

L'assistenza domiciliare nella Città di Torino.

E' possibile che ci sia una casistica non presa in carico?

F. Cirio, Direzione Professioni Sanitarie ASL Città di Torino e Docente a contratto Univ. Studi di Torino

Introduzione

Tra le prestazioni previste dai LEA vi è l'assistenza domiciliare "garantita alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita" (art. 22 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017).

In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, l'assistenza domiciliare si articola nei seguenti livelli:

- Cure domiciliari di livello base (CIA < 0.14)
- Cure domiciliari integrate (ADI) di 1°, 2° e 3° livello (CIA rispettivamente 0.14-0.30, 0.31-0.50, >0.50)
- Cure palliative domiciliari di base (CIA < 0.50) e specialistiche (CIA > 0.50).

La cura e l'assistenza domiciliare per quanto prevista dai LEA presentano una articolazione e offerta eterogenea tra le diverse Regioni italiane.

Il Ministero della Salute ha programmato per le Regioni uno standard atteso di assistenza domiciliare pluriprofessionale del 4% della popolazione ultrasessantacinquenne e attraverso i flussi regioni-ministero denominati SIAD monitora mensilmente l'assistenza domiciliare erogata. Tale assistenza rientra nella definizione di Assistenza domiciliare integrata (ADI) alla quale si sommano le Assistenze domiciliari programmate (ADP) erogate dal MMG, le prestazioni unicamente infermieristiche (SID) e l'assistenza domiciliare sociale (SAD).

La Regione Piemonte, con l'ADI si attesta nel 2017 intorno al 2.9% degli ultrasessantacinquenni (Tabella 1) e la Città di Torino ha raggiunto delle percentuali ancora più basse: 2.8% tra ADI e SID (tabella 3), valori lontani dalla media nazionale del 3.2 e del 4% di programmazione ministeriale e comunque con un forte divario rispetto ad altre nazioni europee (tabella2).

Per quanto riguarda Torino, l'ASL ha comunque risposto a tutte le richieste pervenute dai MMG/PLS, senza avere mai prodotto delle liste d'attesa.

L'attuale modello torinese, assegna prevalentemente al MMG il ruolo di richiesta e attivazione delle Cure domiciliari; attivazione che è quasi esclusivamente motivata dalla necessità contingente di prestazioni diagnostiche e terapeutiche: terapie da somministrare, medicazioni o prelievi ematici da effettuare, ecc. Seppure l'analisi delle prestazioni erogate evidenzia maggioritari le "valutazioni clinico-funzionali" e "l'educazione

terapeutica” (Tabella 4), queste sono tuttavia corollari alle prestazioni precedentemente citate.

Tabella 1 – L’ADI in Italia

Regione	Prese in carico (PIC) 2017							Assistiti per 100 abitanti (65+ anni) 2017	Assistiti per 100 abitanti (75+ anni) 2017
	GdC 0*	CIA Base**	CIA 1	CIA 2	CIA 3	CIA 4	Totale		
Piemonte	4.699	39.961	20.282	8.199	1.463	6.619	81.223	2,9	4,6
Valle d’Aosta	0	9	26	17	3	8	63	0,2	0,3
Lombardia	20.012	19.757	15.257	20.748	2.790	6.053	84.617	1,8	2,9
P. A. Bolzano - Bozen	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d
P. A. Trento	521	4.150	2.769	1.120	256	1.011	9.827	3,9	6,4
Veneto	1.720	91.634	51.448	17.912	3.233	15.336	181.283	7,2	12,2
Friuli Venezia Giulia	743	7.250	7.176	2.539	283	1.116	19.107	3,1	5,0
Liguria	703	1.057	8.241	6.181	698	1.624	18.504	3,4	5,3
Emilia Romagna	13.179	67.566	31.470	12.176	2.037	8.113	134.541	4,6	7,4
Toscana	18.192	45.384	20.773	9.192	1.527	7.435	102.503	3,7	6,0
Umbria	359	2.374	3.912	1.960	341	1.270	10.216	3,1	5,0
Marche	553	2.769	5.954	3.908	447	1.753	15.384	2,9	4,6
Lazio	2.241	3.183	10.250	10.830	1.372	4.604	32.480	1,9	3,3
Abruzzo	774	1.391	3.176	4.770	945	1.814	12.870	3,1	5,0
Molise	322	1.315	2.500	2.534	456	1.501	8.628	8,4	13,2
Campania	1.144	2.062	6.539	15.673	2.779	8.117	36.314	2,7	4,7
Puglia	1.519	7.949	13.568	13.933	2.171	8.301	47.441	3,7	6,1
Basilicata	560	1.909	1.767	578	159	342	5.315	1,9	3,1
Calabria	925	2.904	3.477	2.484	221	518	10.529	1,4	2,4
Sicilia	1.802	4.274	10.901	25.923	4.108	10.859	57.867	4,4	7,1
Sardegna	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d
Italia	69.968	306.898	219.486	160.677	25.289	86.394	868.712	3,2	5,3

GdC=Giornate di presa in carico; CIA= Coefficiente di intensità assistenziale; n.d.= non disponibile.

