



REGIONE DEL VENETO

Le cure domiciliari nella Regione del Veneto Anni 2012-2013

Ottobre 2014





REGIONE DEL VENETO

Le cure domiciliari nella Regione del Veneto Anni 2012-2013

Ottobre 2014





Le cure domiciliari nella Regione del Veneto Anno 2012-2013

A cura di:

Michele Pellizzari, Nicola Gennaro, Francesco Carlucci, Graziella Giacomazzo, Elena Schievano, Mara Pigato, Veronica Casotto, Angela Grandis, Francesco Avossa, Ugo Fedeli, Mario Saugo.

Report pubblicato nell'Ottobre 2014

Sistema Epidemiologico Regionale (SER)

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova

Telefono: 049 8778252 – Fax: 049 8778235

e-mail: ser@regione.veneto.it

Il volume è pubblicato anche sul sito Web:

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

Con il contributo di:

Maria Chiara Corti, Settore Strutture di Ricovero Intermedie e Integrazione Socio-Sanitaria

Maria Cristina Ghiotto, Settore Assistenza Distrettuale e Cure Primarie

Franco Figoli, Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore

Roberto Toffanin, Stefano Rigon, Giuseppe Borin, Azienda ULSS 4 Alto Vicentino

Paola Paiusco – Azienda ULSS 8

Pietro Gallina– Azienda ULSS 16

Lucia Della Torre– Azienda ULSS 7

Giuseppe Zamengo, Settore Sistema Informativo SSR

Con la collaborazione di:

Dott. Claudio Costa, dirigente regionale Sezione Controlli, Governo e Personale SSR

Ing. Francesco Bortolan, Settore Controllo Investimenti Prezzi Acquisti SSR

Ing. Lorenzo Gubian, Settore Sistema Informatico SSR

Il Sistema Epidemiologico Regionale (SER) afferisce alla

Sezione Controlli, Governo e personale SSR

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

Telefono: 041-279.3559 Fax: 041-279.3503

e-mail: controlligovernopersonaleSSR@regione.veneto.it

Licenza Creative Commons



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

Le libertà per l'utente



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

alle seguenti condizioni:



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



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



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

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

Per ulteriori informazioni è possibile rivolgersi alla:

Segreteria del Sistema Epidemiologico regionale

Sistema Epidemiologico Regionale (SER)

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova

Telefono: 049 8778252 – Fax: 049 8778235

e-mail: ser@regione.veneto.it

Il punto di vista della programmazione regionale

La recente Delibera della Giunta Regionale n. 1104 del 01 Luglio 2014 punta ad una integrazione dei flussi informativi di attività che sono di fatto inscindibili nella pratica dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale: Cure Domiciliari, Cure Palliative e Hospice.

Infatti, quando il paziente è seguito da più servizi e da più operatori sanitari e socio-sanitari anche una parte della cartella deve essere comune, in maniera da dare visibilità a tutti i professionisti coinvolti nel Piano di Assistenza Individuale (Medico di Famiglia, Medico di Continuità Assistenziale, Infermiere, Medico palliativista/specialista del Distretto, Operatore Socio-Sanitario, ...) dei problemi di salute riconosciuti, del progetto formulato e dell'agenda giornaliera dei contatti in corso con tutti gli operatori. Questa integrazione informativa, che è di competenza delle Aziende Sanitarie, è anche il presupposto per una programmazione sanitaria coerente ed efficace a tutti i livelli, dal Distretto alla Regione.

Grazie proprio a questa accresciuta disponibilità informativa, in questa pubblicazione del Sistema Epidemiologico Regionale viene presentata per la prima volta su base regionale l'attività di cure palliative svolta a domicilio a favore di pazienti oncologici. Il punto di partenza è la definizione proattiva e l'annotazione in cartella del bisogno di assistenza palliativa dei malati oncologici, che come è ben noto si intensifica in prossimità della morte.

Si tratta di ben 10.000 malati, di cui circa 5.800 muoiono nell'anno, ricevendo in media un accesso ogni 3 giorni negli ultimi 30 giorni di vita. Ecco quindi un dato oggettivo, estremamente positivo e che dà opportunità e stimoli per ulteriori miglioramenti, per un confronto tra i modelli assistenziali – ancora molto diversificati tra le Aziende ULSS - e per una valutazione approfondita dei percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali di questi pazienti.

Un secondo dato saliente è la complessiva capacità di tenuta del sistema delle Cure Domiciliari, a fronte della crescente pressione generata dalla deospedalizzazione dei pazienti non acuti. Questo avviene in piena coerenza con le indicazioni fornite dal Piano Socio Sanitario Regionale per gli anni 2012-2016 ma soprattutto grazie alla capacità ed all'impegno degli operatori. Alcuni dati provenienti dall'analisi delle riospedalizzazioni negli anziani veneti dimessi per scompenso cardiaco richiamano peraltro l'importanza concreta del sostegno assistenziale della famiglia e confermano la necessità di una stretta integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali di supporto e di assistenza diretta alle persone non autosufficienti.

Desidero in conclusione incoraggiare e ringraziare apertamente tutti gli operatori delle Cure Primarie assicurando l'impegno di tutta la macchina regionale affinché possano continuare a svolgere il loro lavoro con il massimo della serenità e della soddisfazione possibili in questa fase di profondo e necessario cambiamento.

L'Assessore alla Sanità
(Luca Coletto)

A handwritten signature in purple ink, appearing to read 'Luca Coletto', is positioned below the printed name.

Sommario

1	Capitolo primo: Quadro Normativo	9
2	Capitolo secondo: Offerta di Cure Domiciliari (CD)	15
3	Capitolo terzo: Dati aziendali utilizzati per la stesura del report	17
4	Capitolo quarto: Accessi effettuati dagli operatori delle CD	19
5	Capitolo quinto: Popolazione assistita dai servizi di CD	21
	5.1 Caratterizzazione della popolazione	21
	5.2 Descrizione dei problemi di salute all'interno del flusso delle CD	22
6	Capitolo sesto: Stratificazione per livello di intensità assistenziale delle CD	27
7	Capitolo settimo: Indicatori di attività e processo delle CD	29
8	Capitolo ottavo: Presa in carico di specifici problemi di salute	33
	8.1 Le Cure Palliative Domiciliari nei malati di tumore	33
	8.2 Lo scompenso cardiaco	42
9	Capitolo nono: Conclusioni	47
10	Capitolo decimo: Qualità dei dati inviati e metodi	49
11	Capitolo undicesimo: La gestione per eventi delle CD	55

Capitolo primo: Quadro Normativo

Le Cure Domiciliari (CD) sono considerate all'interno degli standard di assistenza sanitaria assicurati dal Sistema Sanitario Nazionale come uno dei parametri valutati per l'accesso da parte delle Regioni ad una quota di finanziamento maggiorata prevista dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. In particolare vengono considerati:

- 1) l'alimentazione del sistema informativo nazionale sulle CD (flusso NSIAD di cui ai DMS 17/12/2008 e 06/08/2012) - previsto all'interno del questionario LEA (per esteso: questionario per la valutazione del mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza);
- 2) la qualità dei dati inviati (es. coerenza con il flusso Ministeriale FLS21) - pure previsto all'interno del questionario LEA;
- 3) l'attività svolta, attraverso l'indicatore "Tasso di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) negli ultra65enni" – che corrisponde all'indicatore 8 della Griglia LEA, ricavato dal flusso informativo NSIAD.

Gli utenti delle CD sono caratterizzati secondo il Disciplinare Tecnico del DMS 17/12/2008:

- 1) da un Piano di Assistenza Individualizzato definito d'intesa con il Distretto e posto in capo a un MMG/PLS o ad un medico palliativista del Distretto;
- 2) da una valutazione multidimensionale;
- 3) dall'esclusione delle attività di cure prestazionali o di tipo ciclico programmato e delle forme di assistenza domiciliare esclusivamente socio-assistenziali.

Le Cure Domiciliari quindi sono comprensive anche dei Piani di Assistenza Individualizzati monoprofessionali (assistenza programmata, assistenza infermieristica, assistenza riabilitativa) approvati dal Distretto. Per l'anno 2013, tuttavia, considerata l'attuale disomogeneità di registrazione sul territorio nazionale, il Ministero della Salute ha ritenuto di escludere gli episodi di CD con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) $\leq 0,13$, cioè con ≤ 4 accessi/mese, definendo i seguenti livelli di adempimento:

- raggiungimento dello standard: tasso di assistenza in CD negli ultra65enni $> 1,8\%$;
- scostamento minimo: valore pari a $1,1-1,8\%$;
- scostamento rilevante ma in miglioramento: valore $< 1,1\%$, in aumento rispetto agli anni precedenti;

- scostamento non accettabile: valore $<1,1\%$, non in aumento rispetto agli anni precedenti;
- dato mancante o palesemente errato: copertura incompleta delle Aziende ULSS.

Oltre al numero assoluto ed al corrispondente tasso di copertura di popolazione viene considerata dal Ministero l'unità statistica "Preso in Carico" ("PIC"), che viene definita tramite una data di presa in carico ed una valutazione multidimensionale. La "PIC" può essere interrotta e successivamente riaperta in occasione di un ricovero, di una conclusione del programma di cura ovvero di un cambio del livello di intensità del programma di CD, ovvero può essere conclusa in occasione di una istituzionalizzazione, di un trasferimento definitivo o di un decesso. In questa prospettiva un assistito può essere caratterizzato dalla presenza di più "PIC" in corso d'anno.

Le "PIC" si articolano in quattro livelli di crescente intensità: 1) primo livello (CIA=0,14-0,30), 2) secondo livello (CIA=0,31-0,50), 3) terzo livello (CIA=0,51-0,60), 4) quarto livello (CIA=0,61-1), mentre come sopra riferito non sono ad oggi considerate le "prese in Carico" riferite al livello delle Attività di Base (CIA $\leq$ 0,13), che pure costituiscono un terzo degli accessi di CD erogate nel Veneto. E' importante anche sottolineare il fatto che – a parità di intensità di assistenza - gli assistiti in carico alle CD risultano associati ad un numero di PIC più elevato nel caso in cui siano andati incontro ad uno o più ricoveri, come è chiarito dal seguente esempio:

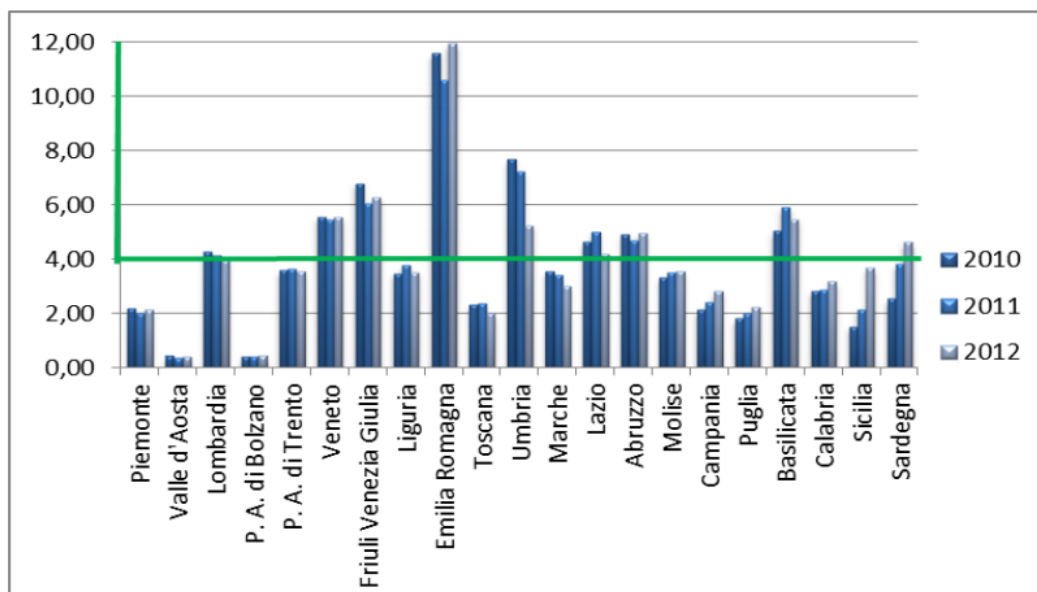
- l'assistito A, con 6 accessi di CD nei primi dieci giorni del mese, 10 giornate di ricovero ospedaliero e altri 6 accessi di CD negli ultimi 10 giorni del mese, impegna indicativamente 12 ore di lavoro degli operatori delle CD nel mese e risulta associato a due "PIC" di terzo livello (CIA=0,6);
- l'assistito B, che ha fatto 18 accessi di CD senza essere mai ricoverato in ospedale impegna indicativamente 18 ore di CD nel mese e risulta associato ad una sola "PIC" di terzo livello (CIA=0,6).

In altre parole, il calcolo delle PIC può costituire un incentivo di fatto a favore di quelle organizzazioni sanitarie (Aggregazioni Funzionali Territoriali, Distretto, Azienda ULSS, Regione) che sono caratterizzate da un elevato tasso di accesso all'assistenza ospedaliera tra gli assistiti presi in carico in CD.

Fino al 2012 la descrizione dell'attività di CD si basava sul flusso Ministeriale FLS 21, cioè a dire su una tabella di dati aggregati compilata annualmente da ciascuna Azienda ULSS in cui l'"ADI" è definita come "l'assistenza domiciliare erogata in base ad un piano assistenziale individuale attraverso la presa in carico multidisciplinare e

multiprofessionale del paziente, comprese le cure palliative domiciliari". I risultati dichiarati dalle Regioni per il triennio 2010-2012 sono illustrati nella Figura 1.1; il Veneto risulta al 5° posto dopo Emilia-Romagna, Umbria, Friuli-VG e Basilicata.

Figura 1.1 - Percentuale di anziani >65 anni trattati in "ADI", per Regione, anni 2010-2012. Fonte: "Adempimento del mantenimento dell'erogazione dei LEA attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2012". Ministero della Salute, Maggio 2014



11

Tabella 1.1 - Principali provvedimenti normativi nazionali e regionali

Provvedimenti nazionali	
DMS 17/12/2008	Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare
DMS 06/08/2012	Modifiche al decreto 17/12/2008, recante "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare"
DMS 43/2007	Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'art. 1 comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n°311
Provvedimenti regionali	
DGR 1722/2004	Sistema Informativo di Distretto Socio Sanitario – modulo A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata). Approvazione degli standard regionali per l'acquisizione dell'informazione
LR 23/2012	Piano Socio-Sanitario per il triennio 2012-2016
DGR 2372/2011	Flusso Informativo Assistenza e Cure Domiciliari: approvazione dei relativi progetti e collaborazione con l'Azienda ULSS 4 nelle fasi di gestione
DGR 1237/2013	Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona e l'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" – anno 2013
DGR 2533/2013	Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e per l'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" – anno 2014.
DGR 1104/2014	Individuazione del Sistema Epidemiologico Regionale - SER - quale struttura tecnica di riferimento per la gestione del Flusso Informativo delle Cure Domiciliari di cui alla DGR n. 2372 del 29.12.2011 anche nella sua integrazione con il flusso delle Cure Palliative ed in particolare con il Flusso Hospice di cui alla DGR n. 2851 del 28.12.2012

La Tabella 1.1 riporta i principali riferimenti normativi a livello nazionale e regionale. L'attuale flusso informativo delle CD per la Regione del Veneto è stato definito con la Delibera di Giunta Regionale (DGR) 2372/2011, con la precisa finalità di migliorare la descrizione dei problemi di salute della popolazione assistita in CD. Va infatti sottolineato che, da un punto di vista professionale ed organizzativo – ancora prima che normativo – “senza valutazione non si danno CD”. Inoltre nella medesima DGR 2372/2011 sono stati anche definiti alcuni indicatori e standard di struttura, processo ed esito delle CD.

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

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

Con la DGR 1237/2013 e 2533/2013 sono stati altresì individuati alcuni indicatori di valutazione della qualità del flusso informativo e della copertura assistenziale delle CD. Gli indicatori descritti nelle DGR succitate sono riportati nelle tabelle 1.2 e 1.3, per i quali si rimanda anche alla lettura dei capitoli Settimo e Decimo.

Preme sottolineare che il dato relativo al percorso di assistenza e cura del singolo paziente – ben prima che un debito informativo per la programmazione aziendale e regionale – è fondamentalmente un dato di gestione che serve a facilitare la gestione della presa in carico da parte del team multiprofessionale: visibilità degli accessi recenti effettuati da altri operatori e servizi, aggiornamento dei problemi di salute, dei bisogni assistenziali e delle consegne. Alcune criticità di carattere formativo (es. condivisione degli strumenti, completezza e qualità della compilazione della valutazione multidimensionale), organizzativo (es. registrazione non tempestiva degli accessi effettuati, attribuzione agli accessi della data di caricamento anziché della data di

effettuazione) ed informativo (es. aggancio del software di gestione all'anagrafe assistiti) possono essere affrontate e risolte con successo attraverso il confronto interaziendale.

