

L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA *esperienze, problemi e prospettive*

Maria Cristina Ghiotto
U.O. Cure primarie e strutture socio-sanitarie territoriali

Dati di contesto della Regione Veneto

La Regione del Veneto con una popolazione di 4,92 milioni di abitanti (23% con età uguale o superiore ai 65 anni) prevede un'organizzazione del Sistema Socio-Sanitario Regionale, recentemente rivista con LR 19/2016, basata su 9 Aziende ULSS, articolate a loro volta in 26 Distretti. Sono, inoltre, presenti due Aziende Ospedaliere (Azienda Ospedale Università di Padova, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona), un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Istituto Oncologico Veneto) e un'Azienda con ruolo di capofila, e supporto tecnico-amministrativo a tutti gli altri enti, Azienda Zero.

La Regione Veneto ha da sempre investito sulle Cure Domiciliari assumendo come obiettivo qualitativamente e culturalmente il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita ed al proprio domicilio. In questi anni è stato pertanto promosso uno sviluppo pianificato ed omogeneo delle Cure domiciliari su tutto il territorio regionale, attraverso un'organizzazione che garantisce la continuità dell'assistenza. Tale percorso è stato fondato sul consolidamento delle esperienze di ammissione e dimissione protetta con il pieno coinvolgimento del medico di famiglia, sulla valorizzazione del ruolo dell'infermiere quale figura di collegamento e facilitatore organizzativo e sulla responsabilizzazione ed il coinvolgimento della persona, della famiglia e dei *caregivers* nella definizione ed attuazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

Le Cure domiciliari, intese come presa in carico e non come erogazione di una prestazione, **sono garantite dalle Aziende ULSS con personale dipendente dal SSN** nella quasi totalità dei Distretti. Soltanto in 6 Distretti su 26 vi è una parte di esternalizzazione, che equivale però ad una quota residuale (pari al 17% del totale degli accessi infermieristici per ADI) dell'attività erogata a livello regionale. Peraltro da un paio d'anni sono in essere progettualità per la progressiva internalizzazione dell'attività.

Al 31 dicembre 2019 le persone in carico alle Cure domiciliari della Regione del Veneto rappresentavano il 3% della popolazione totale e il **7,7% della popolazione degli ultra 65enni**: il valore si pone ben al di sopra della soglia data dall'obiettivo LEA che corrisponde al 1,88%.

Declinazione delle Responsabilità (governance)

La gestione delle Cure domiciliari ***afferisce alla Unità operativa Cure primarie del Distretto***, come declinato nelle Linee guida per la definizione degli Atti aziendali (DGR n. 1306/2017).

Si tratta tipicamente di una *governance* pubblica ed ascritta quindi al Distretto, in cui il Direttore di Distretto assume un ruolo di Responsabile dei percorsi di cura, Gestore delle risorse e Facilitatore di processi integrati.

È rilevante richiamare come la Regione Veneto abbia da anni investito su un modello di ***governance multilivello***: anche nel caso specifico delle Cure domiciliari gli obiettivi (in particolare attinenti agli adempimenti LEA, ma non solo) vengono annualmente assegnati ai Direttori Generali, che a loro volta provvedono ad attribuirli alle rispettive componenti e macrostrutture aziendali (Distretti/Ospedale/Dipartimento di Prevenzione).

Nel caso di specie, proprio per favorire l'esercizio della *governance*, è stato implementato il flusso sulle Cure domiciliari, provvedendo a mettere a disposizione dei Direttori di Distretto un apposito **cruscotto con gli indicatori specifici**. Questo costituisce peraltro un valido supporto negli audit clinici ed organizzativi, anche nei confronti della medicina generale.

La competente struttura regionale (UO Cure primarie e strutture socio-sanitarie territoriali) effettua semestralmente monitoraggi di tipo organizzativo e sui volumi di attività, organizzando momenti di confronto con tutti i Direttori di Distretto.

