

Master Universitario di I livello

in

"e-Health e qualità dei servizi socio-sanitari"

Project Work

**Assistenza Domiciliare Integrata:
un nuovo percorso per stabilire la qualità percepita**

CANDIDATO:

VACCHI Roberto

DOCENTE:

Prof. ALTIERI Leonardo

TUTOR AZIENDALE:

DOTT.SSA FRANCHI FABIA

*“Curare a casa significa un cambiamento di prospettiva sostanziale: si tratta di passare dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici alle strutture e professioni che assumono come centro di gravità la persona con i suoi bisogni”
(PSN 1998-2000)*

INDICE

Introduzione

- 1) L'Assistenza Domiciliare Integrata: caratteristiche e definizioni**

- 2) Cenni sulla Normativa Nazionale che regola l'assistenza domiciliare in Italia**
 - ✓ **Legge n°833/1978**
“Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”

 - ✓ **Decreto Legislativo n°502/1992**
“Riordino della disciplina in materia sanitaria”

 - ✓ **Decreto Legislativo n°517/1993**
“Modificazioni al decreto legislativo n°502/1992, recante riordino della disciplina in materia sanitaria”

 - ✓ **Piano Sanitario Nazionale 1998/2000**

 - ✓ **Decreto Presidenza Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001**

“Definizione dei livelli essenziali di assistenza”

 - ✓ **Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008**

 - ✓ **Piano Sanitario Nazionale 2009**

- 3) Cenni sulla Normativa Regionale che regola l'assistenza domiciliare in Emilia – Romagna**
 - ✓ **Legge Regionale n°5/1994**
“Tutela e valorizzazione delle persone anziane, interventi a favore di anziani non autosufficienti”

 - ✓ **Legge Regionale n°29/1994**
“Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale”

 - ✓ **Delibera Regionale n°124/febbraio 1999**
“Indagine regionale sulla soddisfazione dei cittadini assistiti in ADI”

 - ✓ **Piano Sanitario Regionale 1999 – 2001**

 - ✓ **Piano Sanitario Regionale 2007 – 2009**

 - ✓ **Piano Sociale e Sanitario 2008 - 2010**

4) Sviluppi della Normativa Regionale che regola l'assistenza domiciliare in Emilia - Romagna

✓ **Delibera di Giunta 2011/2007**

“Direttiva alla aziende sanitarie: indirizzi per l'organizzazione dei Dipartimenti di cure primarie, di salute mentale e dipendenze patologiche e di sanità pubblica”

✓ **Delibera Regionale n°427/aprile 2009**

“Linee di indirizzo regionali di attuazione del PSSR 2008 – 2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali”

5) Lo stato dell'arte all'interno dell'Azienda Unità Sanitaria Locale Maggiore/Bellaria

✓ **Strategie per lo sviluppo delle cure primarie nell'Azienda USL di Bologna;**

✓ **Lo sviluppo delle cure primarie e l'infermiere di famiglia: ipotesi progettuale a valenza aziendale;**

✓ **Procedura questionari di rilevazione del gradimento dell'assistenza a domicilio ADI**

6) Dati sulla qualità percepita raccolti all'interno dei vari Distretti Sanitari

✓ **Elaborazione sui questionari di valutazione del gradimento dell'assistenza – anno 2008 area dipartimentale cure primarie Azienda USL di Bologna**

7) Sviluppo di un nuovo percorso di rilevazione della qualità percepita

8) Conclusioni

9) Bibliografia

INTRODUZIONE

L'assistenza domiciliare è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), come *“la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione”*.

Parlare di assistenza domiciliare vuol dire parlare di salute mancante, di salute accentrata sulla salute umana come diritto – bisogno di tutti i cittadini. Premettendo che si parla di salute, di malattia, di persone, di diritti, di bisogni, di domicilio, è indispensabile individuare un punto di raccordo tra tutti questi elementi: ovvero fra l'utente/cittadino, uomo malato, o persona e l'istituzione preposta alla prevenzione ed alla cura della malattia, al recupero della salute. La nostra società in questi ultimi anni si è orientata verso un tipo di medicina che esplica la sua funzione, per quanto possibile, al di fuori dell'ospedale, portando i professionisti e le prestazioni che essi forniscono al domicilio della persona. Per questo possiamo affermare che il domicilio svolge e svolgerà in futuro, all'interno del percorso sanitario della persona malata, un ruolo molto importante e sarà una delle variabili che lo influenzeranno in modo positivo. In passato il termine malattia implicava la necessità del trattamento acuto, ed un insieme di interventi polispecialistici sanitari che spesso richiedono un impegno temporale molto prolungato, con fasi alternate di riacutizzazione in un ambito multi – problematico. Per cui si parlava di malattia come guasto organico oggettivamente misurabile, usando il termine *disease* (ricavato dalla triade di Andrew Twaddle, 1968¹). Oggi si evidenzia sempre di più la necessità dell'esistenza di una struttura parallela all'istituzione per acuti, ad essa adibita e competente ad erogare questo tipo di prestazioni dilatate nel tempo. Per cui oggi parliamo di concetto di malattia inteso come sofferenza e interpretazione soggettiva dell'individuo e come riconoscimento istituzionale della malattia, cioè di come gli altri interpretano la malattia dell'individuo. Tutto questo si viene ad integrare con la definizione di salute fornita dall'OMS: ***“stato di completo benessere fisico, psichico e sociale”***.

¹ La triade viene già citata nei lavori di A. Twaddle: *Influence and Illness: Definitions and Definers of Illness Behavior among Older Males in Providence, Rhode Island*, Ph. D. Thesis, Brown University (1968)

Nel panorama della Sanità italiana questo importante cambiamento è dovuto ad una serie di fattori, tra questi i più importanti sono: un miglioramento delle tecniche diagnostiche, chirurgiche e terapeutiche, la riduzione delle giornate di degenza ospedaliera e l'identificazione di uno specifico percorso medico – assistenziale per ogni persona. Tutto questo permette al modello di assistenza domiciliare di rivestire un ruolo di primaria importanza sia all'inizio, ma anche alla fine del percorso assistenziale della persona, favorendone il completamento nella maniera più corretta possibile. Questo nuovo modo permette ai professionisti di operare con un approccio olistico, attuando una visione generale della persona più completa e precisa: l'obiettivo o, per meglio dire, gli obiettivi che gli operatori sanitari componenti l'èquipe si prefiggono di raggiungere non saranno centrati solo sulla malattia, ma dovranno comprendere anche molteplici aspetti della vita dell'utente e della sua famiglia, obbligando così i professionisti ad un approccio multidisciplinare, ma più organizzato ed integrato, per permettere la migliore risposta possibile ai problemi/bisogni dell'utente.

In questo momento di grandi cambiamenti si viene così ad instaurare, una sfida molto importante che coinvolge tutti gli operatori sotto molti punti di vista: innanzitutto le prestazioni fornite devono essere sempre di alto livello ma al domicilio dell'utente; il percorso assistenziale del o degli utenti presi in carico deve essere giornalmente sotto controllo e ben codificato, tramite le varie professionalità che interagiscono; attorno ai cittadini assistiti ci deve essere integrazione per permettere il raggiungimento dei principali obiettivi che gli operatori si sono posti, tra i quali vi deve essere il miglioramento continuo del percorso assistenziale della persona/utente/cittadino.

Come si evince da tutto quanto sopra elencato, per ottenere un efficace sistema di assistenza domiciliare è necessaria l'integrazione tra servizi diversi, che permettono così un valido coordinamento che sia capace di accelerare l'operatività, riducendo notevolmente i ritardi, abbattendo la sterile competitività fra le figure professionali, ma aumentandone il potere decisionale. Esse saranno in grado di prendere decisioni comuni, di attuare i programmi assistenziali precedentemente concordati secondo criteri oggettivi predefiniti e condivisi da tutti, nel pieno rispetto della volontà della persona e della sua famiglia. Tutto questo porta al riconoscimento della centralità dell'utente favorendone un monitoraggio assiduo e costante, passando per lo sviluppo dell'integrazione tra professionisti e servizi, fino ad arrivare al

raggiungimento dell'obiettivo principale che ci si pone quando si decide di assistere la persona a domicilio, la continuità assistenziale.

Possiamo quindi affermare che l'assistenza domiciliare oltre a fornire un'ottima alternativa ad una lunga degenza ospedaliera, permette alla persona ed alla famiglia che lo circonda e supporta di partecipare in maniera attiva al raggiungimento degli obiettivi pianificati con i professionisti durante il percorso assistenziale, offrendo agli operatori una buona opportunità di sviluppo professionale, ad esempio per la figura dell'infermiere, proprio per l'importanza che riveste nell'ambito del sistema delle cure domiciliari: si farà riferimento nelle pagine successive al cambiamento in atto, sia con l'invecchiamento della popolazione, che con il ripensamento della struttura sociale. Ambedue i mutamenti hanno come conseguenza l'aumento della domanda di salute e la forte richiesta di specificità nell'affrontare la situazione.

In questo contesto si inserisce la figura dell'infermiere, definito dall'OMS "infermiere di famiglia" come il perno della rete dei servizi: rappresenta infatti il tramite tra il medico di medicina generale e il paziente, una professione per lungo tempo considerata solo per la sua funzione collaborativa nei confronti del medico. Oggi è invece protagonista di un importante processo di rinnovamento, a fronte di nuovi percorsi culturali e professionalizzanti e di fronte ad un sistema sanitario che da più parti parla di efficacia efficienza e appropriatezza.

Come appare da quanto sopra detto, risulta che l'assistenza domiciliare integrata è un servizio che eroga assistenza competente per qualità e quantità a persone che ne necessitano per tutto il tempo necessario.

L'Assistenza Domiciliare Integrata: caratteristiche e definizioni

L' Assistenza Domiciliare, come abbiamo precedentemente detto, è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come *“la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione”*. Essa è caratterizzata da vari gradi, che dipendono dalle specifiche necessità della persona che la richiede:

➤ primo livello

assistenza domiciliare a bassa intensità sanitaria; si tratta di un'assistenza destinata a persone parzialmente non autosufficienti o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di sostegno psico-sociale e di cura della persona; consiste nella presa in carico continuativa medica e/o infermieristica e/o sociale con una minima necessità di integrazione;

➤ secondo livello

assistenza domiciliare a media intensità sanitaria; consiste nell'erogazione di interventi di natura sanitaria, rivolta a persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, che richiedono prestazioni infermieristiche, riabilitative, mediche.

➤ terzo livello

assistenza domiciliare ad alta intensità sanitaria; un livello che fa riferimento alle situazioni complesse e difficili che richiedono una integrazione elevata degli interventi sanitari e socio assistenziali; occorre distinguere tra paziente oncologico e non.

L'erogazione dell'assistenza avviene in diverse modalità e a seconda del livello di intensità. Si ha infatti: assistenza domiciliare integrata (ADI), assistenza programmata, assistenza domiciliare infermieristica o riabilitativa.

L'Assistenza Domiciliare Assistenza Integrata (ADI), come già anticipato, è un insieme coordinato di attività sanitarie integrate con interventi di natura socio-assistenziale al domicilio diretti a curare col fine di assistere e riabilitare la persona ammalata.

Essa rientra nell'ambito delle cure primarie, il futuro perno su cui si dovranno fondare i sistemi sanitari dei vari paesi che prevedono principi di universalità ed equità nell'accesso alle cure.

L'ADI è rivolta altresì a pazienti oncologici in fase critica e/o terminale. Consente di portare al domicilio del paziente servizi di cura e di riabilitazione per migliorare la qualità della vita del paziente e della famiglia, evitando l'ospedalizzazione impropria, con l'obiettivo di umanizzare il trattamento in un contesto ambientale più idoneo rispetto all'ospedale, soprattutto quando si tratta di un paziente anziano. In questo modo il ricovero viene destinato a tutte quelle condizioni patologiche non curabili al domicilio. Requisito importante per l'Adi è la forte integrazione tra la componente sanitaria e quella socio – assistenziale, senza tralasciare una figura unica nel percorso assistenziale che è la famiglia e tutte le altre forme di aggregazione che proprio nella logica dell'integrazione costituiscono un supporto alla famiglia (si pensi all'intervento del volontariato e alla presenza delle badanti al domicilio).

Principali obiettivi dell'ADI:

- dare una risposta adeguata ai bisogni di salute;
- evitare ricoveri ospedalieri non giustificati;
- mantenere l'ambiente di vita proprio del paziente;
- garantire continuità assistenziale e integrazione dell'assistenza;
- permettere il coinvolgimento del paziente e della rete familiare.

La trasformazione della domanda invecchiamento, cronicità e disabilità, rappresentano il punto di partenza per poter parlare di presa in carico dei bisogni e soprattutto di servizi organizzati in modo tale da garantire prestazioni in grado di soddisfare la domanda di salute².