Tabella 1.2 - Indicatori e standard di struttura per le Cure Domiciliari (allegato G della DGR 2372/2011)

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

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

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

³ Rilevazione nei mesi di Febbraio e Settembre

⁴ Rilevazione nell'anno precedente

* Per la definizione di CIA si rimanda al Glossario

Tabella 1.3 - Indicatori e standard di qualità del flusso delle Cure Domiciliari (allegato A della DGR 2533/2013)

Tipologia	Indicatori	Standard minimo
Qualità del flusso	7 criteri di qualità relativi alla tempestività dell'invio trimestrale, l'utilizzo del tracciato di cui alla DGR 2372/2011, la validità dell'identificativo anagrafico, la descrizione dei problemi di salute, la coerenza delle date di effettuazione degli accessi, la registrazione degli accessi del MMG e degli specialisti/palliativisti	Raggiungimento del livello accettabile di qualità per almeno 6/7 criteri

Nel presente report sono state considerate assistite in Cure Domiciliari tutte le persone che hanno avuto almeno un accesso domiciliare in corso d'anno da parte di un operatore sanitario (MMG, Infermiere, Medico Specialista/Palliativista, Fisioterapista, Logopedista, altri operatori sanitari). E' stato definito anche un sottogruppo di persone seguite in maniera più intensiva: assistiti che hanno ricevuto nel corso dell'anno almeno 8 accessi/mese per almeno un mese di calendario.

Capitolo secondo: Offerta di Cure Domiciliari (CD)

I dati routinariamente disponibili sull'offerta di Cure Domiciliari provengono dalla notifica effettuata annualmente al Ministero della Salute tramite il modulo FLS 21, attraverso cui ciascuna Azienda ULSS dichiara il numero di ore rese per "ADI" da parte di Infermieri, FKT e altri operatori. Da queste si può risalire ad una prima stima del numero di professionisti ed operatori sanitari e socio-sanitari equivalenti impegnati per "ADI" nella Regione Veneto, che nel 2013 risultano essere: 380 Infermieri, 35 Fisioterapisti della riabilitazione e 51 altri Operatori (nel 2011 essi risultavano rispettivamente pari a 373, 34, 31). L'impegno del MMG nell'ambito delle cure domiciliari è suddiviso in base ad un criterio di accesso di carattere meramente amministrativo ("ADI", assistenza programmata) e non è quantificabile. In generale, tutti questi dati sono influenzati da difformità interpretative e da una disomogenea qualità del dato che viene dichiarato e sono solo in parte utilizzabili per la valutazione della "forza-lavoro" impegnata nelle Cure Domiciliari. Va rilevato peraltro che la mera quantificazione delle risorse umane in campo non consente in alcun modo di valutare la modalità con cui esse si integrano nella concreta gestione dei casi.

Tramite il questionario proposto dal Coordinamento Regionale per le Cure Palliative (CP) e la lotta contro il dolore, infine, viene raccolto per ciascuna Azienda ULSS il numero di operatori-equivalenti (in primis: Infermiere, Operatore Socio-Sanitario, Medico Palliativista) che fanno parte dell'equipe di CP ed operano in diversi setting di assistenza: ambulatoriale e domiciliare, ma anche residenziale ed ospedaliero. I valori dell'indicatore di dotazione di personale dedicato alle CP per il 2013 in termini di operatori t.p.e. (tempo pieno equivalenti) per 100.000 abitanti sono i seguenti: medico palliativista 1,1, infermiere 3,3, psicologo 0,4, Operatore Socio-Sanitario 0,6. Il PSSR 2012-2016 ha ripreso e ulteriormente sviluppato le indicazioni della LR 7/2009 fornendo indicazioni per l'organizzazione funzionale dell'Equipe e del Nucleo di Cure Palliative, in stretta integrazione con le Cure Primarie.

Capitolo terzo:

Dati aziendali utilizzati per la stesura del report

A partire dal 2012 la qualità del flusso informativo sulle CD è molto migliorata sia in termini di completezza che di accuratezza dei dati rilevati. In particolare 19/21 ULSS hanno implementato il tracciato previsto dalla DGR 2372/2011 e tutte le ULSS generano degli identificativi anagrafici di buona qualità, che consentono di effettuare un record-linkage all'anagrafica ed agli altri flussi sanitari correnti. Per una descrizione più dettagliata degli aspetti che presentano ancora dei margini di miglioramento (coerenza delle date di effettuazione degli accessi domiciliari, registrazione degli accessi degli specialisti/palliativisti, gestione delle "Prese in Carico" ai fini dell'alimentazione del flusso NSIAD) si vedano i capitolo 10 e 11.

Tabella 3.1 - Dati Aziendali utilizzati per il calcolo di differenti indicatori, per Azienda ULSS. Regione del Veneto, anno 2013

Azienda ULSS di residenza	Assistiti / 1.000 ab.	Accessi / 1.000 ab.	Accessi per data / 1.000 ab.	Assistiti- equivalenti / 1.000 ab.	Patologia prevalente
101 - Belluno	Si	Si	Si	Si	Si
102 - Feltre	Si	Si	Si	Si	Si
103 - Bassano del Grappa	Si	Si	Si	Si	Si
104 - Alto Vicentino	Si	Si	Si	Si	Si
105 - Ovest Vicentino	Si	Si	Si	Si	Si
106 - Vicenza	Si	Si	Si	Si	Si
107 - Pieve di Soligo	Si	Si	Si	Si	Si
108 - Asolo	Si	Si	Si	Si	Si
109 - Treviso	Si	No	No	No	Si
110 - Veneto Orientale	Si	Si	Si	Si	No
112 - Veneziana	Si	Si	Si	Si	Si
113 - Mirano	Si	Si	Si	Si	Si
114 - Chioggia	Si	Si	No	No	No
115 - Alta Padovana	Si	Si	No	No	Si
116 - Padova	Si	Si	Si	Si	Si
117 - Este	Si	Si	Si	Si	Si
118 - Rovigo	Si	Si	No	No	Si
119 - Adria	Si	Si	No	No	No
120 - Verona	Si	Si	Si	Si	Si
121 - Legnago	Si	Si	Si	Si	Si
122 - Bussolengo	Si	Si	No	No	No

La Tabella 3.1 viene riportata per facilitare la lettura dei risultati presentati nei paragrafi successivi: i dati di alcune Aziende ULSS possono essere incompleti o non utilizzabili e le medie regionali sono state calcolate escludendo queste stesse Aziende. I tracciati record relativi alle Cure Domiciliari utilizzati in questo report sono stati estratti il 05/08/14.

Il numero di accessi sanitari, di assistiti e di assistiti-equivalenti (vedi capitolo 6) per ogni ULSS, unitamente ai relativi tassi per 1.000 abitanti sono riportati in Tabella 3.2.

Tabella 3.2 - Numeri assoluti e tassi di attività di Cure Domiciliari, per Azienda ULSS. Regione del Veneto, anno 2013

Azienda ULSS di residenza	Accessi di Operatori Sanitari		Assistiti		Assistiti-Equivalenti	
	N	Tasso x 1.000 ab.	N	Tasso x 1.000 ab.	N	Tasso x 1.000 ab.
101 - Belluno	70.823	564,3	1.694	13,5	1.026	8,2
102 - Feltre	44.586	531,6	2.151	25,6	1.066	12,7
103 - Bassano del Grappa	42.493	236,4	1.866	10,4	1.073	6,0
104 - Alto Vicentino	88.912	475,1	4.720	25,2	2.124	11,4
105 - Ovest Vicentino	48.638	269,7	2.574	14,3	1.636	9,1
106 - Vicenza	99.738	313,4	6.850	21,5	3.396	10,7
107 - Pieve di Soligo	64.048	295,7	4.278	19,8	1.782	8,2
108 - Asolo	134.940	540,2	6.968	27,9	3.420	13,7
109 - Treviso	86.490	208,5	7.017	16,9	2.546	6,1
110 - Veneto Orientale	125.914	587,3	6.712	31,3	3.242	15,1
112 - Veneziana	193.557	650,6	7.312	24,6	3.476	11,7
113 - Mirano	101.718	378,7	5.269	19,6	2.618	9,7
114 - Chioggia	46.237	684,9	1.407	20,8	978	14,5
115 - Alta Padovana	98.359	384,8	3.980	15,6	2.377	9,3
116 - Padova	248.331	511,2	13.402	27,6	6.533	13,4
117 - Este	123.685	672,7	6.112	33,2	3.317	18,0
118 - Rovigo	97.046	566,0	4.867	28,4	3.026	17,6
119 - Adria	45.644	619,6	2.023	27,5	1.174	15,9
120 - Verona	137.961	297,6	6.845	14,8	4.037	8,7
121 - Legnago	85.336	554,1	3.353	21,8	1.868	12,1
122 - Bussolengo	141.808	489,4	5.778	19,9	3.904	13,5

Capitolo quarto:

Accessi effettuati dagli operatori delle CD

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

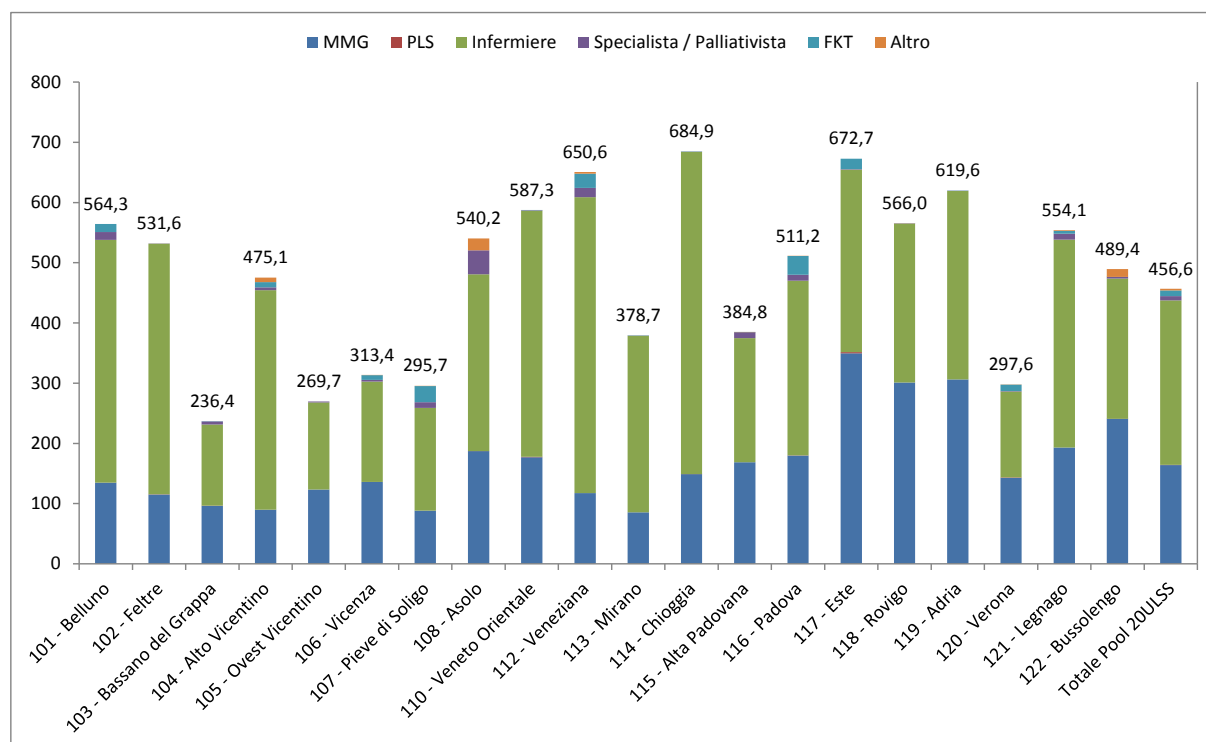
- all'impegno orario e quindi organizzativo. Convenzionalmente si stima che un accesso domiciliare richieda complessivamente in media all'incirca un'ora di servizio, compresi, sempre mediamente, i tempi di percorrenza ed i tempi di lavoro necessari a garantire la qualità dell'accesso: (ad es.: preparazione dei materiali, registrazione dei dati, contatti telefonici, riunioni di equipe ecc.). L'Allegato G della DGR 2372/2011 stabilisce come criterio orientativo una corrispondenza tra l'attività di un operatore delle CD (ad es. un infermiere) a tempo pieno e l'effettuazione di circa 1.750 accessi/anno su una base di 8 accessi/giorno;
- alla completezza del flusso (ad esempio: mancata registrazione degli accessi del MMG o del palliativista);
- allo skill-mix dei professionisti impegnati nelle CD.

Complessivamente nel 2013 sono stati erogati 2.278.095 accessi, di cui 133.458 da parte di operatori sociali (OSS, assistenti sociali del comune o delle ULSS); i dati relativi agli accessi degli operatori socio-sanitari sono preziosi dal momento che consentono di individuare un sottogruppo di assistiti per i quali la rete di assistenza informale non è in grado di assicurare un sufficiente livello di supporto, ma purtroppo ad oggi ancora parziali.⁰ Per le analisi successive sono quindi stati presi in considerazione solo i 2.126.264 accessi sanitari a residenti nel Veneto, con data di accesso nel 2013 (cfr. Tabella 3.1)

Se si esaminano gli accessi effettuati dai diversi profili professionali i dati risultano incompleti per le Aziende ULSS 3 (registrazione parziale dei piani di lavoro infermieristico monoprofessionale) e 9 (mancato invio degli accessi del MMG). Si genera in questi casi una visione parziale o "a comparti stagni" delle CD, che penalizza oltretutto le Aziende stesse rispetto alla valutazione complessiva dell'attività svolta. Complessivamente nel 2013 il tasso di accessi per 1.000 abitanti è calcolabile in 20 ULSS e risulta pari a 456,6/1.000 abitanti (range 236,4-684,9; il dato del 2011 rilevato in 18 ULSS era pari a 444,1 – vedi Figura 4.1). Facendo riferimento in maniera convenzionale ad una capacità di erogazione pari a 8 accessi/giorno (comprensiva dei tempi di percorrenza e degli ulteriori tempi di lavoro necessari a garantire la qualità dell'accesso) si può stimare che

siano attivi nelle CD una quota di operatori sanitari t.p.e. che varia da 15 a 40 unità per ogni 10.000 abitanti (all'incirca 1.250 operatori t.p.e. sul territorio regionale).

Figura 4.1 - Tasso di accessi per 1.000 abitanti per ULSS di residenza e tipo di operatore sanitario – 20 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2013



In 4 su 21 ULSS non viene registrato alcun accesso domiciliare degli specialisti distrettuali (geriatra e palliativista), mentre l'attività è ben documentata nell'Azienda ULSS 8. I profili professionali più rappresentati sono quello del MMG e dell'infermiere, anche qui con uno skill-mix molto differenziato tra le diverse Aziende ULSS sia in termini assoluti che relativi. La quota di accessi effettuati dall'infermiere è pari mediamente al 59,8% (con un range ampio: 45,0-78,3%). Il numero di accessi settimanali per 1.000 assistiti erogato dal MMG è in media pari a 4,6/settimana, anche qui con un'ampia variabilità tra Aziende ULSS (minimo 2,5 nell'ULSS di Mirano, massimo 9,2 nell'ULSS di Este).

E' auspicabile che l'avvio delle Aggregazioni Funzionali Territoriali porti ad una maggiore precisazione e integrazione dei diversi ruoli professionali all'interno dei team assistenziali e ad una maggiore omogeneità della quantità di risorse di personale investite nelle CD e nel loro skill-mix.

Capitolo quinto: Popolazione assistita dai servizi di CD

5.1 - Caratterizzazione della popolazione

Nel 2013 gli assistiti con almeno 1 accesso sanitario/anno sono in numero assoluto 105.178; di questi 19.550 (18,6%) sono stati seguiti in maniera intensiva, cioè hanno ricevuto almeno 8 accessi per almeno un mese nel corso del 2013 (vedi Tabella 5.1.1). Il 65,3% degli assistiti è di genere femminile e il 78,6% ha più di 75 anni; se si considerano gli assistiti seguiti in maniera intensiva la quota di maschi e di persone al di sotto dei 65 anni è più elevata, denotando in maniera indiretta la presenza di differenti problemi di salute che giustificano la presa in carico in CD. Il tasso di copertura rispetto alla popolazione generale è pari a 21,5 per mille, mentre al di sopra dei 75 anni è molto rilevante: il 16,6% della popolazione ha ricevuto almeno un accesso domiciliare nel corso dell'anno ed il 2,8% almeno 8 accessi per almeno un mese. Facendo riferimento alle 20 ULSS per le quali è possibile effettuare il raffronto temporale tra 2013 e 2011 il numero complessivo di assistiti in CD in numero assoluto è rimasto sostanzialmente invariato (2013: 99.400; 2011: 98.441), mentre è aumentato in maniera consistente il numero degli utenti assistiti in maniera intensiva (2013: 18.460; 2011: 16.620), con un incremento assoluto del 7,3% del tasso di copertura.