Personalizzazione e valorizzazione delle “risorse” individuali

L'Unità Valutativa Multidimensionale (UVMD) costituisce la porta d'accesso per le Cure domiciliari ed anche per altri servizi (es. residenzialità): in sede di UVMD viene analizzato il bisogno dell'assistito e definito il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). La definizione del PAI rappresenta la tappa del percorso di assistenza in cui entrano in gioco le varie “risorse” disponibili e la personalizzazione del percorso di presa in carico.

Modello organizzativo

La riorganizzazione delle Cure domiciliari avviata nel 2017 ha posto come elementi salienti del modello organizzativo da implementare in modo progressivo :

- a) la presenza di personale infermieristico 7 giorni su 7, nella fascia oraria compresa tra le ore 07:00 e le ore 21:00, con una pianificazione degli accessi domiciliari sviluppata nell'arco dell'intera settimana.
- b) la contattabilità del personale infermieristico per la ricezione delle richieste assistenziali dei pazienti già in carico al servizio stesso ed eventuale attivazione degli infermieri dell'area di competenza, 7 giorni su 7, dalle ore 07:00 alle ore 21:00, in ogni Azienda ULSS;
- c) l'attivazione in ogni Azienda ULSS di un **numero specifico** dedicato esclusivamente ai pazienti presi in carico dalle cure domiciliari, in modo da garantire sempre una risposta;
- d) l'integrazione funzionale con i Medici di Medicina Generale e con i Medici di Continuità Assistenziale;

- e) la definizione e formalizzazione di procedure organizzativo/assistenziali a livello aziendale, quale garanzia di qualità del servizio offerto. Si riferiscono in particolare a:
- *Inserimento ed affiancamento del nuovo personale*
 - *Attivazione della presa in carico del paziente in ADI*
 - *Definizione del PAI*
 - *Gestione del paziente in ADI*
 - *Formazione all'educazione terapeutica e addestramento della famiglia/ caregiver*
 - *Valutazione periodica dell'appropriatezza dei pazienti presi in carico.*

Le Aziende ULSS si stanno gradualmente adeguando agli standard previsti con DGR 1075/2017 e ad oggi 14 Distretti su 26 hanno la presenza infermieristica in conformità con le indicazioni regionali.

Relativamente all'ambito della integrazione, è inoltre rilevante richiamare i seguenti aspetti:

- ***infermieri che lavorano presso le medicine di gruppo integrate***: tramite la partecipazione a momenti formativi condivisi con gli infermieri delle cure domiciliari su presentazione/condivisione delle procedure aziendali per la presa in carico;
- ***medici di continuità assistenziale***: tramite l'invio della lista aggiornata dei pazienti in carico al fine di consentire una migliore continuità dell'assistenza anche quando il MMG dell'assistito non è attivo.

Inoltre sono stati assegnati ai medici di continuità assistenziale delle forme di contratto diurno già previsti dall'ACN vigente, quale valido supporto all'attività domiciliare del distretto ma, al contempo, consente di formare e "fidelizzare" anche il medico di continuità assistenziale, figura spesso soggetta a frequente turn over.

Ulteriori strumenti a supporto

Ad integrazione del modello organizzativo delle Cure Domiciliari e con l'obiettivo di contrastare specifiche situazioni fragilità sociale (anziani soli o che vivono lontano dai figli, rischio sociale) da diversi anni è attivo un sistema di "Telesoccorso e Telecontrollo domiciliari" gratuito e disponibile per tutti gli adulti e anziani del Veneto di età superiore ai 60 anni e per coloro che si trovino in documentate situazioni di rischio sociali e/o sanitario.

Il servizio, coordinato congiuntamente dalle Aziende ULSS e dai Comuni, prevede il collegamento dell'utente ad un Call Center funzionante 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, tramite l'installazione presso il domicilio di un dispositivo collegato alla linea telefonica fissa e dotato di radiocomando da indossare al collo oppure al polso. Il servizio prevede anche la componente di telecontrollo, dove è il Call Center che si mette in contatto con l'utente, due volte alla settimana, per conoscere le sue condizioni e per effettuare la prova del dispositivo. In caso di necessità, l'utente può mettersi in contatto con il Call Center semplicemente premendo il pulsante rosso del radiocomando. Alla ricezione dell'allarme il Call Center verifica i bisogni dell'utente e procede con l'intervento delle persone di riferimento e, se necessario, dei soccorritori istituzionali (118, Vigili del Fuoco, ecc.).

