Gli indicatori di valutazione dell'ADI tra le regioni con focus sul punto di vista del paziente

Sara Barsanti

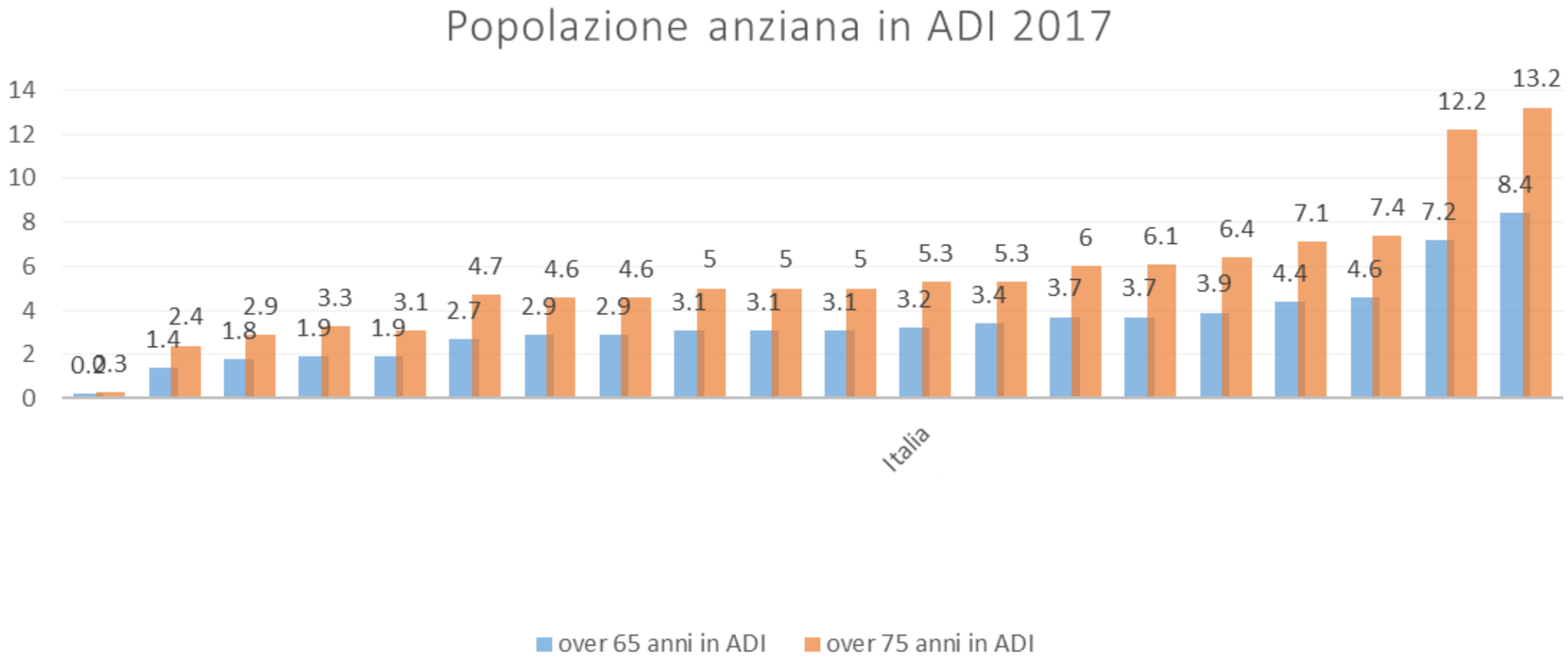
Scuola Sant'Anna di Pisa

Paese	Copertura (% rispetto al totale della pop. over 65)		Criteri di accesso	Fonti di finanziamento pubbliche	Collegamento con trasferimenti monetari	Offerta delle cure	Differenziazione territoriale
	2010	2016					
	1	2	3	4	5	6	7
Italia	4,1	5,8	Principio di universalità delle prestazioni sanitarie Principio di verifica del reddito (*means-tested*) per prestazioni socio-assistenziali	Componente sanitaria: fiscalità generale Componente socio-assistenziale: mix di fondi redistribuiti dal Ministero delle Politiche Sociali e fondi dei Comuni	No (tranne che per alcuni assegni/voucher a livello locale)	Servizi pubblici + assistenti familiari + caregiver informali (oltre 3 milioni)	Elevata (alta variabilitàdei servizi sanitari e sociali che dipendeno da enti regionali e locali)
Francia	6,6	6,0	Principi di gradualità sulla base del livello di non autosufficienza e di verifica del reddito (means-tested) per l'APA	Fiscalità generale (mix di fondi provinciali – *départments* – e nazionali)	Sì (l'APA è legata all'uso di servizi di assistenza)	Servizi pubblici + servizi privati + caregiver informali	Medio-bassa (APA è un programma nazionale implementato a livello regionale)
Germania	7,6	9,5	Principio di gradualità sulla base del livello di assistenza necessaria	Obbligo per tutti i residenti di una assicurazione (pubblica o privata) per LTC	Sì (l'utente può scegliere se ottenere l'assegno e/o servizi diretti)	Servizi pubblici + servizi privati + caregiver informali	Media (ineguaglianze crescenti tra regioni nell'offerta di servizi privati)
Inghilterra	3,0	3,2	Principio di universalità delle prestazioni sanitarie Principio di verifica del reddito (*means-tested*) per prestazioni socio-assistenziali	Per la componente sanitaria: fiscalità generale Per la componente socio-assistenziale: mix di fondi redistribuiti dal governo centrale e tasse locali (su imprese e proprietà); co-finanziamento utenti (sulla base del patrimonio)	Sì (possibilità di accedere a *personal budgets*, simili ad assegni di cura da spendersi esclusivamente in servizi di assistenza)	Quasi-mercato dei servizi socio-assistenziali (89% dei servizi domiciliari forniti da soggetti privati) + caregiver informali (oltre 5 milioni)	Media (variabilità a livello locale dei livelli di eleggibilità)
Spagna	5,3	7,1	Principio di gradualità sulla base del livello di non autosufficienza	Fiscalità generale (mix di fondi regionali e nazionali)	Sì (gli assegni sono legati all'uso di servizi di assistenza)	Servizi pubblici + servizi privati + assistenti familiari + caregiver informali	Elevata (alta variabilità dei servizi di LTC che dipendono da enti regionali)
Svezia	12,2	10,9	Principio di universalità dei servizi di LTC	Fiscalità generale (prevalentemente fondi locali)	Sì (gli assegni – poco diffusi – sono collegati al coinvolgimento	Servizi pubblici + servizi privati + trend crescente di caregiver informali	Elevata (nessun criterio di eleggibilità nazionale, criteri

https://www.luoghicura.it/servizi/domiciliarita/2019/05/lassistenza-domiciliare-una-comparazione-con-altri-paesi-europei/

Qualche dato…

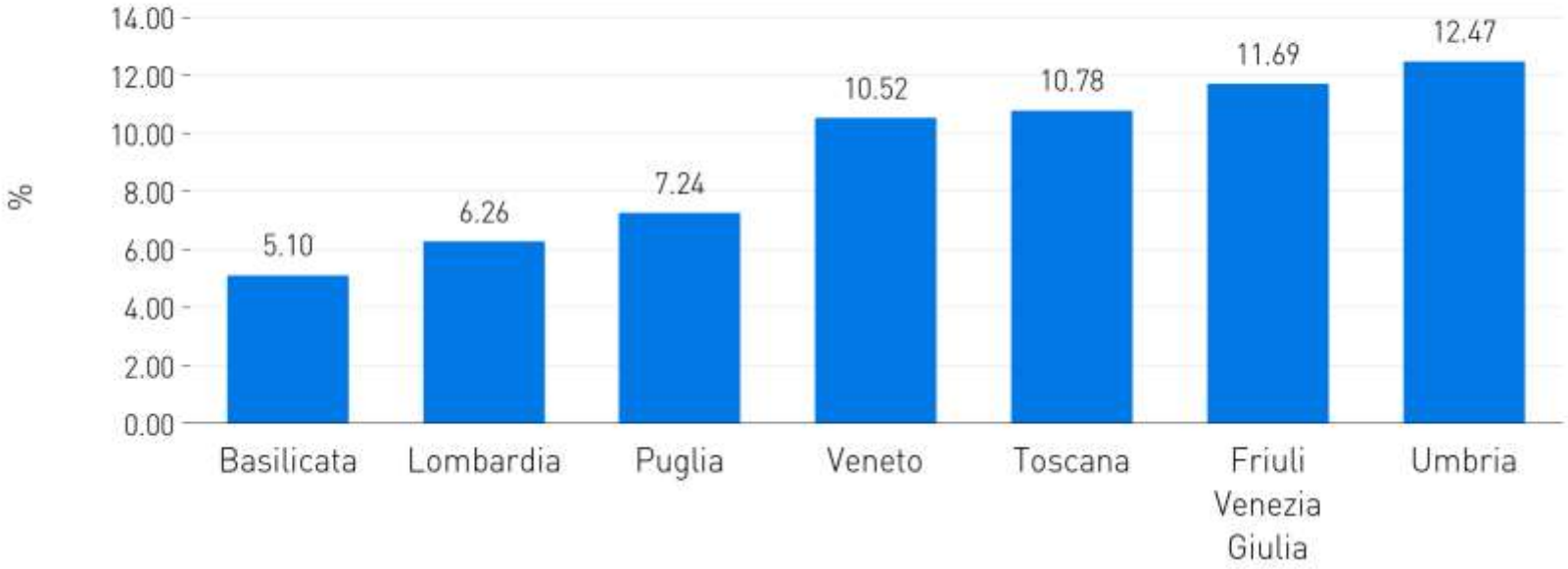
La copertura



Nel calcolo della copertura del servizio di ogni Regione sono esclusi i casi di livello base, proprio per l'ADI vera e propria, rispetto alle prestazioni di natura estemporanea.
Dati: ItaliaLongeva da Ministero Salute

B28.1.1 - Percentuale di anziani in Cure Domiciliari

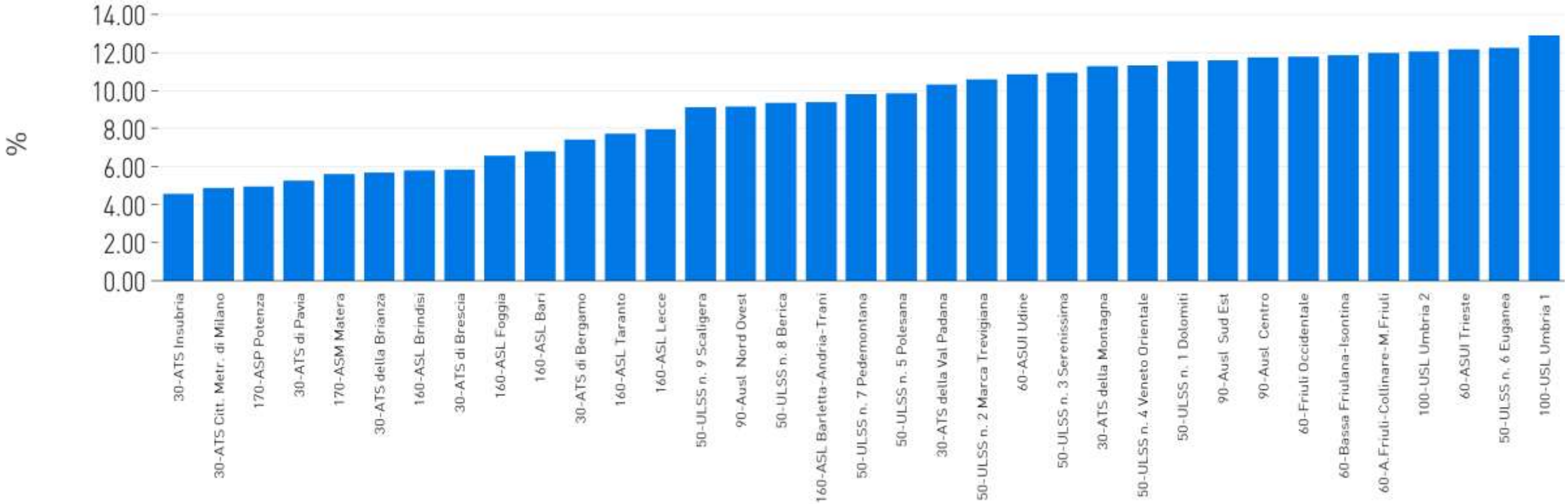
Regioni - Dati Bersaglio 2018



Regioni - Trend 2017-2018

B28.1.1 - Percentuale di anziani in Cure Domiciliari

Aziende - Dati Bersaglio 2018



Valore Minimo 30-ATS Insubria: 4.56

Valore Massimo 100-USL Umbria 1: 12.86

Qualche dato…

L’intensità

Come si misura l'intensità dell'ADI?

Sulla scorta delle indicazioni del Gruppo Ministeriale per il cosiddetto "Mattone Domiciliare", a partire dalla disponibilità di informazioni analitiche consentita dalla messa a regime del SIAD, è possibile calcolare i seguenti indicatori:

- le giornate di cura (GDC, indicativo della durata della presa in carico);
- le giornate di effettiva assistenza (GEA, indicativo del numero di giorni in cui il paziente ha ricevuto accessi domiciliari);
- il coefficiente di intensità assistenziale (CIA, rapporto tra GEA e GDC, indicativo della frequenza con cui il paziente ha ricevuto cure domiciliari nel periodo di cura).

Oggi le statistiche ministeriali classificano le cure domiciliari su quattro livelli crescenti di intensità a seconda del numero effettivo di giornate in cui l'utente, durante il periodo di presa in carico, ha effettivamente ricevuto accessi (il livello "Zero/Base" è comunque escluso nel calcolo dell'indicatore della Griglia Lea, in quanto riferito presumibilmente alla pura assistenza prestazionale). La seguente tabella riporta l'attuale classificazione e quella contemplata dal Dpcm sui nuovi Lea.