Tabella 5.1.1 - Numero assoluto e distribuzione per sesso ed età degli assistiti in CD – Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2013

	Tutti gli assistiti con almeno 1 accesso sanitario			Assistiti con almeno 1 mese con 8+ accessi sanitari		
	N	%	Tasso x 1.000 ab.	N	%	Tasso x 1.000 ab.
Numero di assistiti	105.178			19.550		
Maschi	36.469	34,7%		8.140	41,6%	
Femmine	68.709	65,3%		11.410	58,4%	
0-64 anni	10.128	9,6%	2,6	2.531	12,9%	0,7
65+ anni	95.050	90,4%	93,2	17.019	87,1%	16,7
75+ anni	82.676	78,6%	165,9	14.029	71,8%	28,2

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

All'interno del tracciato record del flusso informativo sulle CD la patologia prevalente, che motiva la presa in carico, ed una eventuale patologia concomitante vengono classificate mediante la Classificazione Internazionale delle Cure Primarie (ICPC). Nel 2013 in 8 pazienti su 10 è registrata almeno una diagnosi; in pratica la copertura è ottima in 17 Aziende ULSS su 21 (vedi Tabella 5.2.1).

A prescindere dal fabbisogno informativo necessario per la programmazione Aziendale e Regionale, l'accessibilità ad una descrizione dei problemi clinici aggiornata e codificata all'interno di un software di gestione delle CD integrato a livello aziendale è un importante requisito di qualità clinica e di sicurezza del paziente (es. comparsa di decubiti).

Tabella 5.2.1 - Compilazione della patologia prevalente negli assistiti in CD –Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2013

Azienda ULSS di residenza	Assistiti in CD	% compilazione patologia prevalente
101 - Belluno	1.694	99,6%
102 - Feltre	2.151	91,9%
103 - Bassano del Grappa	1.866	97,7%
104 - Alto Vicentino	4.720	80,6%
105 - Ovest Vicentino	2.574	92,5%
106 - Vicenza	6.850	99,9%
107 - Pieve di Soligo	4.278	76,3%
108 - Asolo	6.968	98,7%
109 - Treviso	7.017	99,9%
110 - Veneto Orientale	6.712	34,6%
112 - Veneziana	7.312	99,9%
113 - Mirano	5.269	99,3%
114 - Chioggia	1.407	1,3%
115 - Alta Padovana	3.980	90,1%
116 - Padova	13.402	69,8%
117 - Este	6.112	88,7%
118 - Rovigo	4.867	85,5%
119 - Adria	2.023	1,0%
120 - Verona	6.845	98,5%
121 - Legnago	3.353	94,5%
122 - Bussolengo	5.778	17,1%
Regione	105.178	79,9%

La patologia prevalente è registrata nel 79,9% degli assistiti (60,6% nel 2012 e 39,1% nel 2011); la neoplasia è riportata come patologia prevalente nel 9,3% dei casi (il dato registrato nel 2011 comportava una sottostima della casistica neoplastica superiore ad un terzo). In 4 Aziende ULSS (Veneto Orientale, Chioggia, Adria e Bussolengo) la compilazione della patologia prevalente è al di sotto dello standard minimo (vedi capitolo 10) e per questo motivo queste Aziende sono state escluse dalle successive analisi.

Nel pool delle 17 ULSS analizzate i gruppi di patologie prevalenti risultano essere (Figure 5.2.1 e 5.2.2) sono quello cardio e cerebrovascolare (23,0% - in particolare: Ictus 4,1%, Insufficienza cardiaca 3,8% altre malattie Cardiovascolari Croniche 15,1%), la Sindrome Ipocinetica e altri problemi generali (23,7% – si tratta di un raggruppamento che comprende deficit funzionali e sintomi di diversa eziologia), le malattie neurologiche e psichiatriche (14,6% - in particolare: demenza e altri problemi mentali 9,8%, Parkinsonismo, Sclerosi Multipla e altre malattie del sistema nervoso 4,7%), le malattie osteomuscolari e cutanee (9,4% - in particolare: artrosi e altre malattie muscoloscheletriche 5,1%, fratture 2,9%, lesioni dell'integrità cutanea 1,5%). Tra le altre voci si riscontrano il diabete e le altre malattie endocrine (3,7%), la BPCO e le altre malattie respiratorie (2,8%), la cirrosi e le altre malattie dell'apparato digerente (1,3%). Gli assistiti senza diagnosi sono invece il 9,7%. L'etichetta "Sdr. Ipocinetica" presenta un'ampia variabilità di utilizzo nelle diverse ULSS, che suggerisce l'opportunità di una maggior standardizzazione dei criteri diagnostici.

Figura 5.2.1 - Distribuzione degli assistiti in CD, per patologia prevalente – 17 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2013

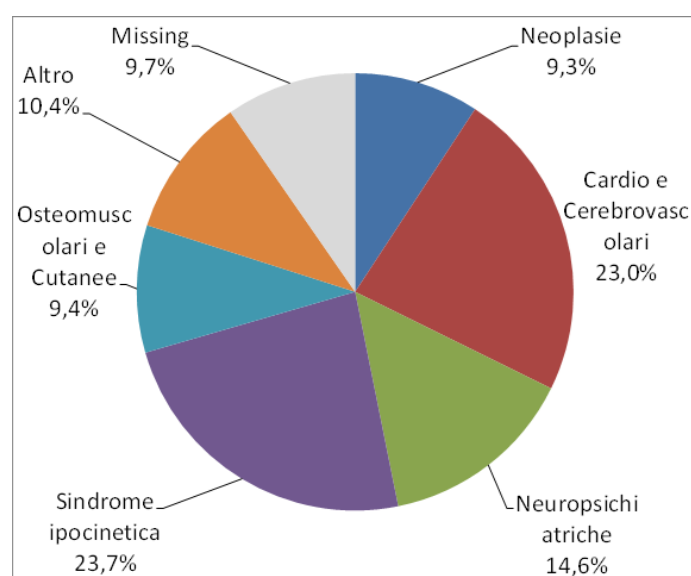
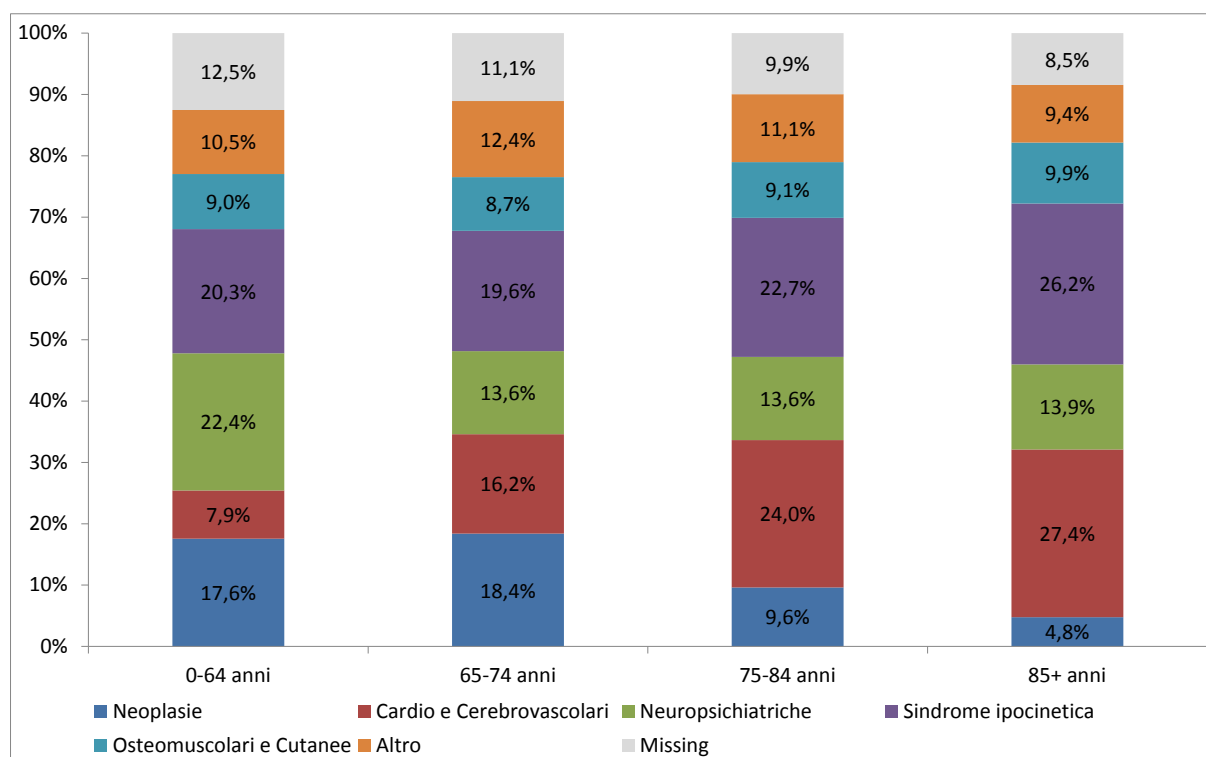


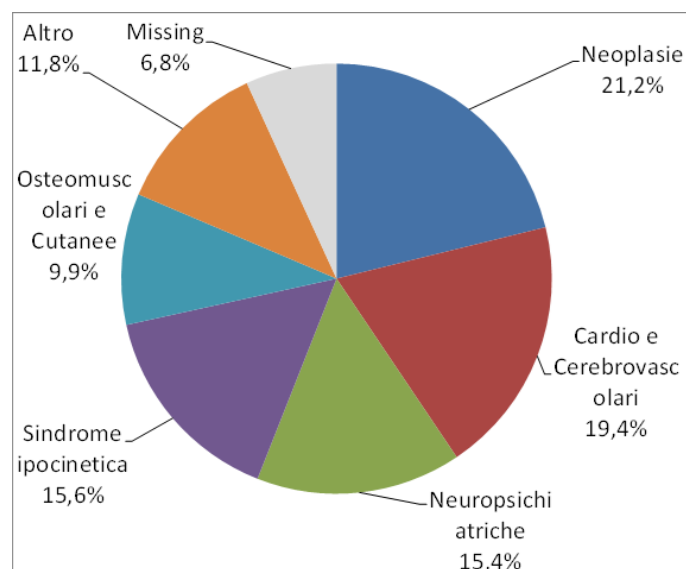
Figura 5.2.2 - Distribuzione degli assistiti in CD, per classe d'età e patologia prevalente – 17 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2013



24

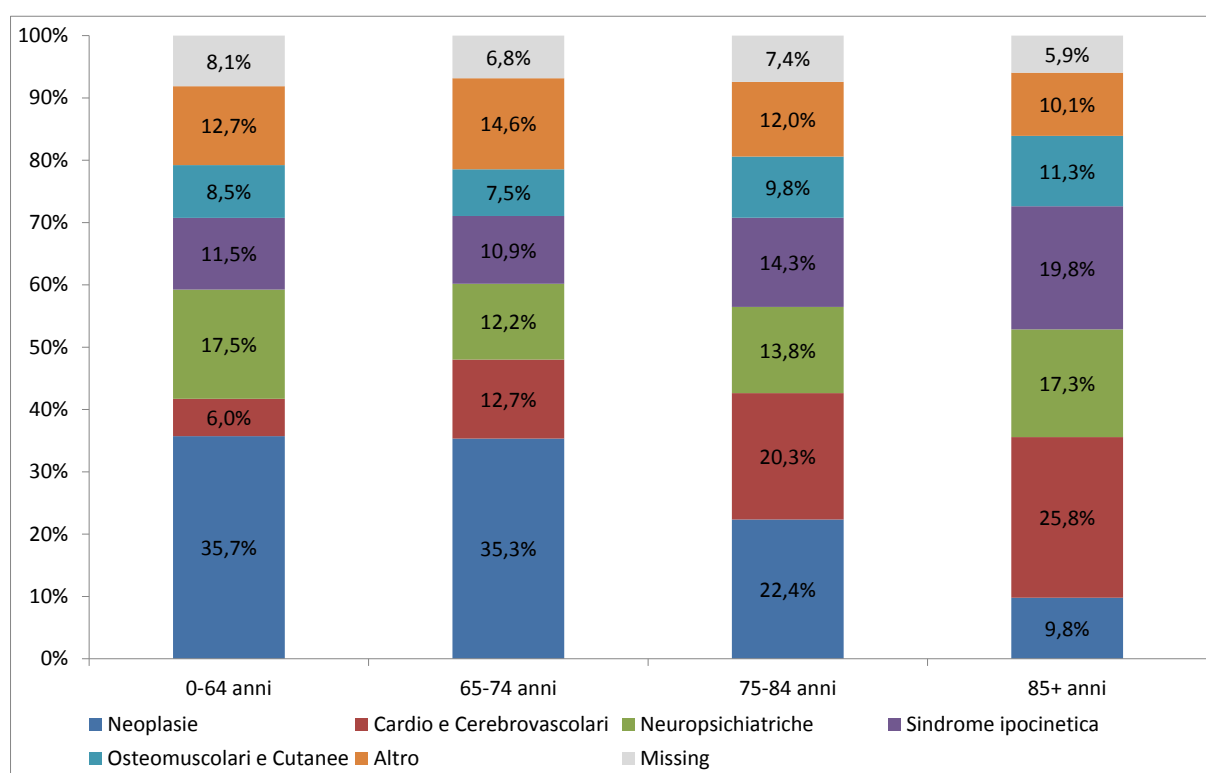
E' evidente un forte trend d'età per le neoplasie (più frequenti nei pazienti al di sotto dei 75 anni) e per le malattie cardio e cerebrovascolari (quasi un assistito su tre al di sopra degli 85 anni).

Figura 5.2.3 - Distribuzione degli assistiti in CD con almeno 8 accessi per almeno un mese, per patologia prevalente – 17 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2013



Tra le 16.771 persone che sono state assistite da questo pool di ULSS in maniera intensiva in CD nel 2013, il 93,2% ha una patologia prevalente registrata. Sono inoltre evidenti forti trend d'età per le malattie cardio e cerebrovascolari (a crescere) e per il cancro (a decrescere). La patologia prevalente più frequentemente riportata nei pazienti che hanno avuto almeno 8 accessi/mese per almeno un mese – vedi Figure 5.2.3 e 5.2.4 - è la neoplasia (21,2%), seguita dalle malattie cardiovascolari (19,4%) e dalla sindrome ipocinetica (15,6%) e dalle malattie neuropsichiatriche (15,4%).

Figura 5.2.4 - Distribuzione degli assistiti in CD con almeno 8 accessi per almeno un mese, per classe d'età e patologia prevalente – 17 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2013



La valutazione multidimensionale è in conclusione compilata in modo ancora incompleto ed è proprio per questo motivo che il tracciato record della DGR 2372/2011 prevede che l'Azienda ULSS inviante riporti obbligatoriamente ad ogni invio la patologia prevalente, la valutazione multidimensionale ed i bisogni di assistenza, recuperandoli dal programma gestionale in cui vanno correntemente registrati per facilitare l'impostazione e la revisione del Piano di Assistenza Individualizzato per il passaggio delle consegne tra le diverse figure professionali che seguono il paziente.

Capitolo sesto:

Stratificazione per livello di intensità assistenziale delle CD

Il mero conteggio degli assistiti non consente di misurare in maniera adeguata né la durata né l'intensità delle attività di CD: l'impegno necessario per seguire una persona che ha effettuato alcuni prelievi occasionali di controllo o un ciclo di terapia infusionale per disidratazione non è in alcun modo assimilabile a quello necessario per seguire continuamente un paziente grave allettato. Per questo motivo sono stati introdotti dei livelli di intensità assistenziale, che sono riconducibili ad un dato numero di accessi/mese o accessi settimana e vengono definiti sulla base del Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), che esprime il rapporto tra numero di accessi domiciliari (al numeratore) e la finestra temporale entro cui essi si sono realizzati (al denominatore).