Siamo davanti a nuovi bisogni: i posti letto a disposizione diminuiscono, l'ospedale dimette e sempre più il territorio si deve occupare della vera e propria presa in carico. E' evidente che è necessario confrontare i bisogni e le forme organizzative dei servizi per provare a confezionare l'offerta assistenziale sulla base dei bisogni e non viceversa.

² Cittadinanza Attiva: Rapporto sull'Assistenza domiciliare anno 2006

La tipologia delle prestazioni erogate è profondamente modificata a vantaggio di interventi intensivi e specialistici. Inoltre l'ospedale si sta orientando verso un modello che privilegia l'intensità delle cure e l'aggregazione per percorsi assistenziali rispetto a quello della separazione in diverse specialità.

La necessità di riorganizzare l'offerta assistenziale per garantire un'adeguata presa in carico di cronicità e disabilità porta con sé l'esigenza di rafforzare i sistemi di assistenza primaria per offrire risposte alternative e più efficaci dell'ospedale.

I sistemi di assistenza primaria sono riconosciuti come la risposta più appropriata per garantire integrazione, personalizzazione dei percorsi e attenzione per la qualità della vita in tutte le sue fasi, al di fuori di ogni logica meramente prestazionale.

Ormai da più parti si parla di integrazione, un termine troppo spesso proclamato, ma che ancora stenta a trovare una declinazione reale nei comportamenti. Sono proprio questi che si esprimono in maniera troppo debole. La vera integrazione oggi continua, troppo spesso, a farla il malato se "competente", oppure il familiare, se c'è, oppure la badante o nessuno. I servizi si avvicinano, si accorpano, si modulano. Per integrarsi sono necessari, non come optional, ma come condizione indispensabile, alcune componenti come: procedure di compartecipazione dei differenti servizi, nuove forme e strumenti di integrazione, nuovi stili e strumenti di comunicazione fra professionisti e con i cittadini³. La proposta nella versione attuale riprende alcune caratterizzazioni importanti quali i profili di cura, i soggetti coinvolti e l'impegno assistenziale, fornendo un contributo importante nell'identificazione di alcuni passaggi importanti, tra i quali:

- si individuano non solo attività ma "percorsi assistenziali integrati" con erogazione congiunta di attività sanitaria e dei servizi sociali; in particolare, le cure domiciliari, come risposta ai bisogni di salute delle persone non autosufficienti o in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia;
- si stabilisce che il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del Progetto di assistenza individuale (PAI) socio - sanitario integrato;

- si riconosce il ruolo centrale del Medico di medicina generale, responsabile terapeutico che può attivare direttamente le cure domiciliari in accordo con gli altri referenti del distretto; nelle cure di III livello, caratterizzate da elevata complessità sanitaria, può assumere la responsabilità clinica il Medico di medicina generale oppure il Medico competente per la terapia del dolore, secondo gli indirizzi regionali.

Cenni sulla normativa statale che regola l'assistenza domiciliare in Italia

La trattazione dei riferimenti normativi in materia di assistenza domiciliare è resa complessa dai continui rimandi tra leggi succedutesi in un orizzonte temporale abbastanza ampio (circa venti anni) e dalla presenza di normative nazionali e regionali che forniscono la cornice di riferimento organizzativa, rinviando di solito ad altri atti la definizione degli obiettivi da raggiungere e dei risultati attesi.

Partendo da un contesto organizzativo di leggi a livello nazionale, per parlare di assistenza domiciliare dobbiamo partire dal 1978 quando il legislatore con la legge n° 833 / 78 istituiva il Servizio Sanitario Nazionale, sopprimendo il sistema mutualistico, identificandone alcuni principi fondamentali.

La Costituzione Italiana (1948), nei suoi principi dichiarati, si occupa esplicitamente della salute (art. 32), ma nei decenni successivi il sistema sanitario ha continuato ad essere organizzato in maniera frammentaria: il sistema mutualistico svolgeva gran parte delle funzioni curative in base ad una logica assicurativa, mentre gli ospedali erano enti pubblici dotati di più ampia autonomia, Comuni e Province si occupavano di prevenzione.

La legge 23 dicembre 1978, n. 833 denominato riforma sanitaria, rappresenta una vera e propria svolta in quanto si comincia a parlare di stato sociale e prevede quattro principi informatori:

- la globalità delle prestazioni;
- l'universalità dei destinatari;
- l'uguaglianza di trattamento;
- il rispetto della dignità e della libertà della persona.

A questi vanno aggiunti;

- *introduzione del Servizio sanitario nazionale per l'erogazione di trattamenti sanitari uniformi;*
- *estensione dell'assistenza sanitaria a tutti i cittadini;*
- *prevenzione delle malattie;*
- *globalità del servizio che deve fornire interventi di prevenzione, cura e riabilitazione;*
- *collegamento e coordinamento fra il Servizio sanitario e tutte le istituzioni ed i servizi di natura sociale;*

• **affermazione della partecipazione di tutti i cittadini;**

• *importanza della formazione permanente del personale;*

• *affermazione del contributo del volontariato;*

• *centralità della programmazione come metodo per organizzare i servizi (Piano sanitario nazionale);*

• *determinazione di tre livelli di competenza; nazionale, regionale e agli enti locali territoriali (Unità sanitarie locali);*

• *finanziamento attraverso il fondo sanitario nazionale, determinato annualmente e ripartito tra le regioni e da queste alle varie Unità sanitarie locali.*

L'istituzione del Servizio sanitario nazionale è un aspetto della costruzione in Italia di quello Stato sociale (Welfare State) che si è cominciato a realizzare in tutto l'occidente.

Partendo da quanto enunciato prima possiamo affermare che la legge n°833/78 pone l'accento su quattro punti fondamentali:

- 1) principio dell'uguaglianza dei cittadini rispetto al diritto di godere dell'assistenza sanitaria statale;
- 2) principio delle globalità degli interventi sanitari di tutti gli organi che tutelano la salute;
- 3) principio della socialità dell'azione sanitaria non solo curando le malattie, ma prevenendole e riabilitando;
- 4) principio di unitarietà del Servizio Sanitario Nazionale in materia di tutela e mantenimento della salute;

Questa ha rappresentato l'atto istitutivo del Servizio Sanitario Nazionale che si organizza ripartendo su tre livelli organizzativi le competenze e le responsabilità, si dava una stesura di pianificazione sanitaria in materia di organizzazione della rete ospedaliera, perché questa legge individua competenze specifiche ai diversi livelli di governo: lo Stato avrà obiettivi da programmare e raggiungere, mentre le regioni, che detengono potere legislativo e amministrativo, dovranno attuare degli obiettivi stabiliti a livello nazionale in modo coerente rispetto al territorio di competenza.

Tra questi obiettivi possiamo individuare quello di organizzare i servizi sanitari definendone gli aspetti organizzativi e gestionali. Al ruolo ben affermato dell'ospedale, infatti, si affianca quello della medicina territoriale, alla quale l'assistenza domiciliare deve necessariamente fare riferimento.

Con questa legge non solo nasce il S. S. N., ma vede la luce il Distretto Sanitario di Base che ha il compito di erogare i servizi di primo livello e di pronto intervento, favorendo quel collegamento e coordinamento tra le attività sanitarie e locali.

Il Distretto Sanitario di Base, neo – costituitosi, diventa una struttura tecnico funzionale periferica dell'USL, dove le prestazioni di primo livello erogate sono concretizzate nel ruolo sempre più decentrato del servizio sanitario fino ad arrivare in seno alle comunità, alle famiglie. Il portare la salute il più vicino possibile al luogo in cui le persone vivono e lavorano, è stato un punto fondamentale dello sviluppo sanitario dell'epoca.

Successivamente abbiamo l'introduzione del Decreto Legislativo 502 / 92 e del Decreto Legislativo il 517 / 93, che in parte ha modificato il precedente, i quali hanno lo scopo di:

- riordinare il Servizio Sanitario Nazionale introducendo numerosi elementi come la regionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale;
- la trasformazione delle USL in Azienda USL;
- la creazione delle Aziende Ospedaliere;
- la partecipazione attiva/consultiva dell'utente per garantire un'efficace erogazione dei servizi e una migliore qualità delle prestazioni.

La nascita delle aziende sanitarie porta ad un livello di assistenza più vicino e più corrispondente alle esigenze del singolo paziente.

Questa legge evidenzia come obiettivo principale la promozione della salute, mediante attività di educazione sanitaria, di medicina preventiva individuale, di diagnosi, cura e riabilitazione, mentre le prestazioni dell'assistenza domiciliare comprendono il trattamento individuale a pazienti non deambulanti e anziani. Con questi due decreti vengono individuati i livelli di partecipazione dei cittadini alla definizione della qualità dei servizi sanitari e, conseguentemente, di quelli socio – sanitari.

Per livelli di partecipazione vengono individuati:

1. livello ministeriale

- ✓ elaborazione di appositi indicatori come indicatori di qualità
- ✓ eventuale collaborazione tra Ministero della Sanità e organizzazioni rappresentanti cittadini e/o il mondo del volontariato

2. livello regionale

- ✓ promuovendo la consultazione dei rappresentanti dei cittadini e del mondo del volontariato in relazione alla programmazione sanitaria e alla sua relativa verifica
- ✓ individuazione delle modalità di presenza delle stesse associazioni attraverso appositi organismi di consultazione

3. livello aziendale

- ✓ raccogliere e analizzare i segnali di disservizio in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei cittadini e del volontariato
- ✓ adottare misure per rimuovere i disservizi
- ✓ ammettere denunce o reclami anche attraverso le associazioni
- ✓ favorire la presenza e l'attività delle organizzazioni con protocolli
- ✓ concordare con le associazioni programmi comuni per adeguare i servizi alle esigenze dei cittadini.

Nell'impianto del Servizio Sanitario italiano, la Medicina Generale ha sempre avuto uno dei suoi punti di forza nella prossimità, che trova nella visita al domicilio del paziente la sua espressione più comune.

Pertanto, salvo forse qualche eccezione, peraltro abbastanza limitata, in alcune aree metropolitane, la domiciliarità è vissuta dal MMG come un momento quotidiano della professione, anche perché il notevole invecchiamento della popolazione ha diminuito la mobilità di molti pazienti.

Tuttavia è evidente che, con il maggior uso della tecnologia nella diagnosi e nella cura delle malattie, la visita domiciliare del solo medico, con i "pochi mezzi" diagnostici disposizione, risponde in modo meno efficace rispetto al passato alle esigenze del cittadino. D'altro canto per molti diversi motivi, dalla limitatezza delle risorse, alla miglior qualità di vita del paziente, le indicazioni all'ospedalizzazione si sono ridotte, mentre sono cresciute quelle ad un trattamento domiciliare più complesso, con la partecipazione di differenti figure professionali. Questo, a grandi linee, il percorso logico che ha portato alla nascita dell'ADI⁴.

⁴ Regione Emilia – Romagna si veda la Legge Regionale n°5/1994

Anche per i gestori delle ASL l'Assistenza Domiciliare Integrata ha rappresentato un'opportunità: di decongestionare gli ospedali razionalizzando la spesa e offrendo nel contempo cure in ambito familiare e quindi più gradite, di valorizzare le risorse territoriali e favorire l'integrazione di figure diverse.

Per il cittadino soprattutto l'ADI ha rappresentato la possibilità di usufruire presso il proprio domicilio di cure abbastanza complesse, nell'ambito di un'assistenza più personalizzata, di evitare i disagi e i pericoli legati alla degenza (vedi infezioni ospedaliere ecc.).

Quindi ci si sarebbe dovuti trovare di fronte ad una soluzione quasi perfetta e soddisfacente per tutte le parti. Non sempre è stato così. Perché l'ADI possa funzionare bene è necessario realizzare alcune condizioni:

- fornire corrette informazioni ai cittadini, facendo chiarezza su finalità, possibilità e limiti del servizio offerto;
- condividere e non imporre alle figure professionali le finalità e l'organizzazione del lavoro;
- costruire con gli operatori procedure snelle, poco burocratiche, modalità di organizzazione che incentivino (e non ostacolino) l'erogazione delle cure;
- favorire la comunicazione all'interno dell'equipe e la flessibilità degli operatori;
- migliorare la comunicazione tra il malato e la famiglia e la parte istituzionale;
- suscitare e favorire l'empowerment dei pazienti, la disponibilità dei familiari, le risorse del volontariato⁵.