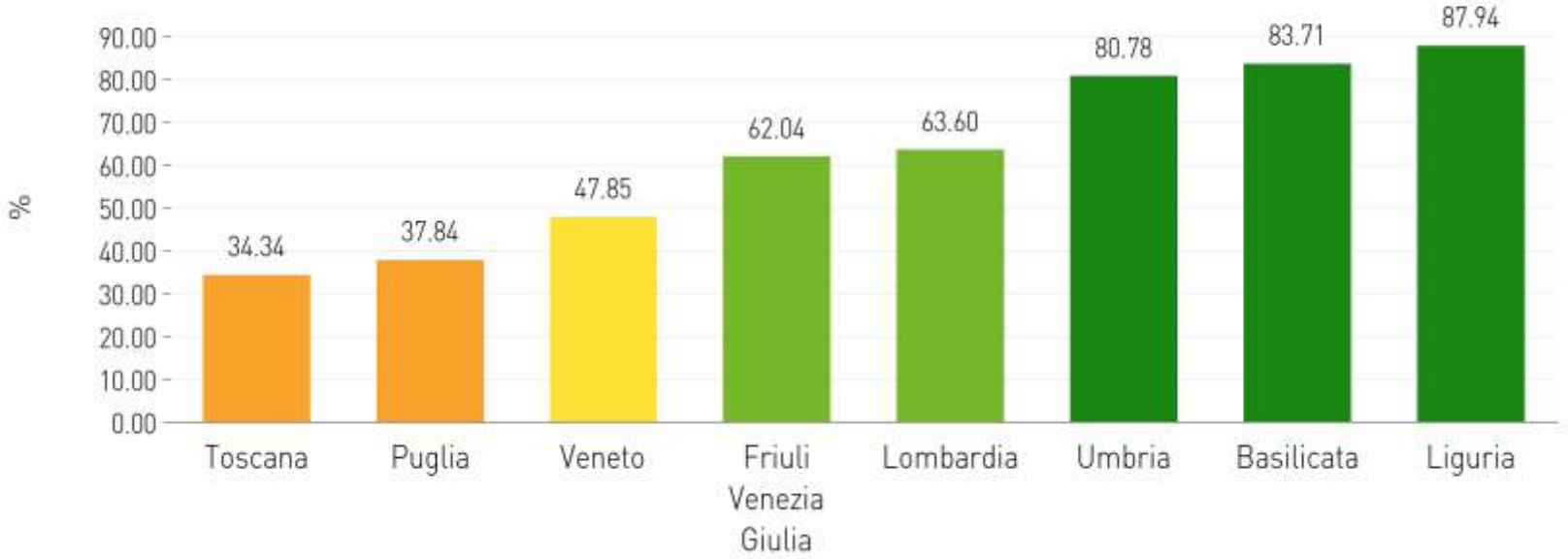
Classificazione SIAD				Classificazione nuovi Lea
Livello	Range CIA		Giornate con accessi su base mensile	
	Min	Max		
Zero/Base	0	0,13	GEA < 4	**cure domiciliari di livello base**
Primo	0,14	0,3	4 < GEA < 9	**cure domiciliari integrate (ADI) di I^ livello**
Secondo	0,31	0,5	9 < GEA < 15	**cure domiciliari integrate (ADI) di II^ livello**
Terzo	0,51	0,6	15 < GEA < 18	**cure domiciliari integrate (ADI) di III^ livello** (n.b. Cia >0,5)
Quarto*	>0,6	1	GEA > 18	**cure palliative domiciliari**

* CD integrate di Cure palliative terminali oncologico/ non oncologico

L'assistenza erogata da una regione è quanto più intensiva quanto maggiore è il peso delle casistiche che si collocano nel terzo/quarto livello.

B28.2.9 - Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari

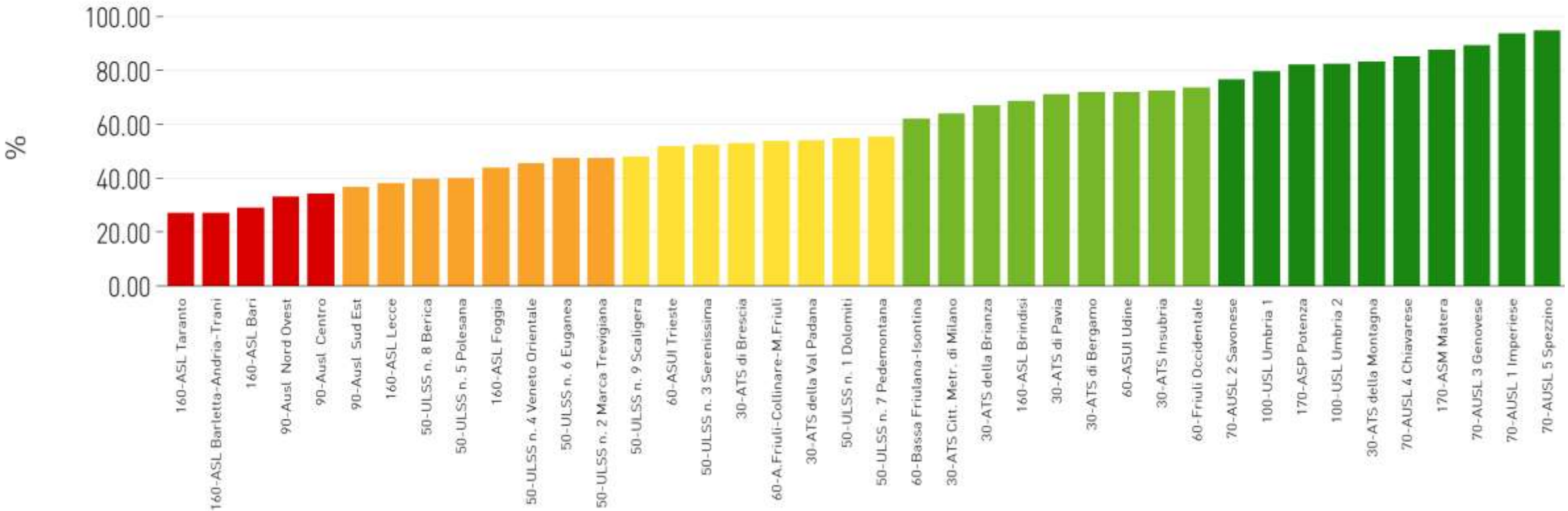
Regioni - Dati Bersaglio 2018



Regioni - Trend 2017-2018

B28.2.9 - Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari

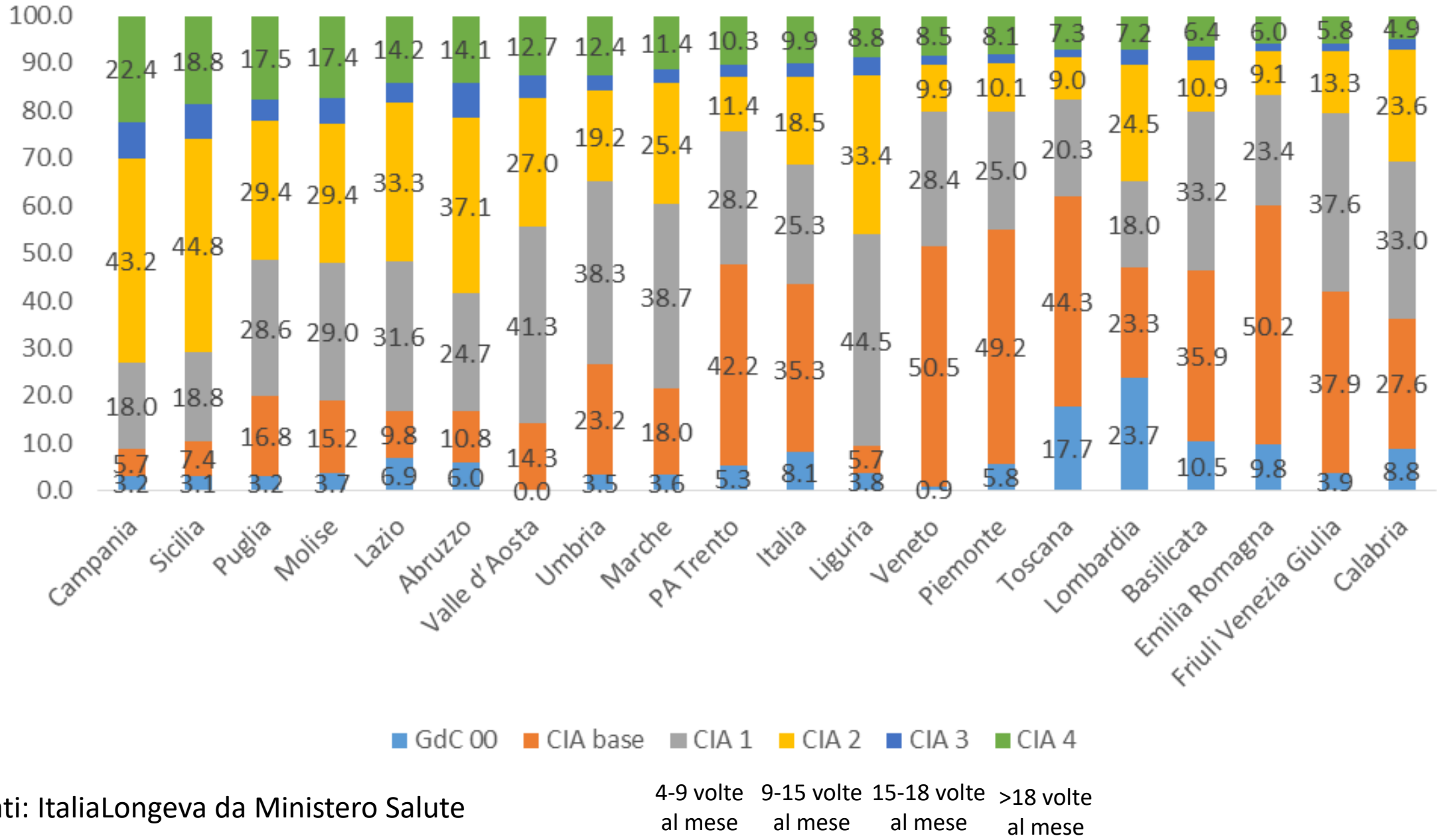
Aziende - Dati Bersaglio 2018



Valore Minimo 160-ASL Taranto: 26.84

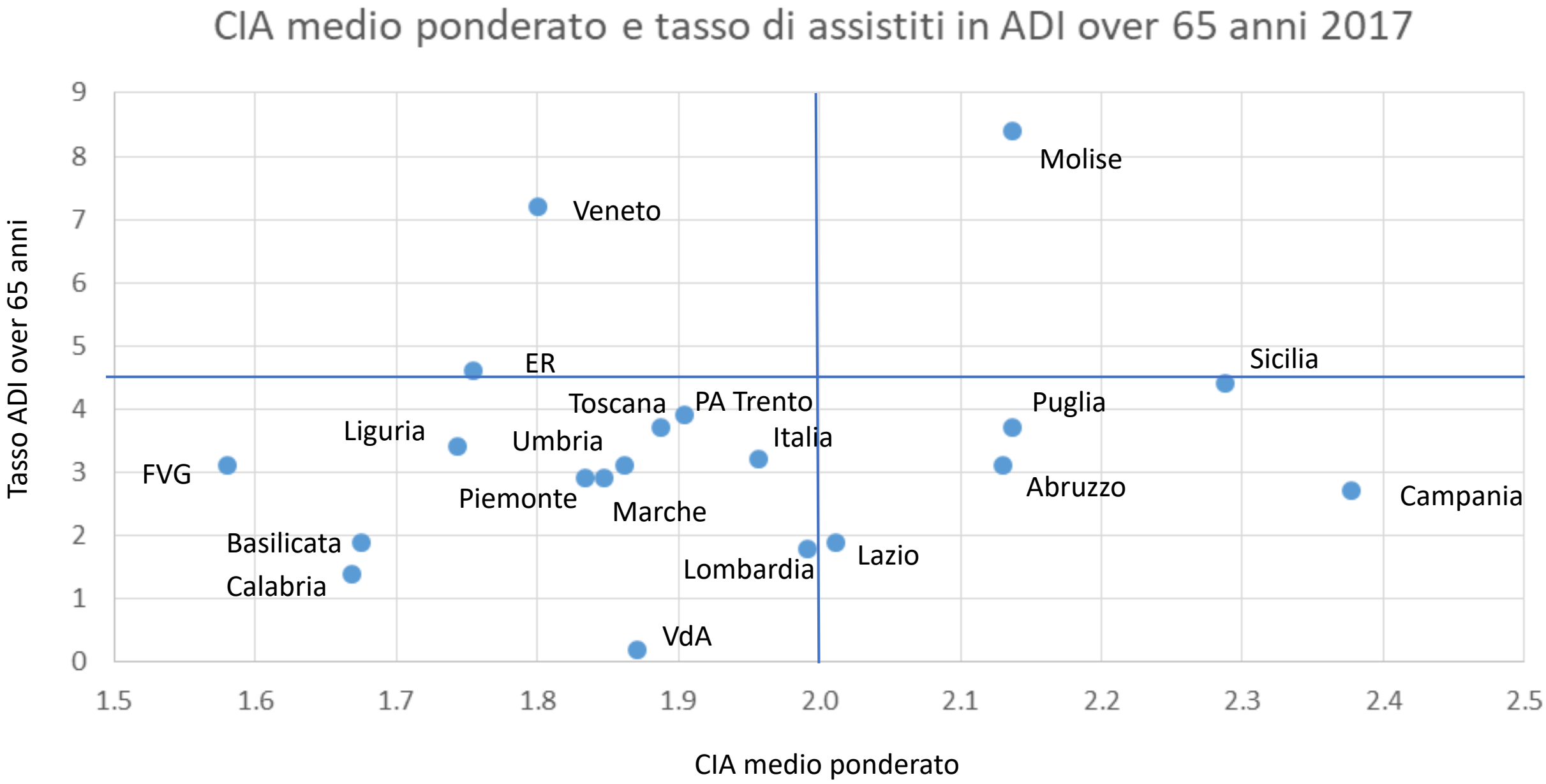
Valore Massimo 70-AUSL 5 Spezzino: 94.83