Tabella 6.1 - Livelli di intensità assistenziale adottati dalla Regione del Veneto

Livello	Accessi/mese	Accessi/mese
Attività di base	1-3 accessi/mese	$CIA < 0,13$
Livello 1	4-7 accessi/mese	$0,13 \leq CIA < 0,23$
Livello 2	8-15 accessi/mese	$0,23 \leq CIA < 0,49$
Livello 3	16-19 accessi/mese	$0,49 \leq CIA < 0,65$
Livello 4	20+ accessi/mese	$CIA \geq 0,65$

In Veneto è stata introdotta anche la definizione di "assistito-equivalente", che è un paziente convenzionale seguito per tutto il periodo di osservazione sempre con il medesimo livello di intensità assistenziale. Infatti a causa dei frequenti cambiamenti delle condizioni di salute del paziente l'intensità assistenziale varia frequentemente (ad es.: riacutizzazione della cronicità di base, ricovero intercorrente, recupero dell'integrità cutanea a completamento del ciclo di medicazioni, scompenso metabolico, approssimarsi del decesso ecc.) e tipicamente tra i pazienti che in un dato mese sono stati seguiti con 4-7 accessi (CD di primo livello), soltanto il 60% circa viene seguito anche nel mese successivo con il medesimo livello d'intensità assistenziale. Viene quindi convenzionalmente considerata una finestra temporale di un mese di calendario, in modo da intercettare comunque le variazioni dell'intensità assistenziale al variare dei bisogni dei pazienti. Naturalmente le distribuzioni per livelli di intensità assistenziale degli assistiti, degli accessi e degli assistiti-equivalenti sono molto diverse. Nel Veneto tre quarti degli assistiti-equivalenti e più di un terzo degli accessi vengono erogati nel livello

assistenziale delle Attività di Base (1-3 accessi/mese). All'altro lato della distribuzione si trova il 2,4% degli assistiti equivalenti, che riceve il 16,4% degli accessi.

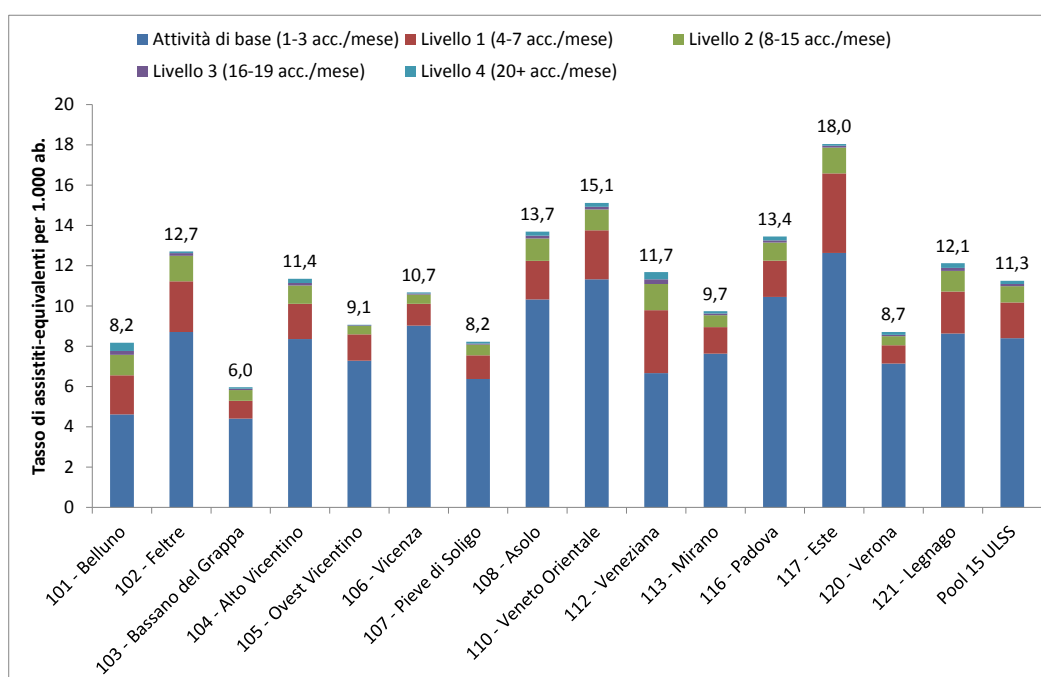
Nell'esempio illustrato in Tabella 6.2 a 7 assistiti corrispondono 3,5 assistiti-equivalenti, di cui 2 (complessivi 24 mesi di assistenza) nel livello 1.

Tabella 6.2 - Esempio di calcolo degli assistiti-equivalenti

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

La Figura 6.1 riporta il tasso di assistiti-equivalenti per 1.000 abitanti, stratificato per livelli di intensità, nel pool delle 15 Aziende ULSS esaminate per cui questo indicatore è calcolabile. Anche se da parte di alcune ULSS (es. Azienda ULSS di Bassano) vengono segnalate delle lacune nella registrazione e trasmissione in Regione dei dati relativi agli accessi è evidente la disparità dei tassi di copertura e dello spettro di intensità delle CD erogate dalle diverse Aziende ULSS.

Figura 6.1 - Tasso di assistiti-equivalenti x 1.000 abitanti, per intensità assistenziale e ULSS di residenza –15 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2013



Capitolo settimo: Indicatori di attività e processo delle CD

La Regione Veneto ha definito nell'allegato G della Deliberazione della Giunta Regionale N. 2372/2011 alcuni indicatori e standard di struttura, attività, processo ed esito delle CD (vedi Tabella 7.1). Gli indicatori di struttura sono documentabili soltanto tramite gli Atti Deliberativi delle singole Aziende ULSS, mentre quelli di attività, processo ed esito sono rilevabili attraverso i dati analitici del flusso informativo delle CD. Nella Tabella 7.1 sono riportati definizione e razionale per gli indicatori di processo.

Tabella 7.1 – Indicatori di processo delle CD, DGR 2372/2011, 1237/2013 e 2533/2013.

Indicatori di attività

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

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

Indicatori di processo

Definizione: % di accessi domiciliari effettuati il sabato e la domenica.

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

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

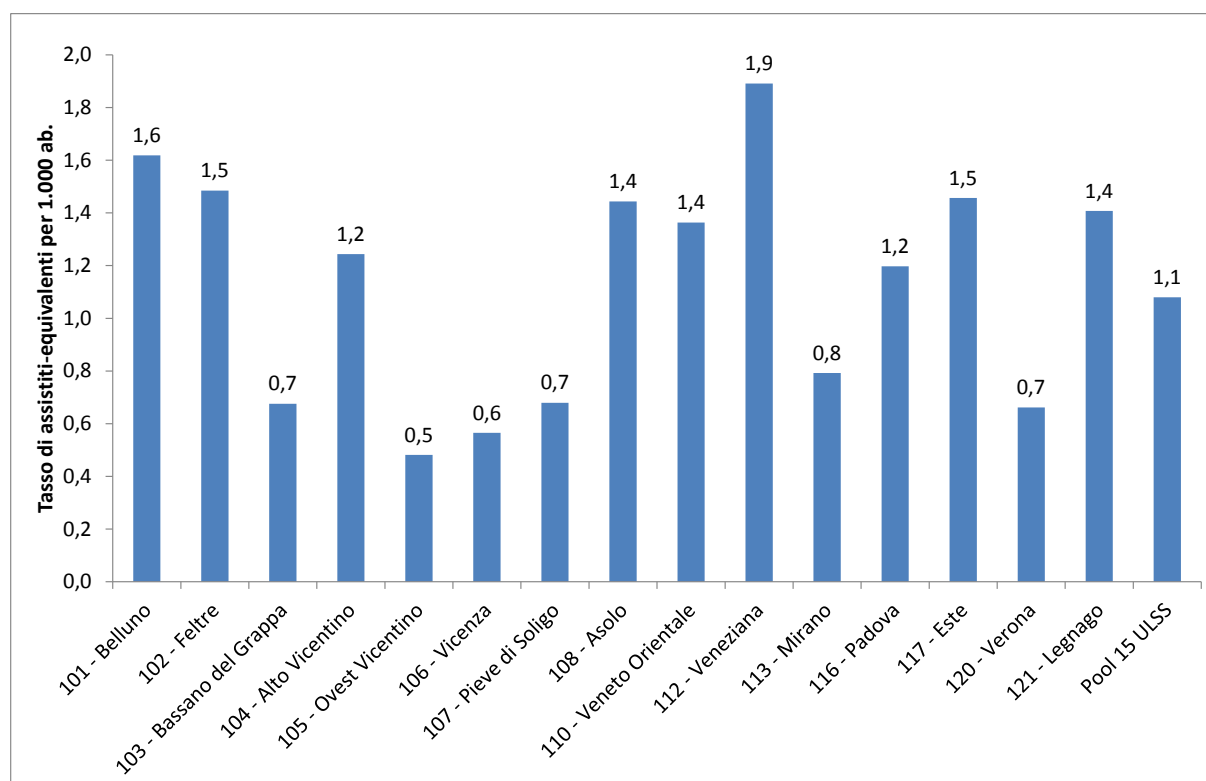
Razionale: Le Aziende ULSS devono assicurare la continuità terapeutica ed assistenziale nei pazienti deospedalizzati non ambulatoriali, garantita dall'attività della Centrale Operativa delle Cure Primarie anche attraverso il regolare e preventivo accesso alle UO di degenza, finalizzata ad una valutazione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

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

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

Il tasso annuo di assistenza in Cure Domiciliari con almeno 8 accessi/mese (pari ad un livello di intensità ≥ 2) varia tra 0,5 e 1,9 assistiti-equivalenti per 1.000 abitanti (Figura 7.1). Lo standard ottimale può essere ridefinito ($>1,4$ per 1.000 ab.) e viene raggiunto da 6 Aziende (Veneziana, Belluno, Feltre, Este, Asolo, Veneto Orientale e Legnago) mentre sono 5 quelle sotto lo standard minimo ($>0,8$ per 1.000 ab.). L'indicatore non è valutabile per le Aziende ULSS di Treviso, Chioggia, Alta Padovana, Adria, Rovigo e Bussolengo (vedi Tabella 3.1) e mostra un aumento del 8% rispetto al dato registrato nel 2011 e 2012.

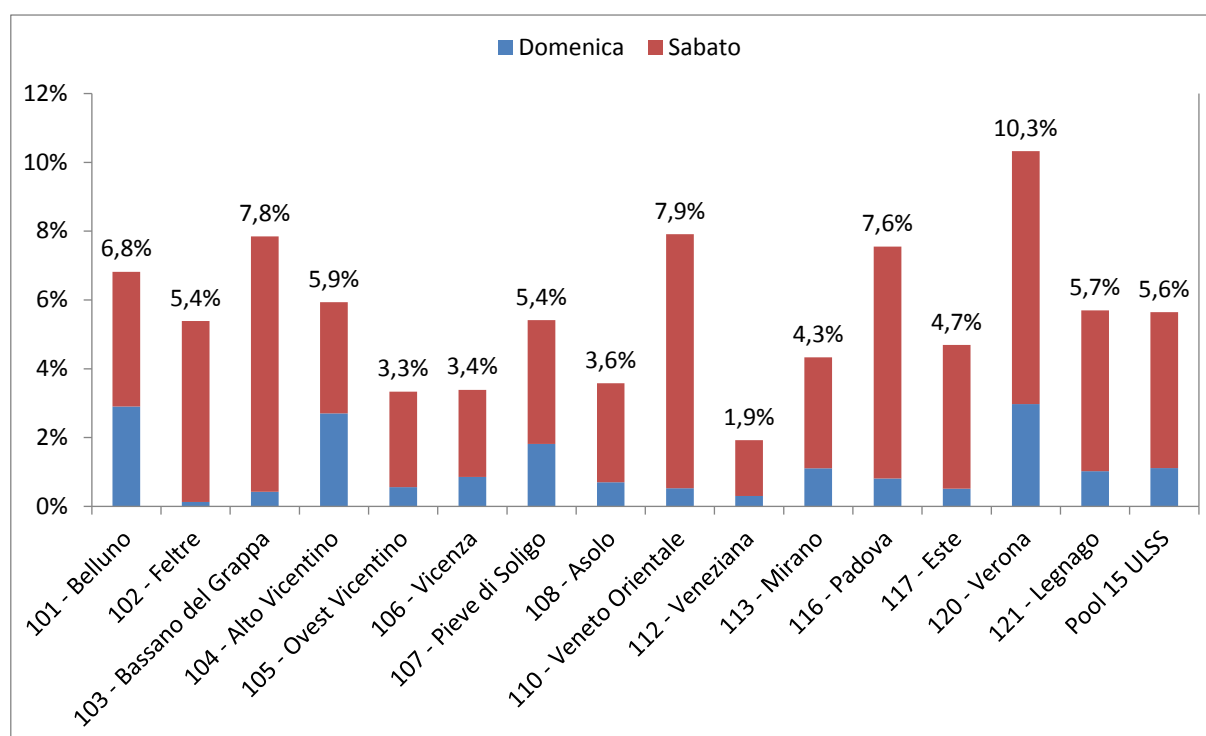
Figura 7.1 - Tasso di assistiti-equivalenti con almeno 8 accessi/mese (pari ad un livello di intensità ≥ 2) per 1.000 abitanti, per Azienda ULSS di residenza - 15 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2013



Nel 2013 la media regionale della percentuale di accessi erogati il sabato e la domenica sul totale degli accessi degli operatori sanitari (Figura 7.2) è risultata pari al 5,6%. Tra le aziende i valori si differenziano molto variando dall'1,9% al 10,3%. Può essere considerato ottimale un valore $>7\%$, che viene raggiunto da 4 ULSS (Verona, Veneto Orientale, Bassano del Grappa, Padova) e minimo un valore $>4\%$, che non viene ancora raggiunto da 4 Aziende ULSS. Questo indicatore non è calcolabile in 6 ULSS (vedi Tabella 3.1). Il valore medio dell'indicatore è invariato rispetto agli anni 2011 (5,5%) e 2012 (5,7%).

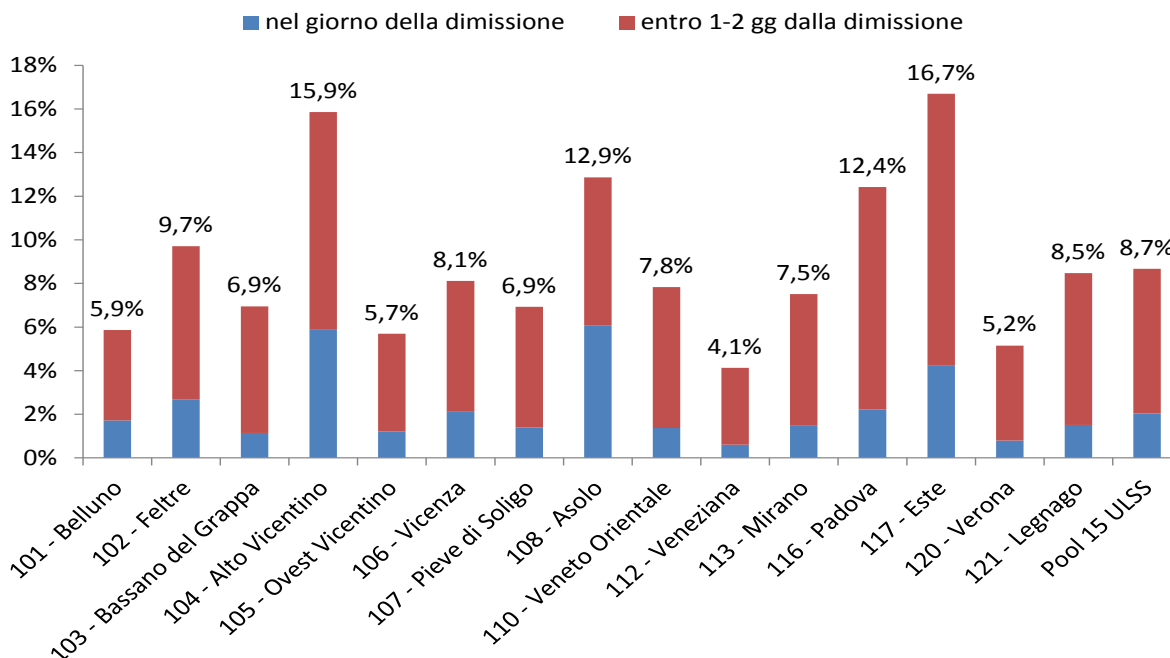
Il nuovo tracciato record della DGR 2372/2011 consente di distinguere puntualmente nell'ambito degli accessi effettuati tempestivamente a domicilio dagli infermieri delle CD nel giorno stesso della dimissione da quelli effettuati preventivamente in ospedale nell'ambito dei progetti di dimissioni protette. Gli standard per la percentuale di dimissioni dopo ricovero ordinario in UO di degenza per acuti di assistiti ultra75enni seguite da un accesso di un operatore sanitario entro 2 giorni possono essere definiti ottimale (>10%) e accettabile (>6%). Nel primo gruppo ci sono le Aziende ULSS di Este, Alto Vicentino, Asolo e Padova, mentre 4 Aziende ULSS non raggiungono lo standard di base (Figura 7.3). L'indicatore non è calcolabile in 6 Aziende ULSS (vedi Tabella 3.1) ed il suo valore medio (8,7%) è invariato rispetto agli anni 2011 (8,9%) e 2012 (8,6%).

