

Gli Indicatori dell'Assistenza Domiciliare Integrata

Claudio Travaglini

(Alma Mater Studiorum - Università di Bologna, Dipartimento di Scienze Aziendali e CRIFSP – Centro di Ricerca e Formazione sul Settore Pubblico, claudio.travaglini@unibo.it)

Salvo eventuali più ampie autorizzazioni dell'autore, il contributo può essere liberamente consultato e può essere effettuato il salvataggio e la stampa di una copia per fini strettamente personali di studio, di ricerca e di insegnamento, con espresso divieto di qualunque utilizzo direttamente o indirettamente commerciale. Ogni altro diritto sul materiale è riservato.

DOI: <https://doi.org/10.6092/unibo/amsacta/7479>

Gli indicatori dell'assistenza domiciliare

7.1 - Indicatori di sistema: copertura, equità di accesso e fattori impiegati

Nella valutazione dell'assistenza domiciliare erogata dal servizio pubblico si ripropone il problema delle aziende pubbliche per cui, **in assenza di relazione causale tra costi, proventi e risultati dell'Adi¹ sono necessari indicatori² quali strumenti di misurazione e valutazione dei risultati³.**

Gli indicatori di rappresentazione esposti hanno per oggetto il **sistema di servizio di assistenza domiciliare territoriale** nella sua interezza od un suo sottoinsieme territoriale o disciplinare e ne osservano **le modalità di erogazione alla popolazione⁴**: essi non considerano **le dimensioni valutative** degli episodi di cura⁵ singoli od aggregati che concretizzano **il segmento di trattamento rappresentato dall'Adi⁶.**

¹ Nel caso dei finanziamenti che alimentano ordinariamente l'Azienda Sanitaria Territoriale (il discorso può essere posto in modo parzialmente diverso per quanto riguarda i finanziamenti specifici del PNRR) la questione della relazione tra "proventi specifici" e risultati dell'Adi non si pone poiché quanto ai proventi l'Azienda è finanziata attraverso una quota capitaria indistinta a copertura del complesso dei servizi ai cittadini e quindi non esistono proventi specifici. Quanto ai costi dell'Adi invece essi possono essere rilevati dai sistemi contabili aziendali, ma dipendono da numerosità, intensità assistenziale, modalità e tipologia di assistiti presi in carico dall'Adi.

² "Nell'organizzazione nonprofit non c'è un singolo indicatore complessivo della performance, paragonabile a quelli che vengono utilizzati per l'impresa. Gli obiettivi dell'organizzazione nonprofit sono normalmente complessi e spesso intangibili. L'output di questi enti è difficile, se non impossibile, da misurare. In genere le informazioni sull'output occorrono per una duplice finalità: (1) misurare l'efficienza, intesa come rapporto tra output e input (per esempio, le spese) e (2) misurare l'efficacia, cioè il grado di rispondenza dell'output agli obiettivi dell'organizzazione ... Si usano molti termini per classificare le misure di output in base a ciò che si propongono di misurare ... ne consideriamo tre (1) indicatori sociali, (2) indicatori di risultato (3) indicatori di processo" Quanto enunciato per le organizzazioni nonprofit sembra applicabile al servizio di assistenza domiciliare Cfr. R.N. Anthony, D.W. Young, (a cura di A. Zangrandi), Non Profit: il controllo di gestione, McGrawHill, II edizione, Milano 2002, pagg. 443 segg. Nella valutazione delle attività socio-sanitarie erogate non in regime di scambio di mercato gli indicatori sono contrapposti ai costi e sostituiscono i ricavi che non esistono e non sono indicativi. Ogni indicatore è parziale e limitato, e osserva solo una prospettiva del sistema a cui si riferisce: nel costruire un sistema di indicatori il ricercatore ha sempre presente questo limite, ma spesso egli non ha strumenti alternativi. Inoltre si realizza talvolta l'effetto lampione" per cui si concentra l'analisi solo sugli aspetti del fenomeno osservabili, anche se essi sono meno rilevanti di altri.

³ Il processo, realizzato dai dirigenti o dagli stessi professionisti impegnati nell'assistenza, di declinazione delle finalità generali di "autonomia", "guarigione", "stabilizzazione" o "qualità della vita" in obiettivi ed indicatori di controllo, realizza la parte ex-ante del ciclo di programmazione, mentre la loro osservazione durante l'erogazione del servizio ne concretizza la valutazione in itinere, ed infine l'analisi successiva costituisce la valutazione ex post della performance dell'Adi.