Distribuzione percentuale intensità dell'ADI anno 2017



Dati: ItaliaLongeva da Ministero Salute

4-9 volte al mese | 9-15 volte al mese | 15-18 volte al mese | >18 volte al mese

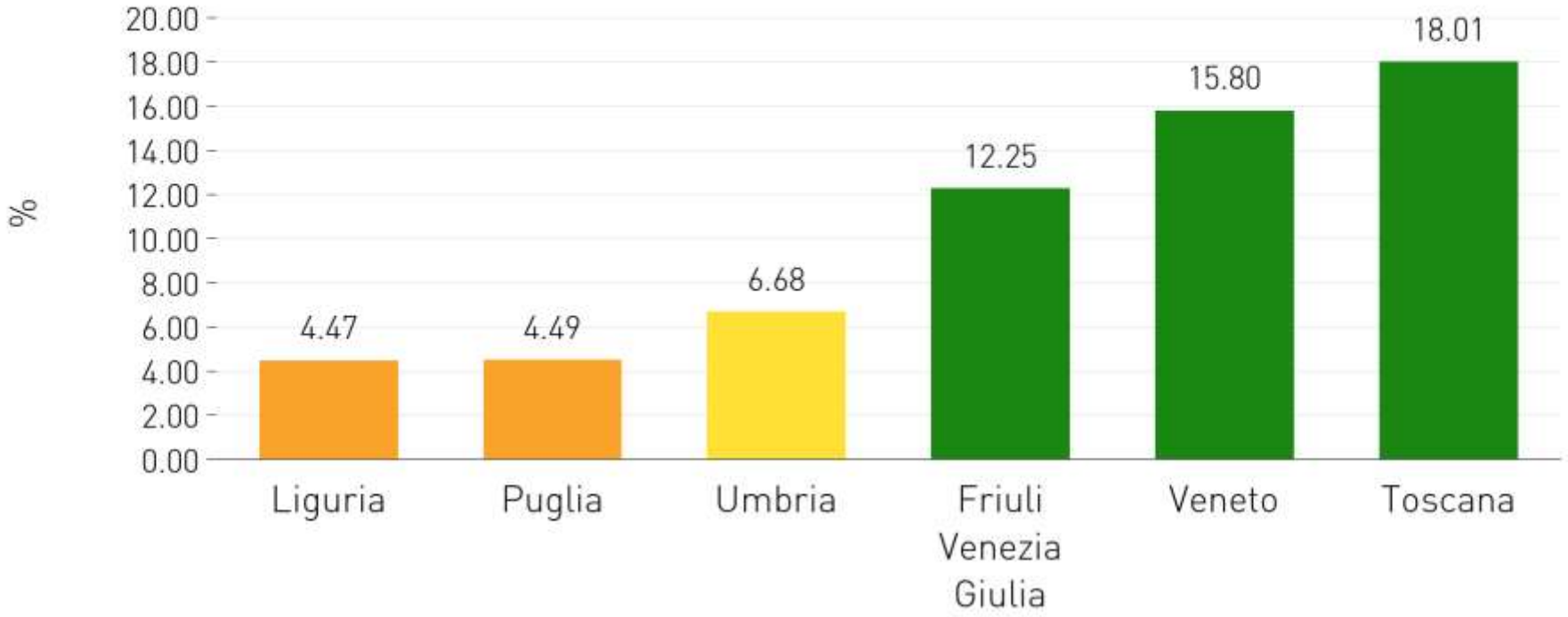

CIA medio ponderato e tasso di assistiti in ADI over 65 anni 2017
Tasso ADI over 65 anni
CIA medio ponderato
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
1.5
1.6
1.7
1.8
1.9
2.0
2.1
2.2
2.3
2.4
2.5
Molise
Veneto
ER
Sicilia
Toscana
PA Trento
Puglia
Liguria
Umbria
Italia
FVG
Abruzzo
Piemonte
Marche
Campania
Basilicata
Lazio
Lombardia
Calabria
VdA

Qualche dato…

La continuità

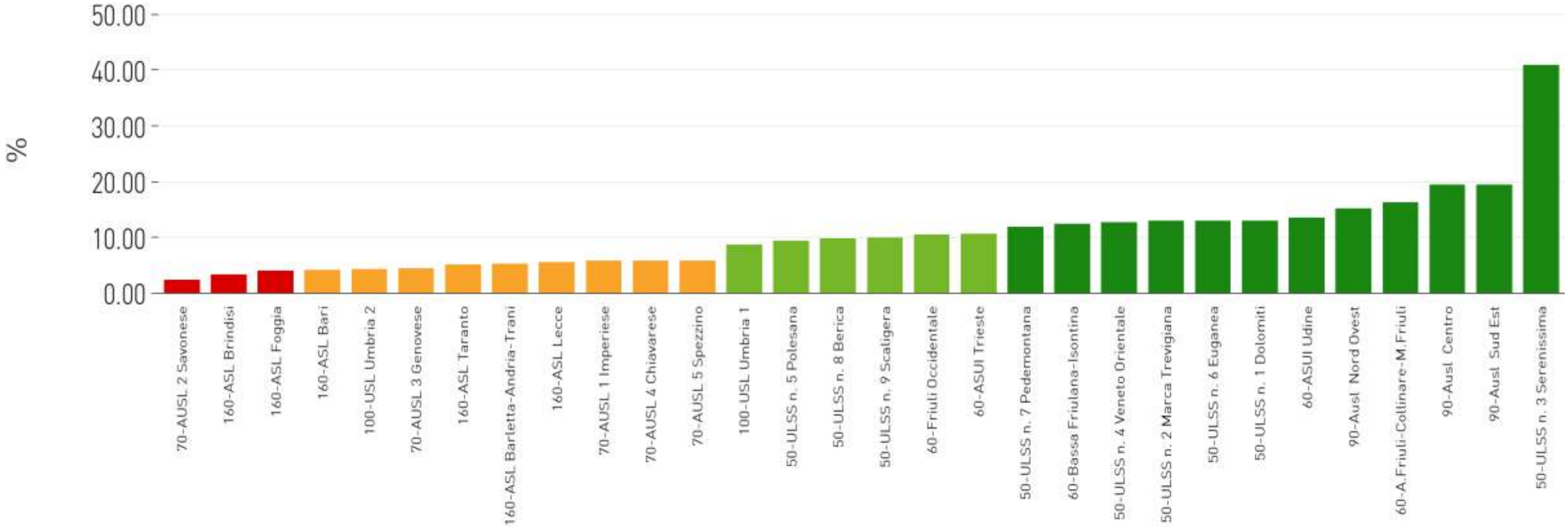
B28.2.5 - Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione

Regioni - Dati Bersaglio 2018



B28.2.5 - Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione

Aziende - Dati Bersaglio 2018

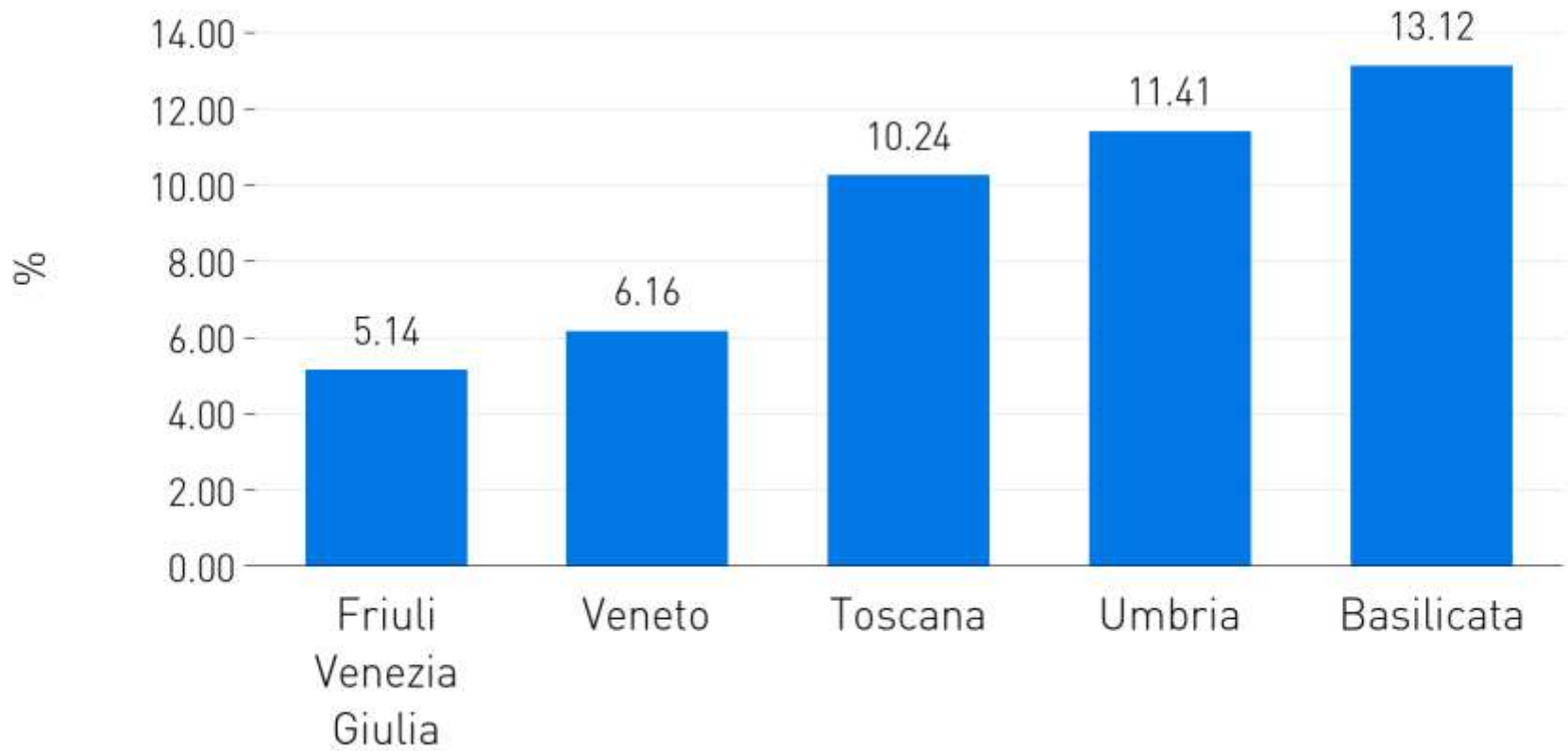


Valore Minimo 70-AUSL 2 Savonese: 2.35

Valore Massimo 50-ULSS n. 3 Serenissima: 40.83

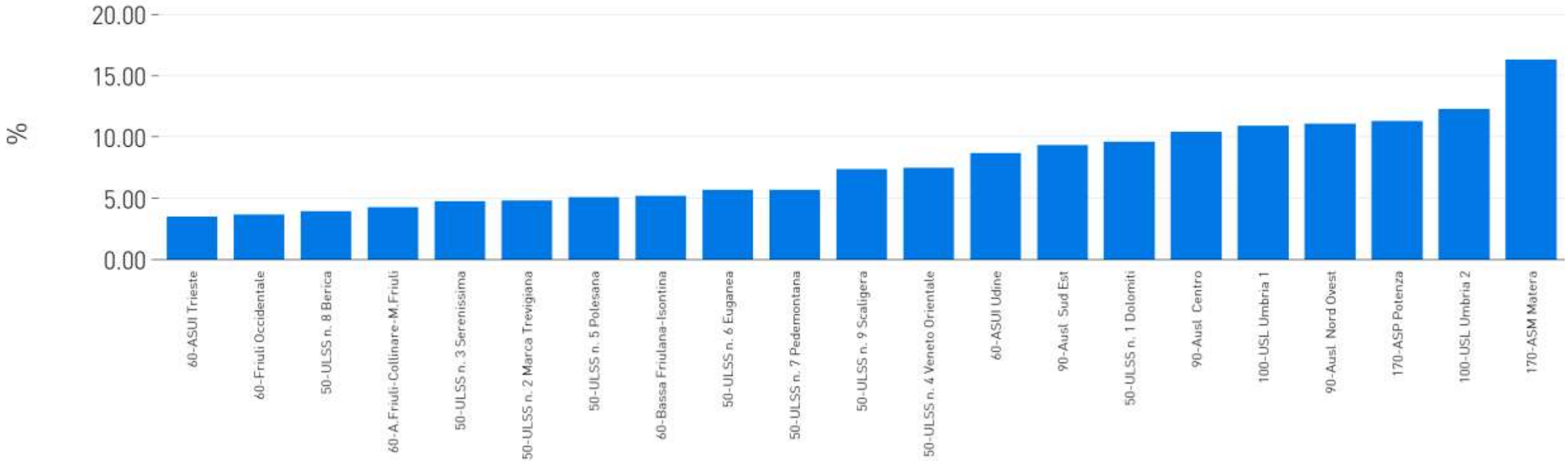
B28.1.5 - Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi

Regioni - Dati Bersaglio 2018



B28.1.5 - Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi

Aziende - Dati Bersaglio 2018



Valore Minimo 60-ASUI Trieste: 3.47

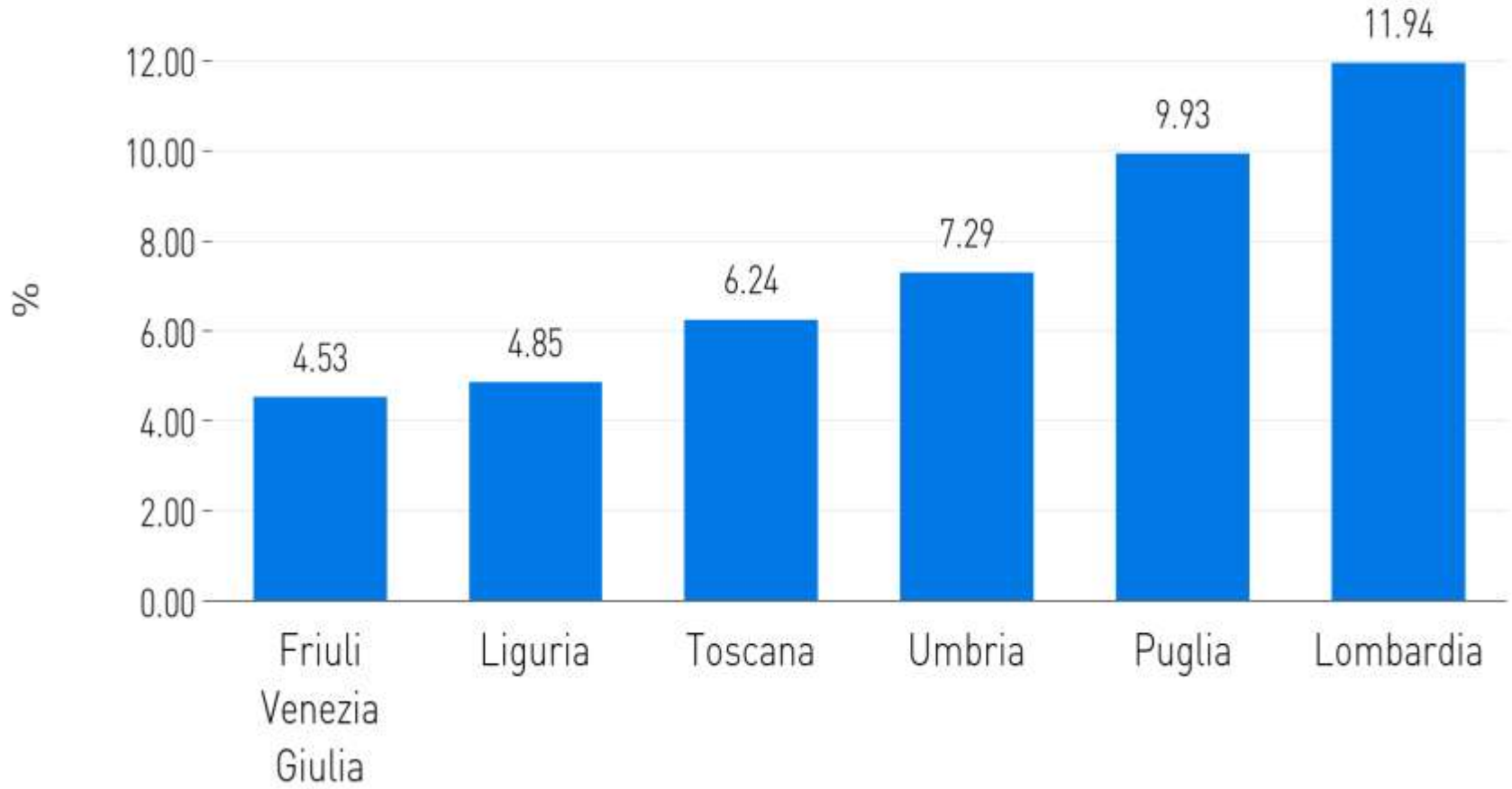
Valore Massimo 170-ASM Matera: 16.31

Qualche dato…

L’appropriatezza e la qualità

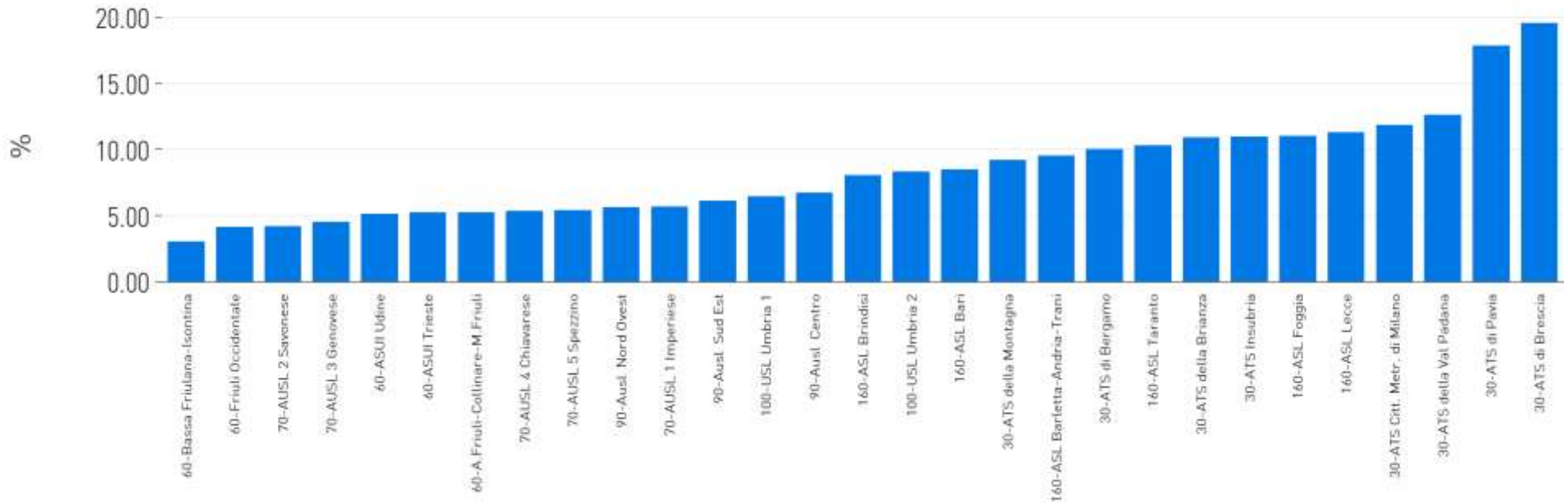
B28.2.11 - Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni

Regioni - Dati Bersaglio 2018



B28.2.11 - Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni

Aziende - Dati Bersaglio 2018

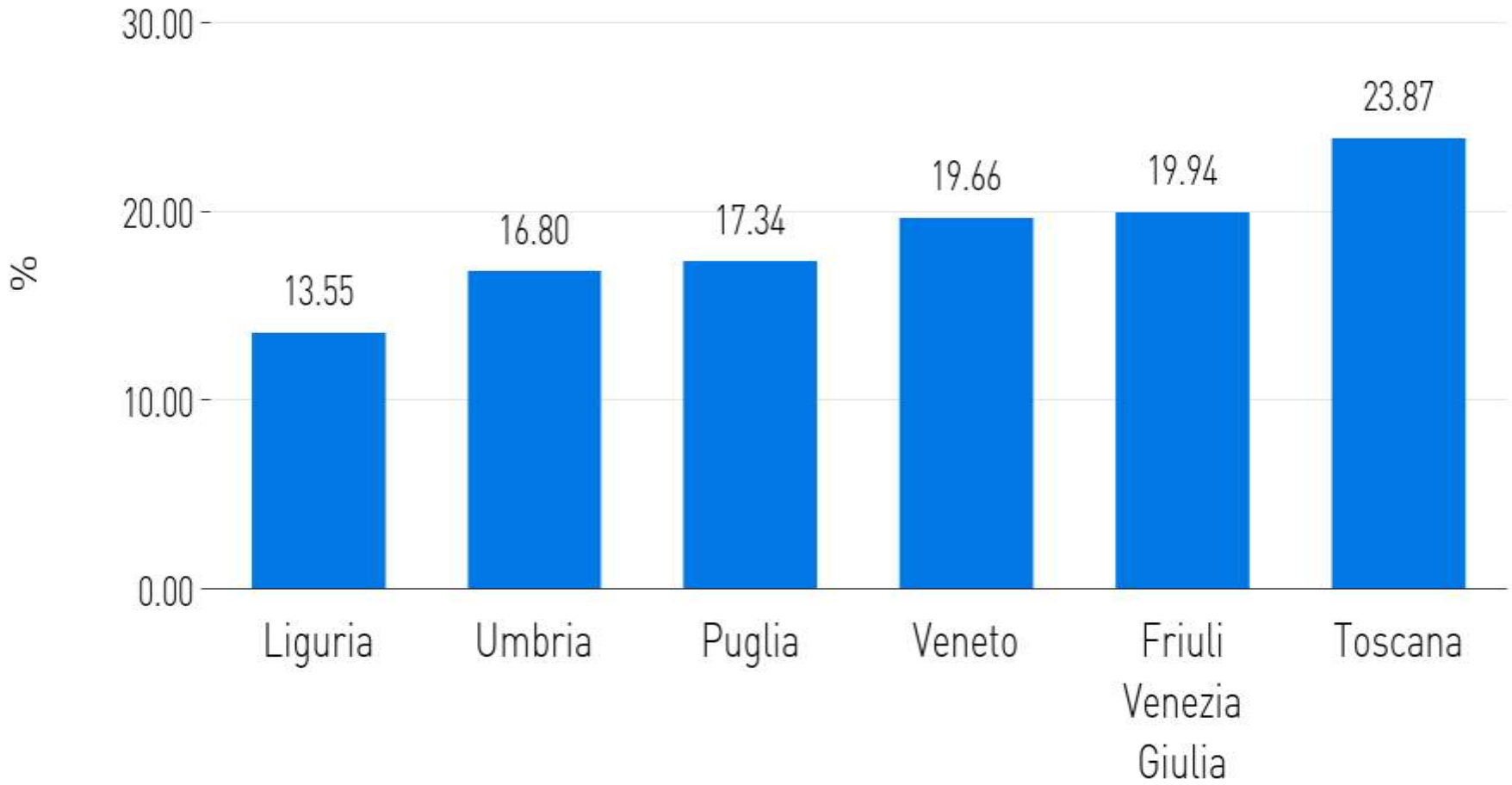


Valore Minimo 60-Bassa Friulana-Isontina: 3.04

Valore Massimo 30-ATS di Brescia: 19.53

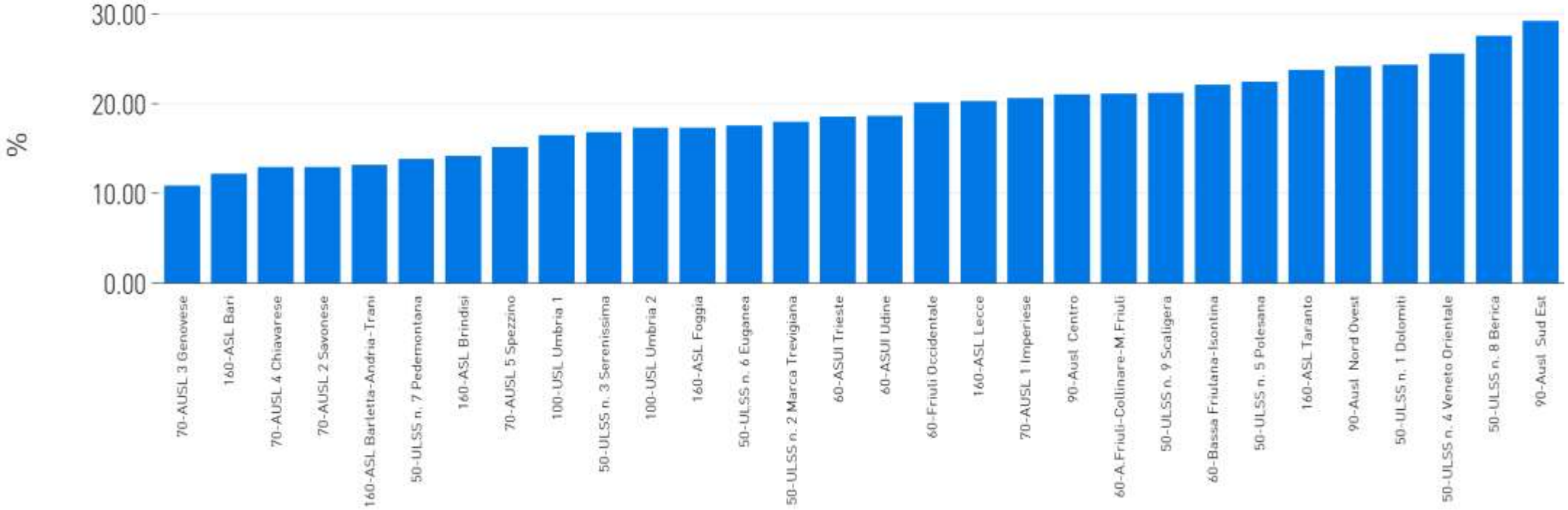
B28.2.12 - Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni

Regioni - Dati Bersaglio 2018



B28.2.12 - Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni

Aziende - Dati Bersaglio 2018



Valore Minimo 70-AUSL 3 Genovese: 10.79

Valore Massimo 90-Ausl Sud Est: 29.13

Qualche dato…

Cosa dicono gli assistiti

L'INDAGINE – obiettivi e metodologia (I)

Obiettivo

L'indagine ha avuto come obiettivo la rilevazione dell'esperienza e del grado di soddisfazione dei cittadini toscani relativamente ai servizi di assistenza domiciliare offerti dalle Aziende Sanitarie Locali.

Popolazione di riferimento

La popolazione di riferimento per la definizione della numerosità campionaria è costituita dai cittadini toscani maggiorenni. La lista campionaria, da cui è stato estratto il campione, è stata invece reclutata dalle Aziende sanitarie a partire dai pazienti assistiti a domicilio nel periodo aprile-giugno 2008, secondo criteri concordati con referenti di Area vaste e codificati in una "guida per il reclutamento dei pazienti che usufruiscono di assistenza domiciliare". All'indagine hanno partecipato dunque solo cittadini che hanno manifestato la propria disponibilità; in caso di impossibilità fisica o mentale dei pazienti, è stato reclutato un familiare o altra persona vicina (es. badante) in grado di parlare correttamente l'italiano.

La tecnica campionaria

Il campione all'interno della popolazione arruolata è stato estratto in modo casuale e stratificato per Azienda, in modo che la rilevazione potesse generare risultati rappresentativi della popolazione. Su ogni strato sono stati stabiliti dei livelli di significatività statistica al 95% ed una precisione delle stime del 7%.