Secondo l'art. 14 del Decreto Legislativo 502/92 i temi su cui i cittadini **hanno** diritto di esprimere la loro opinione in termini di valutazione della qualità percepita delle prestazioni socio – sanitarie sono:

- ✓ personalizzazione
- ✓ umanizzazione
- ✓ diritto all'informazione
- ✓ comfort
- ✓ qualità della prevenzione

⁵ M. Trabucchi, I vecchi, la città e la medicina, 2007, Il Mulino; A. Guaita "Qualità e quantità dei nuovi bisogni della popolazione anziana", in Appunti sulle politiche sociali, n. 2/2000

Vengono anche definiti indicatori della qualità dal lato del cittadino mentre i temi su cui **possono** esprimere la loro opinione sono:

- ✓ accessibilità
- ✓ continuità
- ✓ rispetto delle diversità (non solo culturali)
- ✓ qualità tecnico – professionali

Ogni azienda sanitaria deve dotarsi di propri indicatori di qualità per i propri servizi, cercando di uscire da una realtà in cui gli indicatori di riferimento non solo erano pochi, ma discutibili e di relativa affidabilità.

Sono passati sette anni, ma i principi elencati in questi decreti sono stati ripresi sia nel P.S.N. 1998 – 2000, esso si compone di tre principi generali:

- 1) universalità di accesso;
- 2) uguaglianza nella accessibilità ad un ampio spettro di servizi uniformemente distribuiti;
- 3) condivisione del rischio finanziario.

Ai quali vanno aggiunti e confermati:

- 1) i principi ispiratori del S.S.N.,
- 2) vengono riallocate le risorse per permettere l'assicurazione dei livelli di assistenza essenziali (LEA),
- 3) è potenziata l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale,
- 4) si dà maggiore rilevanza sia all'assistenza domiciliare integrata sia al distretto.

Oltre a questo possiamo dire che esso disegna obiettivi di salute, definendo la priorità e i modelli assistenziali per gli interventi a favore di fasce particolari della popolazione. Aumentano le malattie croniche e cresce l'importanza dell'assistenza domiciliare, come ha chiarito il DPCM 21 novembre 2001: cresce il numero dei pazienti assistiti al domicilio mentre sul fronte dell'organizzazione sanitaria continua il processo della razionalizzazione delle risorse e delle attività⁵.

⁵ M. Trabucchi, I vecchi, la città e la medicina, 2007, Il Mulino; A. Guaita “Qualità e quantità dei nuovi bisogni della popolazione anziana”, in Appunti sulle politiche sociali, n. 2/2000

Il DPCM 29 novembre 2001 ha chiarito che l'assistenza domiciliare costituisce un livello essenziale di assistenza da garantire a tutti i cittadini, i suoi elementi di forza sono:

- un sistema integrato per le cure domiciliari, con un percorso assistenziale preciso, costruito sul bisogno della persona e sull'intensità e complessità dell'assistenza;
- un punto unitario di accesso;
- una valutazione multidimensionale;
- la realizzazione del Piano Assistenziale Individuale, costruito non solo numero di accessi, ma su obiettivi di tutela della salute verificabili;
- individuazione di un Responsabile del caso (la figura del Case Manager sta cambiando in questa fase).

Attualmente il Lea domiciliare si presenta come una sorta di contenitore indistinto che non tiene conto del fatto che pazienti in differenti condizioni cliniche e socio-familiari hanno bisogno di interventi diversi per intensità, complessità e durata delle cure. Il documento descrive, quindi, quattro diversi profili di cura in ordine crescente di intensità e complessità⁶:

- le "Cure domiciliari prestazionali", caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a cicli programmati;
- le "Cure domiciliari integrate di primo-secondo e terzo livello" caratterizzate dalla formulazione di un Piano assistenziale individuale (PAI) redatto in base alla valutazione multidimensionale ed erogate attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale;
- le "Cure domiciliari palliative a malati terminali" caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità erogata da un'équipe in possesso di specifiche competenze. Per ciascun profilo di cura, sono individuate le principali prestazioni erogate, distinte per le diverse figure professionali coinvolte nelle cure domiciliari (medico di medicina generale e medici specialisti, infermiere, fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale, dietista, operatore socio-sanitario, psicologo).

⁶ Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" approvato dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Lea
18 ottobre 2006

Sono fissati, inoltre, i cosiddetti “Standard qualificanti”, vale a dire i parametri di riferimento del profilo di cura in termini di natura del bisogno, intensità, durata media, impegno assistenziale e disponibilità del servizio (complessità). Infine, il documento dà conto di alcuni lavori che, attraverso la costruzione di gruppi di pazienti omogenei per intensità/complessità/durata delle cure e quindi assimilabili in termini di assorbimento di risorse (in primo luogo di personale) hanno consentito di stimare tariffe congrue per ciascuno di essi e di calcolare l’impegno economico necessario per garantire il livello essenziale di assistenza domiciliare.

È anche cambiato il rapporto tra bisogno/domanda di salute e offerta dei servizi: l’invecchiamento progressivo della popolazione (circa il 20% della popolazione italiana ha più di 65 anni); il cambiamento della struttura della famiglia; l’aumento delle patologie cronico - degenerative, il potenziamento della medicina e della tecnologia. Le previsioni sono di aumento dell’aspettativa di vita e si pone il problema della qualità degli anni di vita guadagnati (Qaly - Quality-adjusted life years; Daly - disability-adjusted life years), il livello di disabilità si sta assestando e spostando nelle classi di età più avanzate, ma il tema della Non Autosufficienza (NA) si pone come una vera emergenza per il futuro⁷.

Si assiste da alcuni anni ad una fase di transizione tra un sistema che pone l’ospedale al centro ad un altro in cui sono i servizi territoriali ad essere prioritari. I bisogni dei cittadini sul fronte ospedaliero sono garantiti per un numero di giorni limitati, ma la presa in carico effettiva si dovrebbe svolgere sul territorio. E’ quindi necessaria una integrazione sia all’interno della programmazione delle risposte ai bisogni che all’interno delle diverse professioni: inutile dire che è sempre più necessario parlare di integrazione tra tutti i soggetti coinvolti nel percorso assistenziale che vede il paziente al centro del sistema⁸.

E’ necessario precisare come la continuità assistenziale, da realizzarsi innanzitutto attraverso l’integrazione ospedale-territorio, sia indispensabile per limitare non solo l’insorgere delle complicanze nei cittadini affetti da patologie croniche ma anche i relativi e conseguenti accessi ai servizi di emergenza (quindi lo sviluppo di ulteriori acuzie).

⁷ Per l’impatto dell’invecchiamento in Europa si veda: European Commission, The demographic future of Europe – from challenge to opportunity, October 2006

Sul rapporto tra invecchiamento e disabilità si veda la recente indagine dell’Organization for Economic Cooperation and Development: Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications , OECD 2007

⁸ Cittadinanza Attiva: Rapporto sull’Assistenza domiciliare anno 2008

Possiamo concludere che il P.S.N. è organizzato in funzione degli obiettivi e delle priorità da raggiungere nel corso del triennio dedicando ampio spazio al tema del rafforzamento dei soggetti deboli che sono i primi a dovere necessitare di un intervento programmato continuativo e integrato. Qui si rafforza anche il criterio di valutazione multidimensionale del bisogno che stabilisce un indiscutibile valore alla centralità del cittadino e tutti i professionisti che operano in ambito sanitario sono a sostegno di questa centralità, senza prevaricazione di una professione sull'altra.

Lo sviluppo delle cure primarie è obiettivo prioritario di tutti i piani sanitari nazionali, non fa eccezione il PSN per l'anno 2009: in particolare viene favorito il potenziamento dell'assistenza domiciliare in condizione di non autosufficienza, per realizzare cure più vicine ai bisogni del paziente. Tali cure dovrebbero risultare anche meno costose per il sistema in quanto riducono il tasso di ospedalizzazione.

In un periodo di grandi cambiamenti l'assistenza domiciliare è inserita nella realtà ricca ed articolata dell'assistenza territoriale ed è al centro di un ampio dibattito:

- la rilevanza strategica dell'Assistenza Domiciliare assegnata a tutti i livelli, nazionale regionale- aziendale, può essere sostenuta da maggiori risorse-destinate senza perciò far aumentare la spesa sanitaria complessiva;
- l'importanza di alcuni tipi di investimenti da parte delle aziende, come quella di investire in forme qualificate di associazionismo dei Medici di famiglia (le medicine di gruppo), sembra contribuire a migliori performance in termini d'incremento degli assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata e di riduzione delle dimissioni inappropriate in ospedale;
- la rilevanza di molti fattori concorrenti che hanno mostrato di essere idonei a garantire la miglior presa in carico globale del paziente⁹.

In questo senso, insieme alle cure domiciliari, occorre considerare la relazione esistente con le cure primarie e intermedie, insieme ad altri fattori direttamente connessi allo sviluppo delle cure domiciliari. Vale il caso di offrire esempi:

- numero di unità di valutazione multidimensionale (UVM) presso il servizio territoriale, numero di case – manager (o infermiere di famiglia) per assistito;

⁹ Cittadinanza Attiva: Rapporto sull'Assistenza domiciliare anno 2006

- personale afferente all'ambito territoriale dedicato all'assistenza domiciliare, esistenza di strutture per l'assistenza primaria;
- strategia aziendale volta alla presa in carico e alla continuità assistenziale;
- scelta del profilo professionale del case manager (MMG, Infermiere, Assistente Sociale);
- livello di integrazione tra i professionisti, tra le istituzioni-enti coinvolte e tra ospedale e territorio;
- grado di attivazione della medicina di iniziativa rispetto a quella di attesa;
- esistenza di budget socio - sanitari o budget per la medicina generale.

Cenni sulla normativa regionale che regola l'assistenza domiciliare in Emilia - Romagna

Come sopra già accennato la realtà italiana in materia di esperienza a livello domiciliare è variegata: a livello regionale ognuna ha apportato stimoli culturali e normativi differenti. Per quello che riguarda la regione Emilia – Romagna sono state emanate una serie di leggi che hanno permesso la regolamentazione del servizio di assistenza domiciliare integrata. Da queste serie di normative, il Comune di Bologna e l'Azienda USL, seguendo i dettami proposti delle normative regionali, hanno elaborato una serie di delibere e di regolamenti che permettono una maggiore ottimizzazione del servizio all'interno della realtà operativa cittadina.

La prima legge regionale che prende in esame l'aspetto territoriale dell'assistenza è la n° 5 del 1994, essa ha come punti di forza:

- l'individuazione dei diritti dell'anziano;
- l'attuazione di azioni volte a mantenere l'anziano all'interno del suo tessuto sociale;
- la costruzione di un sistema di assistenza per la persona anziana non autosufficiente, attraverso una rete differenziata di servizi;
- favorire la partecipazione assistenziale dell'anziano.

Sempre nel 1994 viene elaborata la Legge Regionale n° 29 per l'istituzione dei nuclei N.O.D.O. con gli obiettivi del programma regionale che sono quelli di:

- incrementare
- qualificare l'assistenza a domicilio dei malati terminali;
- garantendo nel contempo interventi integrati in un contesto organizzativo razionalmente strutturato per rispondere nel modo migliore alle esigenze della persona.

Questa legge evidenzia già i principi per mantenere la persona nel suo ambiente abituale, permettendo la creazione di condizioni ideali per un valido supporto sociale alla famiglia stessa. La Legge stessa, oltre a definire i criteri di eleggibilità per gli utenti N.O.D.O., prevedeva un modello organizzativo basato sulla

formazione di équipes mediche ed infermieristiche internamente coordinate che avevano, e hanno tutt'ora, come riferimento un responsabile organizzativo per ciascun ambito distrettuale.

A livello regionale è stato elaborato, per il triennio 1999 – 2001, il Piano Sanitario Regionale che, rispecchiando le linee guida stabilite all'interno del Piano Sanitario Nazionale, stabilisce una serie di obiettivi e parametri da raggiungere nei prossimi tre anni. All'interno del P.S.N. vengono stabiliti i Progetti Obiettivo Nazionali che propongono un quadro di riferimento generale e una serie di modelli organizzativi per garantire la migliore assistenza possibile. Questi a livello regionale sono stati contestualizzati nel P.S.R. in base alla definizione degli aspetti legati alla pianificazione territoriale e alle necessità degli operatori.

Successivamente sempre la Regione ha emanato una delibera che stabilisce i criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari n° 124 del febbraio 1999, che stabilisce l'organizzazione dell'assistenza infermieristica attraverso la stesura di precisi protocolli operativi all'interno del servizio ADI.

Posso quindi concludere questa digressione sui riferimenti normativi con l'affermare:

- la scelta del modello delle cure domiciliari sembra ben consolidata nei riferimenti normativi, come forma complementare e non sostitutiva delle cure ospedaliere;
- vengono precisati con chiarezza i settori di intervento e le tipologie di utenti che ne possono beneficiare;
- è precisato che questo tipo di intervento richiede grande flessibilità e approccio interdisciplinare;
- il coordinamento deve essere garantito a livello territoriale perché permette un corretto sviluppo del modello;
- sono necessari un attento monitoraggio ed una verifica finale della validità del processo assistenziale nella sua totalità.