⁴ La percentuale di assistiti sugli ultrasessantacinquenni è un indicatore di copertura della popolazione con la distribuzione degli accessi per età, il coefficiente di intensità assistenziale è un indicatore di intensità assistenziale a cui vanno aggiunti la rappresentazione degli episodi di cura per assistito, della loro durata, degli accessi per episodio di cura.

⁵ L'episodio di cura rappresenta una aggregazione di operazioni e processi riferiti allo stesso oggetto (il cliente-utente-assistito in un periodo) per cui si possono osservare le risorse specificamente utilizzate ed i relativi valori. Allo stesso modo i valori possono essere aggregati in combinazioni parziali su base territoriale (l'assistenza prestata in un determinato distretto) organizzative (l'assistenza prestata nelle dimissioni protette) o disciplinari (l'assistenza prestata a tutti gli assistiti con malattie endocrine) o secondo l'intersezione di più criteri.

⁶ L'assistenza domiciliare è segmento del percorso di trattamento e va visto come tale, come sottosistema dei complessivi servizi preventivo, terapeutico e riabilitativi organizzati dall'azienda. Conseguenza di ciò è l'integrazione del segmento domiciliare con gli altri (ambulatoriale, ospedaliera, di cure intermedie, di telemedicina) del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale, con l'integrazione di obiettivi, procedure e condivisione di strumenti informativi. Gli indicatori del segmento assistenza domiciliare devono essere quindi considerati sottosistema degli indicatori del Pdta globale.

Facendo riferimento al sistema territoriale gli indicatori di **copertura della popolazione** possono essere **articolati per sottosistemi territoriali** o in base ad altre variabili ritenute significative quali età, tipologia di assistenza, intensità assistenziale. Mettendo in relazione il **quadro dell'assistenza domiciliare sul territorio** alla diffusione di patologie e bisogni assistenziali si deve integrare la gestione dell'assistenza domiciliare al monitoraggio dei servizi della medicina primaria ed ospedaliera e dei relativi risultati⁷.

Sempre rispetto al sistema possiamo avere indicatori di **equità di accesso** per osservare se il servizio è strutturato in modo tale da superare le diseguaglianze (culturali, territoriali, economiche, sociali, etnico-linguistiche⁸) di accesso ai servizi sanitari.

Si tratta di assicurare **pari accesso alle persone con lo stesso livello di bisogno**: si può valutare innanzitutto **la parità di accesso alla considerazione del bisogno monitorando i tempi di valutazione delle domande** per comuni, per i diversi gruppi di assistiti evitando che le differenze culturali, linguistiche, reddituali o di informazione comportino un più difficile accesso ai servizi alle persone già in condizione di svantaggio⁹

A conclusione del monitoraggio a livello di sistema territoriale di assistenza, possiamo usare per l'osservazione e la comparazione dei sistemi anche indicatori dei **fattori produttivi** impiegati¹⁰ nel servizio, rappresentati tipicamente da:

- **personale impegnato** misurato dalle **ore annue per figura professionale**¹¹;
- **costo complessivo**¹² dei fattori produttivi impiegati **nell'unità operativa**¹³

⁷ Ad esempio per il diabete, alla conoscenza di quanti assistiti nella popolazione lo presentano occorre affiancare la di quanti siano seguiti dal medico di base, quanti da centri specialistici, di quanti si autogestiscano e di quanti siano in carico all'assistenza domiciliare per il monitoraggio del trattamento e la prevenzione ed il trattamento delle complicanze

⁸ Nella prospettiva del cambiamento demografico in atto si considerino le difficoltà delle persone (specie donne) di altre etnie di accedere ai servizi sanitari, in particolare ad accettare di accogliere in casa operatori professionali non familiari

⁹ Partendo dall'equità di accesso come obiettivo di un servizio sanitario pubblico universalistico rileviamo spesso una situazione di fatto che spesso si rileva per cui le persone con minore livello di istruzione e di reddito hanno maggiore difficoltà ad usufruire pienamente delle opportunità offerte dai servizi pubblici anche sanitari. Il perseguimento dell'equità di accesso diviene allora un interesse del sistema pubblico sia ad evitare il peggioramento delle condizioni dei cittadini che non riescono ad accedere appropriatamente ai servizi sanitari che per attuare il secondo comma dell'art.3 della Costituzione dove si afferma che "E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese".