Figura 7.2 - Percentuale di accessi degli operatori sanitari effettuati il sabato e la domenica sul totale degli accessi per Azienda ULSS di residenza – 15 Aziende ULSS della Regione del Veneto, 2013



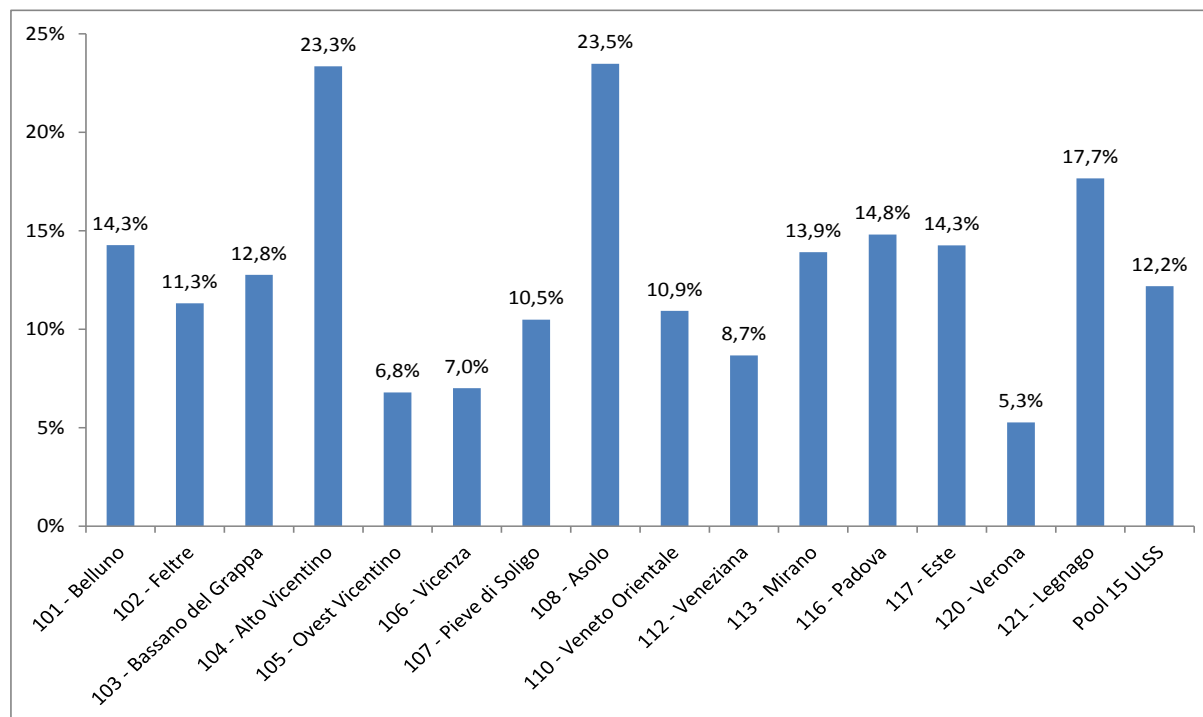
La percentuale di anziani con più di 75 anni che sono deceduti nel 2013 ed hanno ricevuto almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese della loro vita (Figura 7.4) è pari in media a 12,2% , con un range che va da 5,3% a 23,5%. Il valore dell'indicatore può essere considerato ottimale se >15%; essa è raggiunta dalle ULSS di Asolo, Alto Vicentino e Legnago; l'indicatore non è valutabile in 6 ULSS (vedi Tabella 3.1) ed è in aumento rispetto agli anni 2011 (9,6%) e 2012 (11,8%).

Figura 7.3 - Percentuale di ultra75enni dimessi a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg. dalla dimissione, per Azienda ULSS di residenza - 15 Aziende ULSS della Regione del Veneto, 2013



32

Figura 7.4 - Percentuale di ultra75enni deceduti, con almeno 8 accessi/mese nell'ultimo mese di vita- , per Azienda ULSS di residenza - 15 Aziende ULSS della Regione del Veneto, 2013



Capitolo ottavo:

Presa in carico di specifici problemi di salute

8.1 Le Cure Palliative Domiciliari nei malati di tumore

L'attività di Cure Palliative (CP) viene svolta dal Nucleo Multiprofessionale di Cure Palliative in setting molto diversificati: in Ospedale (Cure simultanee), nell'ambulatorio di CP, in strutture residenziali (Hospice, Centri servizio), nell'ambulatorio del MMG oppure a domicilio – in quest'ultimo caso si può parlare di Cure Palliative Domiciliari Oncologiche (CPDO). Attualmente la copertura informativa per questa importante attività di cura è ancora in certa misura parziale e settoriale; per quanto riguarda le CD è comunque possibile utilizzare la diagnosi oncologica di presa in carico da un lato ed il decesso dall'altro per individuare i pazienti coinvolti. Nella presente analisi sono stati riferiti alla diagnosi di tumore tutti i soggetti con patologia oncologica prevalente o concomitante; è stato effettuato un record linkage tra flusso CD 2013 e l'anagrafe assistiti al 31/12/2013. Il Decreto Ministeriale 43/2007 definisce due indicatori relativi alle CPDO, la copertura e l'intensità assistenziale, che sono così definiti:

- Copertura assistenziale (Indicatore 1): rapporto tra il numero assistiti dalla rete di CP a domicilio e/o in Hospice deceduti per tumore ed il numero di deceduti per tumore. Il Ministero della Salute propone uno standard pari al 52% se è attivo soltanto il servizio di Cure Domiciliari ed al 65% se è attivo anche un Hospice;
- Intensità assistenziale (Indicatore 4): rapporto tra il numero di giornate di Cure Palliative Domiciliari Oncologiche erogate a deceduti per tumore ed il numero dei pazienti presi in carico. Lo standard è posto al 50% delle giornate in cui il paziente è in carico al Nucleo di Cure Palliative (ovvero a 55 giorni su base annua).

Questi due indicatori sono tra di loro in certa misura in relazione inversa, nel senso che, a parità di risorse investite un aumento di intensità assistenziale si associa ad una minor copertura e viceversa. Gli indicatori Ministeriali pongono quindi l'attenzione sulla quota di pazienti che muoiono nell'anno in corso – certamente i pazienti più impegnativi sul piano clinico, relazionale ed organizzativo. Dal punto di vista informativo nella Regione Veneto fino al 2012 è stato possibile rilevare questi indicatori soltanto in maniera retrospettiva, cioè a partire dal decesso per cancro e ricostruendo il percorso di assistenza e cura domiciliare. Questo approccio ha scarsa utilità dal punto di vista gestionale, dato che:

- il dato di mortalità per causa è disponibile con una latenza di circa 1 anno;
- i pazienti presi in carico non vengono individuati prospetticamente (cioè quando sono ancora in vita) ma vengono definiti tali soltanto dopo la loro morte.

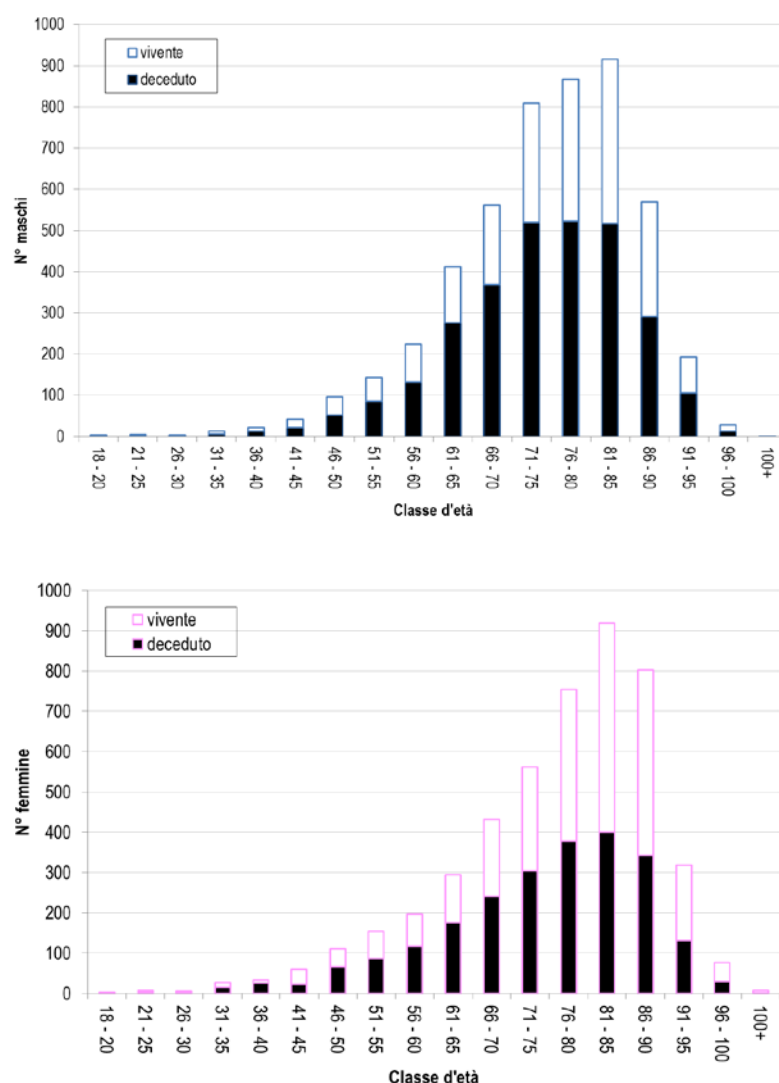
Nel 2013 i pazienti in CPDO (pazienti in CD con almeno un accesso in corso d'anno, diagnosi oncologica ed età ≥ 18 anni) risultano pari a 9.223 nelle 17 ULSS che hanno un adeguato livello di compilazione della patologia prevalente che motiva presa in carico (Tabella 5.2.1); di questi, 4.992 (41,5%) sono anche deceduti nel corso dell'anno (si noti che in questo caso si prescinde dalla diagnosi di decesso). Il tasso di assistiti in CPDO è pari a 26,2 per 10.000 abitanti mentre il tasso di assistiti in CPDO deceduti nell'anno è pari a 14,2 per 10.000 abitanti (range tra le Aziende ULSS: 9,1-21,6) (vedi Tabella 8.1.1).

Tabella 8.1.1 - Numero assoluto, tasso per 10.000 residenti di età ≥ 18 anni, decessi per cancro attesi nell'anno e indice di copertura delle Cure Palliative Domiciliari oncologiche per Azienda ULSS di residenza – 17 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2013

Azienda ULSS di residenza	Neoplastici seguiti in CPDO	Neoplastici seguiti in CPDO e deceduti nell'anno		Decessi attesi per cancro	% di copertura
		N	Tasso per 10.000 residenti		
101 - Belluno	291	177	16,6	432	40,9%
102 - Feltre	321	153	21,6	276	55,5%
103 - Bassano del Grappa	374	260	17,7	497	52,3%
104 - Alto Vicentino	425	197	12,9	487	40,4%
105 - Ovest Vicentino	374	203	13,8	418	48,6%
106 - Vicenza	598	321	12,3	819	39,2%
107 - Pieve di Soligo	462	258	14,4	625	41,3%
108 - Asolo	664	386	19,1	614	62,9%
109 - Treviso	567	341	10,0	1.119	30,5%
110 - Veneto Orientale	274	175	9,7	639	27,4%
112 - Veneziana	786	406	16,0	1.174	34,6%
113 - Mirano	509	276	12,4	696	39,7%
114 - Chioggia	1	1	0,2	322	0,3%
115 - Alta Padovana	580	329	15,8	616	53,4%
116 - Padova	1.280	731	18,0	1.353	54,0%
117 - Este	526	246	15,9	557	44,2%
118 - Rovigo	393	135	9,2	585	23,1%
119 - Adria	3	0	0,0	252	0,0%
120 - Verona	800	456	11,9	1.342	34,0%
121 - Legnago	273	117	9,1	430	27,2%
122 - Bussolengo	176	108	4,6	721	15,0%
Totale Veneto	9.677	5.276	13,0	13.972	37,8%
Totale (Pool 17 ulss)	9.223	4.992	14,2	12.039	41,5%

Lo standard di copertura del 52% si può quindi considerare raggiunto da 5 Aziende ULSS su 21 (23,8%); per confronto la pubblicazione dell'AGENAS sulle Cure Palliative Domiciliari ha evidenziato che soltanto il 12,2% delle Aziende Sanitarie Italiane raggiungeva una copertura del 45% nel 2008-2009. Va sottolineato il fatto che la mancata registrazione della patologia prevalente che motiva la presa in carico preclude la possibilità di individuazione dei pazienti in CPDO; inoltre, una registrazione parziale della diagnosi di cancro produce una selezione degli assistiti documentati in CPDO (ad es. a favore degli assistiti più gravosi) ed una possibile distorsione degli indicatori.

Figura 8.1.1 - Distribuzione per sesso ed età dei pazienti di età ≥ 18 anni in CPDO – 17 Aziende ULSS Regione del Veneto, anno 2013



La distribuzione per sesso ed età dei pazienti in CPDO è riportata nella Figura 8.1.1. Nei maschi il picco d'età viene raggiunto tra i 71 e gli 85 anni, nelle femmine tra i 76 ed i 90 anni; il 52,4% dei maschi ed il 60,4% delle femmine ha più di 75 anni.

Rispetto all'indicatore di intensità assistenziale va segnalato il fatto che i dati di letteratura indicano che essa non è costante nel corso dell'ultimo anno di vita, assumendo un andamento di crescita esponenziale in corrispondenza degli ultimi mesi di vita, che è tanto più sostenuto quanto più precoce è stata l'attivazione dei servizi di Cure Palliative. Per semplicità l'indicatore di intensità assistenziale può quindi essere riferito all'ultimo mese di vita. La Tabella 8.1.2 riporta la media, la mediana e la distribuzione per classi del numero di accessi domiciliari effettuati nell'ultimo mese di vita.

Tabella 8.1.2 - Accessi di CPDO effettuati nell'ultimo mese in pazienti di età ≥ 18 anni deceduti tra Febbraio e Dicembre: numero assoluto, media, mediana e distribuzione per classi di frequenza - 17 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2013

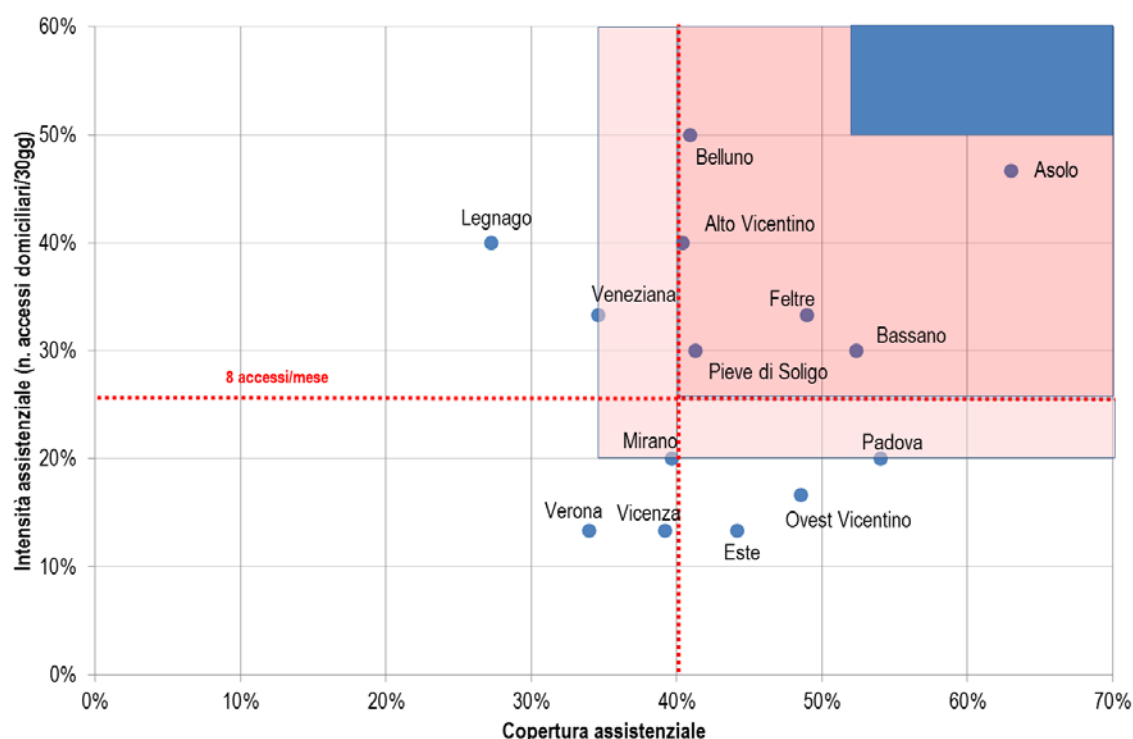
Azienda ULSS di residenza	Media	Mediana	Distribuzione di frequenza del numero di accessi nell'ultimo mese di vita						
			0	1 - 3	4 - 7	8 - 11	12 - 19	20+	Totale
101 - Belluno	16,5	15,0	9,0%	12,4%	10,7%	10,2%	20,3%	37,3%	100,0%
102 - Feltre	11,4	10,0	5,9%	15,7%	21,6%	14,4%	29,4%	13,1%	100,0%
103 - Bassano del Grappa	11,3	9,0	11,2%	13,1%	18,5%	14,6%	25,0%	17,7%	100,0%
104 - Alto Vicentino	15,7	12,0	9,6%	13,2%	12,7%	13,7%	20,3%	30,5%	100,0%
105 - Ovest Vicentino	6,3	5,0	9,4%	30,5%	28,1%	15,3%	12,8%	3,9%	100,0%
106 - Vicenza	8,1	4,0	23,7%	25,5%	12,8%	12,1%	13,1%	12,8%	100,0%
107 - Pieve di Soligo	11,1	9,0	14,0%	12,4%	17,4%	16,3%	19,4%	20,5%	100,0%
108 - Asolo	15,9	14,0	5,4%	13,5%	11,9%	11,9%	20,5%	36,8%	100,0%
109 - Treviso	4,0	2,0	23,8%	44,0%	15,0%	8,2%	5,9%	3,2%	100,0%
112 - Veneziana	15,0	10,0	17,0%	17,5%	9,9%	8,9%	12,8%	34,0%	100,0%
113 - Mirano	7,7	6,0	11,6%	26,4%	21,0%	16,7%	14,9%	9,4%	100,0%
115 - Alta Padovana	7,3	6,0	14,6%	25,5%	17,9%	19,5%	16,1%	6,4%	100,0%
116 - Padova	9,1	6,0	11,4%	24,2%	20,5%	14,9%	16,0%	13,0%	100,0%
117 - Este	6,7	4,0	14,6%	27,6%	25,2%	13,4%	12,6%	6,5%	100,0%
118 - Rovigo	3,3	2,0	19,3%	43,7%	23,7%	10,4%	3,0%	0,0%	100,0%
120 - Verona	6,8	4,0	13,4%	34,2%	20,6%	12,1%	11,2%	8,6%	100,0%
121 - Legnago	13,1	12,0	12,0%	15,4%	8,5%	12,8%	27,4%	23,9%	100,0%
Totale (Pool 17 ulss)	9,8	6,0	13,4%	23,8%	17,4%	13,2%	15,8%	16,4%	100,0%

