acronimo "ADI" (Assistenza Domiciliare Integrata) ingenera difficoltà interpretative, dal momento che manca di una precisa definizione operativa e deve essere progressivamente superato.

Alle CD concorrono anche i familiari, l'assistenza privata a pagamento e gli altri componenti della rete socio-assistenziale (ad esempio: Operatori Socio-Sanitari del Comune o del Distretto, nel caso in cui le competenze sociali sono state trasferite formalmente trasferite dai Comuni all'Azienda ULSS).

Presa in carico

Le CD sono caratterizzate ai sensi del comma 3 del disciplinare tecnico del DMS 17/12/2008 dalla presa in carico, che è comprensiva dei seguenti elementi:

- valutazione multidimensionale dell'assistito;
- definizione di un Piano di Assistenza Individuale (meglio: Piano Individuale di Assistenza e CD);
- responsabilità clinica di un MMG, PLS o medico palliativista afferente al Distretto

In assenza di questi elementi si parla di CD Prestazionali, che non fanno parte del Sistema Informativo nazionale delle Cure Domiciliari, istituito con il medesimo Decreto. Le modalità di effettuazione della valutazione multidimensionale dell'assistito candidato alle CD sono definite per la Regione del Veneto dalla DGR 2372/2011 (allegati D, E ed F).



Livelli di intensità assistenziale

Il livello di intensità assistenziale non è un attributo costante riferibile all'assistito in CD, dal momento che essa frequentemente cambia da un mese all'altro. Per ciascun mese di assistenza CD il livello di intensità assistenziale viene determinato a posteriori sulla base del numero degli accessi effettuati nel mese stesso.

Il livello non dipende dal profilo professionale dell'operatore o dal numero degli operatori sanitari che effettuano gli accessi.

Le Cure Palliative Domiciliari non hanno un livello di intensità assistenziale loro specifico, ma si inquadrano nei diversi livelli di assistenza, sulla base del numero di accessi domiciliari/mese.

Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA)

Il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) è stato introdotto con il documento "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" approvato dalla Commissione LEA il 18/10 2006 ed è ivi definito come rapporto tra il numero di giornate di cura (GdC) dalla presa in carico e le giornate effettive di assistenza (GEA) da parte di un operatore sanitario.

In attesa di un atto formale del Ministero il CIA viene definito dalla Regione Veneto come il numero di accessi domiciliari effettuati dagli operatori sanitari in un mese standard, che per convenzione dura 30,42 giorni. Vengono quindi computati tutti gli accessi, anche nel caso in cui nello stesso giorno ne venga effettuato più d'uno, sulla base delle esigenze assistenziali programmate o comunque condivise tra gli operatori che seguono il caso. I livelli di intensità assistenziale adottati dalla Regione Veneto nelle more di un atto formale da parte del Ministero sono seguenti descritti nella Tabella Gloss.1.

Tabella Gloss.1 - Livelli di intensità assistenziale, numero di accessi/mese e Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) per la Regione del Veneto

Livello	N. accessi/mese	CIA		
Attività di base	1 accesso-mese	0,03		
Attività di base	2-3 accessi-mese	>0,03 e <0,13		
Livello 1	4-7 accessi-mese	≥0,13 e <0,23		
Livello 2	8-15 accessi/mese	≥0,23 e <0,49		
Livello 3	16-19 accessi-mese	≥0,49 e <0,65		
Livello 4	20+ accessi/mese	≥0,65		



Piano di Lavoro

È uno degli elementi del Piano di Assistenza Individualizzato. Il Piano di Lavoro registra il numero di accessi programmati di ciascuna figura professionale, sanitaria e sociale, in genere su base settimanale (ad esempio: <1, 1, 2, 3, 4, 5 accessi/settimana, che corrispondono rispettivamente a 1-3, 4-7, 8-15, 16-19, 20+ accessi/mese). Esso può contenere anche una stima del tempo necessario per l'accesso (comprensivo di valutazione, effettuazione delle prestazioni, educazione sanitaria e supporto al caregiver), in modo da facilitare la programmazione dell'attività. Le CD effettivamente erogate possono avere nella pratica una frequenza ed una intensità diversa da quella definita nel Piano di lavoro (ad es. per un ricovero intercorrente).