Sviluppi della Normativa Regionale che regola l'assistenza domiciliare in Emilia – Romagna

Nel corso degli ultimi anni sempre a livello regionale, facendo seguito a quanto detto sopra, vengono legiferate una serie di leggi e di delibere regionali che permettono di sviluppare e riorganizzare il modello di assistenza domiciliare integrata.

Partiamo con la Legge Regionale n. 29/2004 “Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale”: essa si sviluppa dopo un lungo processo di riorganizzazione del sistema sanitario regionale e pone al centro del governo territoriale il Distretto Sanitario, come luogo della garanzia dell'accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie, dall'altro esempio dell'integrazione tra servizi sociali e sanitari.

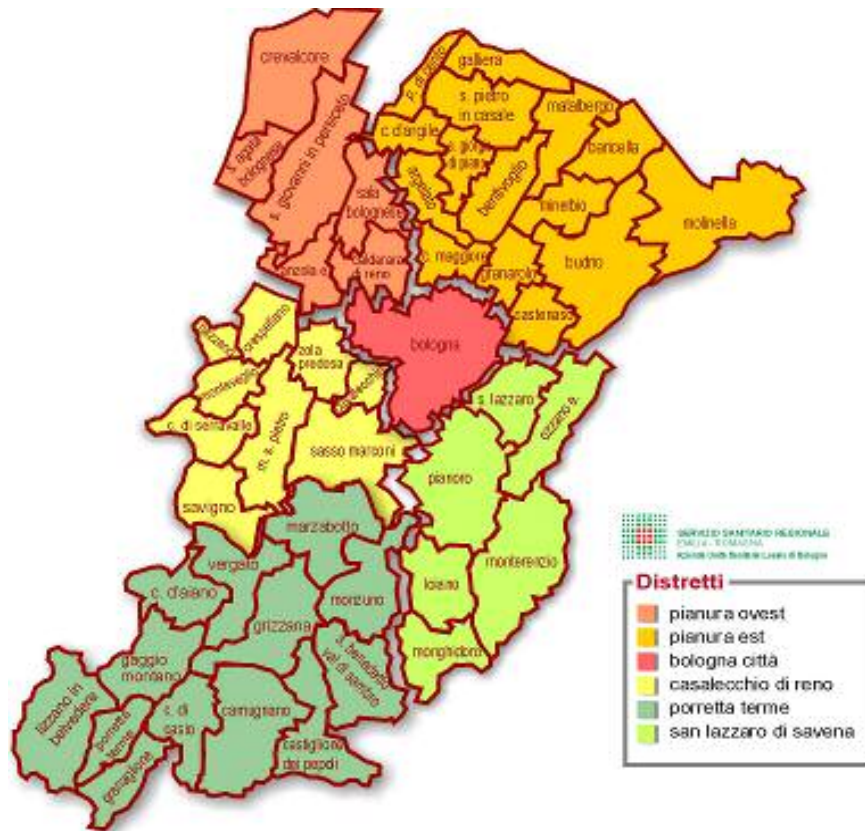
Successivamente abbiamo la Delibera di Giunta Regionale n. 86/2006 “Direttiva alle aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale” che delibera ed individua il Nucleo di cure primarie: esso è un modello organizzativo di base per l'assistenza primaria, è uno strumento che permette di aumentare l'accessibilità alle cure primarie, favorisce l'integrazione interprofessionale, migliorando i livelli di appropriatezza organizzativa e clinica.

A questi obiettivi si rifà, prendendo spunto, la Delibera di Giunta 2011/2007 “Direttiva alle aziende sanitarie: indirizzi per l'organizzazione dei Dipartimenti di cure primarie, di salute mentale e dipendenze patologiche e di sanità pubblica”. In questa delibera viene riaffermato, in maniera ancora più forte e marcata, il ruolo del Distretto, identificandolo come scelta prioritaria nell'ambito delle politiche regionali per la salute delle comunità locali, orientandolo a fornire servizi sempre più integrati, superando un'attività di programmazione ed erogazione incentrata sulle prestazioni come avveniva nella seconda metà degli anni '90.

All'interno di ogni Distretto si viene a creare un Dipartimento delle Cure Primarie (DCP) responsabile dell'erogazione dell'assistenza primaria. Le cure primarie rappresentano il sistema di cure erogate vicino ai luoghi di vita delle persone:

- studio MMG;
- domicilio;
- strutture ambulatoriali e consultoriali

I Distretti



I servizi che vengono assicurati riguardano:

- assistenza di medicina generale e pediatrica di libera scelta;
- assistenza infermieristica, ostetrica e riabilitativa;
- assistenza specialistica territoriale, farmaceutica, consultoriale;
- servizi per le fasce deboli (anziani, disabili, malati cronici, immigrati).

Ogni Dipartimento delle Cure Primarie per esercitare le sue funzioni è articolato, pur nel rispetto dell'autonomia organizzativa proprio di ogni Azienda USL, nei Nuclei di Cure Primarie (NCP): essi sono le unità organizzative di base del sistema delle cure primarie e costituiscono il luogo privilegiato per perseguire gli obiettivi di continuità assistenziale, di integrazione delle attività territoriali, di governo clinico in relazione agli obiettivi di salute, di miglioramento della qualità assistenziale attraverso linee guida, audit clinico e formazione specifica.

I nuclei di Cure Primarie, attraverso l'azione congiunta dei MMG, pediatri di libera scelta, infermieri, ostetriche, ed in stretta relazione con gli specialisti territoriali, gli operatori sociali e socio assistenziali, rendono possibile lo sviluppo del modello di reti integrate, fondato su un sistema di autonomie e responsabilità, al fine di rispondere alle necessità assistenziali dei cittadini.

Lo stile di lavoro dei NCP è rappresentato da:

- approccio multidisciplinare;
- integrazione professionale;
- miglioramento continuo del processo assistenziale;
- appropriatezza dell'assistenza

all'interno di uno scenario che, attualmente, è rappresentato da pazienti portatori di bisogni sempre più complessi che richiedono interventi differenziati. Questo cambiamento si è evidenziato anche a livello normativo, portando ad un significativo cambiamento sia nello sviluppo delle diverse professioni, sia nell'organizzazione dell'assistenza stessa: partendo dal consolidamento della presa in carico della persona, le modalità assistenziali devono valorizzare il contributo dei diversi professionisti, integrando competenze, conoscenze e abilità specifiche, portando a modelli organizzativi sempre più aderenti alle esigenze espresse e/o latenti. Con il termine di "presa in carico" si intende la capacità di creare un ambiente terapeutico, seguire nel tempo i problemi, garantire la continuità tra ospedale e territorio, e gestire anche gli aspetti emotivi della relazione nella consapevolezza che essi determinano una parte non secondaria della qualità

dell'assistenza, non solo quella percepita. È ampiamente dimostrato che creare un ambiente che prende formalmente in carico il paziente/cittadino e i suoi familiari, in cui vengono erogati non solo interventi tecnici, ma anche informazioni, coinvolgimento dell'assistenza, ne migliora gli esiti terapeutici. Possiamo quindi dire che l'esistenza di bisogni così eterogenei richiede interventi di diversa natura ed intensità assistenziale, in una visione unitaria dei bisogni della persona, del ruolo della famiglia e di tutti coloro che hanno con la persona legami significativi, che deve orientare l'approccio dei servizi attraverso l'integrazione e la personalizzazione delle risposte. Il presupposto per assicurare la continuità delle cure e il soddisfacimento dei bisogni eterogenei è la realizzazione di percorsi assistenziali integrati.

La gestione integrata del paziente/cittadino richiede l'adozione di una logica di processo assistenziale in grado di assicurare la presa in carico e la continuità delle cure, l'adeguatezza degli interventi e la valutazione di efficacia del percorso di cura. Le scelte da operare richiamano una forte attenzione sulla necessità di utilizzare strumenti di gestione e modalità operative che comportano la definizione di protocolli condivisi.

Un ulteriore sviluppo alla qualificazione delle cure primarie viene dato, all'interno del PSSR 2008/2010, dalla Delibera Regionale n°427/aprile 2009 che delinea nuovi scenari di sviluppo. Il progresso culturale e scientifico della medicina e i continui apporti forniti dallo sviluppo tecnologico in campo sanitario hanno ampliato l'ambito d'azione dei servizi sanitari e apportato notevoli benefici alla sopravvivenza e alla salute individuale e collettiva.

Parallelamente a questo fenomeno, si è accompagnato un costante mutamento della prevalenza e della tipologia delle malattie e, di conseguenza, un cambiamento sostanziale dei bisogni di salute espressi dalla popolazione. In questo contesto va aggiunto che i cittadini, fruitori dei servizi sanitari, rivendicano con sempre più forza il diritto di essere protagonisti attivi nei processi assistenziali e di poter esercitare la propria autonomia attraverso una scelta consapevole correlata alla qualità delle cure e alla tempestività delle risposte.

La profonda trasformazione degli ospedali divenuti sempre più specialistici, con un netto orientamento verso l'intensività tecnologica delle cure, la necessità di governo della spesa sanitaria pubblica, l'utilizzo a volte inadeguato delle risorse del sistema

impongono una revisione e reinterpretazione delle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria.

In questa situazione, i sistemi sanitari vengono costantemente sollecitati a ricercare modelli organizzativo – assistenziali appropriati, oltre che efficaci ed efficienti, allo scopo di migliorare la gestione della risposta ai bisogni sanitari e sociali della popolazione attraverso l'individuazione di un sistema di organizzazione dell'assistenza, di uso razionale delle risorse e di formazione e sviluppo delle professioni sanitarie centrato sulla popolazione e sui bisogni che esprime.

Si è così avviato un processo di cambiamento che considera in primo luogo la capacità dei servizi e dei professionisti di erogare risposte fra loro integrate e orientate a porre l'assistito e la sua famiglia al centro del progetto di cura e di assistenza. In questo contesto si vengono a collocare le Cure Primarie, che rappresentano il primo livello di risposta alla domanda dei cittadini e delle comunità: la sfida maggiore è quella rappresentata dai bisogni sempre più complessi che richiedono interventi in cui le modalità assistenziali non possono che tendere ad uno sviluppo integrato delle professionalità, attraverso un sistema di relazioni clinico – assistenziali che partendo dal concetto di presa in carico, valorizzano il contributo dei singoli professionisti, integrano le competenze e le conoscenze, per produrre modelli organizzativi sempre più aderenti alle esigenze espresse e/o latenti.

Oggi è ormai poco efficace un approccio assistenziale frammentato e basato solo sulla mera risposta prestazionale, scollegato dalle dimensioni di vita e di relazione del cittadino assistito: è sicuramente più coerente una strategia assistenziale ricca di valenze terapeutiche e che preveda l'attivazione di una rete professionale e approcci globali ed integrati ai problemi delle persone. Non solo, ma è ampiamente dimostrato che un ambiente in cui si effettua, oltre agli interventi tecnici, la presa in carico della persona e viene mantenuto il coinvolgimento dei familiari, utilizzando il passaggio delle informazioni, migliora gli esiti del processo terapeutico.

Come già detto precedentemente, nella nostra realtà regionale, i NCP sono le unità organizzative di base del sistema delle cure primarie e costituiscono il luogo privilegiato per l'accesso, la continuità assistenziale, l'integrazione delle attività territoriali e di governo clinico in relazione agli obiettivi di salute.

I Nuclei di Cure Primarie comprendono:

- le attività di accesso e di accoglienza;
- l'educazione;
- il monitoraggio delle patologie croniche;
- l'assistenza domiciliare

Lo stato dell'arte all'interno dell'Azienda Unità Sanitaria Locale Maggiore/Bellaria

Come indicato prima nelle Leggi Regionale e nelle Delibere di giunta emanate a livello regionale, ogni Azienda USL deva adottare proprie e specifiche norme per sviluppare le cure primarie e valutare la qualità della realtà percepita.

All'interno dell'AUSL Città di Bologna sono stati sviluppati due percorsi aziendali specifici: il primo è un vero e proprio percorso strategico per sviluppare le cure primarie, mentre il secondo è un vero e proprio progetto a validità aziendale sull'implementazione dell'infermiere di famiglia collegato allo sviluppo delle cure primarie.

Il progressivo invecchiamento della popolazione, il continuo aumento delle malattie di tipo cronico – degenerativo, il sempre più importante legame tra gli aspetti sanitari e sociali nella qualità della vita dei cittadini, richiedono un nuovo ed ulteriore sviluppo dell'assistenza primaria. Per ottenere quanto descritto prima, si deve sviluppare e potenziare l'organizzazione delle cure primarie e dell'integrazione socio – sanitaria, in passato messa in secondo piano durante la creazione del servizio di assistenza domiciliare integrata, sviluppando la cultura della presa in carico e della rete dei servizi.