Volume di attività e risorse

Nel territorio regionale nell'ambito delle UOC Cure Primarie si contano n. 97 équipe infermieristiche dedicate al servizio di Cure domiciliari. Ciascuna équipe infermieristica è referente per uno specifico ambito territoriale, per gli assistiti che vi risiedono in integrazione con i Medici di Medicina di Generale o per i Pediatri di Libera Scelta, a garantire la continuità del rapporto di cura. Variabile nella composizione per meglio adattarsi all'orografia dei territori e di densità di popolazione, sotto la supervisione di un Coordinatore infermieristiche le équipe infermieristiche ADI (unità elementari composte da un gruppo di infermieri a cui viene affidata una determinata zona territoriale).

Le Centrali Operative dell'ADI, raggiungibili attraverso un numero unico aziendale, sono il punto di riferimento e l'interfaccia principale con l'utente già preso in carico dal servizio. Le Centrali Operative rispondono prontamente alle richieste degli utenti, accolgono le loro segnalazioni, pianificano e organizzano il servizio delle équipe sul territorio, 7 giorni su 7, dalle ore 07:00 alle ore 21:00.

La quantificazione dell'attività infermieristica rileva che nell'arco dell'ultima annualità vi sono stati quasi un milione e mezzo di accessi, di cui il 28% ascrivibile alla sola attività di prelievo. Complessivamente le risorse infermieristiche impiegate al 31 dicembre 2019 in questa attività sono pari a 865 ossia a 823,9 Tp.Eq.