Piano di Assistenza Individualizzato (PAI)

La dicitura e l'acronimo viene mantenuto in coerenza al glossario adottato a livello nazionale; in realtà si può parlare con maggiore proprietà di Piano Individuale di Assistenza e Cura Domicilaire. Il PAI è lo strumento con cui si definisce e si aggiorna il Piano di Lavoro, che viene approvato dal Responsabile delle Cure Primarie o dal Responsabile dell'UVMD. Gli elementi costitutivi del PAI sono:

- la data di richiesta di attivazione delle CD (effettuata di regola dal MMG) e la data di autorizzazione;
- la valutazione, effettuata con strumenti standardizzati e multiprofessionali definiti a livello regionale;
- l'indicazione degli obiettivi clinici e assistenziali;
- il Piano di Lavoro;
- l'annotazione degli altri rilevanti interventi socio-sanitari pubblici e privati;
- l'indicazione dei compiti assistenziali della famiglia (ad es. laddove possibile, l'effettuazione di medicazioni, sotto la supervisione dell'infermiere, una volta effettuata la formazione);
- l'individuazione del case-manager;
- la data prevista per la verifica e l'eventuale modifica del PAI stesso, almeno per i casi più complessi.

Il PAI viene informatizzato nel software di gestione aziendale ed è reso accessibile nel fascicolo socio-sanitario aziendale a tutti gli operatori sanitari delle CD ed ai servizi sociali che abbisognano di tali informazioni nell'interesse del paziente. Allo stesso modo, i Servizi Sociali comunali rendono accessibili al Distretto i propri Piani di Lavoro per l'Assistenza Domiciliare.

I termini amministrativi in uso per caratterizzare il PAI, richiamano ancora al momento il profilo professionale degli operatori coinvolti o il corrispondente istituto contrattuale (es.

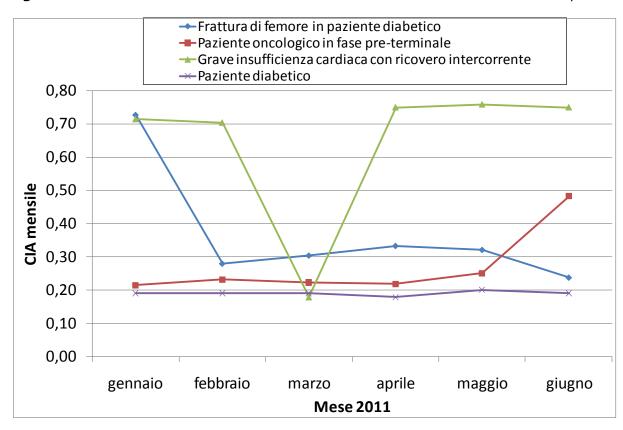


assistenza programmata, assistenza infermieristica, assistenza riabilitativa, cure palliative) e sono da superare progressivamente.

Assistito-equivalente

A causa dei frequenti cambiamenti delle condizioni di salute del paziente (es. periodo post-degenza, prossimità al decesso nei pazienti oncologici/ non oncologici, ricoveri intercorrenti ecc.) l'intensità assistenziale varia frequentemente, come esemplificato nella Figura Gloss.1. Tra gli esempi illustrati soltanto l'assistito-tipo con diabete stabilizzato viene seguito sempre con lo stesso livello di intensità assistenziale nel corso del semestre, mentre gli altri assistiti-tipo cambiano drasticamente il loro livello di intensità assistenziale in corrispondenza di un ricovero o dell'approssimarsi del decesso. Nella casistica regionale del 2011, ad esempio, tra i pazienti che in un dato mese sono stati seguiti con 4-7 accessi (CD di primo livello), soltanto il 60% circa è stata seguita nel mese successivo con il medesimo livello d'intensità assistenziale. E' quindi di interesse pratico considerare una finestra temporale di un mese, in modo da intercettare quei picchi d'intensità assistenziale che ben descrivono la capacità di adattamento e di risposta dei servizi di CD ai bisogni dei pazienti.