¹⁰ La classificazione è utilizzata nei servizi socio-sanitari per i quali, risultando generalmente complessa la misurazione e valutazione dell'output, in assenza di indicatori di risultato si utilizzano nell'ordine indicatori di servizi offerti, di processo oppure indicatori di fattori produttivi assieme a quelli di soddisfazione dei destinatari.

¹¹ Il numero di professionisti impegnati nel servizio rappresenta un buon indicatore dell'ampiezza dello sforzo organizzativo e finanziario data la prevalenza del costo del personale tra gli oneri dell'assistenza domiciliare; nella sua valutazione occorre tenere conto delle diverse tipologie contrattuali con cui i professionisti possono essere impegnati.

¹² Il valore del costo complessivo dell'unità operativa "dalla parte dell'offerta" è ricavabile dalla contabilità dei costi aziendale (maggiormente attendibile della ripartizione dei costi per livelli di assistenza) e comprende il costo di personale, materiali e farmaci direttamente erogati e dell'utilizzo delle attrezzature. Esso non rappresenta il costo del trattamento "dalla parte della domanda" che comprende anche l'assistenza medica di base, farmaceutica, specialistica

¹³ L'utilizzo del metro monetario riesce a unificare la quantificazione dei diversi fattori produttivi utilizzati tra cui abbiamo personale dipendente, convenzionato, somministrato oppure prestazioni fornite in base a convenzioni; anche per la fornitura di presidi sanitari, farmaci e materiale per alimentazione il metro monetario riesce ad esprimere le risorse utilizzate nella complessità dei rapporti contrattuali sottostanti all'assistenza domiciliare. Nella sua genericità, il costo per accesso, episodio di cura ed assistito analizzato nelle sue componenti ci può dare un parametro di confronto: per un confronto omogeneo è opportuno riferirsi ai costi diretti, senza affrontare la ripartizione dei costi comuni e generali.

da mettere in relazione al **numero di residenti, di assistiti, di episodi di cura, di accessi** oltre che ad altre voci di spesa riferibili al sistema sanitario territoriale¹⁴.

Non si può però semplicisticamente attribuire un significato di giudizio di efficienza al costo medio¹⁵, per accesso per episodio di cura o per assistito in assenza di un criterio per valutare l'onerosità economica del bisogno a cui il servizio risponde ed il livello qualitativo espresso.

7.2 – Indicatori di processo nel trattamento dell'episodio di cura

Per produrre servizi i fattori produttivi **sono combinati in processi assistenziali** che osservabili attraverso **indicatori di processo** riferibili alle varie fasi: il sistema informativo ci aiuta identificando "eventi" oggetto di tracciamento e comunicazione nel flusso SIAD:

- la **richiesta**
- la **valutazione iniziale e la presa in carico** dell'assistito;
- l'**erogazione dell'assistenza** con gli accessi;
- la **rivalutazione** dell'assistito;
- la **sospensione e riattivazione**;
- la **conclusione**;

a loro volta in relazione con altri eventi che possono riguardare l'assistito quali il ricovero ospedaliero, la dimissione ospedaliera, il ricovero in altre strutture o la morte.

Osservando questi eventi¹⁶ (le operazioni) aggregate in procedure (i processi) e mettendoli **in relazione tra loro e col tempo** in cui le operazioni vengono svolte possiamo costruire **indicatori di efficienza dei processi**¹⁷.

Per il **processo di presa in carico e valutazione iniziale**, assumendo **tempestività di valutazione e presa in carico** come obiettivo possiamo assumere come **indicatore**:

- il **tempo medio in giorni tra richiesta e valutazione**
 - la **quota % di richieste valutate entro 1,3 o 5 giorni** dalla richiesta
- mentre nel caso delle dimissioni protette, per cui il reparto chiede una valutazione
- il **tempo medio in giorni tra richiesta e presa in carico**¹⁸
 - la **% di valutazione dell'assistito in dimissione protetta durante il ricovero**.