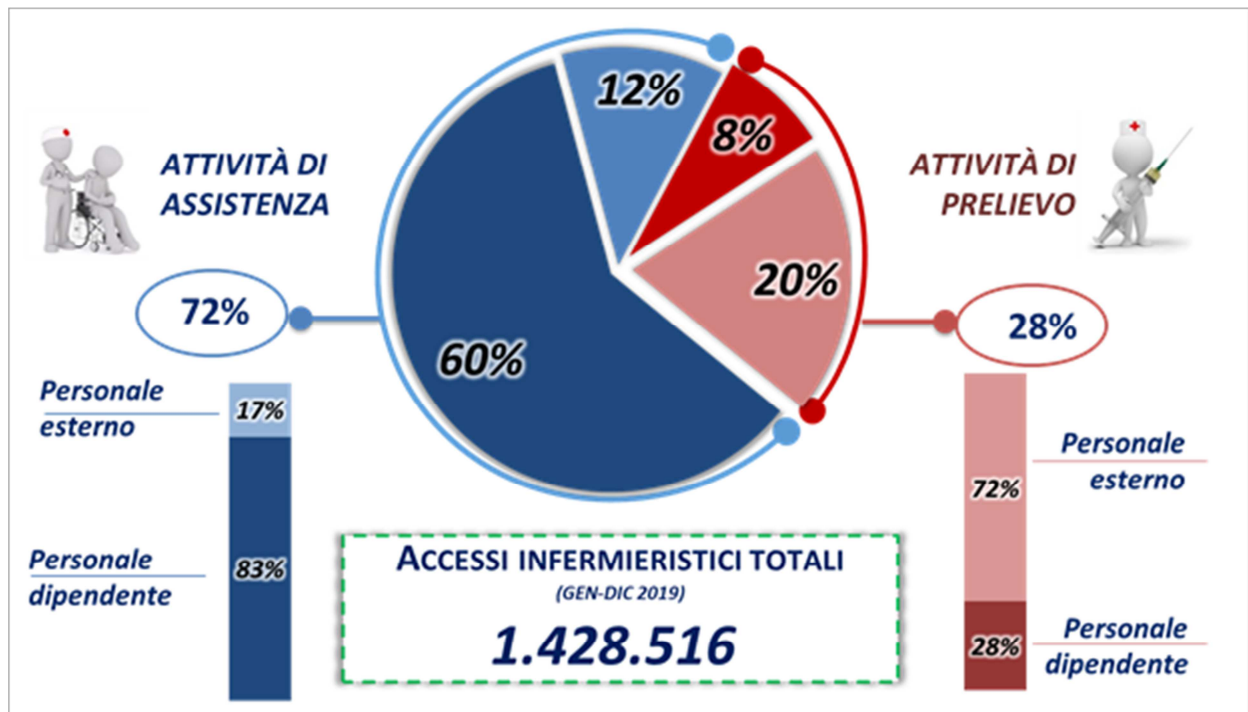
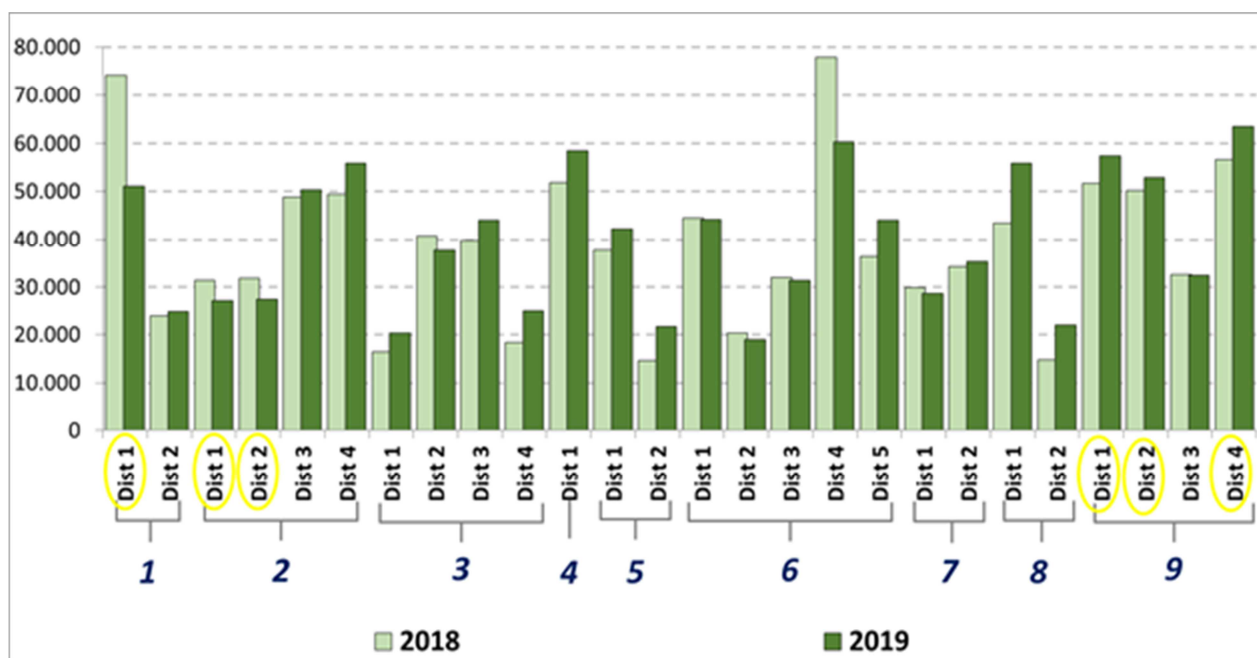
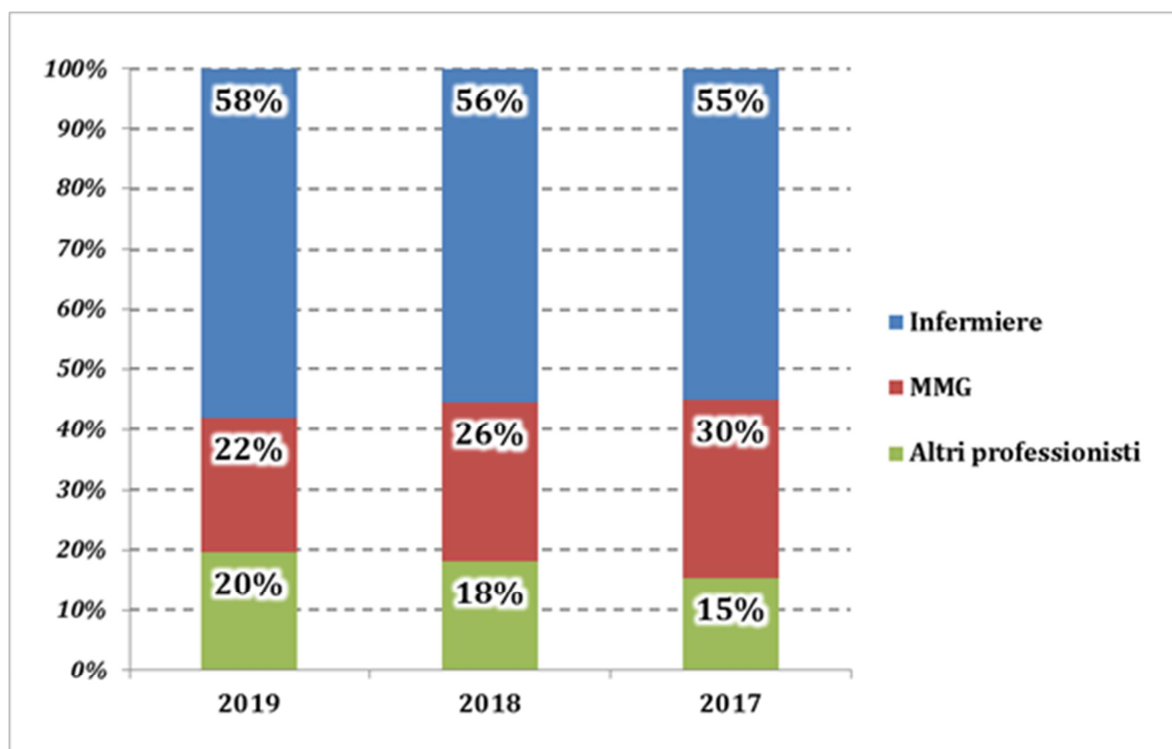