Figura Gloss. 1 - Cambiamento del livello di intensità assistenziale in 4 assistiti-tipo





60

Viene anche definita una misura sintetica che tiene conto sia del livello di intensità assistenziale sia della sua durata, chiamata assistito-equivalente. Gli assistiti-equivalenti sono calcolati sommando - per ciascun livello di intensità assistenziale – i mesi di assistenza in CD di ciascun assistito e dividendoli per la durata del periodo di assistenza espresso in mesi, come illustrato nella Tabella Gloss.2.

Tabella Gloss. 2 - Esempio di calcolo degli assistiti-equivalenti

ID	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	N. assistiti- equivalenti
1	liv.1	liv.1	liv.1	liv.1	liv.1	liv.1							6/12
2							liv.1	liv.1	liv.1	liv.1	liv.1	liv.1	6/12
3	liv.1	12/12											
4	liv.2	liv.2	liv.2										3/12
5						liv.2	liv.2	liv.3					3/12
6			liv.4	liv.4	liv.4	liv.3	liv.3	liv.2					6/12
7			АВ	АВ	АВ	АВ	АВ	АВ					6/12

Livello di assistenza	N assistiti-equivalenti
Attività di base	0,5
liv.1	2,0
liv.2	0,5
liv.3	0,25
liv.4	0,25
Tot. assistiti-equivalenti	3,5
N assistiti	7

Nell'esempio proposto nella tabella precedente, 7 presi in carico che hanno avuto complessivamente 42 mesi di assistenza equivalgono a 3,5 (42/12 mesi) assistiti-equivalenti. Di questi, 0,5 (6/12) assistiti-equivalenti hanno ricevuto nell'anno un livello di assistenza corrispondente all'Attività di Base, 2 (24/12 mesi) un'assistenza di livello 1, 0,5 (6/12 mesi) un'assistenza di livello 2, 0,25 (3/12 mesi) un'assistenza di livello 3 e 4.



Appendice prima:

Le Cure Domiciliari riducono i ricoveri?

L'efficacia delle Cure Domiciliari (CD) non è facile da documentare secondo i criteri dell'Evidence Based Medicine dal momento che:

- le cure domiciliari sono generalmente l'unica alternativa praticabile per i pazienti che, per diversi motivi, non possono accedere all'assistenza ambulatoriale;
- è necessario formulare in maniera esplicita un quesito di ricerca specifico, che corrisponda ad situazione di reale incertezza operativa del medico di famiglia, dell'infermiere o dello specialista del Distretto rispetto alla condotta migliore da adottare ed alle possibili soluzioni alternative.

Passando agli studi osservazionali, è difficile trovare un gruppo di pazienti che possa fare da controllo per i pazienti in CD, che costituiscono una popolazione molto particolare e molto più gravosa anche rispetto ai pazienti non in CD che soffrono delle stesse patologie. Il follow-up "Osservare per Conoscere" offre l'opportunità di testare alcune ipotesi sull'impatto assistenziale delle CD all'inizio degli anni 2000, quando i Medici di Famiglia della Regione del Veneto hanno somministrato il questionario di valutazione multidimensionale ad un campione casuale di 71.387 ultra75enni del Veneto residenti a domicilio (circa il 20% della popolazione di riferimento). Il 15% circa di queste persone (N=11.626) è stato monitorizzato con un follow-up della durata di un anno attraverso il record linkage ai flussi informativi sulle SDO e alle schede di morte; l'analisi è stata effettuata dal Servizio Epidemiologico dell'Azienda ULSS Alto Vicentino.