¹⁴ In presenza di una rilevazione a granularità fine che possa fornire il costo del servizio per sottosistemi parziali di episodi di cura si può confrontare l'onerosità dei diversi segmenti di cura anche per singoli gruppi di episodi o per patologie (ad esempio confrontando l'assistenza per diabetici ambulatoriale con quella domiciliare, oppure l'assistenza ai terminali in hospice con l'assistenza palliativa domiciliare).

¹⁵ Come è noto, l'efficienza rappresenta il rapporto tra prodotti o servizi e (costo dei) fattori produttivi utilizzati, quindi se avessimo due produzioni di servizi equivalenti, il servizio con minori costi mostrerebbe maggiore efficienza; in alcuni casi l'efficienza fa riferimento al tempo in cui il processo viene concluso, rilevato tipicamente dai sistemi informativi.

¹⁶ Per l'analisi dei processi dell'assistenza, cfr. A.Cifalinò, I.E. Lisi, La misurazione della performance dei servizi domiciliari e residenziali tra riforme istituzionali e applicazioni locali, Mecosan, 93, 2015, pagg.9-32

¹⁷ Occorre sottolineare come questi indicatori di efficienza del processo non rappresentino un giudizio di correttezza della presa in carico e di appropriatezza per cui sarebbe necessaria revisione del processo e verifica delle valutazioni

¹⁸ Non utilizziamo il tempo medio tra dimissione e presa in carico poiché il valore può essere negativo (in tutti i casi in cui la valutazione è svolta con l'assistito ancora ricoverato) e perché la richiesta di dimissione protetta e valutazione multidimensionale può essere operata dall'equipe ospedaliera anche appena dopo il ricovero ma riferirsi ad una dimissione ritardata di giorni che non richiede quindi una valutazione immediata.

Mentre l'erogazione presenta complessità che tratteremo negli indicatori di servizi gli l'indicatore del processo di rivalutazione può essere individuato nella **% di rivalutazioni periodiche operata sulle prese in carico di oltre un trimestre o un semestre**.

Analogamente per la sospensione e riattivazione indicatore di efficienza potrà essere individuato nel tempo intercorrente tra richiesta di riattivazione e la nuova presa in carico.

Gli indicatori di efficienza si riferiscono all'episodio di cura, ed i loro valori sono aggregabili per territorio, tipologia di assistenza e per le altre variabili dell'episodio di cura.

7.3 - Indicatori di servizi erogati

Gli indicatori di **servizi erogati** sono quelli che considerano la **“produzione” del periodo** secondo la granularità definita e rilevabile ossia nel nostro caso le **prestazioni**, gli **accessi**, gli **episodi di cura** e gli **assistiti**.

Il superamento degli accessi e l'**assunzione delle prestazioni** come oggetto di riferimento minimo (previa adozione generalizzata del **nomenclatore unitario**) è requisito fondamentale per un sistema che si proponga la valutazione dell'onere dell'assistenza¹⁹.

Per una quantificazione unitaria e sintetica del servizio erogato occorrerà operare **una ponderazione delle prestazioni professionali**²⁰ (il criterio di costruzione dei pesi relativi può essere il tempo impegnato dal professionista moltiplicato per il costo orario)²¹.

Il **profilo temporale e spaziale del sistema di erogazione dei servizi** influenza l'onere organizzativo e può essere espresso per il profilo temporale dalle **ore di erogazione del servizio** sulle 168 settimanali²² e per quello spaziale dalla **distanza media percorsa per ora di assistenza o per accesso**²³.

Ricordando che gli **indicatori sono relativi al solo servizio fornito** dobbiamo considerare il **ruolo dei caregivers, della famiglia e/o della comunità locale** che a parità di complessità del trattamento rendono in generale meno oneroso l'impegno assistenziale.

7.5 - Indicatori di risultato specifici dell'Adi

Individuare **indicatori di risultato**²⁴ dell'**episodio di cura dell'assistenza domiciliare** richiede di specificare **l'obiettivo della presa in carico dell'assistito**

¹⁹ E' evidente come non si possano considerare equivalenti un prelievo venoso di un infermiere e una medicazione complessa o da una procedura terapeutica complessa operata da un medico specialista assistito da un infermiere.

²⁰ Dovendo contribuire il sistema a valutare l'onere per l'erogazione dei servizi, le stesse prestazioni rese da professionisti diversi (con diverso costo orario) rappresentano e dovranno essere considerate quali prestazioni diverse.