Il campione

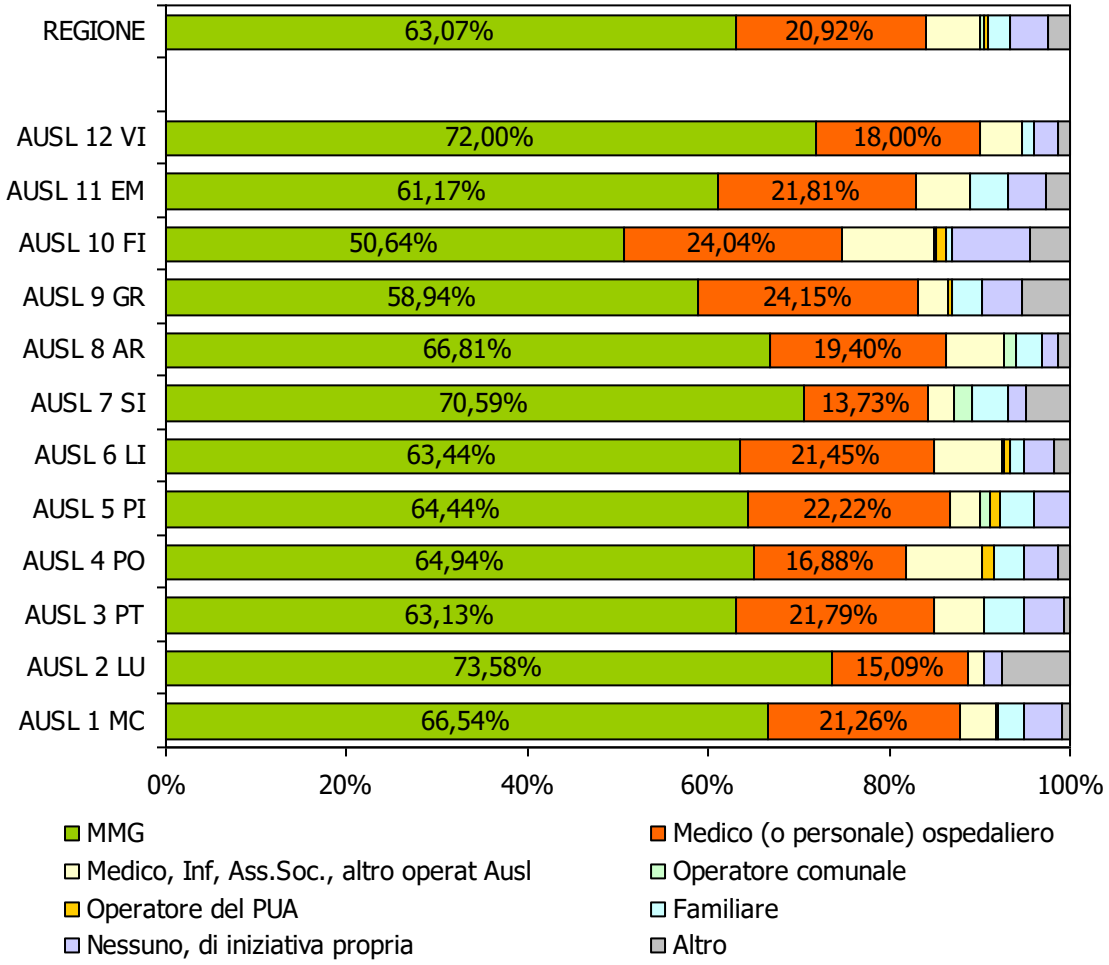
La metodologia appena illustrata ha dato origine ad un campione di numerosità complessiva regionale pari a: **2.342 cittadini.**

Le interviste

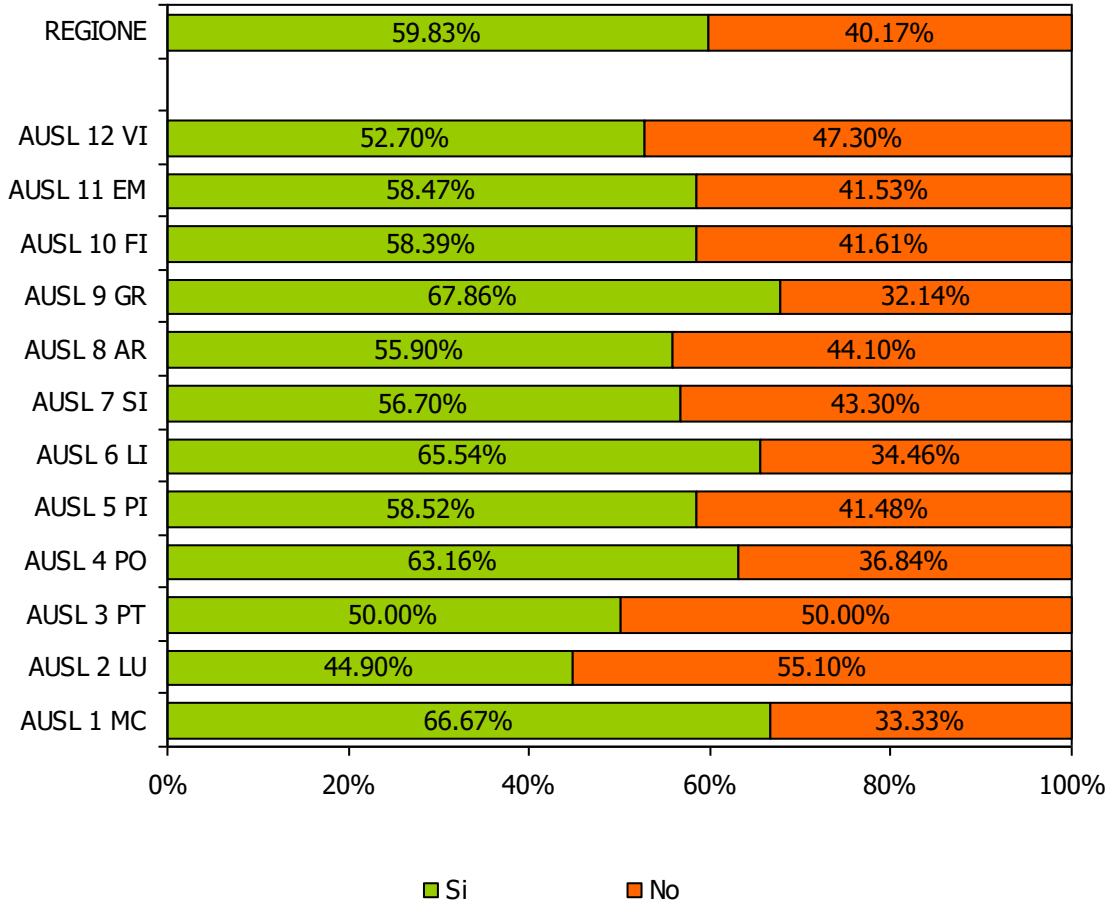
Le interviste sono state condotte da un gruppo di rilevatori del Centro CATI del Laboratorio Mes appositamente formati nella conduzione di indagini telefoniche sui servizi sanitari. La metodologia Cati prevede che gli operatori siano supportati nel corso dell'intervista da un apposito software che consente la gestione contestuale del contatto e del data entry.

AZIENDE	N° Intervistati
AUSL 1 (MC)	254
AUSL 2 (LU)	53
AUSL 3 (PT)	179
AUSL 4 (PO)	154
AUSL 5 (PI)	180
AUSL 6 (LI)	331
AUSL 7 (SI)	102
AUSL 8 (AR)	232
AUSL 9 (GR)	207
AUSL 10 (FI)	312
AUSL 11 (EM)	188
AUSL 12 (VI)	150
REGIONE	**2342**

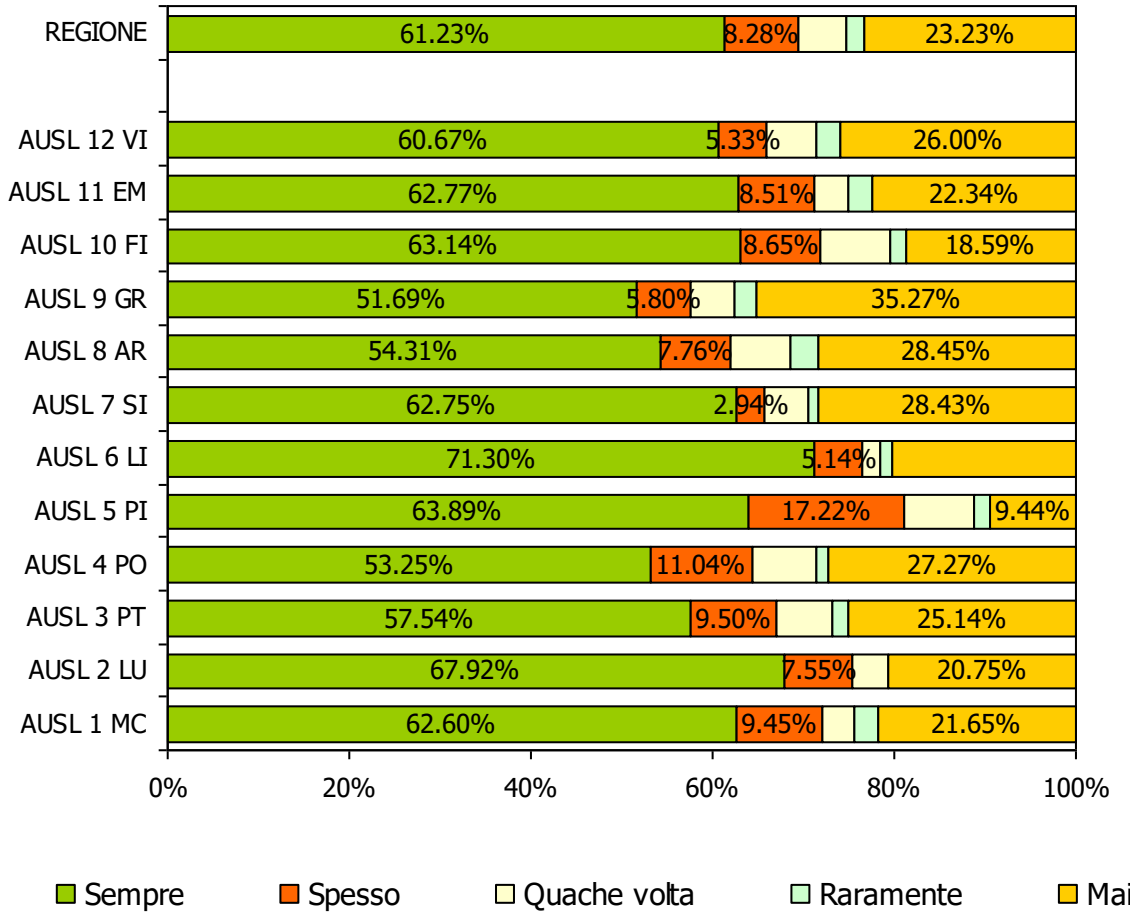
Chi l'ha indirizzato/a (oppure chi ha indirizzato il paziente) al servizio di Assistenza Domiciliare?



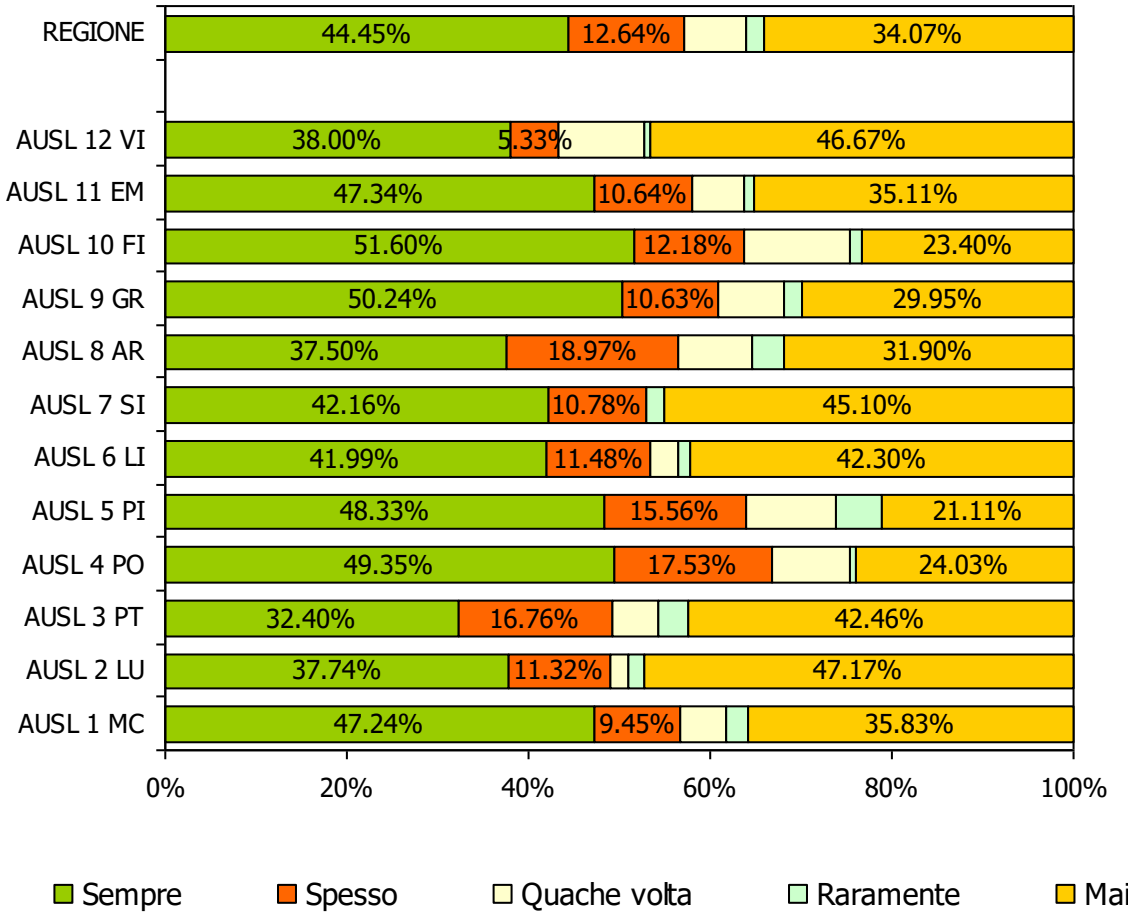
Il servizio di Assistenza Domiciliare è stato attivato in seguito ad una dimissione ospedaliera?



Da quando le è stata assegnata l'assistenza domiciliare, gli operatori della AUSL hanno coinvolto lei o i suoi familiari nell'organizzazione delle visite a casa

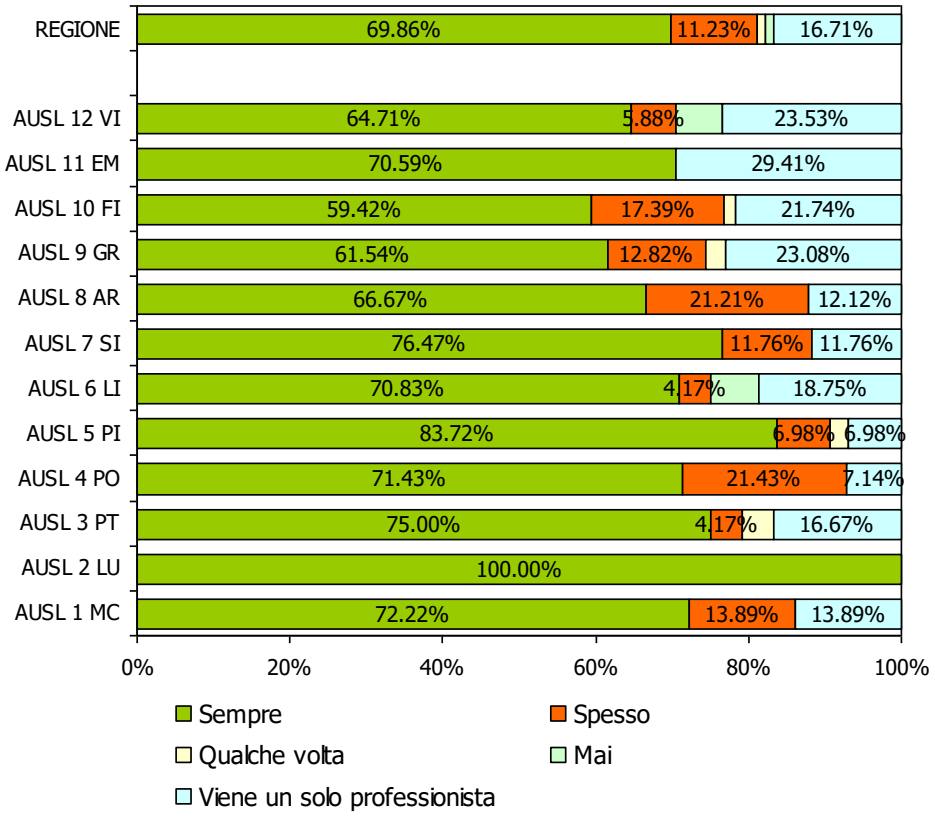


Il personale che viene a casa fissa degli orari delle visite?