Facendo proprio quando stabilito a livello regionale, uno dei principali mandati a livello aziendale è quello di ampliare e sviluppare le cure e l'assistenza territoriale, attraverso lo sviluppo delle seguenti aree di interesse peculiare per i NCP e di tutta la medicina territoriale:

- l'integrazione professionale nelle cure domiciliari;
- il sistema informativo per il governo clinico dei percorsi assistenziali;
- la continuità assistenziale nel territorio;
- l'affidamento di ruoli di direzione e coordinamento ai MMG (rete Progetto Sole);
- l'aggiornamento continuo, la formazione e la ricerca

Sempre a livello aziendale i NCP sono stati strutturati e consolidati attraverso l'azione dei diversi professionisti che ne fanno parte e che compongono le reti integrate: in tale ottica viene dato nuovo impulso alla figura del professionista infermiere, implementando, definendo e sviluppando la figura e le funzioni dell'Infermiere di Famiglia all'interno dei NCP.

La situazione attuale fotografava un agire settorializzato dei vari professionisti e una scarsa relazione tra i “nodi” delle rete dei servizi, il tutto causando:

- difficoltà di accesso ai servizi;
- utilizzo parziale ed inappropriato dei servizi e delle cure;
- uso incongruo delle risorse umane;
- diseconomicità

Il nuovo obiettivo da perseguire, quindi, è quello di rivedere la modalità utilizzata per erogare le cure e l’assistenza nel territorio, tendendo verso un modello organizzativo assistenziale che verta sempre di più verso le reti integrate, la centralità dell’assistito e sviluppando un approccio il più possibile olistico coniugando:

- diversità di saperi e di responsabilità tra i vari professionisti;
- diversità di approccio e di abilità tecnico – scientifiche messe in campo;
- diversità di competenza e di presenza temporale e logistica.

Come già detto il NCP è una “struttura”, propria del DCP, il cui perno centrale sono le figure del medico, al quale compete una valutazione medica ed un trattamento clinico e quella dell’infermiere, al quale compete la rilevazione del bisogno di assistenza, di pianificazione dello stesso e il vero e proprio intervento assistenziale, il tutto secondo la metodologia dell’analisi multidisciplinare e dell’integrazione professionale anche con gli altri operatori afferenti al servizio.

Procedura questionari di rilevazione del gradimento dell'assistenza

Allegato 1

Febbraio 2006

Commissione Professionale per le Cure Domiciliari

Articolo I. PROCEDURA QUESTIONARI DI RILEVAZIONE DEL GRADIMENTO DELL'ASSISTENZA

In sede di Commissione Professionale per le cure Domiciliari era stato dato mandato alla Dott.ssa Lucia La Rovere (attualmente trasferita presso altra Azienda USL) di coordinare un sottogruppo di lavoro al fine di elaborare un testo comune da adottare in maniera il uniforme sul territorio dell'AUSL di BOLOGNA.

Il sottogruppo si è confrontato con il Servizio Qualità e successivamente ha riportato il lavoro in Commissione in data 26 gennaio u.s.

La Commissione ha scelto di adottare su tutto il territorio aziendale lo stesso questionario (in allegato) che è stato redatto a partire da quello in uso sul territorio cittadino, a partire dal mese di marzo 2006.

Il questionario è rivolto agli utenti dell'ADI (1-2-3) e ADI ANT.

Circa le modalità di invio, si è scelto di inviare il questionario per posta ai caregiver dell'assistito in maniera che arrivi circa dopo 15 gg. dall'attivazione dell'ADI.

Si suggerisce che sia inviato dall'ufficio che registra il paziente in Garsia, insieme ad una lettera di accompagnamento e con busta già affrancata e dotata di indirizzo per il ritorno postale.

Alla fine del questionario è previsto il codice alfanumerico che consentirà l'archiviazione e l'elaborazione dei questionari pervenuti compilati, a seconda della tipologia ADI e della zona territoriale (all. 3).

Nell'incontro del Comitato di Dipartimento Cure Primarie si è convenuto di far capo ad un punto unico distrettuale ed assegnare ad un medico responsabile Organizzativo la analisi delle risposte. E' disponibile presso il Distretto di Bologna il programma per l'inserimento dei dati.

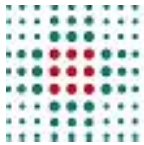
Una volta l'anno le elaborazioni vanno inviate alla Commissione Cure Domiciliari.

LEGENDA PER CODICE ALFANUMERICO RELATIVO A ZONE E TIPOLOGIE ADI

AREA CITTA'	ADI 1	ADI 2	ADI 3	ADI3ANT
BORGIO - RENO	BORE1	BORE2	BORE3	BORE3ANT
NAVILE	NAVI1	NAVI2	NAVI3	NAVI3ANT
PORTO - SARAGOZZA	POSA1	POSA2	POSA3	POSA3ANT
SAVENA - S.STEFANO	SASF1	SASF2	SASF3	SASF3ANT
S.DONATO - S.VITALE	SDSV1	SDSV2	SDSV3	SDSV3ANT

AREA NORD	ADI 1	ADI 2	ADI 3	ADI3ANT
PIANURA OVEST	PIOV1	PIOV2	PIOV3	PIOV3ANT
PIANURA EST	PIES1	PIES2	PIES3	PIES3ANT

AREA SUD	ADI 1	ADI 2	ADI 3	ADI3ANT
CASALECCHIO	CASA1	CASA2	CASA3	CASA3ANT
S. LAZZARO	SLAZ1	SLAZ2	SLAZ3	SLAZ3ANT
PORRETTA	PORR1	PORR2	PORR3	PORR3ANT



Allegato 3

Xxxxxxxx,

Gentile Signora/Signore,

il **Programma di Assistenza Domiciliare (ADI)** in cui è stato inserito il
Suo familiare

Sig.ra/Sig.

.....
.....

è organizzato e finanziato dall'Azienda USL di Bologna.

Per poter migliorare l'assistenza, abbiamo bisogno del Suo aiuto: è importante per noi raccogliere informazioni su quanto l'assistenza sanitaria domiciliare ha dato risposta ai bisogni del Paziente e della Sua famiglia.

Le Sue osservazioni saranno estremamente utili nel venire sempre più incontro alle esigenze di tutti gli assistiti.

La preghiamo vivamente, quindi, di compilare il questionario allegato, anonimo, e di spedirlo utilizzando la busta preaffrancata.

La ringraziamo per la Sua collaborazione.

p. la Commissione Aziendale Cure Domiciliari

Dott. Xxxxxx Xxxxxx

Allegato 4

Xxxxxx,

Gentile Signora/Signore,

il **Programma di Assistenza Domiciliare (ADI 3)** in cui è stato inserito il Suo familiare

Sig.ra/Sig.

.....
.....

è organizzato e finanziato dall'Azienda USL di Bologna.

Ci sono due tipi di ADI 3:

- **ADI 3**, in cui il Medico Responsabile Terapeutico è il Medico di Famiglia dell'assistito, e gli Infermieri Professionali sono quelli del Distretto in cui l'assistito vive;
- **ADI 3 ANT**, in cui il Medico Responsabile Terapeutico e gli Infermieri Professionali appartengono all'ANT, con cui l'Azienda USL di Bologna ha stipulato, fin dal 1997, una convenzione.

In entrambi i casi, i pazienti usufruiscono degli stessi servizi e prestazioni che l'Azienda USL ha previsto all'interno del Programma Assistenziale.

Per poter migliorare l'assistenza, abbiamo bisogno del Suo aiuto: è importante per noi raccogliere informazioni su quanto l'assistenza sanitaria domiciliare ha dato risposta ai bisogni del Paziente e della Sua famiglia.

Le Sue osservazioni saranno estremamente utili nel venire sempre più incontro alle esigenze di tutti gli assistiti.

La preghiamo vivamente, quindi, di compilare il questionario allegato, anonimo, e di spedirlo utilizzando la busta preaffrancata.

La ringraziamo per la Sua collaborazione.

p. la Commissione Aziendale Cure Domiciliari

Dott. Xxxxxx Xxxxxxx

Allegato 2

VALUTAZIONE DEL GRADIMENTO DELL'ASSISTENZA

Si richiede di barrare con una crocetta il numero corrispondente alla risposta scelta.

1) In quale fascia di età rientra il Suo familiare assistito a domicilio?

meno di 40 anni	41-50 anni	51-60 anni	61-70 anni	71-80 anni	più di 81 anni
1	2	3	4	5	6

2) Da quanti giorni è stata attivata l'Assistenza Domiciliare?

8-15 giorni	16-30 giorni	più di 30 giorni	si è già conclusa
1	2	3	4

3) E' soddisfatto dell'assistenza medica rispetto a:

	molto	abbastanza	poco	per niente
Disponibilità	1	2	3	4
Frequenza delle visite	1	2	3	4
durata delle visite	1	2	3	4
informazioni ricevute	1	2	3	4

4) E' soddisfatto dell'assistenza infermieristica rispetto a:

	molto	abbastanza	poco	per niente
Disponibilità	1	2	3	4
Frequenza delle visite	1	2	3	4
durata delle visite	1	2	3	4
informazioni ricevute	1	2	3	4

5) E' soddisfatto della collaborazione fra:

	molto	abbastanza	poco	per niente
famiglia e operatori	1	2	3	4
operatori fra di loro	1	2	3	4

6) E' soddisfatto dell'attenzione agli aspetti psicologici prestata con l'assistenza?

Molto	abbastanza	poco	per niente
1	2	3	4

7) Le sue aspettative riguardo all'Assistenza Domiciliare sono state soddisfatte?

Molto	abbastanza	poco	per niente
1	2	3	4

8) Quale è l'aspetto più positivo del servizio ricevuto?

.....

.....

.....

.....

9) Quale è l'aspetto più negativo del servizio ricevuto?

.....

.....

.....

.....

10) Quali sono i suggerimenti che può darci per migliorare la qualità del servizio?

.....

.....

.....

.....

11) Se non è soddisfatto indichi perché:

.....

.....

.....

.....

.....

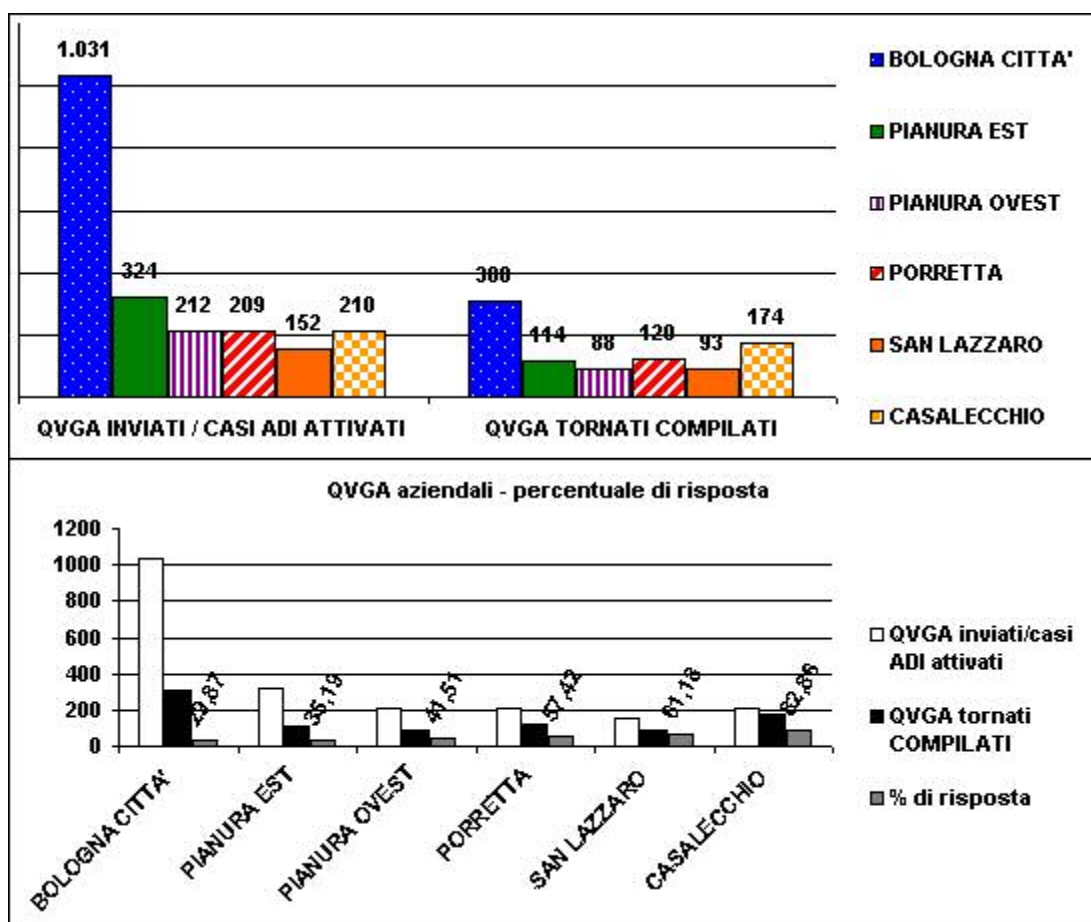
.....