²¹ La costruzione è immediata: la stima del tempo standard di svolgimento delle prestazioni è già operata nella definizione dei piani di lavoro dei professionisti ed il costo orario dei professionisti è ben conosciuto dall'organizzazione.

²² Al di là degli obblighi normativi e della integrazione del servizio con orari di pronta disponibilità degli operatori l'erogazione dell'assistenza domiciliare in un più ampio arco orario permette di prendere in carico casi più complessi

²³ In territori a minore densità di popolazione a parità di assistiti la maggiore distanza media da percorrere con il conseguente maggiore tempo di trasporto consente di effettuare a parità di risorse un minore numero di accessi.

²⁴ “Gli indicatori di risultato tentano di esprimere l'output in termini che risultano correlabili agli obiettivi di un'organizzazione ... Idealmente, gli indicatori sociali andrebbero formulati in termini misurabili; e così pure le misure di output. Quando gli obiettivi non si possono esprimere in termini misurabili, come avviene spesso, gli indicatori di risultato rappresentano l'alternativa di riserva che rimane al management per determinare gli obiettivi e valutare i

distinguendo tra **obiettivo generale dell'assistenza domiciliare** rappresentato dalla conservazione o dal massimo possibile recupero dell'autonomia ed **obiettivi specifici dell'episodio di cura o del gruppo di episodi omogenei** rispetto a stato clinico, diagnosi, condizioni patologiche, necessità assistenziali²⁵;

Gli obiettivi specifici sono definiti da specifiche patologie o condizioni dell'assistito o dalle motivazioni di presa in carico definiti nel Piano Assistenziale Individualizzato.

Senza pretendere di essere esaustivi possiamo elencare **alcuni obiettivi specifici corrispondenti a gruppi significativi** di prese in carico domiciliari²⁶ tra le più frequenti in:

- a) risoluzione delle lesioni da pressione, delle ferite complesse o ulcere cutanee;
- b) recupero funzionale nella frattura di collo del femore o in altre lesioni;
- c) adeguata gestione alimentazione assistita o funzioni escretorie con cateteri o stomie;
- d) permanenza domiciliare senza ricovero ospedaliero nelle dimissioni protette;
- e) mantenimento di valori dei parametri di controllo in intervalli accettabile ed assenza dell'insorgenza di complicanze in patologie croniche come il diabete, le cardiopatie, le broncopneumopatie ostruttive e le altre cronicità.

Nel **trattamento delle lesioni da pressione o delle ulcere cutanee**²⁷ è immediata l'identificazione **dell'obiettivo specifico rappresentato dal recupero dell'integrità;** parimenti nella riabilitazione da eventi traumatici quali ad esempio la frattura del collo del femore il programma riabilitativo espresso nel PAI definisce i livelli di autonomia obiettivo attesi (non sempre rappresentati dal completo recupero e collegati alla situazione ambientale e familiare, come risultante dalla valutazione multidimensionale clinica, assistenziale e familiare della condizione dell'assistito).

Con diverso approccio vanno invece affrontati **i casi di supporto in ambiente domiciliare di alcune condizioni** quali l'alimentazione assistita o la presenza di catetere vescicale o stomia intestinale, in cui **l'obiettivo specifico non può essere il superamento della situazione ma il recupero o il mantenimento di condizioni di massimo benessere e possibilità di vita professionale e relazionale dell'assistito** nel suo ambiente.

In questo caso possiamo identificare **eventi sentinella** (come le infezioni vescicali o le irritazioni locali delle stomie) la cui assenza rappresenta un indicatore di esito positivo.

progressi compiuti dall'organizzazione nel loro perseguimento. Se correttamente strutturato, un indicatore di risultato permette di valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi da parte di una organizzazione" Cfr. R.N.Anthony, D.W.Young, (a cura di A.Zangrandi), Non Profit: il controllo di gestione, McGrawHill, II edizione, Milano 2002, pagg. 445.

²⁵ Alla presa in carico la formulazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) analizza la condizione dell'assistito e definisce un programma assistenziale con obiettivi specifici e prestazioni da svolgere per raggiungerli, ipotizzando un percorso ed una durata (che può essere a tempo indeterminato coincidente con la vita dell'assistito). La revisione del PAI conseguente alla rivalutazione periodica delle condizioni dell'assistito è strumento di adeguamento del programma e previene l'acritica riproposizione per un lungo periodo di un PAI non più adeguato alle mutate condizioni dell'assistito.