Fonte: Ministero della Salute - NSIS - Sistema informativo per l’assistenza domiciliare (SIAD) - DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. - anno 2017

Elaborazione a cura dell’Ufficio III - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

* in questo caso, la data del primo e dell’ultimo accesso coincidono.

** tale livello non è assimilabile a quelli previsti dalla Commissione LEA, tuttavia si introduce, su specifica richiesta di alcune regioni, per misurare nell’assistenza domiciliare la numerosità dei PAI con CIA compresi tra 0 e 0,13. Questo livello viene inserito anche per evidenziare una necessaria distinzione dall’assistenza domiciliare prestazionale.

Tabella 2 – Percentuali di anziani assistiti a domicilio in altre Nazioni

Nazione	% anziani assistiti a domicilio
Danimarca	21,5
Austria	19,3
Svizzera	9,4
Svezia	9,3
Giappone	8,4
Belgio	7,5 (2004)
Nuova Zelanda	7,0
Finlandia	6,9
Regno Unito	6,9
Germania	6,2
Australia	5,9
Francia	4,4
Lussemburgo	4,4
Italia	4,1
Spagna	2,1 (2001)
Grecia	0,5 (2002)

Fonte: Eurostat (2003); Ministero delle Politiche sociali (2006); Istat (2006); Oecd (<http://www.ecosante.fr/OCDEFRA/80.html>).

Tabella 3 - Città di Torino Cure domiciliari - anno 2017

Tipologia	n° Femmine	% su pop. ≥65aa	n° Maschi	% su pop. ≥65aa	Tot.	% su pop. ≥65aa	CIA*
ADI	1199	0,9	905	1,0	2104	0,9	0,47
SID	2852	2,1	1549	1,6	4401	1,9	0,16
ADP	5493	4,1	1867	2,0	7360	3,2	0,06
Tot.	9544	7,2	4321	4,6	13865	6,1

*CIA= Coefficiente di intensità assistenziale

Tabella 4 - Prestazioni per ADI e SID a Torino

Prestazioni	ADI		SID	
	Tot.	%	Tot.	%
Valutazione e monitoraggio clinico e funzionale	58463	33,1	30634	23,8
Educazione terapeutica	33343	18,9	20151	15,6
Relazione d'aiuto	15743	8,9	4770	3,7
Somministrazioni terapeutiche	17044	9,7	634	0,5
Esami strumentali	9998	5,7	977	0,8
Medicazioni e fasciature	15583	8,8	36597	28,4
Prelievi ematici	2969	1,7	14552	11,3
Gestione nutrizione parenterale	11041	6,3	2163	1,7
Gestione nutrizione enterale	392	0,2	129	0,1
Igiene e Mobilizzazione	8067	4,6	8327	6,5
Gestione eliminazione urinaria o intestinale	2676	1,5	4473	3,5
Riabilitazione fisiatica	1192	0,7	5364	4,2
Tot. Prestazioni	176511	100,0	128771	100,0

Ipotesi di ricerca

Considerata la più bassa percentuale di assistenza domiciliare erogata a Torino rispetto alle altre Regioni considerate "virtuose" e la contestuale assenza di liste d'attesa, si ipotizza che vi siano anziani torinesi con bisogni di assistenza domiciliare non individuati dai MMG, per una considerazione prevalentemente prestazionale del ruolo dell'ADI e del SID e non tanto di presa in carico e monitoraggio della condizione di cronicità e di non autosufficienza.

Obiettivo di studio

Individuare anziani non assistiti a domicilio (ADI o SID), ma valutati in altri contesti sanitari (Unità di Valutazione Geriatrica, Fragili alle ondate di calore estivo) come bisognosi di una assistenza domiciliare sanitaria.