Tra gli intervistati 2.497 persone (21,6% del totale) risultavano seguiti in CD - per la quasi totalità, all'epoca, da parte del solo Medico di Famiglia – mentre 9.047 erano seguiti ambulatorialmente. La copertura assistenziale delle CD risultava quindi più bassa - e verosimilmente meno intensiva - rispetto a quanto rilevato nel 2011 (27,0% di assistiti ultra75enni in CD, con un 5,5% che riceve almeno 8 accessi/mese per almeno un mese).

Come evidenziato dalla Tabella App.1.1 si tratta con ogni evidenza di popolazioni molto diverse dal punto di vista clinico, funzionale ed assistenziale; una caratteristica molto importante è la maggiore prossimità al decesso dei pazienti presi in carico in CD, dal momento che è noto che in particolare gli ultimi 3 mesi prima del decesso sono caratterizzati da un aumento esponenziale dell'accesso all'ospedale.



Tabella App. 1.1 - Principali caratteristiche cliniche e funzionali in 2.497 assistiti in CD e 9.047 ultra75enni assistiti ambulatoriali della Regione del Veneto (fonte: studio "Osservare per Conoscere")

		Assistiti in Cure Domiciliari				
		No (N = 9	No (N = 9.047) Sì (N = 2.4			
		N	%	N	%	
Sesso	F	5.769	63,8%	1.778	71,2%	
Classe d'età	75-79	4.480	49,5%	732	29,3%	
Scolarità	nessuno	264	2,9%	135	5,4%	
Abitazione adeguata	no	440	4,9%	217	8,7%	
Indice di Charlson	0	3.216	35,5%	393	15,7%	
Gg di ricovero negli ultimi 6 mesi	nessuna	7.784	86,0%	1.839	73,6%	
Funzione motoria	normale per l'età	6.517	72,0%	917	36,7%	
Funzione cognitiva	normale per l'età	7.335	81,1%	1.402	56,1%	
	vivo a 1 anno	8.630	95,4%	2.131	85,3%	
Draggimità al degagge	180-365gg	227	2,5%	185	7,4%	
Prossimità al decesso	90-179gg	97	1,1%	82	3,3%	
	0-89gg	93	1,0%	99	4,0%	

Tutte le differenze, testate con il Chi-quadro, sono statisticamente significative con p<0,001

Nel primo anno di follow-up il 6,8% degli anziani ultra75enni intervistati è deceduto ed il 30,3% ha avuto un almeno ricovero; il numero medio di ricoveri per persona nell'anno di follow-up è pari a 0,5. Questi outcome risultano molto differenziati tra gli assistiti in CD e quelli ambulatoriali (vedi Tabella App.1.2).

Tabella App. 1.2 - Outcome assistenziali a un anno, in 2.497 assistiti in CD e 9.047 ultra75enni assistiti ambulatoriali della Regione Veneto (fonte: studio "Osservare per Conoscere")

	Decesso §*	Almeno 1 ricovero §*	Numero medio di ricovero annui §**
In Cure domiciliari	14,7%	36,5%	0,62
Non in cure domiciliari	4,6%	28,6%	0,47
Totale	6,8%	30,3%	0,50

^{*} Test Chi-quadro (1 d.f.)