Grafico 1 - Accessi infermieristici, Anno 2019.



○ Distretti che esternalizzano l'attività ADI

Grafico 2 - Trend accessi infermieristici domiciliari (esclusi i prelievi), Anni 2018 – 2019.



Altri professionisti: OSS, fisioterapista, medico specialista, medico palliativista, assistente sociale, ecc

Grafico 3 - % di accessi per operatore, Anni 2017 - 2018 - 2019.

Durante l'emergenza COVID

Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)

A seguito dell'approvazione del DL 9 marzo 2020 n.14 sono state attivate sul territorio regionale le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) attive sette giorni su sette, dalle ore 8:00 alle ore 20:00 costituite principalmente da Medici (tra cui Medici titolari e sostituti di Continuità assistenziale e Medici iscritti al Corso di formazione Specifica in Medicina Generale) per la gestione domiciliare, compresa la somministrazione ed il monitoraggio delle terapie a domicilio, dei pazienti sospetti e confermati COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero.

La previsione normativa di uno standard di un'unità USCA ogni 50.000 abitanti, ha condotto ad una programmazione di 97 USCA, ma di fatto all'attivazione di 51 unità, correlate ai bisogni, all'andamento dell'epidemia e all'orografia del territorio.

A livello regionale le USCA sono stati investite di obiettivi e di un mandato più ampio rispetto a quanto previsto a livello normativo nazionale, con la previsione di un'estensione dell'attività delle USCA anche a pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti che in relazione all'emergenza in corso costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione. Nella gestione delle attività domiciliari l'attività delle USCA, oltre al coordinamento con il MMG/PLS (per ogni MMG/PLS è stata identificata l'afferenza di ciascuna USCA), è stata prevista l'integrazione con infermieri e OSS del servizio ADI o della Medicina di Gruppo Integrata con l'effettuazione di un accesso congiunto.