²⁶ Non pretendiamo di definire i parametri specifici (che non possono che essere tratti dalle evidenze cliniche ed assistenziali) ma solamente descrivere il processo per individuare indicatori di risultato significativi per il controllo del segmento domiciliare di gruppi omogenei di prese in carico da contrapporre logicamente alle risorse in esse impiegate. Rispetto ai Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi posti alla base dei DRGs le condizioni di separazione spaziale e temporale in cui i processi costituenti il servizio di assistenza domiciliari vengono erogati agli assistiti facilita il corretto riferimento delle prestazioni (e quindi delle risorse impiegate) direttamente agli assistiti, richiedendo solamente la corretta e continua rilevazione delle prestazioni e degli assistiti (facilitata da strumenti e sistemi informativi disponibili).

²⁷ Ad esempio le linee guida NPUAP/EPUAP, che definiscono gli standard di valutazione a livello internazionale permettono una classificazione delle lesioni da pressione identificando più stadi che possono essere assunti sia come indicatori clinici della condizione di partenza che di risultato e quindi come obiettivi specifici di trattamento delle lesioni.

In modo diverso si pone **la valutazione del risultato delle dimissioni ospedaliere protette** per cui l'“**evento sentinella**” è il **ricovero o l'accesso ospedaliero** per lo stesso tipo di condizione clinica²⁸ entro un certo periodo di tempo dopo la dimissione che segnala come il PAI non abbia raggiunto il risultato²⁹; mentre **indicatore di risultato è la permanenza a domicilio senza ricovero** dell'assistito in dimissione protetta³⁰.

In modo ulteriormente differenziato si pone **la valutazione del risultato del trattamento domiciliare delle patologie croniche per cui i PDTA relativi individuano intervalli obiettivo di valori** (quali l'emoglobina glicata per il diabete) **quali indicatori di risultato della terapia** predittivi di assenza delle complicanze; l'utilizzo degli **indicatori di aderenza ai PDTA quali indicatori di risultato** appare applicabile alle patologie croniche.

Possiamo quindi identificare **tre tipologie di indicatori di risultato specifici** da specificare da parte degli operatori in sede di adozione del PAI:

- **il raggiungimento di obiettivi** (clinici, funzionali, assistenziali);
- **l'assenza di eventi sentinella** (es. ricoveri nelle dimissioni programmate);
- **l'aderenza ai valori obiettivo del PDTA** (es. emoglobina glicata nel diabete);

da definire, nella redazione o rivalutazione del piano assistenziale individualizzato e da sottoporre a controllo durante la presa in carico e valutare a consuntivo.

L'utilizzo sistematico da parte dei professionisti degli indicatori di risultato in sede di programmazione, di erogazione del servizio e di controllo di risorse e risultati determinerebbe con il processo di periodica rivalutazione del piano assistenziale, oggi spesso assente, **un continuo adattamento delle prestazioni alle condizioni dell'assistito**, particolarmente importante nelle prese in carico di lunga durata³¹.

7.6– L'indicatore di risultato generale dell'assistenza domiciliare

Dopo gli obiettivi specifici possiamo identificare quale **obiettivo generale di presa in carico degli assistiti in assistenza domiciliare** la conservazione o il massimo recupero dell'autonomia, data l'età degli assistiti, la prevalenza di cronicità e i pericoli di complicazioni.

L'autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana viene valutata dalle **scale di dipendenza od autonomia quali ADL, IADL, Barthel^M** la cui somministrazione è tipicamente prevista nei programmi informatici di gestione dell'assistenza domiciliare.

Pur nella coscienza dell'approssimazione possiamo assumere **gli indicatori di dipendenza come misuratori di complessità della situazione assistenziale e come**

²⁸ L'indicatore di risultato domiciliare è analogo all'indicatore del ricovero ospedaliero per DRG⁶ medico per cui si osserva l'eventuale riproposizione di un ricovero con diagnosi simile entro un certo periodo come indicatore sentinella del fatto che nel primo ricovero la dimissione non fosse operata con una sufficiente stabilizzazione delle condizioni.