^{**} Test di Wilcoxon

[§] p<0,001

Tabella App. 1.3 - Stima del rischio grezzo e aggiustato di specifici esiti assistenziali a un anno in 2.497 assistiti in CD rispetto a 9.047 ultra75enni assistiti ambulatoriali della Regione Veneto (fonte: studio "Osservare per Conoscere")

	Alme	eno un ricov	ero *	Numero di ricoveri **			
	OR	CI 9	CI 95%		CI 9	95%	
Stima non aggiustata	1,43	1,31	1,57	1,39	1,28	1,50	
+ Età (4 livelli), sesso (M/F)	1,43	1,29	1,57	1,40	1,29	1,53	
+ Charlson (5 livelli)	1,19	1,08	1,31	1,18	1,08	1,28	
+ Ricovero recente (4 livelli)	1,10	1,00	1,22	1,09	1,00	1,19	
+ Abitazione adeguata (sì/no)	1,10	0,99	1,23	1,09	1,00	1,18	
+ Capacità funzionale (3 livelli)	1,06	0,95	1,18	1,04	0,95	1,14	
+ Prossimità al decesso (4 livelli)	0,99	0,89	1,11	0,96	0,88	1,05	

^{*} Regressione Binomiale

Considerando le stime non aggiustate del rischio di ricovero durante l'anno di follow-up risulta che tra gli anziani ultra75enni gli assistiti in CD si ricoverano il 43% in più rispetto ai pazienti ambulatoriali (vedi Tabella App.1.3). Se però teniamo presenti le diversità cliniche, funzionali e assistenziali che sono state sopra delineate possiamo affermare che vengono assistiti in CD – a parità di accesso all'ospedale – degli anziani ultra75enni molto più gravosi rispetto ai pazienti ambulatoriali.

In conclusione i risultati dello studio di follow-up "Osservare per Conoscere" non evidenziano complessivamente una riduzione dei ricoveri nei pazienti in CD, o almeno nei pazienti che erano in CD all'inizio degli anni 2000; un possibile approfondimento può essere rivolto a specifici sottogruppi di popolazione anziana, come ad esempio i malati di cancro. In ogni caso, le CD mostrano una funzione di contenimento dei ricoveri nei confronti di una popolazione assai gravosa.

Bibliografia

Lepore V, Saugo M, D'Ettorre A, Poli A, Pellegrini F, Pellizzari M, Tognoni G. Progetto "Osservare per Conoscere". La valutazione multidimensionale della popolazione anziana nella pratica della medicina generale. Ricerca & Pratica 2006; 22: 7-55.

Greco G., Ivis S., Toffanin R., Saugo M., Pellizzari M., Lepore V., Tognoni G. L'impatto delle Cure Domiciliari (CD). Presentazione al IX Congresso CARD. Roma, 12-14 Maggio 2011.

Seow H, Barbera L, Howell D, Dy SM. Using more end-of-life homecare services is associated with using fewer acute care services: a population-based cohort study. Med Care. 2010 Feb;48(2):118-24.



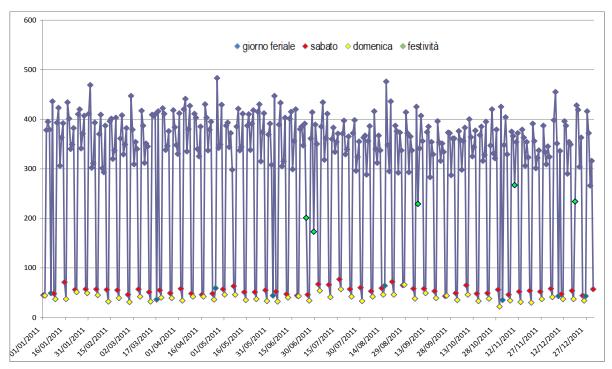
^{**} Regressione di Poisson

Appendice 2:

Le Cure Domiciliari sono operative durante il fine-settimana?