Rispetto agli standard normativi di copertura e intensità assistenziale riportati all'inizio del capitolo, che rimangono l'obiettivo tendenziale da raggiungere (area blu nella Figura 8.1.2), si possono fare le seguenti considerazioni:

- l'annotazione della diagnosi oncologica di presa in carico è un elemento irrinunciabile per una corretta gestione di tutto il percorso del paziente nel territorio e in ospedale;
- il valore della copertura assistenziale è fortemente influenzato dalla completezza della compilazione del campo patologia prevalente; in una precedente rilevazione, che assumeva come definizione "ex-post" di presa in carico la diagnosi di decesso

- per cancro, l'indicatore di copertura veniva raggiunto da 8 su 10 Aziende ULSS già nel 2009-2010. Lo standard è in pratica raggiungibile purché vi sia una corretta compilazione della presa in carico in CPDO; il livello di accettabilità può essere inizialmente proposto al 40%;
- lo standard di intensità assistenziale deve essere considerato congiuntamente a quello di copertura, per assicurare una adeguata risposta a livello di popolazione. Il valore proposto dal Ministero della Salute (CIA $\geq 50\%$, pari a 15 accessi nell'ultimo mese di vita in assenza di ricoveri) è molto elevato. In una precedente rilevazione, che assumeva come definizione "ex post" di presa in carico la diagnosi di decesso per cancro, il numero medio di accessi effettuati nell'ultimo mese di vita risultava superiore a 8 in 4 Aziende ULSS e superiore a 12 in 3 Aziende ULSS sulle 8 che raggiungevano anche un adeguato standard di copertura nel 2009-2010. Uno standard regionale accettabile può essere inizialmente proposto a 8 accessi di CPDO nell'ultimo mese di vita (2 accessi/settimana, pari ad un CIA del 27% in assenza di ricoveri) vedi l'area in rosa scuro nella Figura 8.1.2.

Figura 8.1.2 - Copertura e intensità assistenziale per le Cure Palliative Domiciliari Oncologiche in 14 Aziende ULSS della Regione del Veneto in pazienti di età ≥ 18 anni, anno 2013: standard normativo (blu) e proposta di standard per il Veneto (rosa scuro)



Sulla base di queste definizioni uno standard accettabile è già documentabile nel 2013 da 6 Aziende ULSS (101, 102, 103, 104, 107, 108) e prossimo ad essere raggiunto da

altre 3 ULSS (112, 113, 116). Si noti che le Aziende ULSS 109, 115 e 118 non sono state incluse dal momento che le date di accesso sono state considerate inattendibili (vedi Tabella 3.1).

Le giornate trascorse in ospedale - come anche quelle trascorse in Hospice o in un Centro Servizi - non sono per definizione eleggibili per le CPDO e convenzionalmente non sono conteggiate a denominatore nell'indicatore Ministeriale di Intensità assistenziale delle CPDO. Si ritiene tuttavia più opportuno calcolarle a parte, dal momento che il loro contenimento costituisce un obiettivo specifico e distinto. Ad esempio, una intensità assistenziale del 50% nell'ultimo mese di vita può essere ottenuta in due diversi modi, certamente non equivalenti tra di loro:

- in assenza di ricovero, attraverso l'effettuazione di 15 accessi domiciliari [$CIA=15/30=50\%$]. Si noti il calcolo anche degli accessi multipli effettuati nel corso della medesima giornata - ad esempio per la gestione di urgenze o di consulti multiprofessionali al letto del paziente - che costituiscono il 26% del totale degli accessi di CPDO erogati nell'ultimo mese di vita;
- attraverso l'effettuazione di 11 accessi domiciliari e 9 giorni di ricovero [$CIA=11/(30-9)=52\%$].

38

Le visite domiciliari sono state effettuate nel 69,8% dei casi dall'infermiere e nel 30,2% dei casi dal MMG. Il dato è incompleto per quanto riguarda le visite domiciliari effettuate dagli specialisti/palliativisti, che vengono registrate soltanto in alcune ULSS. Va peraltro considerato che il ruolo professionale degli specialisti/palliativisti non si esaurisce nell'erogazione di visite domiciliari, ma comprende tra le altre cose fondamentali attività di discussione dei casi con le UO di degenza (Oncologia, Medicina, Chirurgia) e con i MMG curanti, visite ambulatoriali, colloqui con il malato e i caregivers, attività di formazione.

I pazienti in CPDO, specialmente in prossimità della morte sono, come detto sopra, ad elevato rischio di ospedalizzazione, in particolare per ricoveri medici ordinari, che sono più facilmente riportabili ad una valutazione di audit sull'appropriatezza. Questo è spesso dovuto - oltre che alla comparsa di veri quadri di acuzie - alla presenza di dolore e sintomi stressanti ed a fattori psicologici e socio-assistenziali legati alla consapevolezza ed all'accettazione della malattia neoplastica terminale da parte del malato e dei suoi familiari. Rispetto all'accesso in ospedale la letteratura documenta il ruolo importante che è assunto dall'offerta assistenziale ospedaliera e da quella territoriale. Rispetto al numero medio di giornate di ricovero medico ordinario effettuate nell'ultimo mese di vita la situazione delle Aziende ULSS si presenta molto diversificata; gli standard ottimale ed accettabile - desunti dalle ULSS che sono già in grado di documentare un accettabile

livello di copertura e intensità assistenziale, riportate in rosa nella Tabella 8.1.3 - possono essere proposti rispettivamente a ≤ 4 e ≤ 5 giorni di ricovero ordinario nell'ultimo mese di vita.

Tabella 8.1.3 - Giornate di ricovero medico ordinario nell'ultimo mese di vita (assistiti CPDO di età ≥ 18 anni deceduti tra Febbraio e Dicembre): media, mediana, 3° quartile - 17 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2013

Azienda ULSS di residenza	Media	Mediana	3° quartile
101 - Belluno	4,4	0	7
102 - Feltre	2,8	0	2
103 - Bassano del Grappa	5,7	1	10
104 - Alto Vicentino	3,6	0	5
105 - Ovest Vicentino	5,1	1	9
106 - Vicenza	5,2	2	9
107 - Pieve di Soligo	4,6	0	8
108 - Asolo	4,9	0	8
109 - Treviso	5,9	2	10
112 - Veneziana	4,8	0	8
113 - Mirano	7,3	4	13
115 - Alta Padovana	4,5	0	7
116 - Padova	6,7	4	12
117 - Este	6,1	1	10
118 - Rovigo	6,0	1	11
120 - Verona	4,5	0	7
121 - Legnago	5,4	0	9
Totale (Pool 17 ulss)	5,2	1	9

Come illustrato in Tabella 8.1.4 il numero medio di ricoveri medici ordinari effettuati in corso d'anno è pari a 0,98 (range 0,59-1,42) nel complesso dei pazienti ed a 1,81 (range 1,28-2,47) nei pazienti in CPDO deceduti nell'anno. Nel caso dei pazienti in CPDO appare quindi problematico considerare la "Presenza in Carico" (vedi capitolo 11) come unità statistica per la valutazione dell'attività, per non introdurre un incentivo di fatto a favore delle situazioni in cui vengono effettuati più ricoveri, in parte inappropriati. D'altro canto lo stesso DM 43/2007 non fa riferimento al conteggio di "Prese in Carico multiple", considerando invece:

- l'assistito in CPDO deceduto come unità statistica per il calcolo dell'indicatore di copertura assistenziale
- la durata del piano di cura domiciliare come numero di giorni di assistenza fra presa in carico e decesso o dimissione dal piano di cura.

Tabella 8.1.4 - Numero medio di ricoveri medici ordinari effettuati in corso d'anno in pazienti assistiti di età ≥ 18 anni in CPDO – 17 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2013

Azienda ULSS di residenza	N. medio di ricoveri medici ordinari effettuati nell'anno	
	Pazienti in CPDO	Pazienti in CPDO deceduti
101 - Belluno	0,94	1,54
102 - Feltre	0,61	1,29
103 - Bassano del Grappa	1,20	1,73
104 - Alto Vicentino	0,59	1,28
105 - Ovest Vicentino	0,97	1,78
106 - Vicenza	1,00	1,86
107 - Pieve di Soligo	0,85	1,53
108 - Asolo	0,96	1,65
109 - Treviso	1,42	2,37
112 - Veneziana	0,96	1,85
113 - Mirano	1,34	2,47
115 - Alta Padovana	1,00	1,76
116 - Padova	1,18	2,07
117 - Este	0,70	1,50
118 - Rovigo	0,62	1,80
120 - Verona	0,90	1,57
121 - Legnago	0,80	1,86
Totale (Pool 17 ulss)	0,98	1,81

Un altro importante indicatore (Tabella 8.1.5) è quello relativo al luogo del decesso dei pazienti in CPDO di età ≥ 18 anni, annotato nella scheda ISTAT. La codifica del luogo di decesso è andata incontro a diverse modifiche nel corso degli anni e ha presentato, specialmente nel passato, alcuni margini di ambiguità interpretativa. A partire dal 2012 è possibile individuare distintamente i seguenti luoghi di morte: domicilio, Istituto di Cura pubblico-privato-accreditato, Struttura Residenziale o Socio-Assistenziale e Hospice. L'informazione è rilevante per studi epidemiologici sui trend storici del luogo della morte, mentre dal punto di vista del monitoraggio degli indirizzi di programmazione aziendale e regionale è più utile fare riferimento alla modalità di dimissione per decesso riportata nelle Schede di Dimissione Ospedaliera. Gli standard accettabile ed ottimale della percentuale di assistiti in CPDO deceduti in Ospedale possono essere proposti rispettivamente a $\leq 30\%$ e $\leq 20\%$. Questi standard sono stati desunti considerando le Aziende ULSS che sono già in grado di erogare un sufficiente livello di copertura e intensità assistenziale.

Tabella 8.1.5 - Numero assoluto e percentuale di assistiti di età ≥ 18 anni in CPDO deceduti in Ospedale, età ≥ 18 – 17 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2013

Azienda ULSS di residenza	Assistiti in CPDO	%
101 - Belluno	35	19,8%
102 - Feltre	16	11,9%
103 - Bassano del Grappa	74	28,5%
104 - Alto Vicentino	39	19,8%
105 - Ovest Vicentino	89	43,8%
106 - Vicenza	119	37,1%
107 - Pieve di Soligo	76	29,5%
108 - Asolo	98	25,3%
109 - Treviso	114	33,4%
112 - Veneziana	110	27,1%
113 - Mirano	129	46,7%
115 - Alta Padovana	76	23,1%
116 - Padova	260	35,6%
117 - Este	95	38,6%
118 - Rovigo	56	41,5%
120 - Verona	127	27,9%
121 - Legnago	38	32,5%
Totale (Pool 17 ulss)	1.551	31,2%

Un ultimo indicatore robusto utilizzato in Letteratura è l'utilizzo di oppioidi maggiori misurato in maniera aggregata come DDD/1.000 abitanti, che può essere ricavato a livello aziendale a partire dai dati aggregati di prescrizione farmacologica territoriale (comprensiva della convenzionata e della distribuzione diretta e per conto) che vengono aggiornati periodicamente dal Coordinamento Regionale Unico sul Farmaco.

Bibliografia

1. AGENAS. Le cure palliative domiciliari in Italia. Quaderni di Monitor. Roma, 2010
2. Holland SK, Evered SR, Center BA. Long-Term Care Benefits May Reduce End-of-Life Medical Care Costs. Popul Health Manag. 2014 Apr 30.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24784144>
3. Kronman AC, Ash AS, Freund KM, Hanchate A, Emanuel EJ. Can primary care visits reduce hospital utilization among Medicare beneficiaries at the end of life? J Gen Intern Med. 2008 Sep;23(9):1330-5.
4. Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, Nilsson ME, Maciejewski ML, Earle CC, Block SD, Maciejewski PK, Prigerson HG. Health care costs in the last week of life: associations with end-of-life conversations. Arch Intern Med. 2009 Mar 9;169(5):480-8.
5. Seow H, Barbera L, Howell D, Dy SM. Using more end-of-life homecare services is associated with using fewer acute care services: a population-based cohort study. Med Care. 2010 Feb;48(2):118-24.

8.2 Lo scompenso cardiaco

Le CD sono una delle componenti delle dimissioni protette, particolarmente rilevanti per pazienti che hanno problemi di accesso ambulatoriale, specialmente nei casi in cui sia richiesta una stretta continuità terapeutica ed assistenziale, com'è nel caso dello scompenso cardiaco, che costituisce la prima causa di ricovero e la prima causa di riospedalizzazione al di sopra dei 65 anni. In assenza di una attivazione tempestiva delle CD (cioè a dire l'accesso di un infermiere o di un MMG entro 2 giorni dalla dimissione) può infatti aumentare il numero di giorni trascorsi in ospedale nei 30 giorni successivi alla dimissione indice. Per testare questa ipotesi sono state identificate le dimissioni per scompenso cardiaco (ICD9-CM 428.XX, 402.X1, 404.X1, 404.X3, 785.50, 785.51, 518.4 in diagnosi principale) per i soggetti ultra65enni dimessi vivi al proprio domicilio in condizione di disabilità al momento della dimissione (indice di Barthel<50). Ulteriori informazioni sulla comorbidità sono state tratte dalla Schede di Dimissione Ospedaliera dei 3 anni precedenti, mentre l'anagrafe regionale assistiti ha consentito di individuare i pazienti che erano prossimi al decesso (morte avvenuta entro 3 mesi dalla dimissione dal primo ricovero per scompenso del periodo in esame -ricovero indice-).

42

Tra le 5.094 persone affette da scompenso cardiaco e di età superiore ai 65 anni dimesse vive al proprio domicilio in condizione di disabilità nel 2011-2012, i due terzi sono donne e 6 su 10 hanno più di 85 anni d'età; circa la metà ha avuto almeno un ricovero nell'anno precedente e l'11,9% ha avuto un ricovero indice della durata di più di 20 giorni. Il 6,3% ha avuto un ricovero per BPCO ed il 10,2% un ricovero per cardiopatia ischemica acuta e/o rivascolarizzazione coronarica nei 3 anni precedenti. Complessivamente 933 pazienti (18,3%) hanno avuto un nuovo ricovero medico ordinario entro un mese dalla dimissione, per un totale di 10.584 giorni di degenza, mentre 1.094 (21,4%) sono morti nei 3 mesi successivi. Soltanto 753 persone (14,8%) hanno ricevuto un accesso di CD da parte di un medico generalista o di un infermiere nei due giorni. I pazienti che hanno avuto un accesso in CD nei 2 giorni successivi alla dimissione indice hanno un più elevato carico di comorbidità, una maggiore durata del ricovero indice e sono più prossimi alla data di decesso; essi presentano un rischio grezzo di riospedalizzazione leggermente più alto (Tabella 8.2.1).