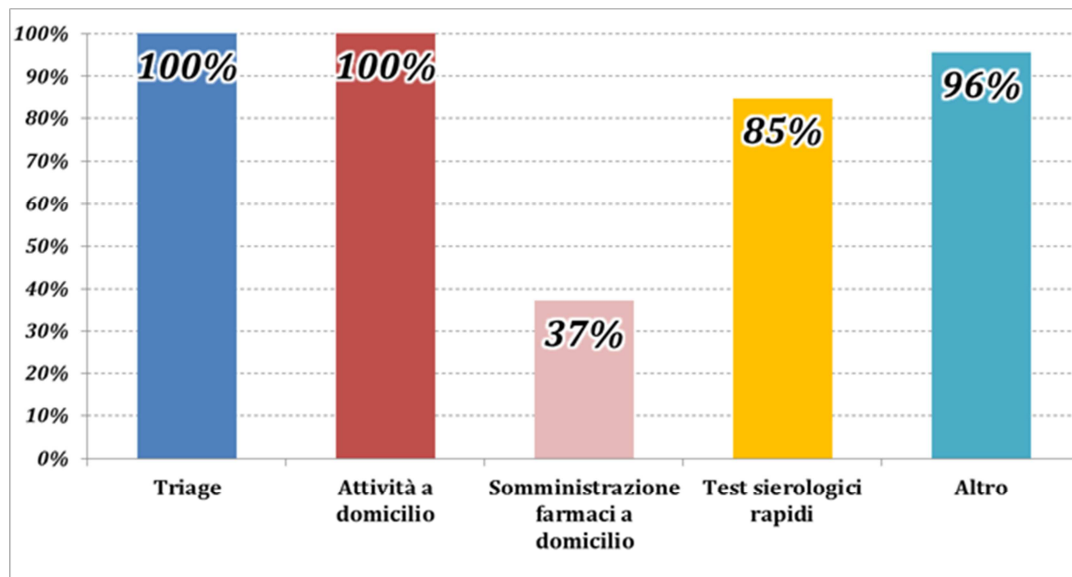


Grafico 4 - % di U.S.C.A. attivate che svolgono attività (trriage, attività domiciliare, attività domiciliare con somministrazione farmaci, altro)

Il concetto di gestione domiciliare è stato esteso anche alle Residenze Sanitarie Assistite (RSA), un setting assistenziale con una popolazione particolarmente colpita dall'epidemia, e presso le Strutture intermedie (Ospedali di Comunità, Unità Riabilitative Territoriali) e ad altri ambienti di assistenza con componenti ad elevata integrazione socio-sanitaria (strutture residenziali per persone con disabilità, dell'area della Salute Mentale, Comunità Terapeutiche o strutture di accoglienza per minori, ecc.).

Le USCA hanno costituito a livello regionale anche un utile supporto alla risposta territoriale dei Dipartimenti di Prevenzione con un'intensa attività presso i punti per l'effettuazione dei test diagnostici, anche in occasione di picchi di attività. Tali occasioni sono state legate sia all'identificazione di focolai epidemici con il conseguente intervento di testing (presso attività produttive, contesti comunitari, ...), sia ai rientri estivi da località turistiche con l'esecuzione dei tamponi oro-faringei ad un elevato numero di soggetti.

Centrale Operativa Territoriale (COT)

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è una funzione organizzativa presente in tutte le Aziende ULSS che garantisce e coordina la presa in carico dei pazienti "fragili", intercettando i bisogni di cure e/o di assistenza, gestisce le transizioni da setting diversi o da livelli assistenziali differenti, garantendo la continuità mediante l'interazione con l'Ospedale, con le strutture di ricovero intermedie (Hospice, Ospedale di Comunità, Unità Riabilitativa Territoriale), con le strutture residenziali, con i medici/pediatri di famiglia, con i medici di continuità assistenziale, con le équipe delle cure domiciliari e delle cure palliative, con la Centrale Operativa del Suem 118.

La COT nasce per rispondere alla necessità di garantire le transizioni, specie per pazienti non noti ossia non già presi in carico dal servizio, specie nella gestione delle dimissioni ospedaliere o comunque in ogni transizione.

La COT riveste un ruolo importante in quanto conosce le risorse, i servizi, la loro interrelazione, i processi, le modalità di attuazione e il monitoraggio e pertanto interviene nelle situazioni di varianza artificiale, rendendo operativi i PDTA. Peraltro la valenza della tracciabilità degli interventi si esplica non solo nel sapere chi fa che cosa nel processo in un determinato momento, ma anche nel garantire trasparenza alle azioni svolte sul e con l'assistito.