Il PSSR 2012-2016 sottolinea in più punti il fatto che tutte le organizzazioni sanitarie sono chiamate a documentare la loro attività in modo affidabile e trasparente sia verso i pazienti e gli assistiti, sia verso gli altri attori del processo di cura. In particolare, le CD devono assicurare una copertura di servizio per 24 ore al giorno su 7 giorni alla settimana. Una modalità per verificare in quale misura questo obiettivo è conseguito è quello di considerare – a partire dall'esame del numero di accessi registrati nei diversi giorni della settimana e non della semplice dichiarazione del Responsabile delle Cure Primarie – quanti accessi vengono effettivamente erogati nei giorni di Sabato e Domenica. Il calcolo di questo indicatore, che fa parte del panel previsto all'allegato G della DGR 2372/2011 presuppone però che tutti gli accessi siano effettivamente registrati con la data della loro effettuazione. Una modalità grafica molto semplice e accessibile a tutte le Aziende è quella riportata nelle due Figure App.2.1 e App.2.2, relative ai dati 2011 rilevati in due Aziende ULSS.

Figura App. 2.1 - Numero di accessi di CD effettuati in ciascun giorno dell'anno nel 2011 nell'Azienda ULSS A



Nell'Azienda ULSS A c'è una buona stabilità nel numero di accessi effettuati dal Lunedì al Venerdì (punti in blu: 300-400 accessi al giorno), nel numero di accessi effettuati il

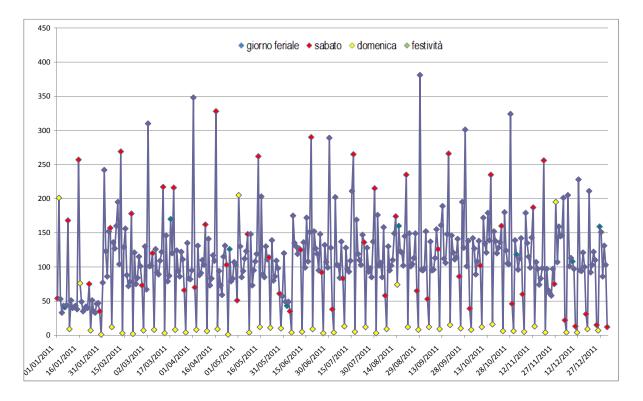


Sabato (punti in rosso; 50-70 accessi al giorno), nel numero di accessi effettuati la Domenica (punti in giallo: 30-50 accessi al giorno); sono anche chiaramente individuabili gli accessi effettuati durante le festività civili, religiose e patronali e gli scioperi (punti in verde). Nel Lunedì e nei giorni successivi alle festività si riconosce anche chiaramente la presenza di un aumento del numero di accessi.

Nell'Azienda ULSS B, che ha una popolazione più piccola dell'Azienda ULSS A, il range di accessi effettuati dal Lunedì al Venerdì si colloca tra i 100 ed i 150, la Domenica (punti in giallo) non si effettuano più di 10 accessi al giorno.

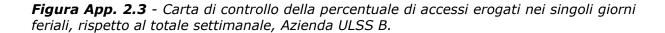
Nei giorni di Sabato (punti rossi) vi è un andamento fortemente altalenante; con cadenza indicativamente mensile si notano poi delle punte di 250-350 accessi giorno, che sono ragionevolmente da ascrivere ad un caricamento periodico di accessi dei MMG e/o degli infermieri.

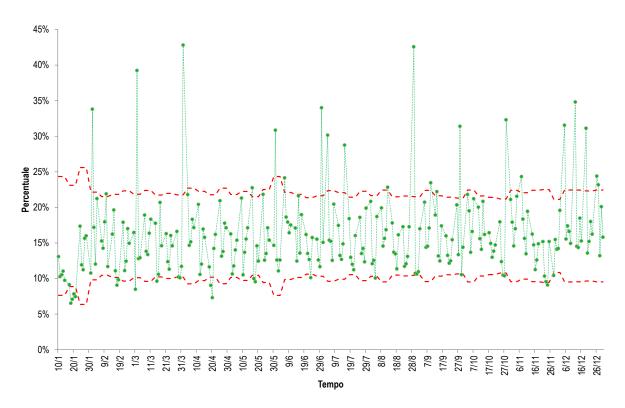
Figura App. 2.2 - Numero di accessi di CD effettuati in ciascun giorno dell'anno nel 2011 nell'Azienda ULSS B



Una modalità più formale di descrivere questo processo è l'utilizzo di carte di controllo, che sono rappresentate nella figura successiva. Le carte di controllo contengono delle linee (qui tratteggiate in rosso) che rappresentano il normale range di escursione casuale che caratterizza il fenomeno, che corrisponde all'intervallo fiduciale del valore dell'indicatore, calcolato in ciascun giorno dell'anno.