²⁹ Nel sistema di osservazione dell'assistenza domiciliare toscano si adottano come indicatore sentinella la Percentuale di assistiti in Adi con 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare oltre i 65 anni e la Percentuale di assistiti in Adi con almeno un accesso al PS durante presa in carico domiciliare oltre 65 anni

³⁰ Si segnala qui ancora una volta la necessità di una integrazione dei sistemi informativi in capo all'assistito: il sistema informativo e di valutazione dell'assistenza domiciliare solitamente non rileva i ricoveri ospedalieri e deve essere completato dalla segnalazione dei ricoveri ospedalieri e delle altre prestazioni sanitarie esterne al sistema.

³¹ Nella esperienza di ricerca dell'Asl Romagna circa il 44% delle prese in carico presenta una durata superiore all'anno di cui il 19% una durata superiore ai 3 anni, ed in questi casi appaiono necessarie delle valutazioni intermedie dei piani assistenziali, degli obiettivi e degli indicatori di risultato per verificare l'evoluzione delle condizioni dell'assistito.

indicatori sintetici del risultato da valutare almeno all'inizio ed alla fine della presa in carico³² congiuntamente alle variabili di contesto (socio-demografiche, familiari, ambientali) ad integrazione di quelli specifici di patologia o condizione assistenziale.

7.5 - Gli indicatori di soddisfazione dell'assistenza domiciliare

Ad integrazione dei risultati clinici e sanitari professionalmente rilevati dobbiamo affiancare **le misure di soddisfazione e percezione delle qualità delle cure dalla prospettiva della persona assistita e della sua famiglia.**

L'utilizzo di valutazioni espresse dal destinatario contribuisce a focalizzare il servizio e lo svolgimento di specifiche indagini di customer satisfaction è espressamente richiesta dai requisiti di accreditamento³³ di una "Modalità di ascolto delle persone assistite" è ric

La valutazione di risultato del piano assistenziale può essere svolta attraverso l'utilizzo di strumenti validati e formalizzati quali i³⁴ **PROMs** (Patient Reported Outcomes Measures) o i **PREMs** (Patient Reported Experiences Measures).

Entrambi rappresentano i tentativi di includere la prospettiva del paziente nella valutazione della performance, e vengono utilizzati per tentare di migliorare l'assistenza.

I PROMs sono **misure di esito su efficacia delle cure ricevute** basate non solo sui risultati clinici ma anche sulla qualità di vita percepita dal paziente³⁵, che possono essere generali o specifici di patologie o gruppi di patologie o combinati tra i due tipi³⁶.

I PREMs consistono invece nella **rilevazione delle esperienze vissute dal paziente** nell'assistenza sanitaria basandosi sulle esperienze vissute³⁷.

PROMs e PREMs sono stati utilizzati prevalentemente in ambiente ospedaliero³⁸ e in riferimento a pazienti cronici, ma appaiono a maggior ragione applicabili all'assistenza domiciliare in cui il rapporto tra assistito e servizio è personale e prolungato (nel 44% dei casi la presa in carico dell'assistito ha una durata superiore all'anno e spesso è lo stesso operatore che assicura i servizi per tutto il periodo)³⁹.

³² La valutazione all'inizio ed alla fine della presa in carico misura la variazione delle condizioni di autonomia nel periodo e deve essere accompagnata da una valutazione periodica (trimestrale o semestrale) nel caso di periodi più lunghi.

³³ "Allegato 5 - Punto 5.5 AC: Modalità di ascolto delle persone assistite "L'Organizzazione ... prevede strumenti per misurare il grado di soddisfazione e dell'esperienza degli assistiti (Customer satisfaction) anche in funzione delle disposizioni regionali" cfr Intesa sul documento

³⁴ Sono possibili anche indagini classiche di customer satisfaction rivolte agli assistiti ed alle loro famiglie con la classica matrice soddisfazione / importanza sulle dimensioni dell'assistenza domiciliare

³⁵ Per neutralizzare la mediazione professionale i PROMs si basano su questionari compilati direttamente dai pazienti

³⁶ I PROMs "generali" valutano la qualità della vita o lo stato di salute nella popolazione generale o in sottogruppi con determinati problemi di salute; quelli "specifici" si riferiscono alla valutazione di alcune tipologie di sintomi e di funzioni in sottogruppi di pazienti con specifici problemi di salute, sottoposti o no a interventi sanitari.