Nell'emergenza COVID ha rappresentato l'elemento funzionale che ha consentito l'integrazione tra le varie strutture aziendali e facilitante rispetto la connessione dei vari processi, elemento strategico per il coordinamento oltre che per la tracciabilità dei vari processi dell'emergenza stessa

Fisioterapia e Riabilitazione Domiciliare

Durante il periodo di emergenza COVID è stato inoltre consolidato il ruolo della fisioterapia domiciliare, quale componente del Dipartimento Funzionale Riabilitazione Ospedale Territorio tra i diversi setting di cura (ospedale, strutture riabilitative intensive ed estensive, territorio).

In stretta integrazione con l'équipe ADI, la fisioterapia domiciliare garantisce la continuità del Progetto Riabilitativo Individuale stilato nel reparto di Riabilitazione o nelle Unità Riabilitative

Territoriali per assicurare un efficace ed adeguato reinserimento del paziente presso il proprio domicilio.

Questo modello risulta particolarmente rilevante nella presa in carico dei pazienti COVID19 negativizzati dimessi dai reparti per acuti e per post-acuti o di riabilitazione intensiva, richiedendo un monitoraggio nel tempo e/o la prosecuzione del trattamento, sia a domicilio o in ambulatorio, secondo interventi personalizzati in base agli esiti.

Obiettivi specifici diventano infatti:

- a) abbreviare i tempi di ripresa del trattamento attraverso una presa in cura diretta dei pazienti da parte dei fisioterapisti territoriali, riservando visite fisiatriche domiciliari a situazione di particolare complessità che prefigurino la necessità di un Progetto Riabilitativo Individuale;
- b) riservare le prestazioni ambulatoriali laddove necessario un setting terapeutico dedicato;
- c) integrare il set informativo (Fascicolo Sanitario Elettronico e cartella ADI) con dati rilevanti sull'andamento dello stato funzionale.

Telemedicina

In considerazione dell'emergenza sanitaria COVID, per i pazienti dimessi dall'Ospedale e che necessitano di continuare le attività di riabilitazione sono state potenziate le attività di Telemedicina comprese le attività di Teleriabilitazione.

E' stato inoltre previsto che le équipe ADI siano dotate di adeguati kit di monitoraggio dei pazienti sia al domicilio che presso le RSA in funzione di attività in telemedicina, per cui è prevista l'ottimizzazione del ruolo degli Specialisti ambulatoriali interni nella refertazione a distanza.

Iniziative in itinere

E' in corso di sviluppo una ***Cartella unica regionale per la domiciliarità*** informatizzata, alimentabile e consultabile da tutti gli operatori, ciascuno per la propria area di competenza. Questo strumento rappresenta una **componente fondamentale del Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico** per l'integrazione dei servizi e la continuità di cura.

L'analisi di processo, che ha preceduto la definizione delle specifiche tecniche della Cartella unica, ha consentito di mettere in rilievo alcune attività migliorabili. Ne costituisce un semplice esempio l'Unità Valutativa MultiDimensionale la cui sola attività di pianificazione ed organizzazione impiega attualmente anche 1 o 2 tempi pieni equivalenti per Distretto. Una volta a regime la ***Cartella unica per la domiciliarità***, conterrà in modo organico e completo le informazioni necessarie a definire e guidare la risposta ai bisogni dell'utente nel proprio contesto domiciliare. La Cartella permetterà inoltre a tutti gli operatori coinvolti nel percorso di valutazione e gestione multidimensionale di avere gli elementi aggiornati in tempo reale, alleggerendo il carico burocratico e costituendo un prezioso strumento per interventi proporzionati e tempestivi.

Spunti di riflessione

Definizione di Standard: la complessità organizzativa delle cure domiciliari, su cui incidono molte dimensioni tra cui la tipologia di pazienti presi in carico, l'orografia, la gestione delle transizioni (ospedale/territorio), portano a considerare la necessità di ragionare per «***standard di servizi***» piuttosto che per standard di personale.