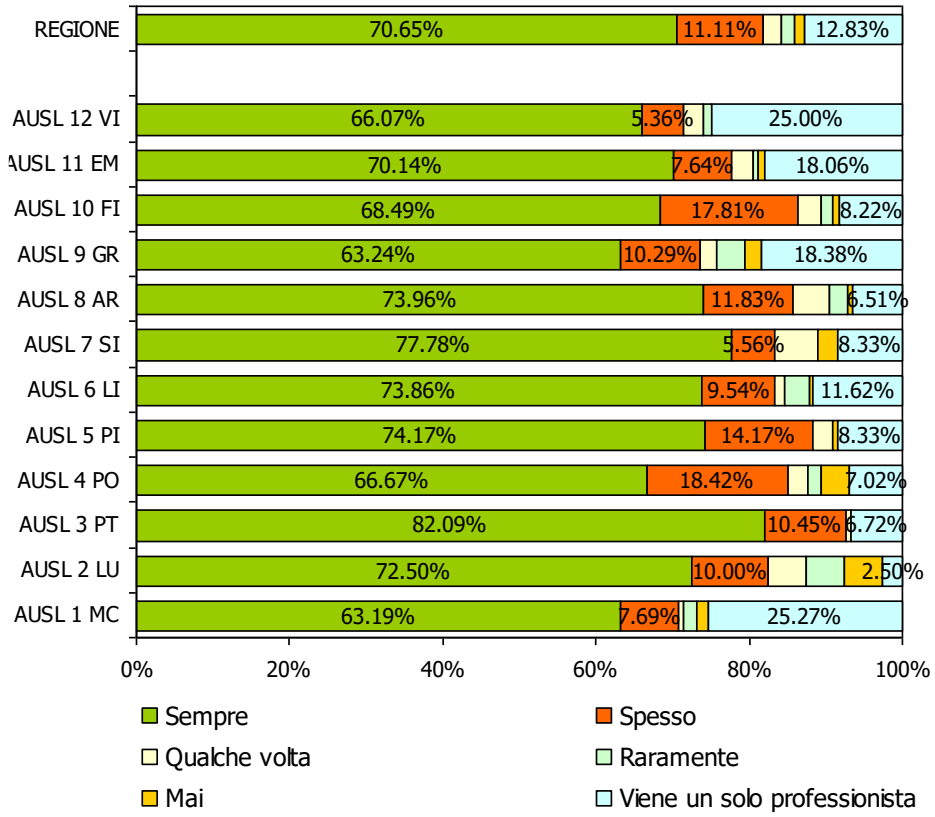


Secondo Lei, i diversi professionisti che vengono a casa per l'assistenza domiciliare sono coordinati tra loro?

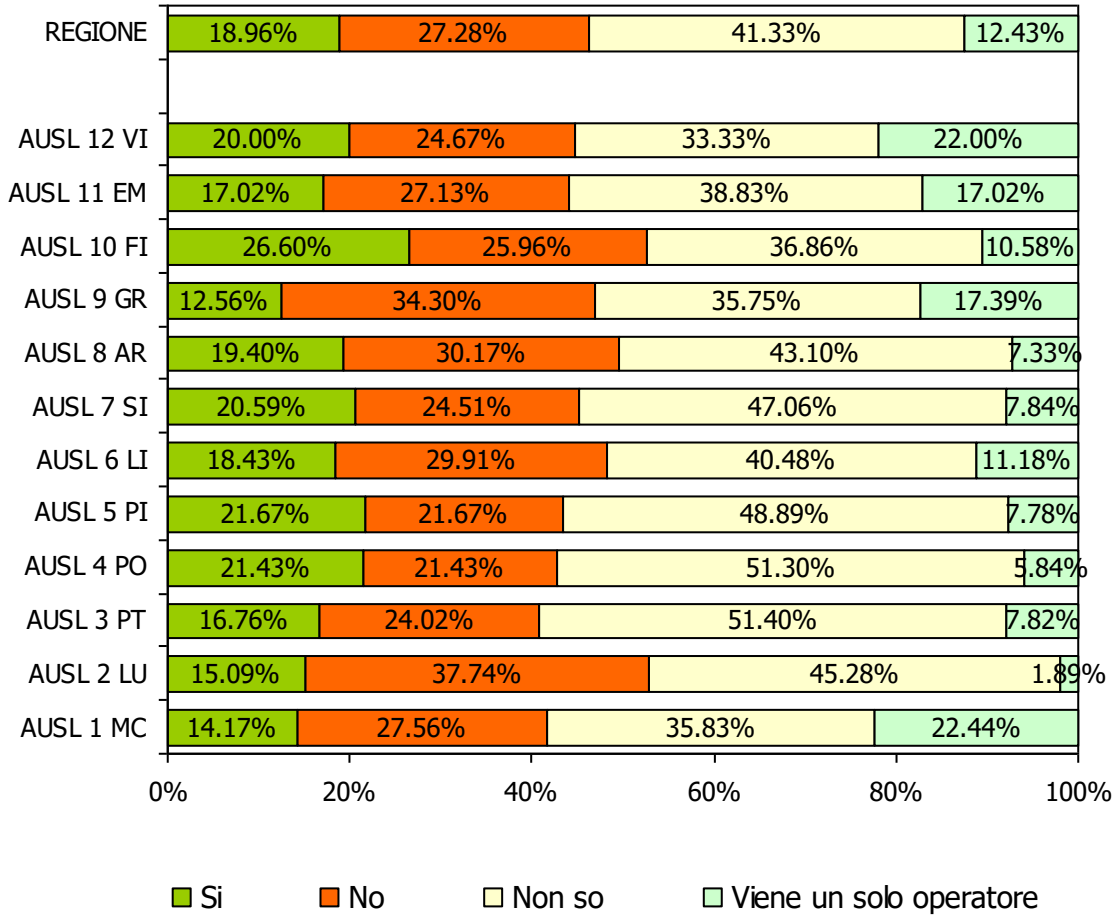
Pazienti



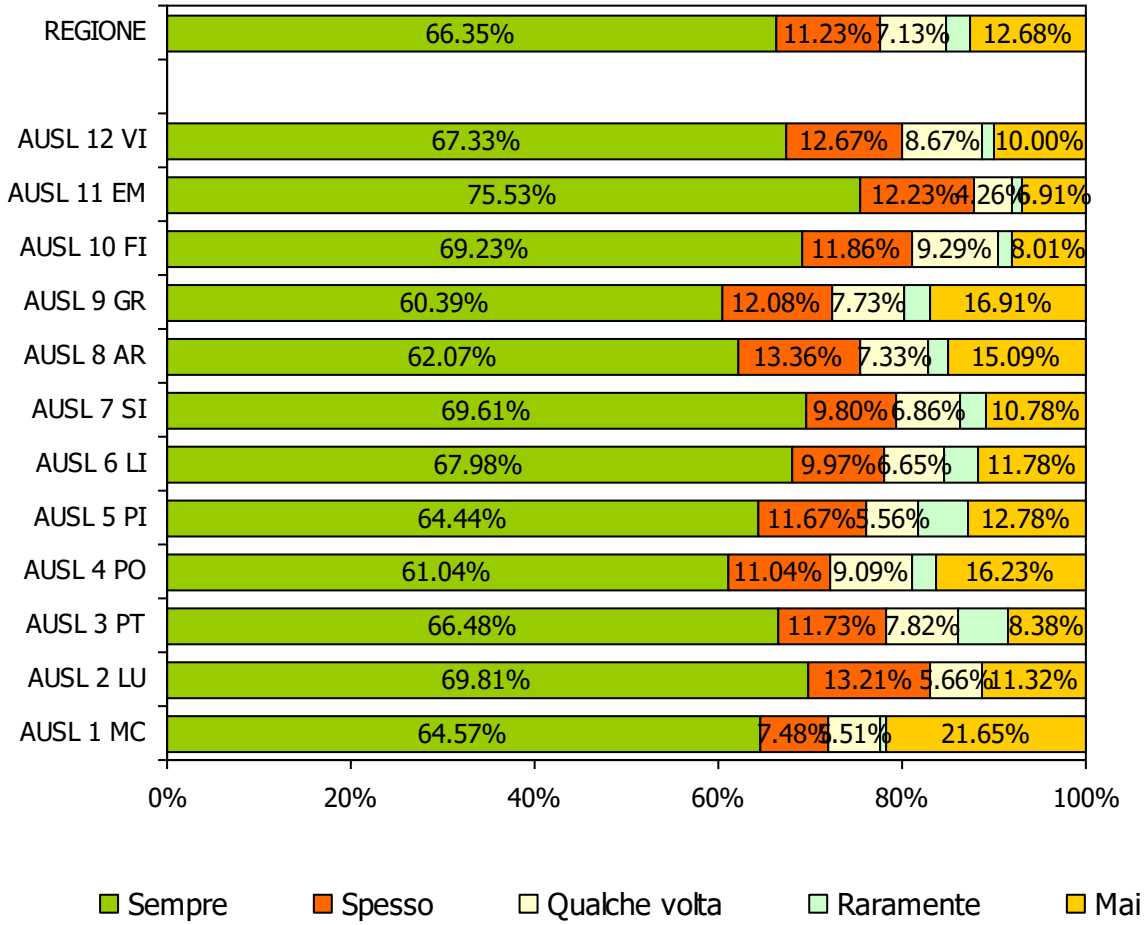
Altri rispondenti



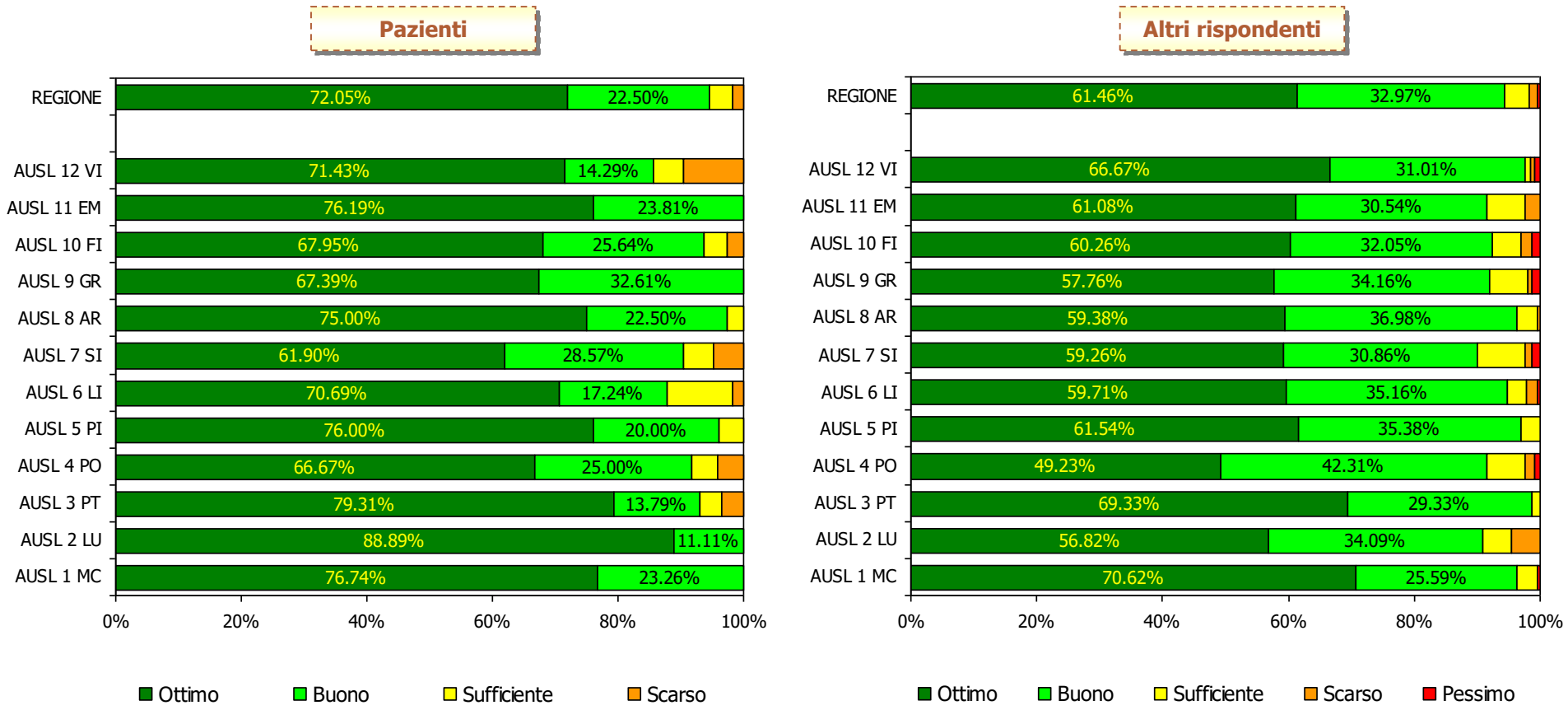
C'è qualcuno, in particolare, tra gli operatori che vengono a casa, che a suo avviso ha il ruolo di coordinatore del servizio?



I professionisti che vengono a casa hanno detto a lei o ai suoi familiari come comportarsi in loro assenza (farmaci, alimentazione, attività fisica, ecc.)?