Tabella 8.2.1 - Dimessi a domicilio per scompenso cardiaco di età ≥ 65 anni, in condizione di disabilità al momento della dimissione, senza e con accesso di Cure Domiciliari (CD) entro 2 giorni dalla dimissione. Regione del Veneto, anni 2011-2012

Caratteristiche demografiche e cliniche		Accesso di CD entro 2 giorni dalla dimissione	
		No (N=4.341)	Sì (N=753)
Genere	Maschio	33,1%	33,3%
	Femmina	66,9%	66,7%
Classe d'età (in anni compiuti)	65 – 74	8,1%	6,5%
	75 – 84	32,7%	33,1%
	85 +	59,2%	60,4%
N° ricoveri nell'anno precedente *	Nessuno	54,1%	45,7%
	Uno	27,4%	27,0%
	Due e più	18,6%	27,4%
Durata della degenza in giorni *	0 - 10	54,4%	44,8%
	11-19	34,1%	40,4%
	>20	11,4%	14,9%
Prossimità al decesso *	Vivo nei tre mesi successivi	79,6%	72,5%
	Deceduto nei 30 giorni successivi	9,7%	14,5%
	Deceduto nei 31-60 giorni successivi	6,2%	8,0%
	Deceduto nei 61-90 giorni successivi	4,4%	5,1%
Ospedalizzazione pregressa per BPCO *	No	94,2%	91,0%
	Sì	5,8%	9,0%
Ospedalizzazione pregressa per cardiop. ischemica acuta o rivascolarizzazione *	No	90,0%	88,6%
	Sì	10,0%	11,4%
Riospedalizzazione entro 30 giorni dalla dimissione	No	82,0%	80,0%
	Sì	18,0%	20,0%

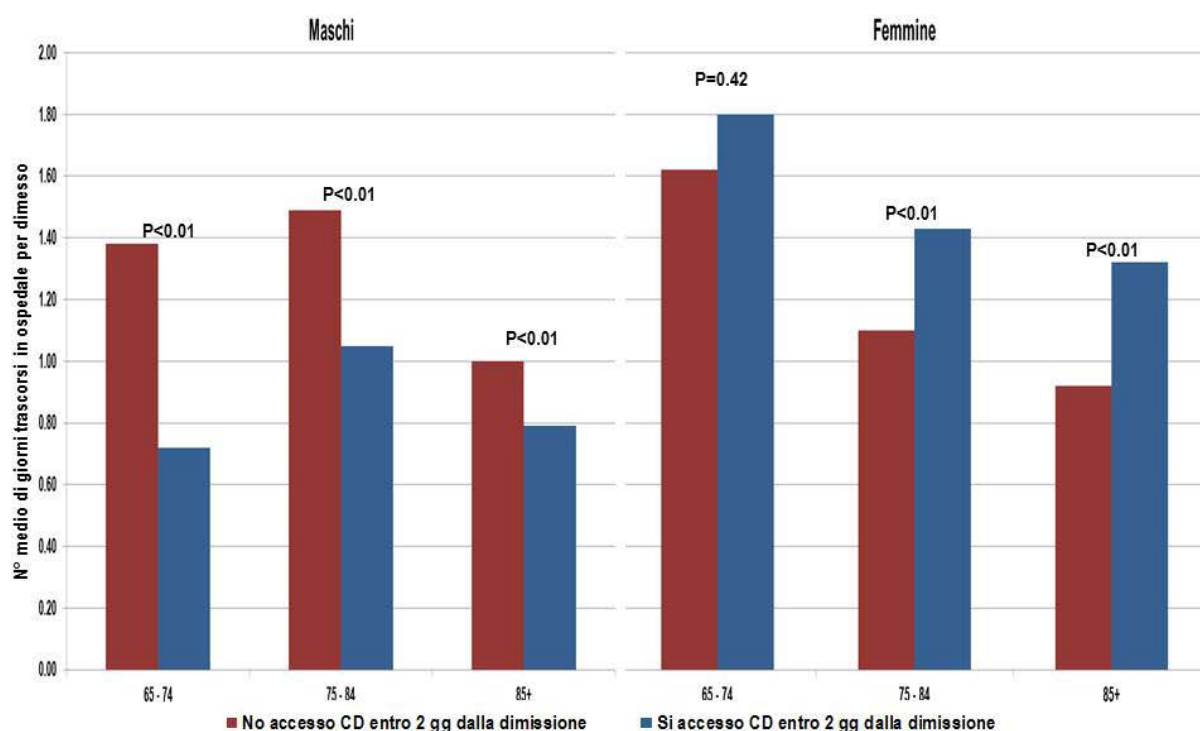
*Chi-quadro $p < 0,001$

In un'analisi di sopravvivenza (modello di Cox) i fattori di rischio significativamente associati al rischio di riospedalizzazione acuta ordinaria a 30 giorni risultano essere nell'analisi univariata il sesso maschile, l'età inferiore a 75 anni, l'effettuazione di 1 o più ricoveri nell'anno precedente, la durata del ricovero indice superiore a 20 giorni, una ospedalizzazione nei 3 anni precedenti per BPCO, per cardiopatia ischemica acuta o rivascolarizzazione coronarica e la prossimità al decesso. Nell'analisi multivariata l'età inferiore a 75 anni, l'aver effettuato uno o più ricoveri nell'anno precedente e la prossimità al decesso risultano essere fattori di rischio indipendenti per la riospedalizzazione precoce, mentre l'accesso precoce di CD è associato ad un rischio di

riospedalizzazione a 30 giorni del tutto identico a quello degli assistiti che non lo hanno ricevuto (Hazard Ratio 1,00; CI 95% 0,83-1,19).

L'applicazione del modello di regressione di Poisson permette di confrontare il numero di giorni di ricovero ordinario acuto avvenuti entro i 30 giorni successivi alla dimissione nei pazienti che hanno avuto un accesso in CD entro 2 giorni dalla dimissione rispetto a quelli che non l'hanno avuto (Figura 8.2.1). Si rileva una associazione con l'età in entrambi i sessi, che va nel senso di una riduzione dell'efficacia nelle persone più anziane. Il rischio di passare più giorni in ospedale entro i 30 giorni successivi alla dimissione per il ricovero indice è significativamente ridotto nei maschi che hanno avuto una presa in carico precoce in CD, mentre nelle femmine è significativamente aumentato al di sopra dei 75 anni.

Figura 8.2.1 - N° medio di giorni trascorsi in ospedale nei 30 giorni successivi alla dimissione nei pazienti con accesso di CD entro 2 gg. e nei pazienti senza accesso di CD entro 2 gg



* Modelli di Poisson aggiustati per numero di ricoveri nell'anno precedente, durata del ricovero indice, decesso nei 90 giorni successivi, ospedalizzazione pregressa per BPCO e per cardiopatia ischemica acuta o rivascolarizzazione

Complessivamente i dati indicano un tendenziale beneficio per i maschi, ma non per le femmine al di sopra dei 75 anni. I dati clinici ed assistenziali disponibili nell'ambito del presente studio non consentono di spiegare le discrepanze rilevate tra i due sessi,

rispetto alla possibile efficacia della tempestività dell'attivazione delle CD; alcuni elementi di contesto possono però essere ricavati da altre fonti. Secondo i dati del Censimento ISTAT 2012 in Veneto vivono a casa in famiglie unipersonali (cioè senza coniuge, figli o altri conviventi) il 43,3% delle femmine ed il 13,8% dei maschi di 75-84 anni. Oltre al dato anagrafico riferito al paziente, ragionevolmente hanno grande importanza la tipologia della convivenza, il grado di partecipazione dei familiari alla cura (i maschi si ammalano e muoiono prima, avendo quindi più possibilità di essere assistiti dal coniuge); inoltre le donne hanno una minore disponibilità economica e quindi una minor possibilità di pagare un'assistenza privata (le pensioni sono mediamente di un terzo più basse). Oltre a questo, possono avere un'influenza non trascurabile delle considerazioni di genere.

In conclusione la presa in carico in CD entro 2 giorni riguarda una quota modesta (14,8%) dei pazienti dimessi per scompenso cardiaco in una situazione di disabilità al momento della dimissione, che ne potrebbero certamente beneficiare data la frequente instabilità della situazione clinica, il possibile cambio di terapia, la necessità di addestrare familiari e conviventi all'effettuazione di un monitoraggio stretto della compliance terapeutica e del peso). D'altro canto, la tempestività della presa in carico tempestiva richiede una efficiente e fattiva comunicazione territorio-ospedale-territorio.

Bibliografia

1. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare Fee-for-Service Program. N Engl J Med. 2009;360:1418-28.
2. ISTAT. 14° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni, 2001.
<http://dawinci.istat.it/MD/>
3. Rapporto INPS-ISTAT sulle pensioni in Italia nel 2012. Roma, 2014

Capitolo nono: Conclusioni

Nel 2013 la quota di persone seguite in maniera intensiva, cioè con più di 8 accessi/mese per almeno un mese, aumenta in valore assoluto di 1.840 unità, con un incremento del 7% del tasso di copertura rispetto al 2011. Permangono importanti diversità tra le ULSS sia nel tasso di operatori tempo-pieno-equivalenti impegnati sia nello skill-mix di operatori coinvolti nelle CD: l'attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali rappresenta sicuramente un'opportunità per precisare i ruoli e per integrare maggiormente dal punto di vista organizzativo i diversi professionisti all'interno dei team assistenziali. Si consideri ad esempio il fatto che l'interna organizzazione della Kaiser Permanente (che ha proposto il notissimo Triangolo di Stratificazione del Rischio, utilizzato anche dal sistema di case-mix degli Adjusted Clinical Groups adottato dalla Regione Veneto) si regge in larga misura su visite domiciliari effettuate da infermieri.

Per la prima volta in Regione Veneto è possibile descrivere per l'80% degli assistiti in CD i loro problemi di salute e quindi individuare prospetticamente specifici gruppi di pazienti inseriti in diversi percorsi di cura. Questa percentuale sale al 90% di copertura considerando solo la popolazione afferente alle 17 Aziende ULSS con buona compilazione della patologia prevalente negli assistiti in CD.

La quota di pazienti ultra75enni, spesso affetti da multicronicità, che viene visitata a casa entro due giorni da una dimissione ospedaliera è invariata rispetto agli anni precedenti e pari a circa il 9%, con importanti differenze a livello di Aziende ULSS (presenza di un fattore 4 tra Azienda ULSS più alta e Azienda ULSS più bassa). Se si fa riferimento ad un gruppo a maggior rischio di riospedalizzazione, quale è quello dei pazienti dimessi vivi a domicilio per scompenso cardiaco in condizioni di disabilità al momento della deospedalizzazione, la percentuale non supera il 15%.

Alcuni trials e metanalisi hanno documentato un possibile impatto delle CD sulla riospedalizzazione a breve termine dei pazienti dimessi per una riacutizzazione del quadro clinico di base (ad es. BPCO, scompenso cardiaco); tuttavia essi si riferiscono in genere a gruppi di pazienti e a modalità di intervento lontane da quelle della pratica clinica. Alcuni dati empirici rilevati in Veneto mostrano che l'impatto può essere più favorevole nelle persone più giovani e nei maschi, che dispongono verosimilmente di un maggiore supporto familiare, assistenziale ed economico rispetto alle grandi anziane. Questa osservazione -così come l'ampia prevalenza di malattie invalidanti tra la

popolazione in CD- dà supporto alla scelta di forte integrazione socio-sanitaria che è caratteristica fondante del Servizio Sanitario della Regione del Veneto.

L'altro grande campo di intervento per le CD è quello relativo al fine vita oncologico e non oncologico. Dove si rileva un incoraggiante miglioramento della percentuale di ultra75enni che hanno ricevuto almeno 8 accessi di cure domiciliari di fine vita (12% nel 2013 vs. 10% nel 2011). A partire dal 2013 inoltre la disponibilità della patologia prevalente che motiva la presa in carico consente di studiare i percorsi di cura e assistenza dei pazienti oncologici in CPDO, che costituiscono il 9% del totale degli assistiti seguiti a domicilio ed il 21% degli assistiti con almeno 8 accessi domiciliari per almeno un mese e corrispondono in termini assoluti ad una stima per l'intera Regione Veneto di circa 10.000 pazienti. Il sottogruppo di maggiore impegno è rappresentato dai 5.800 pazienti che sono morti in corso d'anno, che rappresentano circa il 42% in rapporto al numero annuo atteso di deceduti per cancro; in media nell'ultimo mese di vita questi pazienti hanno ricevuto 10 accessi, con differenze importanti tra le ULSS. Trials, metanalisi e numerosi studi empirici retrospettivi e prospettici documentano in maniera convincente l'impatto di riduzione dell'utilizzo dei servizi per acuti nelle ultime settimane di vita che può essere ottenuto dai servizi di CD integrate nel Distretto secondo la visione del Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (Centrale Operativa per la Presa in Carico, MMG, Nucleo di Cure Palliative, Servizio Distrettuale di CD, Centri Servizi e Hospice).

Bibliografia

- 1) Joynt KE, Jha AK. A Path Forward on Medicare Readmissions. N Engl J Med. 2013 Mar 28;368(13):1175-7.
- 2) D'Souza, S and Guptha S. Preventing Admission of Older People to Hospital BMJ 2013;346:f3186 doi: 10.1136/bmj.f3186 (Published 20 May 2013); <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f3186?tab=responses>
- 3) Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 1. Art. No.: CD000313. DOI: 10.1002/14651858.CD000313
- 4) Purdy S. Avoiding hospital admissions. What does the research evidence say? King's Fund, 2010. www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Avoiding-Hospital-Admissions-Sarah-Purdy-December2010.pdf
- 5) Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Iliffe S, Langhorne P, Richards S, Martin F, Harris R. Hospital at home early discharge. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD000356. DOI: 10.1002/14651858.CD000356
- 6) NICE. Quality standard for end of life care for adults.2013
- 7) Shepperd S, Wee B, Straus SE. Hospital at home: home-based end of life care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 7. Art. No.: CD009231. DOI: 10.1002/14651858.CD009231
- 8) Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD007760. DOI: 10.1002/14651858.CD007760

Capitolo decimo: Qualità dei dati inviati e metodi

Sulla base delle DGR 1237/2013 e 2533/2013 la qualità dei dati inviati con il flusso CD è a partire dal 2013 oggetto di uno specifico indicatore aziendale (F6.1), il cui raggiungimento prevede l'adempimento di almeno 6 dei 7 dei criteri elencati:

- 1) invio in Regione dei dati trimestrali entro il mese successivo;
- 2) invio in Regione secondo il tracciato della DGR 2372/2011;
- 3) dati anagrafici validi: percentuale di errori di generazione dell'identificativo utente <5%. Gli errori presi in considerazione sono:
 - o Campo codice fiscale assente o errato (no codice fiscale o STP);
 - o Codice fiscale formalmente errato;
 - o Codice STP errato;
 - o Cognome o nome assenti in mancanza di codice sanitario e codice fiscale;
 - o Codice sesso assente o errato;
 - o Data nascita assente o errata;
 - o Comune o stato estero di residenza assente;
 - o Comune di residenza assente o errato per un residente italiano;
 - o Comune di residenza non valido alla data di valutazione per un residente straniero;
 - o Comune di residenza assente o errato per un residente straniero.
- 4) Rispetto simultaneo delle soglie di compilazione per le variabili target:
 - a. Codici missing o errati <25% per il campo Patologia prevalente;
 - b. Rapporto tra il numero dei record con patologia prevalente presenti ed il numero dei record anagrafica >0,6;
 - c. Codici missing o errati <10% per il campo Problemi di Salute/Bisogni Assistenziali;
 - d. Meno di 4 accessi giornalieri per lo stesso profilo professionale <1%.
- 5) Assenza di picchi anomali nelle registrazioni giornaliere:

Rapporto tra numero massimo e numero medio di accessi giornalieri nei giorni feriali <4 e rapporto tra numero massimo e numero medio di accessi giornalieri nei giorni di sabato e domenica <4;
- 6) Registrazione di almeno 1 accesso/trimestre del MMG;
- 7) Registrazione di almeno 1 accesso/trimestre dello specialista/palliativista.

I criteri di qualità che sono già direttamente riscontrabili da parte delle Aziende sono attualmente:

- i criteri 1 e 2 (all'atto dell'invio);
- i criteri 3, 4a e 4b attraverso il portale di invio dei dati;
- i criteri 4c, 4d, 5, 6 e 7 tramite l'analisi dei dati dei rispettivi tracciati relativi alla valutazione ed ai servizi erogati.

Il confronto con lo standard previsto per questi criteri può stimolare a livello locale degli interventi puntuali di formazione degli operatori, riorganizzazione del servizio e sviluppo dei sistemi informatici delle CD. Ad esempio: la registrazione tempestiva degli accessi del MMG e dello specialista/palliativista consente alle Aziende Sanitarie di valutare il grado di integrazione professionale rispetto a pazienti complessi. O ancora, l'attribuzione dell'accesso alla data della sua reale effettuazione anziché a quella del caricamento periodico consente agli operatori di riconoscere tempestivamente la data dell'ultimo accesso effettuato ed alle Aziende ULSS di valutare il grado di copertura del servizio durante i giorni prefestivi e festivi e la sua modalità di integrazione con il Servizio di Continuità Assistenziale.