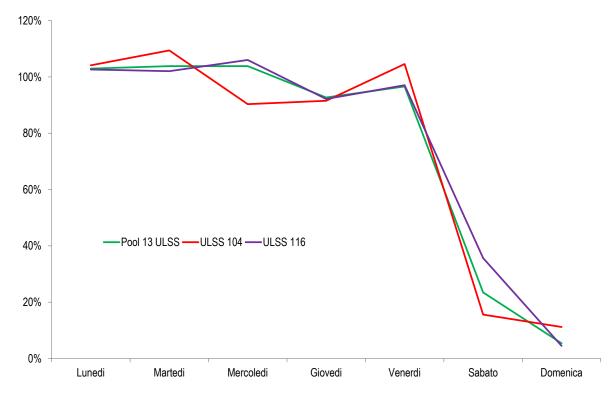




La Figura App.2.3 ad esempio mostra che la percentuale di accessi effettuata in ciascuno dei giorni tra il Lunedì ed il Venerdì rispetto al totale settimanale nell'Azienda ULSS B oscilla tra il 10 ed il 25%. Tuttavia in corrispondenza di quindici diversi giorni lavorativi si registra una quota di accessi domiciliari molto più elevata, che raggiunge punte del 40% rispetto al totale della settimana. In corrispondenza di queste giornate evidentemente vengono registrati con la data del caricamento accessi effettuati nel periodo precedente.

La DGR 2372/2011 prevede che la percentuale di accessi effettuati al Sabato e alla Domenica sia pari almeno al 2% (standard ottimale 5%). Il grafico successivo illustra quanto si registra nei singoli giorni della settimana nelle ULSS 4 e 16, dove tale valore assume rispettivamente il valore di 5,1% e 7,4%. Nell'Azienda ULSS di Padova in particolare vi è una maggiore quota di personale in servizio il Sabato: fatto 100 il valore medio dell'attività erogata tra il Lunedì ed il Venerdì, si registra nella giornata di Sabato la presenza di un servizio attivo pari al 36% nell'Azienda di Padova e pari al 16% in quella dell'Alto Vicentino rispetto alla capacità di servizio caratteristico dei giorni lavorativi; nella giornata della Domenica le percentuali sono pari rispettivamente al 4% ed all'11%





68

La qualità organizzativa e la continuità di servizio devono essere descritte anche con modalità qualitative, ad esempio l'accessibilità per tutti gli operatori al fascicolo sanitario, contenente le informazioni aggiornate sullo stato di salute del paziente e sulle consegne mediche e infermieristiche, la disponibilità continuativa per gli assistiti ed i familiari del recapito telefonico degli operatori sanitari coinvolti nel piano di assistenza, oppure della centrale operativa che li coordina e li attiva in caso di necessità. Tuttavia, la dotazione di personale e la copertura del servizio nel corso del giorno e della settimana devono necessariamente trovare un riscontro analitico nei sistemi gestionali e valutativi delle CD, al fine di facilitare uno scambio di esperienza, che vada nel senso del riconoscimento e della diffusione delle migliori pratiche assistenziali.

Pubblicazione a cura del SER Sistema Epidemiologico Regionale

Direzione Controlli e Governo SSR Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235

e-mail: ser@regione.veneto.it

Il volume è pubblicato anche sul sito Web: http://www.ser-veneto.it/