Metodologia

Lo studio è stato condotto attraverso le seguenti fasi:

- Estrazione dal database dell'UVG degli anziani idonei ad aiuti di lungassistenza domiciliare e affetti da patologie croniche che necessitino l'impiego di presidi/tecnologie sanitarie (es.: PEG, SNG, NPT, O2 Terapia prolungata, Terapia antalgica, Misurazioni frequenti di parametri clinici). Tale condizione appare la più corrispondente a prese in carico in ADI.
- Estrazione dal database degli anziani ultra settantacinquenni fragili alle ondate di calore estivo con i seguenti criteri: non deambulanti negli spostamenti, affetti da almeno 2 patologie croniche (BPCO, Scompenso cardiaco, Diabete e Ipertensione arteriosa), con almeno 5 categorie di farmaci, che abbiano avuto almeno 1 ricovero ospedaliero negli ultimi 12 mesi per BPCO o altre malattie del polmone, scompenso cardiaco, ictus, aritmie, ipertensione, ischemie, cardiomiopatie, diabete mellito, fratture del femore, demenza, psicosi, etilismo, morbo di Parkinson, emiplegia, SLA, insufficienza renale cronica, ulcere da decubito, artrosi, trattamento con chemio o radioterapia.
- Estrazione dal database regionale WebAnziani degli anziani assistiti in Cure domiciliari (SID e ADI) negli anni 2017 e 2018.
- Costituzione di un unico dataset in formato csv.
- Analisi statistica utilizzando il Software R.

Risultati

Tra gli anziani mai assistiti in ADI o SID rispondenti ai criteri di inclusione espressione di "fragilità sanitaria", sono stati trovati:

- n° 747 (età media anni 86, DS \pm 8; 65:112) ultrasessantacinquenni dal database dell'UVG su 838 affetti da patologie croniche che necessitino l'impiego di presidi/tecnologie sanitarie particolari.
- n° 554 (età media anni 84, DS \pm 5; 75:98) ultrasettantacinquenni sul database degli anziani fragili alle ondate di calore estivo.

Le due coorti: idonei alla lungassistenza domiciliare e fragili alle ondate di calore estivo, sono quasi totalmente distinte: infatti solo n° 3 ultrasettantacinquenni sono presenti sia nel database UVG che dei Fragili alle ondate di calore estivo.

Complessivamente sono stati reperiti n° 1.298 (0.6%) anziani; valore ancora inferiore a quanto atteso dal Ministero della Salute di circa n° 2.787 (+1.2%) persone da assistere a domicilio a Torino oltre a quanto già attualmente garantito.

L'analisi dell'intensità assistenziale certificata dall'UVG nelle due coorti: assistiti a domicilio e non assistiti a domicilio ha evidenziato tra gli anziani non assistiti a domicilio una maggiore prevalenza, seppure senza significatività statistica, nella media intensità (45.6 vs. 35.2%), come evidenziato nella sottostante tabella 5.

Tabella 5 – Intensità assistenziale certificata dall'UVG

Intensità assistenziale	In Cure domiciliari		Non assistiti a domicilio	
	Frequenza (n°)	%	Frequenza (n°)	%
Bassa	1	1.1	7	0.9
Media	32	35.2	341	45.6
Media/Alta	58	63.7	399	53.5
Tot.	91	100	747	100

(Test chi quadrato: 3.61; p-value: 0.16)

Conclusioni

Le tipologie di anziani fragili individuati in questo studio rientrano nei criteri di appropriatezza dell'assistenza domiciliare previsto dai LEA, in quanto persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, con bisogni di educazione terapeutica sulla gestione della malattia e sulle terapie prescritte, di monitoraggio clinico e funzionale, di valutazione dell'aderenza terapeutica e verosimilmente di counseling e di relazione d'aiuto.

In assenza di necessità di prestazioni terapeutiche/assistenziali specifiche come somministrazioni terapeutiche o esecuzioni di medicazioni o esami strumentali, le Aziende Sanitarie possono prevedere nelle proprie scelte organizzative l'Infermiere di famiglia e comunità. Tale figura, prevista dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, agisce nell'ambito della "sanità di iniziativa", intesa come l'attenzione proattiva sia al riconoscimento di una condizione di rischio elevato di malattia, che alla gestione della malattia stessa e al monitoraggio per la prevenzione delle complicanze. Conoscitore della rete dei servizi presenti in quello specifico territorio, è in grado di orientare e facilitare l'accesso appropriato e tempestivo dell'utente a tutti i servizi della rete sanitaria e socio-assistenziale, comprese le Cure domiciliari se necessarie.

Torino 26/11/2019