Il Sistema Epidemiologico Regionale ai sensi della DGR 1104 del 01/07/2014 gestisce il flusso informativo della CD raccordandosi con la Sezione Sistema Informativo del SSR, in particolare:

- confrontandosi con i referenti clinico ed informativo delle Aziende ULSS al fine di impostare la soluzione di specifici problemi locali;
- predisponendo un report periodico sull'attività;
- rendendo disponibili sul portale di invio dei dati e sul datawarehouse alcune informazioni selezionate e tabelle riassuntive rispetto alla qualità dei dati ed ai volumi di attività svolta dalla singola Azienda e dalla Regione nel suo complesso.

Il livello complessivo di qualità dei dati raggiunto nel 2013 è descritto nella Tabella 10.1 e rappresenta un grande progresso rispetto agli anni precedenti. Gli aspetti più critici riguardano la tempestività dell'invio e -in specifiche Aziende ULSS- la congruenza delle date di effettuazione dell'accesso domiciliare, la registrazione e l'invio degli accessi dei MMG e degli specialisti/palliativisti e la compilazione della patologia prevalente che motiva la presa in carico.

Chiaramente il sistema informativo deve continuare ad evolvere sulla base degli indirizzi forniti da tutti gli operatori delle CD e delle CPDO (ad esempio: completezza e qualità

della registrazione dello stato funzionale, miglioramento della rilevazione di specifici bisogni clinico assistenziali come il dolore, la presenza di sintomi stressanti, la consapevolezza della prognosi della malattia da parte del malato e dei suoi familiari ecc.) e dalla programmazione aziendale e regionale; di conseguenza i requisiti di qualità andranno aggiornati al mutare delle condizioni.

Tabella 10.1 - Raggiungimento dei criteri di qualità del flusso delle CD (DGR 1237/2013 e 2533/2013) - Regione del Veneto, anno 2013

Aziende ULSS di erogazione	Tempestività invio dati	Tracciato DGR 2372/2011	Anagrafiche valide	Compilazione variabili target	Date di accesso	Accessi MMG	Accessi Palliativ. / Spec.	Punteggio totale
101 - Belluno	1	1	1	1	1	1	1	7
102 - Feltre	1	1	1	1	1	1	0	6
103 - Bassano del Grappa	1	1	1	1	1	1	1	7
104 - Alto Vicentino	1	1	1	1	1	1	1	7
105 - Ovest Vicentino	0	1	1	1	1	1	1	6
106 - Vicenza	1	1	1	1	1	1	1	7
107 - Pieve di Soligo	1	1	0	1	1	1	1	6
108 - Asolo	0	1	1	1	1	1	1	6
109 - Treviso	1	1	1	1	1	0	1	6
110 - Veneto Orientale	0	0	N.V.	N.V.	1	1	1	3
112 - Veneziana	0	1	1	1	1	1	1	6
113 - Mirano	0	1	1	0	1	1	0	4
114 - Chioggia	0	0	N.V.	N.V.	0	1	0	1
115 - Alta Padovana	1	1	1	1	0	1	1	6
116 - Padova	0	1	1	1	1	1	1	6
117 - Este	1	1	1	1	1	1	1	7
118 - Rovigo	0	1	1	0	0	1	1	4
119 - Adria	1	1	1	0	0	1	0	4
120 - Verona	0	1	1	1	1	1	1	6
121 - Legnago	1	1	1	0	1	1	1	6
122 - Bussolengo	0	1	1	0	0	1	1	4
Totale (% media di raggiungimento)	52,4%	90,5%	85,7%	66,7%	76,2%	95,2%	81,0%	71,4%

1= obiettivo raggiunto; 0= obiettivo non raggiunto; N.V.= non valutabile

Dati utilizzati

Allo scopo di non considerare probabili errori nella registrazione della data di accesso, nel calcolo degli indicatori dei capitoli 6 e 7 non sono stati conteggiati gli accessi che riportavano un numero di visite dello stesso operatore nello stesso giorno allo stesso assistito superiore a 3. Questi accessi sono stati invece conteggiati per il calcolo del tasso di accessi per abitante dei capitoli 3 e 4.

Caratterizzazione della popolazione

Visto lo scarso numero di assistiti che nell'anno sono stati residenti in più di una Azienda ULSS (0,1%), per le analisi dei capitoli 5 e 11 che riguardano il numero di persone prese in carico, l'Azienda ULSS di residenza si riferisce a quella in cui si sono registrati il maggior numero di accessi nell'anno.

Le diagnosi ICPC (International Classification of Primary Care) presenti nel tracciato delle valutazioni sono state ricondotte a 16 categorie e a 6 raggruppamenti diagnostici, come descritto nella Tabella 10.2.

Tabella 10.2 - Definizione categorie di diagnosi ICPC

Raggruppamento diagnostico	Diagnosi	Codici icpc
Neoplasie	Neoplasie	A79; B72; B73; B74; D74; D75; D76; D77; F74; L71; N74; N75; N76; R84; R85; S77; T71; T73; U75; U76; U77; X75; X76; X77; Y77; Y78
Sdr. ipocinetica	Sindrome ipocinetica e altri problemi generali	A* esclusi codici neoplasie. E' stato introdotto ad hoc il codice A00 "Sindrome Ipocinetica"
Malattie cardio e cerebrovascolari	Insufficienza cardiaca	K77
	Ictus	K90
	Altre malattie cardiache (escl. insufficienza cardiaca e ictus)	K* escluso K77 e K90
Osteomuscolari e cutanee	Fratture (femore e altre fratture)	L72; L73; L74; L75; L76
	Artrosi e altre patologie muscolo scheletrico	L* esclusi codici neoplasie e fratture
	Ulcere cutanee, ferite chirurgiche e altre malattie della pelle	S* esclusi codici neoplasie
Neurologiche e psichiatriche	Parkinsonismo Sclerosi multipla e altre mal. del sistema nervoso	N* esclusi codici neoplasie
	Demenze e altri problemi mentali	P*
Altro	Cirrosi e altre malattie sistema digerente	D* esclusi codici neoplasie
	BPCO e altra malattia sistema respiratorio	R* esclusi codici neoplasie
	Diabete mellito e altre malattie endocrine	T* esclusi codici neoplasie
	Problemi sociali	Z*
	Altro (B, F, H, U, W, X, Y)	B*, F*, H*, U*, W*, X*, Y* esclusi codici neoplasie

Costruzione degli indicatori

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

Tabella 10.3 - Definizione operativa del calcolo degli indicatori di attività e processo

Definizione	Numeratore	Denominatore	Flussi dati utilizzati
Tasso di assistenza in CD con almeno 8 accessi/mese per 1.000 abitanti *	Numero di mesi di assistenza con ≥ 8 accessi-mese/numero di mesi di osservazione	Popolazione residente ISTAT	Flusso informativo DGR 2372/2011; banca dati ISTAT
% di accessi domiciliari effettuati il sabato e la domenica	Numero di accessi degli operatori sanitari effettuati al sabato o alla domenica	Numero di accessi degli operatori sanitari effettuati nell'anno	Flusso informativo DGR 2372/2011
% di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg.	Numero di dimissioni a domicilio di pazienti ultra75enni con regime di ricovero acuto ordinario seguita da un accesso di un operatore sanitario entro 2 gg dalla data di dimissione	Numero di dimissioni a domicilio di pazienti ultra75enni con regime di ricovero acuto ordinario durante l'anno	Flusso informativo DGR 2372/2011; SDO
% deceduti ultra75enni con almeno 8 accessi/mese nell'ultimo mese di vita	Numero di deceduti ultra75enni con ≥ 8 accessi nell'ultimo mese di vita	Numero di deceduti ultra75enni durante l'anno	Flusso informativo DGR 2372/2011; Cessazioni anagrafiche per decesso estratte dal Servizio del Sistema Informatico SSR
Copertura assistenziale delle CPDO	Pazienti con neoplasia seguiti in CD e deceduti nell'anno	Decessi annui attesi per cancro (base mortalità triennio 2009-2011, per ULSS)	Flusso informativo DGR 2372/2011; Cessazioni anagrafiche per decesso estratte dal Servizio del Sistema Informatico SSR
Intensità assistenziale delle CPDO	Numero di accessi di CD ricevuti nell'ultimo mese di vita da pazienti deceduti nell'anno	Pazienti con neoplasia seguiti in CD e deceduti nell'anno	Flusso informativo DGR 2372/2011; Cessazioni anagrafiche per decesso estratte dal Servizio del Sistema Informatico SSR
Numero di giornate di ricovero medico ordinario nell'ultimo mese di vita per i pazienti in CPDO	Numero di giornate di ricovero medico ordinario ricevute nell'ultimo mese di vita da pazienti con neoplasia seguiti in CD e deceduti nell'anno	Pazienti con neoplasia seguiti in CD e deceduti nell'anno	Flusso informativo DGR 2372/2011; SDO; Cessazioni anagrafiche per decesso estratte dal Servizio del Sistema Informatico SSR
% di assistiti in CPDO deceduti in ospedale	Numero di pazienti con neoplasia seguiti in CD e deceduti in ospedale nell'anno	Pazienti con neoplasia seguiti in CD e deceduti nell'anno	Flusso informativo DGR 2372/2011; SDO; Cessazioni anagrafiche per decesso estratte dal Servizio del Sistema Informatico SSR

Per la produzione del report sono stati fatti alcuni adattamenti rispetto agli indicatori dell'allegato G della DGR 2372/2011:

- il tasso di assistiti con CIA>0.23 è stato calcolato in termini di assistito-equivalente (numero di mesi-persona di assistenza con almeno 8 accessi-mese/numero di mesi nel periodo di osservazione), consentendo così di calcolare l'indicatore facendo riferimento a qualsiasi finestra temporale di osservazione anziché agli originari due mesi-filtro; la rilevazione mensile può peraltro essere di utilità per dare un ritorno periodico alle Direzioni Aziendali;
- la finestra di osservazione è stata riportata a un anno anche per gli indicatori “% di accessi domiciliari effettuati il sabato e la domenica” e “% di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg. ”;
- per il calcolo della “% deceduti ultra 75enni con CIA>0,23 (almeno 8 accessi/mese) nell'ultimo mese di vita” è stata utilizzata un'estrazione delle cessazioni anagrafiche per decesso, in modo da ridurre la latenza informativa originariamente legata al flusso informativo delle schede di morte;
- sono stati rivisti alcuni standard sulla base della distribuzione empirica per terzili (es. standard minimo: 1° terzile; standard ottimale: 2° terzile).

Capitolo undicesimo: La gestione per eventi delle CD

Il gruppo di lavoro interregionale nazionale sul sistema informativo delle CD (NSIAD) ha adottato “eventi di Presa in Carico” (“PIC”) come unità statistica per la valutazione dell’attività di CD. La “PIC” è definita da una valutazione multidimensionale (diagnosi, stato funzionale, bisogni assistenziali), da un Piano di Assistenza Individualizzato (non definito all’interno del tracciato record), da una data di presa in carico e possibilmente da una data di interruzione (sospensione/conclusione) che genera una chiusura/eventuale successiva riapertura della presa in carico.

A fianco di questa definizione di carattere informativo della “PIC” - che implica una gestione per eventi - va ricordato che dal punto di vista della gestione dei casi e della programmazione la presa in carico costituisce un evento unico di assistenza sanitaria che si snoda in un continuum di interventi integrati e coordinati. In questo senso il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 (LR 23/2012) fa riferimento:

- alla centralità della concezione di “filiera della salute” per garantire la continuità dell’assistenza e una presa in carico globale del paziente;
- ai modelli di ammissione e dimissione protetta, supportati da protocolli per la presa in carico coordinata del paziente, anche tramite sistemi codificati di corresponsabilità e “figure di riferimento” (case manager);
- alla diffusione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), intesi come strumenti atti a descrivere obiettivi ed azioni condivise tra le varie componenti coinvolte nella presa in carico (sia operanti nel Territorio, sia nelle strutture ospedaliere) e finalizzati a delineare il migliore percorso praticabile in termini di appropriatezza, privilegiando un’ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura.

Il principale evento di interruzione della “PIC” è il ricovero ospedaliero. Assumendo come definizione convenzionale di “ricovero che può influenzare il Programma di Assistenza Individuale” la presenza di un ricovero acuto ordinario di durata ≥ 5 giorni è possibile osservare che vi è tra le Aziende una variabilità nel numero medio di ricoveri intercorrenti che genera a livello regionale numero di “PIC” del 23% più elevato rispetto al numero di assistiti (range 19-31% - Tabella 11.1).

Tabella 11.1 - Numero di assistiti in CD, numero medio di ricoveri acuti ordinari di 5 o più giorni intercorrenti, numero di "PIC" e numero di "PIC" per assistito- Aziende ULSS Regione del Veneto, anno 2013

Azienda ULSS di residenza	Assistiti in CD	N. medio ricoveri	"PIC"	"PIC"/ assistito
101 - Belluno	1.694	0,27	2.120	1,25
102 - Feltre	2.151	0,22	2.587	1,20
103 - Bassano del Grappa	1.866	0,31	2.380	1,28
104 - Alto Vicentino	4.720	0,25	5.851	1,24
105 - Ovest Vicentino	2.574	0,29	3.257	1,27
106 - Vicenza	6.850	0,26	8.457	1,23
107 - Pieve di Soligo	4.278	0,20	5.043	1,18
108 - Asolo	6.968	0,24	8.479	1,22
109 - Treviso	7.017	0,27	8.704	1,24
110 - Veneto Orientale	6.712	0,24	8.186	1,22
112- Veneziana	7.312	0,24	8.890	1,22
113 - Mirano	5.269	0,28	6.581	1,25
114 - Chioggia	1.407	0,31	1.834	1,30
115 - Alta Padovana	3.980	0,33	5.208	1,31
116 - Padova	13.402	0,28	16.815	1,25
117 - Este	6.112	0,20	7.256	1,19
118 - Rovigo	4.867	0,27	6.078	1,25
119 - Adria	2.023	0,23	2.449	1,21
120 - Verona	6.845	0,22	8.233	1,20
121 - Legnago	3.353	0,24	4.080	1,22
122 - Bussolengo	5.778	0,20	6.888	1,19
Totale Veneto	105.178	0,25	129.376	1,23

L'interruzione della "PIC" in occasione del ricovero ospedaliero provoca anche un cambiamento dei livelli di intensità assistenziale, per il fatto che lo spezzettamento della finestra di osservazione annuale consente più facilmente di intercettare dei "picchi" di intensità delle CD, come ad esempio delle riacutizzazioni del quadro di base che hanno portato al ricovero oppure un'attività di stretto monitoraggio effettuata in post-dimissione a favore di pazienti non ancora stabilizzati sul piano clinico. Il risultato è un incremento non solo del numero totale delle "PIC" ma anche in particolare del numero di "PIC" di livello più elevato (Tabella 11.2), mentre la distribuzione delle "PIC" per livello assistenziale rimane sostanzialmente invariata.

Tabella 11.2 - Numero di "PIC" calcolate senza e con interruzione per ricoveri acuti ordinari di 5 o più giorni intercorrenti nei pazienti in CD – Aziende ULSS Regione del Veneto, anno 2013

	Attività di Base	1° livello	2° livello	3° livello	4° livello	Totale
Senza interruzione per ricovero intercorrente	74.173	13.444	11.137	2.050	4.374	105.178
Con interruzione per ricovero intercorrente	87.566	17.454	14.892	3.102	6.362	129.376
Numeri indice	1,18	1,30	1,34	1,51	1,45	1,23

Per questo motivo va sviluppata a livello delle Aziende ULSS della Regione del Veneto la gestione delle aperture e chiusure della "PIC" in occasione di ricovero acuto ordinario di 5 o più giorni e in prospettiva anche di altri eventi che causano una interruzione o un cambiamento di intensità del Piano di Assistenza Individualizzato (a crescere o a decrescere), che sono:

- ammissione/ dimissione da un Centro Servizi o da struttura intermedia (Ospedale di Comunità, Unità Riabilitativa territoriale);
- decesso;
- trasferimento;
- cambiamento del livello di intensità assistenziale;
- conclusione del Piano di Assistenza Individualizzato (es. completamento di un ciclo di medicazioni post-chirurgiche).

Per gli ultimi due punti si rende opportuno adottare una definizione operativa condivisa con i referenti aziendali.

Pubblicazione a cura del
SER Sistema Epidemiologico Regionale
Sezione Controlli Governo e Personale SSR
Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
Telefono: 049 8778252 – Fax: 049 8778235
e-mail: ser@regione.veneto.it

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