Inserire CODICE ALFANUMERICO
vedi legenda

Dati sulla qualità percepita raccolti all'interno dei vari Distretti Sanitari

ELABORAZIONE SUI QUESTIONARI DI VALUTAZIONE DEL GRADIMENTO DELL'ASSISTENZA - ANNO 2008
AREA DIPARTIMENTALE CURE PRIMARIE - AZIENDA USL DI BOLOGNA

DISTRETTO	QVGA TORNATI COMPILATI	QVGA INVIATI	% DI RISPOSTA
borgo reno	28	149	18,79
navile	48	150	32,00
saragozza porto	85	198	42,93
s stefano savena	105	290	36,21
s donato s vitale	42	244	17,21
BOLOGNA CITTA'	308	1.031	29,87
PIANURA EST	114	324	35,19
PIANURA OVEST	88	212	41,51
PORRETTA	120	209	57,42
SAN LAZZARO	93	152	61,18
CASALECCHIO	174	210	82,86
totale AUSL	897	2.138	41,96



I dati sopra riportati fanno riferimento al questionario somministrato dall'Azienda USL Città di Bologna nel corso dell'anno 2006 e prende in considerazione l'operato dei distretti che si occupano di assistenza nelle cure primarie. In sede di Commissione Professionale per le cure Domiciliari era stato dato mandato al Presidente di coordinare un sottogruppo di lavoro al fine di elaborare un testo comune da adottare in maniera uniforme sul territorio dell'AUSL di Bologna. Il sottogruppo a sua volta si è confrontato con il Servizio Qualità e successivamente ha riportato il lavoro alla suddetta Commissione.

La stessa ha scelto di adottare su tutto il territorio aziendale lo stesso questionario, che è stato redatto sulla base di quello in uso sul territorio cittadino, a partire dal mese di marzo 2006. Il questionario ha come target di riferimento la popolazione di utenti/cittadini rientranti nell'ADI 1 – 2 – 3, ai quali sono stati aggiunti le persone seguite dal servizio ADI ANT.

Circa le modalità di invio, si è scelto di inviare il questionario per posta ai caregiver dell'assistito in maniera che arrivi circa dopo quindici giorni dall'attivazione dell'ADI: l'invio viene fatto direttamente dall'ufficio che registra il paziente, insieme ad una lettera di accompagnamento e con busta già affrancata e dotata di indirizzo per il ritorno postale.

Un apposito codice alfanumerico consentirà l'archiviazione e l'elaborazione dei questionari pervenuti compilati, a seconda della tipologia di ADI e della zona territoriale. Inoltre si è convenuto di far capo ad un punto unico distrettuale ed assegnare ad un medico responsabile l'analisi delle risposte. Presso il Distretto di Bologna è disponibile il programma per l'inserimento dei dati.

Possiamo aggiungere che il questionario era composto da undici domande delle quali sette a risposta chiusa, mentre quattro a risposta aperta, ovviamente da compilarsi in forma anonima. La lettera di presentazione allegata al questionario, sebbene molto simile, era stata personalizzata a seconda che l'assistito rientrasse in un programma di tipo ADI o che rientrasse nel gruppo di assistiti dall'ADI ANT.

L'elaborazione dei dati è avvenuta nel corso dell'anno 2008 e nei diagrammi sopra riportati viene evidenziato:

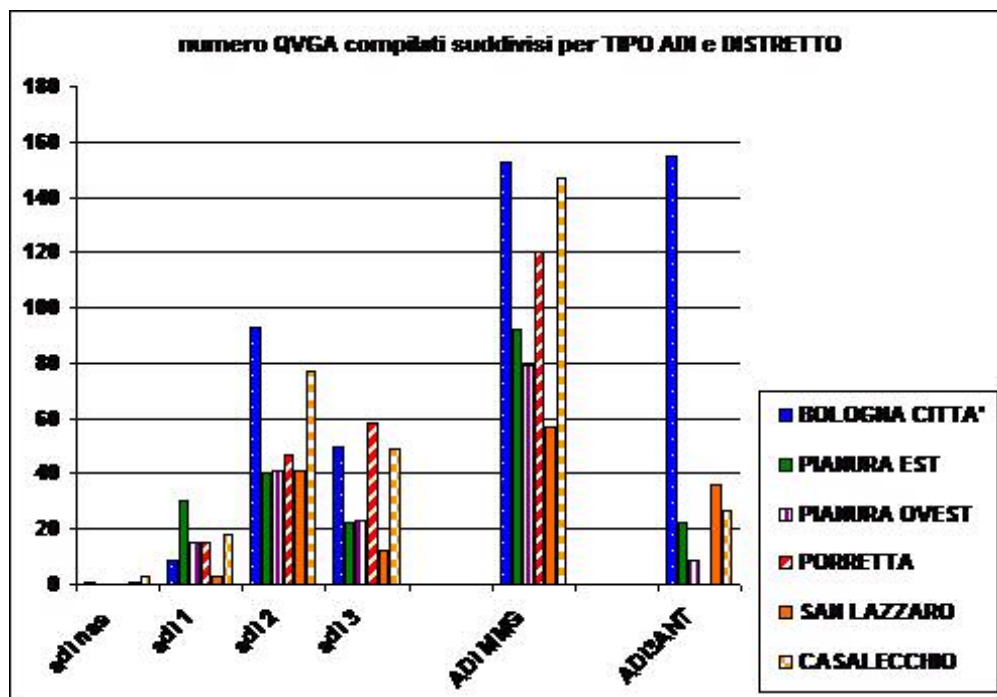
- il numero di questionari inviati;
- il numero di pazienti presi in carico dall'ADI;
- il numero di questionari ritornati compilati;
- la relativa percentuale sul totale.

**QVGA PERVENUTI COMPILATI
SUDDIVISIONE PER TIPO ADI E TERRITORIO DI PROVENIENZA**

DISTRETTO	NUMERO QVGA TORNATI COMPILATI					TOTALE
	ADI NAS *	ADI 1	ADI 2	ADI 3	ADI 3 ANT	
borgo reno			11	3	14	28
navile			7	20	20	47
saragozza porto	1	1	32	7	41	82
s stefano savena		4	27	18	56	105
s donato s vitale		4	16	2	24	46
BOLOGNA CITTA'	1	9	93	50	155	308
PIANURA EST		30	40	22	22	114
PIANURA OVEST		15	41	23	9	88
PORRETTA		15	47	58		120
SAN LAZZARO	1	3	41	12	36	93
CASALECCHIO	3	18	77	49	27	174
totale AUSL	5	90	339	214	249	897
					ADI 3 ANT 249	TOT 897
					ADI MMG 648	

* nota:

alcuni QVGA non riportano il livello di assistenza e vengono riportati come ADI NAS; è comunque certo che siano ADI MMG



Nelle tabelle sopra riportate vengono analizzati i dati suddividendoli per gruppi omogenei:

- gruppo ADI 1;
- gruppo ADI 2;
- gruppo ADI 3;

che vengono a loro volta individuati come ADI di MMG,

- gruppo ADI ANT;

gruppo omogenei caratterizzati a loro volta da sottogruppi indicanti i distretti di provenienza dei questionari ritornati compilati.

Vengono anche analizzati i dati relativi alle undici domande poste nel questionario. Per quello che riguarda le domande chiuse, vengono riportati i dati raccolti per singola domanda, mentre per le domande aperte viene fatto uno studio incrociato: si parte da una raccolta per gruppi omogenei delle risposte ricevute, per poi mettere i dati raccolti all'interno di apposite tabelle che permettono una rappresentazione statistica del campione. Qui sotto viene riportato un esempio grafico di quanto sopra detto:

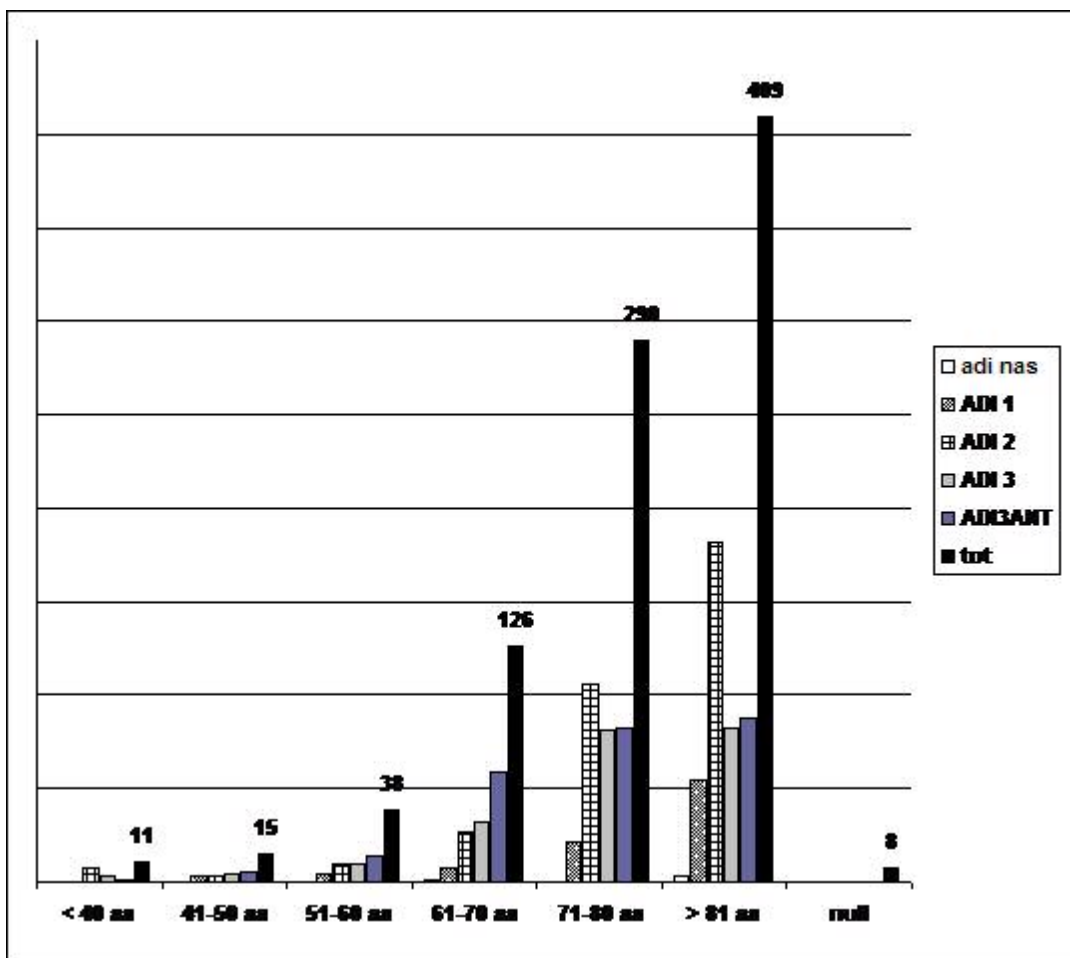
DOMANDE DALLA 1 ALLA 7

1. sono previste **risposte "chiuse"** cioè con opzioni da barrare
2. alcuni QVGA non contengono le risposte ad alcune domande; viene quindi riportato con la **dicitura NULL** il numero assoluto delle risposte mancanti
3. nella elaborazione dei dati relativi alle risposte chiuse si vuole essenzialmente riportare ciò che segnala il compilatore del QVGA; si perde il dato relativo alla provenienza territoriale a favore del livello di assistenza

DOMANDA 1

In quale fascia di età rientra il Suo familiare assistito a domicilio?