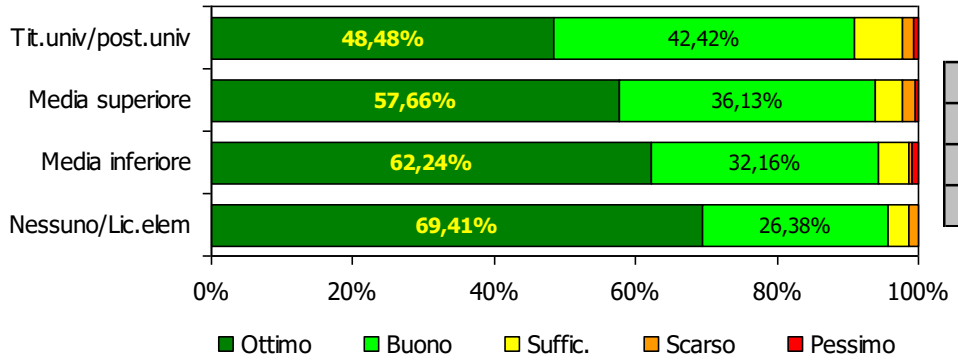


Come valuta complessivamente l'assistenza domiciliare che Lei / il paziente ha ricevuto?



Tra il personale che viene a casa ha notato una differenza nella qualità del servizio?

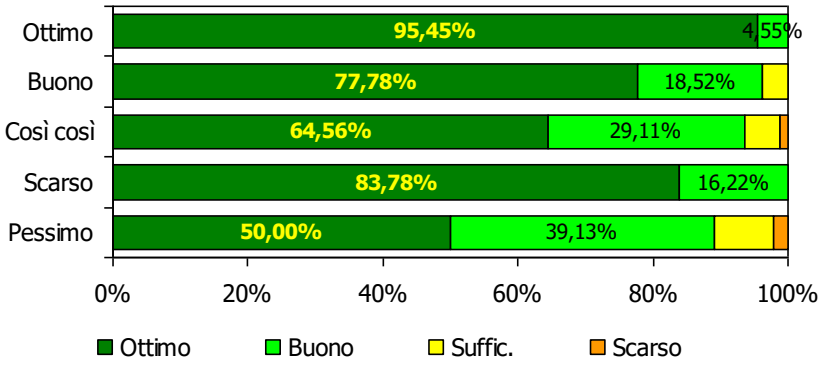
Livello di soddisfazione complessiva secondo il titolo di studio del rispondente



	Ottimo	Buono	Suffic.	Scarso	Pessimo	N. interviste
Nessuno/Lic.elem	69.41%	26.38%	2.91%	1.20%	0.10%	997
Media inferiore	62.24%	32.16%	4.16%	0.48%	0.96%	625
Media superiore	57.66%	36.13%	4.01%	1.82%	0.36%	548
Tit.univ/post.univ	48.48%	42.42%	6.82%	1.52%	0.76%	132

Livello di soddisfazione complessiva secondo lo stato di salute percepita del paziente

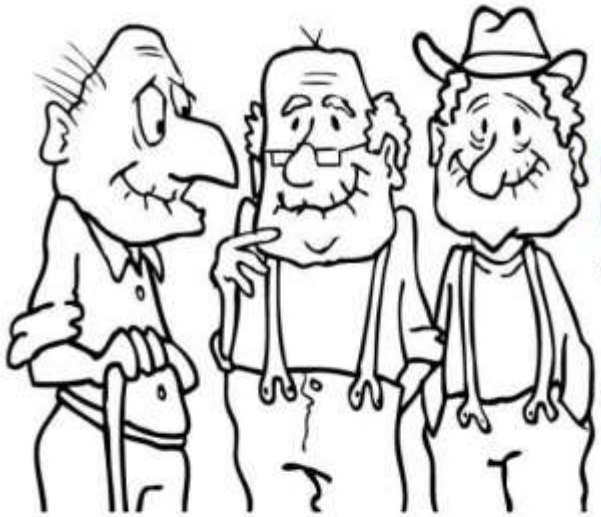
Stato di salute	Sodisfazione complessiva				
	Ottimo	**Buono**	**Suffic.**	**Scarso**	**N. interviste**
Pessimo	50,00%	39,13%	8,70%	2,17%	46
Scarso	83,78%	16,22%	0,00%	0,00%	37
Così così	64,56%	29,11%	5,06%	1,27%	79
Buono	77,78%	18,52%	3,70%	0,00%	54
Ottimo	95,45%	4,55%	0,00%	0,00%	22



Il percorso dal punto di vista dei pazienti e professionisti

STRUMENTO	Obiettivi	Target	n. Intervistati
Intervista semistrutturata face to face	Analizzare e approfondire gli aspetti socio-sanitari dell'attuale percorso ADI per pazienti complessi	Pazienti in assistenza domiciliare integrata con pluripatologia	20
Focus group	Analizzare criticità e proporre misure di miglioramento	Operatori sociosanitari coinvolti e MMG dei pazienti	10
Intervista semistrutturata	Approfondire le possibili strategie Regionali e Aziendali Percorso ADI per pazienti complessi	Dirigente Regionale e Dirigente Aziendale	2

Caratteristiche dei pazienti intervistati



Il campione è composto da:
Over 85 anni 12 M
Over 87 anni 8 F
N° 2 non ha nessun titolo scolastico
N° 18 ha un titolo di scuola elementare
Il totale dei paz. soffre di più di una malattia cronica ed è assistito da badanti

I risultati delle interviste

I. L'assimetria informativa

"…ditemi voi quante volte deve venire il medico. Sono io che lo chiamo sempre"

" ..vorrei sapere che cosa devono fare…il clistere rientra nei loro compiti?

"… Non mi sono mai rivolta al servizio sociale e nessuno mi ha mai detto niente … se funziona come per l'invalidità si stà freschi!"

"…vorrei sottolineare una cosa importante e cioè prima dell'intervento ti fanno firmare una marea di fogli di responsabilità, però non ti fanno firmare niente e non ti dicono nulla di cosa succede dopo l'intervento..il pacco poi te lo porti a casa."

I risultati delle interviste

III. L'organizzazione degli Infermieri (tempo,rotazione, ruolo, compiti)

"…Hanno sempre furia, però non posso lamentarmi "

".. Fanno tutto in fretta e spesso io non riesco a capire…e quando ritornano mi dicono che ho sbagliato..

"... vorrei sapere perché cambiano! Una volta che mio marito si è abituato..ho sentito anche loro e sono d'accordo… i!"

Gli infermieri ora da circa 20 gg. vengono tutti i gg. e ci stanno mezz'ora però non cambiano il pannolone, mettono solo la flebo, una medicazione e poi se ne vanno. Credevo ci stessero di più per aiutarmi anche a lavarlo e cambiarlo"

I risultati delle interviste

IV. L'organizzazione delle visite e supporto, numero telefonico, mancanza servizio festivi, esigenze non considerate.

La comunicazione con gli utenti e parenti/caregiver appare non molto curata e vengono poco utilizzati i tempi di permanenza a domicilio per cercare di ascoltare, dare informazioni, supporto e indirizzo.

In tutte le interviste è emersa la criticità di una mancanza di logica di squadra, di una visione sistemica e di insieme del percorso e quindi una difficoltà da parte dell'utenza a chi rivolgersi in caso di bisogno.

"Attivazione dei presidi a domicilio è un dramma" – "Se qualcosa si guasta non si sa cosa fare"

"Vi è una completa mancanza di informazioni. Basterebbe un semplice foglietto, ciclostilato dove noi utenti possiamo trovare n° telefonici, indicazioni, spiegazioni dopo la dimissione. Dobbiamo essere presi per mano e non lasciati in balia o sbalzati chissà dove"

"Loro spiegano poco e hanno sempre furia, ma io non capisco e sono disperata e stanca, stanca"

"Sono stata io a far accordare il MMG e gli infermieri per il 1° accesso"
"Hanno i giorni stabiliti, ho il numero però se li chiamassi ora (pomeriggio) non mi risponderebbero"

"Sarebbe necessario un contatto diretto tra INF e MMG invece spesso gli infermieri dicono a me di contattare il MMG

I risultati delle interviste

V. Le informazioni sulle terapie e la cartella clinica.

"…non ho mai visto scrivere…e ho anche chiesto ma mi hanno detto che tengono tutto in testa "

" .. Gli infermieri scrivono in una cartella che portano via e tengono in macchina…"

"… gli infermieri scrivono quello che fanno in una cartella, la Dott.ssa scrive in un'altra cartellina che lascia qui, a casa…"

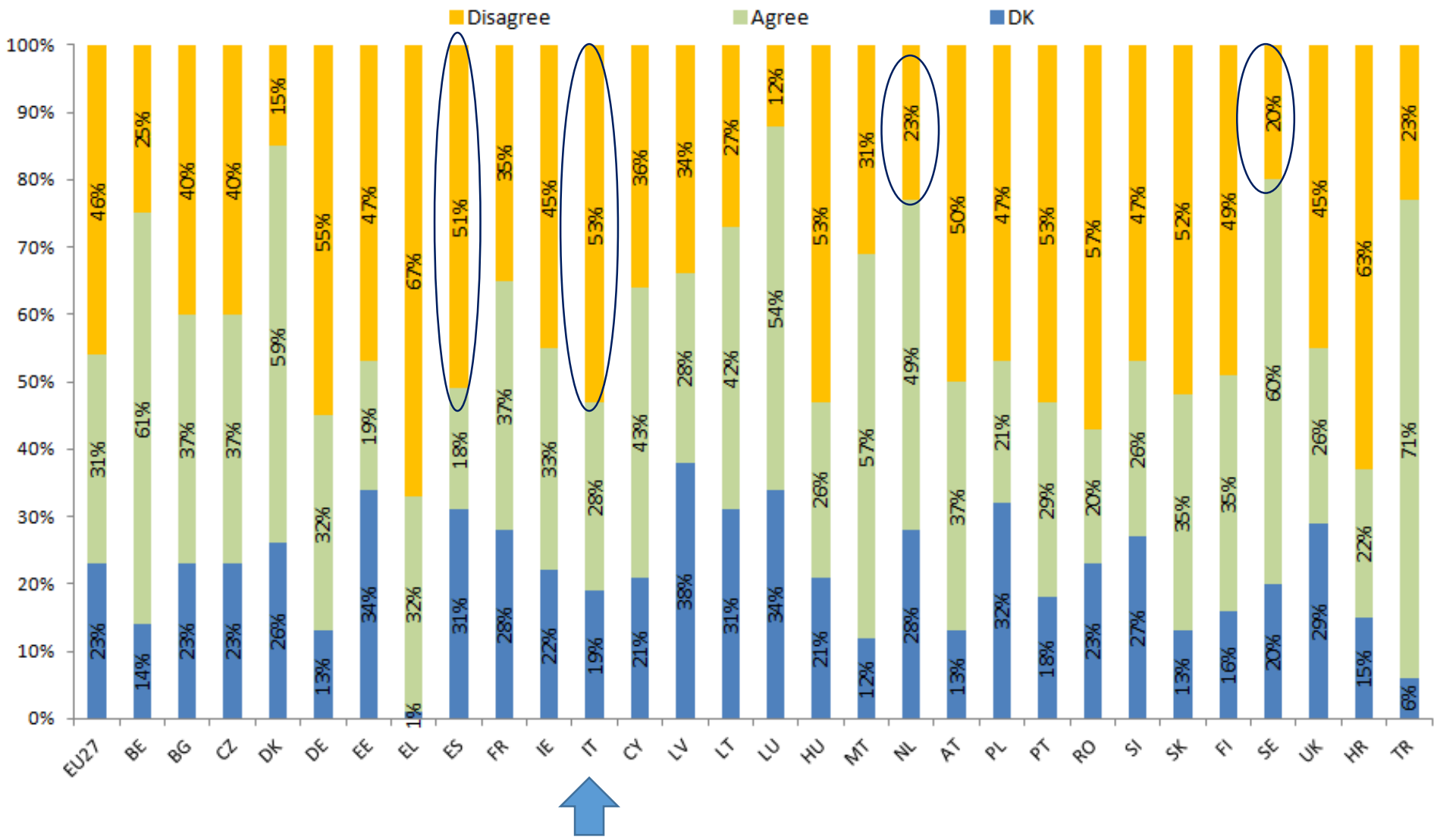
"Ho sempre visto ricette rosse che devo portare da tutte le parti. Ne ho una collezione in casa e anche tutte macchiate e mi hanno sempre detto che non le devo buttare via"

Le aspettative e la soddisfazione …

EUROBAROMETER 2007-2008

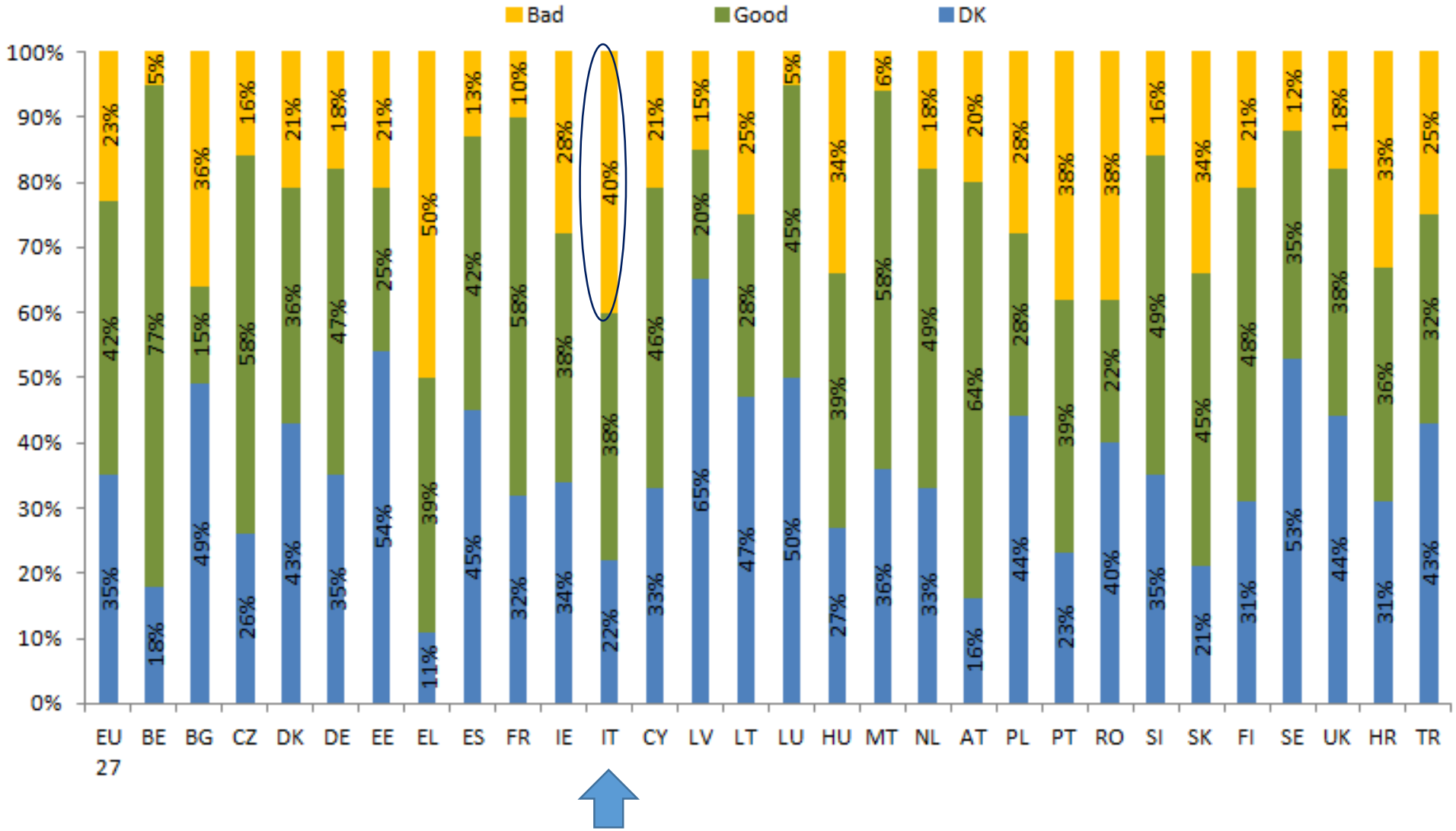
QA29.2 Could you please tell me if you agree or disagree with each of the following statements regarding this issue?