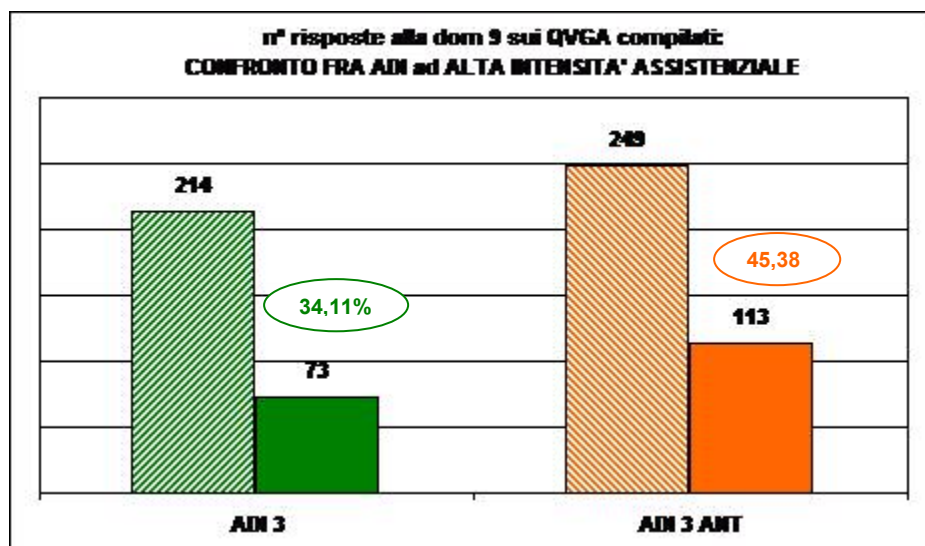
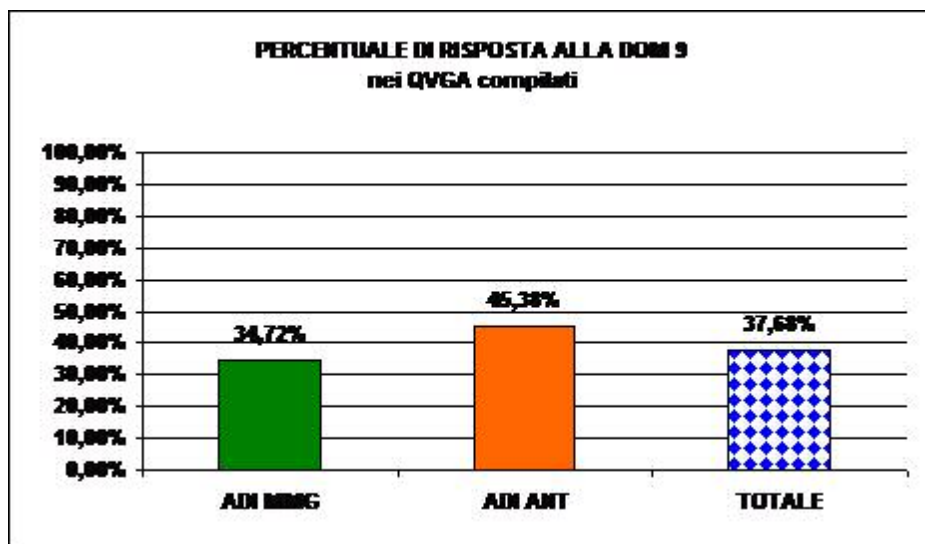
	< 40 aa	41-50 aa	51-60 aa	61-70 aa	71-80 aa	> 81 aa	NULL	tot
adi nas				1		3		4
ADI 1		3	4	7	21	54		89
ADI 2	7	3	10	27	106	182		335
ADI 3	3	4	10	32	81	82		212
ADI3ANT	1	5	14	59	82	88		249
tot	11	15	38	126	290	409	8	897



DISTRETTO	TIPO ADI	Liv	DOM 9: QUALE E' STATO L'ASPETTO PIU' NEGATIVO DEL SERVIZIO RICEVUTO?
ADI 1			ADI 1
Navile	MMG	1	nessuno
Sarag Porto	MMG	1	nessuno
Sarag Porto	MMG	1	scarsa durata e frequenza delle visite
Sarag Porto	MMG	1	nessuno
Sarag Porto	MMG	1	orari troppo restrittivi
SStef Savena	MMG	1	cambio del personale
SStef Savena	MMG	1	non tutti gli operatori danno la stessa disponibilità

SS Stef Savena	MMG	1	l'orario
PIANURA EST	MMG	1	manca di visite infermieristiche
PIAN OVEST	MMG	1	per il momento non vi sono aspetti negativi
PIAN OVEST	MMG	1	poca frequenza
PIAN OVEST	MMG	1	non sono secondo il parere attivi al 100/100
PIAN OVEST	MMG	1	non ho motivi per avere aspetti negativi
PORRETTA	MMG	1	non c'è nessun aspetto negativo da parte del servizio, per colpa dell'età un po' avanzata dei genitori
PORRETTA	MMG	1	il medico deve sempre essere chiamato/collocato da noi familiari per tutti i motivi: visite a domicilio, ricette, esami clinici di controllo, ecc..
PORRETTA	MMG	1	niente
SAN LAZZARO	MMG	1	per il servizio sono abbastanza contento, alcuni addetti sono scarsi di preparazione
CASALECCHIO	MMG	1	Scarsa coordinazione tra operatori
CASALECCHIO	MMG	1	della assoluta mancanza degli aspetti psicologici prestata con l'assistenza
CASALECCHIO	MMG	1	nessuno.
CASALECCHIO	MMG	1	niente
CASALECCHIO	MMG	1	assistenza infermieristica ricevuta una sola volta per prelievo
CASALECCHIO	MMG	1	Il dover portare allo sportello le richieste di visita
CASALECCHIO	MMG	1	sono tutti molto di fretta
CASALECCHIO	MMG	1	Nessuno
CASALECCHIO	MMG	1	nessuno

TIPO ADI	N° QVGA COMPILATI	n° risposte alla dom. 9	% di risposta
ADI nas	5	2	40,00
ADI 1	90	26	28,89
ADI 2	339	124	36,58
ADI 3	214	73	34,11
ADI MMG	648	225	34,72
ADI 3 ANT	249	113	45,38
TOTALE	897	338	37,68



legenda

colore in diagonale: QVGA compilati

colore pieno: QVGA che contengono risposte alla dom 9

ANALISI DEL DATO CON VALUTAZIONE DI TIPO ADI e ZONA DI PROVENIENZA

DISTRETTO	N° RISPOSTE ALLA DOM 9			
	ADI 1 e ADI NAS	ADI 2	ADI 3	ADI 3 ANT
borgo reno		4	1	3
navile	1	1	8	5
saragozza porto	5	14	4	25
s stefano savena	3	16	5	26
s donato s vitale		8	2	13
BOLOGNA CITTA'	9	43	20	72
PIANURA EST	1	3	4	4
PIANURA OVEST	4	18	9	5
PORRETTA	3	12	24	
SAN LAZZARO	1	19	4	15
CASALECCHIO	10	29	12	17
totale AUSL	28	124	73	113

Approfondimento su CRITICITA' segnalate nelle risposte alla domanda n° 9

	ADI 1 + NAS	ADI 2	ADI 3	ADI 3 ANT
nessun aspetto negativo; niente; per ora nessuno	13	52	36	66
relativamente ad aspetti organizzativi, alla attivazione delle pratiche, ai servizi e al materiale erogato	1	29	21	17
fretta degli operatori; scarsa durata delle visite	5	10	3	4
relativamente alle attenzioni al malato	4	8	3	6
ORARIO: difficile o assente programmazione; non puntualità; appuntamenti che saltano	2	8	4	5
scarso coordinamento, difficoltà nel passaggio di consegne	1	5	1	2
turnazione del personale, mancanza di continuità nelle relazioni	1	4	1	2
relativamente alla preparazione professionale	1	4	1	1

ANNOTAZIONI:

a. Relativamente agli ASPETTI ORGANIZZATIVI del servizio, la maggior parte delle risposte evidenzia le difficoltà della famiglia ad affrontare i giorni festivi e le ore notturne, e i momenti di peggioramento e di emergenza a cui non sempre corrispondono un aumento di intensità e di frequenza degli accessi degli operatori.

b. Alcune risposte segnalano carenza di materiale necessario per le cure del malato o tempi lunghi per ottenerlo a domicilio; scarse informazioni alla famiglia sui servizi e come ottenerli, mancanza di procedure "ad hoc" in caso, ad esempio, di ricoveri ospedalieri.

c. Vengono fatte segnalazioni attente sulle varie professionalità coinvolte dall'assistenza domiciliare: il medico/i medici, il servizio infermieristico, il personale che cura l'igiene del malato

d. Riporto di seguito *alcune frasi estratte* dalle risposte alla domanda 9 di QVGA di vari livelli:

"Il medico deve sempre essere chiamato/sollecitato da noi familiari per tutti i motivi: visite a domicilio, ricette, esami clinici di controllo, ecc..." (ADI 1, Porretta)

"Assistenza notturna a carico del solo coniuge" (ADI 2, Borgo Reno)

"Non poter avere l'assistenza domenica e sabato pomeriggio e non avere il terapeuta come operatore previsto nel servizio" (ADI 2, San Lazzaro)

"Non sono ancora venuti a fare una doccia, dal 16/4 a oggi 30/6/08" (ADI 2, Casalecchio)

"Poca collaborazione e l'aspetto borioso delle prime infermiere, poco professionali: tanti guanti mai una lavatina di mani. Tanti anelli e monili che penzolavano sulle ferite." (ADI 2, Pianura Ovest)

"Il ritardo con cui si sono ottenuti gli ausili ed il ritardo ancora maggiore di attivazione del servizio dell'ANCORA" (ADI 3, S. Stefano Savena)

"Il servizio infermieristico ottimo, migliorare l'igiene" (ADI 3 ANT, S. Stefano Savena)

Partendo da questa raccolta dati e dalle considerazioni che si possono ricavare si nota come:

- la difformità tra questionari inviati e ritornati compilati sia elevata.

Specchio di quanto sopra già detto, lo si ricava anche dalle percentuali totali che raffrontano il campione di questionari inviati e la percentuale che fa riferimento ai questionari ritornati compilati.

Ancora ci si domanda:

- quali e quanti siano i fattori che influenzano la diversa percentuale di risposta tra i distretti;
- se eventualmente la bassa percentuale di adesione alla compilazione dei questionari possa nascondere insoddisfazione.

Consapevoli del fatto che esiste un'ampia parte di assistenza che si eroga a domicilio che non possiamo catalogare come ADI sopra descritta e alla quale non si applicano strumenti di valutazione della qualità, ci si pone la domanda di quali altre metodologie applicare in alternativa a quella appena vista, oppure se semplicemente baste estendere questa metodica a tutta la totalità di assistiti al domicilio ampliando così le rispettive valutazioni o, per finire, se le metodologie debbano essere diverse per tipo di assistiti.

Sviluppo di un nuovo percorso di rilevazione della qualità percepita

La comunicazione per la salute è un elemento decisivo nel governo delle attività assistenziali che ha avuto un impulso notevole negli ultimi anni. In tutte le Aziende sono state realizzate Carte dei Servizi, avviati Uffici per la relazione con il pubblico (URP) e Comitati Consultivo Misti (CCM), sperimentati nuovi strumenti informativi, realizzate nuove campagne informative¹⁰.

I CCM nelle Aziende Sanitarie ed il Comitato consultivo regionale per la qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino (CCRQ) assicurano la partecipazione e il confronto strutturato con le organizzazioni dei cittadini impegnate in sanità e svolgono un ruolo di verifica della qualità dei servizi dal lato del cittadino e di stimolo costante al loro miglioramento secondo la prospettiva degli utenti.

La capillare esperienza dei Piani per la salute ha permesso a migliaia di cittadini attivi nelle comunità locali di partecipare a processi di progettazione e realizzazione di azioni per la promozione della salute che sono attualmente in corso.

I cittadini chiedono informazioni che li mettano in grado di orientare la loro domanda, di comprendere diritti, di conoscere procedure, di saper utilizzare al meglio le opportunità esistenti. L'impegno in questo settore può contribuire in modo rilevante non solo al raggiungimento di obiettivi di salute, ma anche al miglioramento dell'immagine delle istituzioni e al rafforzamento dei rapporti di fiducia.

L'accesso e la conoscenza dei servizi interessa tutti i cittadini e deve essere organizzato in maniera che tenga conto e favorisca il contatto con chi ha maggiori difficoltà fisiche e culturali (anziani, immigrati, disabili, esclusi).

Poiché i problemi di assistenza, sociale e sanitaria, sono spesso intrecciati, è necessario garantire la massima integrazione a livello locale, anche sul piano informativo, tra i punti di accesso al sistema dei servizi.

Oltre allo sviluppo delle attività di front-office, è anche necessario rafforzare tutti gli strumenti di comunicazione diretta con il pubblico, utilizzando il gradimento dei pazienti e dei cittadini nella valutazione dei servizi e coinvolgendoli in modo singolo o associato. Ciò non è solo una questione di libertà di scelta, ma è anche una risorsa per garantire adeguati processi di miglioramento.

¹⁰ Piano Sociale e Sanitario 2008 – 2010

Tutto questo può avvenire attraverso l'espressione spontanea di giudizi e critiche da parte di singoli (reclami), che si aspettano un riscontro personale, ma che attivano in tal modo anche un sistema di verifica e di miglioramento interno all'organizzazione. Può avvenire attraverso indagini strutturate sul gradimento di specifici aspetti o sulle opinioni relativamente a questioni critiche del servizio. Può avvenire con il coinvolgimento nella conoscenza e nella gestione di rischi presenti nei processi assistenziali e nella valutazione dei contenziosi.

Può avvenire, infine anche attraverso forme innovative di cittadinanza attiva che permettono un coinvolgimento più approfondito e rappresentativo come quello delle associazioni di cittadini interessati, malati o familiari, che danno voce a larghi e importanti gruppi di popolazione (CCM).

I cittadini sono oggi più informati e più attenti ai rischi per la salute, ai problemi etici, agli stili di vita; rivendicano più trasparenza; chiedono di condividere le scelte assistenziali e si attendono servizi più rispondenti alle esigenze individuali. Sono anche più capaci di orientarsi tra le proposte che ricevono e di associarsi per esercitare pressioni sui livelli decisionali. Vecchie e nuove indagini concordano nel considerare la capacità di ascoltare da parte delle istituzioni e degli operatori e la chiarezza delle informazioni punti critici migliorabili.

La costruzione di una partnership tra cittadini e servizi è una delle leve fondamentali per migliorare la salute e la qualità della vita e per offrire un'assistenza sociale e sanitaria di tipo universalistico, fedele ai principi d'equità, accessibilità ed efficacia.

Per affrontare i problemi e gli obiettivi descritti, le Aziende sanitarie e il sistema dei servizi sociali devono sviluppare un insieme coordinato di competenze e funzioni mirate alla comunicazione: il Sistema comunicazione. Questo sistema deve garantire il collegamento dei vari punti informativi con particolare attenzione alle fasce più deboli (anziani, immigrati, persone con disagio economico e sociale), deve poggiare su un Piano comunicativo integrato e condiviso e su strutture organizzative competenti. Il "Sistema comunicazione" deve essere pertanto capace di sostenere la rete e l'integrazione tra i soggetti titolari della programmazione e della erogazione dei servizi¹¹.

¹¹ Piano Sanitario Regionale 2007 - 2009

In questa parte si cercherà di sviluppare un nuovo percorso di valutazione delle qualità all'interno del servizio di assistenza domiciliare integrata, che possa sviluppare ed integrare la precedente analisi della attività fatta dall'Azienda USL Città di Bologna nell'anno 2006.

Partendo dal presupposto che la metodica scelta del questionario viene ritenuta valida, si decide di implementarla anche per questo percorso. Associato ad esso vi sarà una lettera di accompagnamento volta a spiegare:

- come è composto il servizio;
- come vengono erogate le prestazioni a seconda della tipologia di ADI;
- le modalità di compilazione;
- le finalità di questa raccolta ed analisi di dati;
- perché è utile la compilazione del questionario.

Nella suddetta lettera si porrà in risalto la compilazione del questionario e le finalità per le quali tutto questo viene fatto, per stimolare la partecipazione di tutti gli assistiti e/o dei loro familiari non solo a migliorare il servizio che viene erogato, ma per stimolare negli operatori un processo di autovalutazione e lo sviluppo di metodiche interne di valutazione della qualità.

Si decide di coinvolgere i vari uffici aziendali preposti alla valutazione della qualità e di individuare, a vari livelli, un responsabile per ogni fase del progetto.

Viene mantenuta la suddivisione tra i servizi ADI e ADI ANT, in quanto questi ultimi rappresentano una fetta particolare del servizio domiciliare.

La struttura del questionario è una struttura di tipo misto, infatti vede la presenza di:

- domande chiuse;
- domande aperte;
- domande di scala tradizionali;

La modalità di somministrazione è quella di tipo postale, con ritorno post compilazione tramite busta pre – affrancata al distretto di competenza.

Successivamente verrà valutato, in base ai dati raccolti ed alle opportune valutazioni statistiche, se riportare la stessa metodica anche per valutare la qualità di tutti quegli aspetti di assistenza domiciliare che non rientrano nel contesto ADI, oppure se cambiare approccio metodologico sviluppando una metodica ad hoc.

Conclusioni

L'aumento dei malati cronici e l'invecchiamento della popolazione richiederebbero la presa in carico dei bisogni e la continuità delle cure, attraverso la deospedalizzazione e il potenziamento dei servizi territoriali. La necessità è quella di confrontare i nuovi bisogni con le nuove forme di servizi e provare a confezionare i servizi sulla base dei bisogni e non viceversa.

L'assistenza domiciliare, in quest'ottica, si presenta come uno dei servizi principali, che deve essere potenziato, in termini qualitativi e quantitativi, a partire dal numero delle ore di assistenza e dalla tipologia di offerta delle prestazioni.

Metter mano all'assistenza domiciliare, per migliorarne "la forma ed i contenuti", vuol dire in primis aggiornare i Livelli Essenziali di Assistenza, in particolare:

- individuando le prestazioni essenziali domiciliari, anche differenziandole per le diverse tipologie di patologie (Livelli essenziali di assistenza domiciliare), nelle quali prevedere l'assistenza psicologia, la terapia del dolore, anche quello cronico non oncologico;
- rafforzando l'integrazione socio-sanitaria;
- integrando i LEA con i Liveas (Livelli Essenziali di Assistenza Sociale).

E' inoltre necessario potenziare i controlli sull'effettiva erogazione dei LEA e valutarli con indicatori che tengano conto di difficoltà oggettive (tempi di attivazione, normative regionali in contrasto con i LEA, etc.).

Occorre uscire da una logica che è ancora troppo 'ospedalocentrica' e costruire una 'medicina del territorio' più vicina alle reali esigenze dei cittadini.

A tal fine si dovrebbero prevedere le risorse economiche e le strutture necessarie per garantire:

- ***il potenziamento dell'assistenza domiciliare e dell'assistenza H24*** (nel caso dell'ADI si tratta di erogare "da contratto" un servizio che copra l'intero giorno, 7 giorni su 7 e non lasci che la continuità sia frutto della buona volontà dei professionisti al domicilio; sarebbe opportuno prevedere inoltre un servizio di supporto telefonico per il paziente e le famiglie);
- ***l'integrazione dei servizi territoriali con l'ospedale*** (per quel che riguarda l'ADI, nonostante l'integrazione sia già pratica in uso nelle ASL, deve essere potenziata), anche nella prevenzione delle lesioni da decubito;

- ***la presa in carico effettiva***, caratterizzata dall'attenzione per tutti gli aspetti dell'assistenza: sociale, sanitaria e psicologica; è importante quindi, parlando di ADI, evitare il continuo turn over delle figure di riferimento (infermiere);
- ***il miglioramento della qualità delle cure e la riduzione dei tempi di attesa***, non solo per l'attivazione del servizio, ma anche per l'erogazione di protesi ed ausili che facilitano il rientro presso il proprio domicilio e l'assistenza da parte dei famigliari (materassi antidecubito, carrozzine, etc.);
- ***il coinvolgimento del paziente e delle famiglie*** nella messa a punto di piani di assistenza personalizzati e nella valutazione del servizio.

Quindi partendo dalla valutazione della qualità percepita (rilevazione del gradimento di cui trattasi nel lavoro) di quanto erogato, possiamo “ripartire” o meglio tarare di continuo la coerenza tra il bisogno espresso e la risposta data, senza prescindere dal rispetto della sostenibilità complessiva del servizio.

Costruire percorsi che ci permettano di misurare e valutare la qualità che i cittadini percepiscono attraverso il nostro operato e le nostre prestazioni, è un ottimo strumento che non solo fa da cartina di tornasole sul nostro operato quotidiano, ma che ci permette di crescere come operatori. Perseguire questa strada ci permette di:

- ***sviluppare e modulare*** il nostro lavoro;
- ***valutare*** molteplici aspetti dell'assistere che possono passare in secondo piano anche se rappresentano una fetta importante del nostro fornire assistenza a domicilio;
- ***aumentare*** la coesione del “gruppo di lavoro” rafforzando sia i legami tra i vari operatori, ma anche il rapporto di fiducia che si viene a creare tra i professionisti ed il paziente.

Paziente all'interno dell'ospedale, che diventa cliente fruitore di un servizio e poi si trasforma in cittadino titolare di diritti e doveri.

Se riusciremo a fare tutto questo potremmo dire di essere riusciti a raggiungere l'obiettivo riportato nel PSN 1998/2000:

“Curare a casa significa un cambiamento di prospettiva sostanziale: si tratta di passare dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici alle strutture e professioni che assumono come centro di gravità la persona con i suoi bisogni”
(PSN 1998-2000)

VALUTAZIONE DEL GRADIMENTO DELL'ASSISTENZA

1) Ci può indicare chi è il compilatore del questionario?

assistito	familiare
-----------	-----------

2) Ci può indicare il sesso del compilatore del questionario?

maschio	femmina
---------	---------

3) Ci può indicare il sesso della persona assistita dal servizio?

maschio	femmina
---------	---------

4) In quale fascia di età rientra il suo familiare assistito dal servizio?

meno di 40 anni	tra 41 e 50 anni	tra 51 e 60 anni	tra 61 e 70 anni	tra 71 e 80 anni	sopra 80 anni
--------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	------------------

5) Sa da quanti giorni è stata attivata l'ADI?

8 – 15 giorni	16 – 30 giorni	più di 30 giorni	si è già conclusa
---------------	----------------	------------------	-------------------

se no perché _____

6) Sa quali sono gli operatori che la/vi seguono nell'ADI?

può indicarne qualcuno _____

se no perché _____

7) È soddisfatto sino a questo punto dell'assistenza ricevuta?

nulla	poco	abbastanza	molto	moltissimo
-------	------	------------	-------	------------

se no perché _____

8) È soddisfatto dell'assistenza medica ricevuta rispetto a:

	Nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
Disponibilità					
Frequenza visite					
Durata visite					
Informazioni ricevute					

9) È soddisfatto dell'assistenza infermieristica ricevuta rispetto a:

	Nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
Disponibilità					
Frequenza visite					
Durata visite					
Informazioni ricevute					

10) Ritiene la collaborazione un aspetto fondamentale dell'ADI?

si

passare alla domanda numero 11

no

se no perché _____

passare alla domanda numero 12

11) È soddisfatto della collaborazione tra:

	Nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
Famiglia e operatori					
Tra gli operatori					

12) È soddisfatto dell'attenzione rivolta agli aspetti psicologici?

Nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

13) Quali erano le sue aspettative sul servizio di assistenza domiciliare?

14) Le aspettative sopra elencate sono state soddisfatte?

Nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

se no perché _____

15) Quale è l'aspetto più positivo del servizio ricevuto?

16) Quale è l'aspetto più negativo del servizio ricevuto?

17) Quali prestazioni vorrebbe fossero offerte che ora non lo sono?

18) Ha dei suggerimenti da darci per migliorare il servizio?

Si

passare alla domanda numero 19

no

se no perché _____

passare alla domanda numero 20

19) Quali sono i suggerimenti che può darci per migliorare il servizio?

20) Ritiene che ci siano aspetti da migliorare all'interno del servizio?

BIBLIOGRAFIA

- ✓ A. Twaddle (1968), *Influence and Illness: Definitions and Definers of Illness Behavior among Older Males in Providence*, Rhode Island, Ph. D. Thesis, Brown University.
- ✓ Luisa Spisni (febbraio 1983), *Il distretto sanitario di base*, Rivista dell'infermiere.
- ✓ Olga Cellentani Viola (1998), *Lavorare con la famiglia manuale ad uso degli operatori dei servizi sociali*, Franco Angeli, Milano.
- ✓ Maria Angela Becchi, Enrico Bernini Carri (1998), *Qualità ed efficacia nell'assistenza domiciliare. Linee guida in conformità alle Norme ISO 9000*, Franco Angeli, Milano 1998.
- ✓ Antonella Santullo (1999), *L'infermiere e le innovazioni in Sanità*, Mc Graw Hill, Milano.
- ✓ A. Guaita (2000), *Qualità e quantità dei nuovi bisogni della popolazione anziana*, appunti sulle politiche sociali n. 2/2000.
- ✓ Cittadinanza Attiva, *Rapporto sull'assistenza domiciliare anno 2006*.
- ✓ M. Trabucchi, *I vecchi, la città e la medicina*, Il Mulino, Bologna.
- ✓ *Annuario Statistico Istat anno 2008*.
- ✓ Cittadinanza Attiva, *Rapporto sull'assistenza domiciliare anno 2008*.
- ✓ Carlo Calamandrei, Carlo Orlandi (2009), *La dirigenza infermieristica, Manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali*, Mc Graw Hill (terza edizione), Milano.
- ✓ Costantino Cipolla, Guido Giarelli, Leonardo Altieri (2009), *Valutare la qualità in sanità approcci, metodologie e strumenti*, Franco Angeli (sesta ristampa), Milano.
- ✓ Mauro Moruzzi (2009), *Internet e Sanità organizzazioni e management al tempo della rete*, Franco Angeli (quinta ristampa), Milano.