Professional care at home is available at an affordable cost



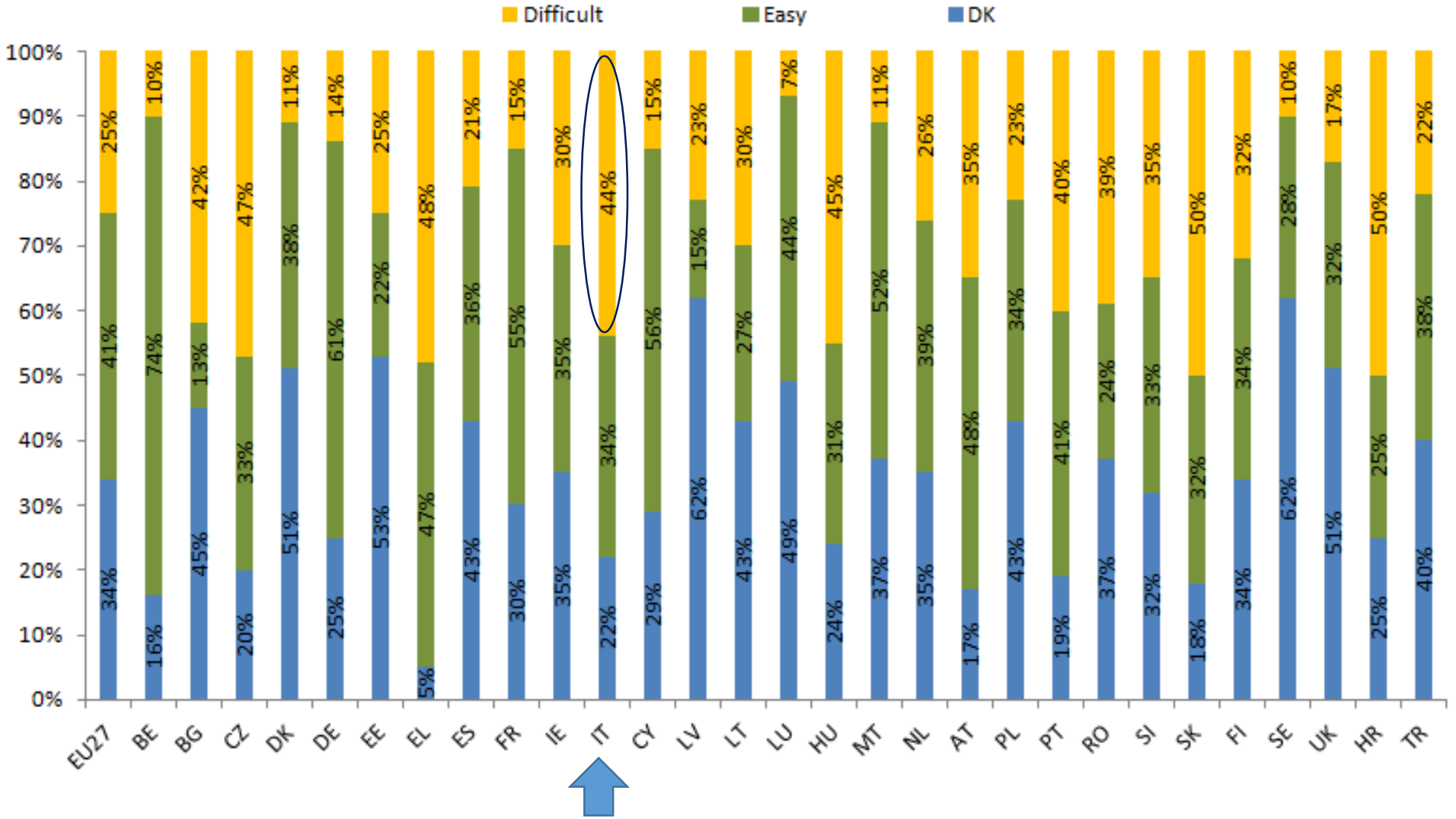
A3.5 Thinking now about your own experiences of health care services in (OUR COUNTRY) and those of people close to you, please tell me if you think that the **quality of each** of the following is very good, fairly good, fairly bad or very bad.

Care services for dependent people in their home

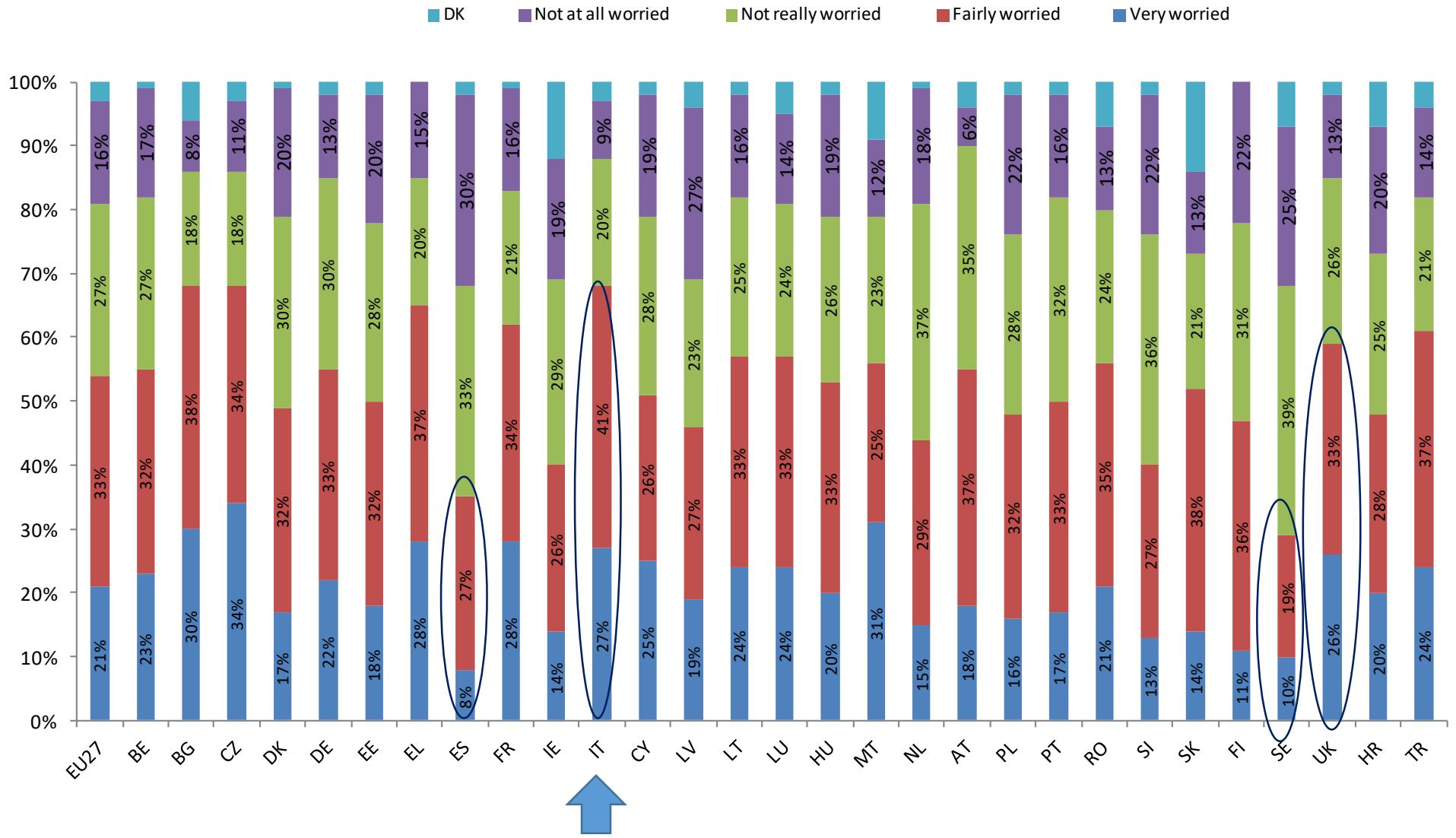


QA4.5 Thinking again about your own personal experiences (yours or those of people you are close to), please tell me how easy or difficult it is to reach and to gain access to the following healthcare services in (OUR COUNTRY). I'm only talking about **availability and access**, not about affordability or the selection and range of health care.

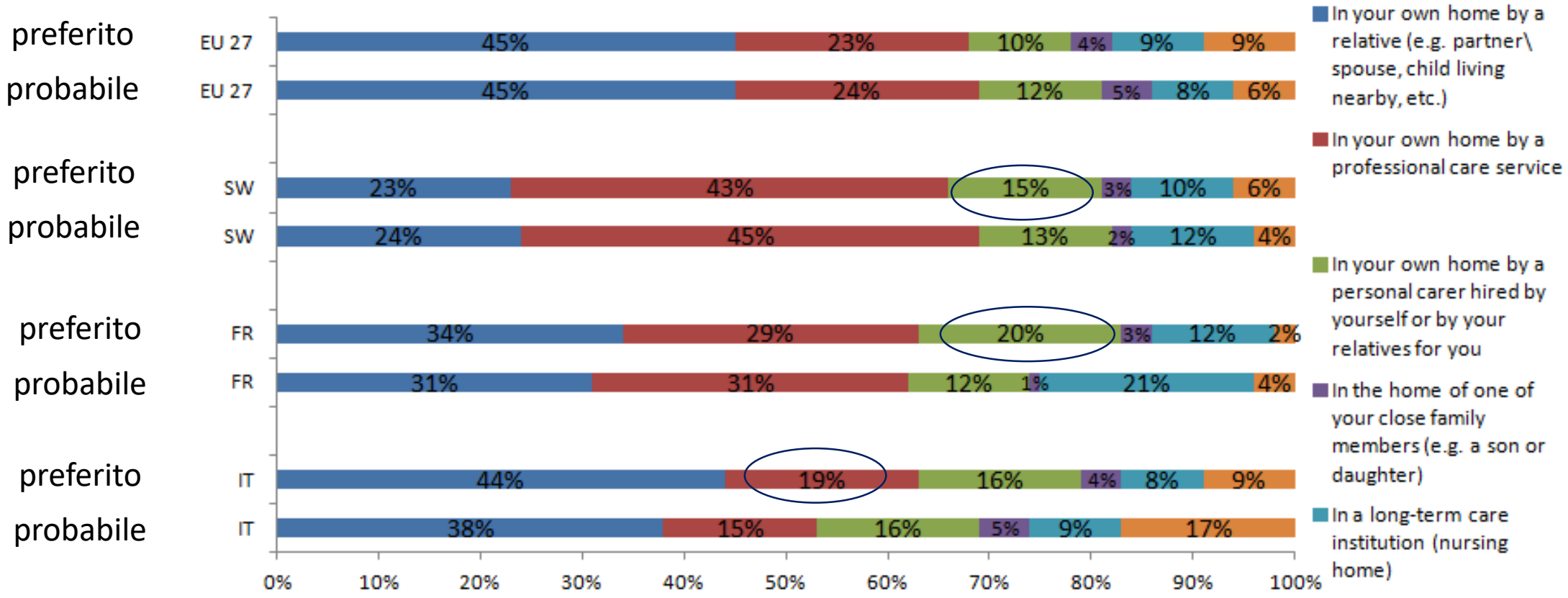
Care services for dependent people in their home



QA18 And how do you feel about the idea of becoming dependent upon the help of others one day? Are you…?



QA20a There are different ways of getting assistance if one becomes dependent and needs regular help and long-term care. If you needed such assistance, please tell me in **which of the following ways you would be most likely to be looked after?/**QA20b And in which way you would **prefer** to be looked after?



1. Modello frammentato
2. Scarsa governance
3. Discreta integrazione
4. Scarsa (scarsissima) valutazione della qualità

De facto, the evaluation of the results, and also the recording of operational data (type of client, problems, solutions), are little practiced in Italy. There are difficulties in the assessment of outcomes (to measure the effects of the treatment on the client), Re-evaluation of people after the allocation of services is rare, as are attempts to record the outcome of interventions at distance (Guaita, 2009). Audits of the service, when made, are executed by the Social Services of the Municipality, and by the managers of integrated health services involved in the home (Regional Health Service). Evaluations of client satisfaction do take place, but cannot be used for choosing a provider (no individual organisation information is available).

5. Scarsa attività di ricerca

Review della letteratura del 2011 Home care in Europe: a systematic literature review
Italy (4 articles) [3 di comparazione internazionale, 1 solo scritto da italiani]
The articles provided little information on home care, particularly where policy and regulation and financing were concerned. What became evident is that home care in Italy was highly decentralised.
Svezia? 20 articoli
UK?16 articoli
Olanda? 8 articoli
Finlandia? 7 articoli

"There's no place like home."

—Dorothy, The Wizard of Oz

In ricordo di Claudio Bartolini.
La sua ADI era la migliore di tutta la Toscana, anzi d'Italia!