³⁷ Per misurare l'esperienza vissuta dal paziente i PREMs, utilizzano questionari si riferiscono ad aspetti più pratici del percorso di cura, come facilità di accesso, coordinamento, supporto e qualità della comunicazione con gli operatori.

³⁸ Gli strumenti sono utilizzati nel NHS britannico dal 2009 in modo sistematico e in Italia dal 2017 in Toscana in una sperimentazione del Laboratorio MeS della Scuola Superiore S.Anna in riferimento a percorsi ospedalieri

³⁹ L'organizzazione dell'Adi consente di collegare univocamente esiti ed esperienze percepite di gruppi di pazienti agli specifici operatori consente non solo una ipotetica "una valutazione del gradimento del servizio" operata direttamente dai pazienti e dalle famiglie loro famiglie, ma soprattutto un flusso di informazione critica e di suggerimenti di ritorno.

7.6 - Rappresentazione e valutazione dell'episodio di assistenza domiciliare

Abbiamo visto come l'osservazione e la valutazione dell'episodio di assistenza domiciliare richieda la considerazione di diversi aspetti e quindi di un modello complessivo multidimensionale; in analogia a quelli per la rappresentazione del sistema territoriale proponiamo un sistema di indicatori relativi a quanto esposto nei paragrafi precedenti. Anche in questo caso cerchiamo di esprimere gli indicatori in valore assoluto per facilitare i confronti, avendo però cura di distinguere le diverse tipologie e fonti di informazioni. Avremo:

- 1) **Coefficiente di Intensità Assistenziale*100**
- 2) **Giorni di presa in carico / 365*100**
- 3) **Costo medio settimanale / Costo massimo settimanale teorico * 100;**
- 4) **Onerosità caso specifico / Onerosità massima ammessa * 100**
- 5) **Risultato specifico raggiunto / Obiettivo specifico definito * 100**
- 6) **Soddisfazione assistito e famiglia / Soddisfazione massima * 100**

Coefficiente di Intensità Assistenziale*100

Il primo indice è il coefficiente di intensità assistenziale **(Cia)*100** ottenuto attraverso il rapporto tra giorni di effettiva assistenza e giorni di presa in carico da una indicazione dell'intensità dell'assistenza nel periodo mentre secondo indice offre la quota coperta dalla

Giorni di presa in carico / 365*100

presa in carico **(Durata EdC / 365) *100** rispetto ai giorni di calendario dell'anno; i due indici, che si basano dati oggettivi (giorni ed accessi) non pongono problemi di costruzione.

I seguenti due indici sono la **percentuale di onerosità assistenziale** o di **costo settimanale** in relazione alla massima intensità assistenziale o costo ipotizzabile.

Costo medio settimanale / Costo massimo settimanale teorico * 100;

Onerosità caso specifico / Onerosità massima ammessa * 100

Per questi due indici si affrontano invece problemi di costruzione ed elementi di discrezionalità che ne diluiscono il carattere "oggettivo". La definizione della massima onerosità assistenziale e del conseguente massimo costo settimanale ipotizza un certo livello massimo di assistenza che non è detto sia omogeneo in tutti i territori e richiede di assumere standard di riferimento. Il riferimento ad uno standard definito anche se particolare dal punto di vista territoriale assistenziale o disciplinare⁴⁰ permette di valutare la rilevanza assistenziale dell'episodio sia in riferimento ai valori medi della totalità degli episodi che, meglio, rispetto al gruppo di episodi significativamente omogenei ad esso

Inoltre la costruzione del costo medio settimanale è fatta allocando i fattori produttivi direttamente impiegati (personale, ma anche farmaci, presidi, servizi specialistici e di telemedicina) all'episodio e richiede una contabilità "di commessa" dell'episodio di cura.

Qualora non ci si voglia fermare ai costi specifici di episodio ma inserire una quota di costi comuni e generali, occorrerà definire criteri di ripartizione sempre discrezionali.

Il sistema valutativo si completa con due di valutazioni delle persone sull'episodio:

⁴⁰ E' evidente come l'Assistenza Domiciliare Integrata prestata ad un assistito con una grave sindrome neurologica invalidante come la SLA non possa essere confrontata con quella di un assistito cui vengono garantiti prelievi domiciliari. Il metodo che utilizziamo è sempre lo stesso, di considerazione dell'aggregato generale o di identificazione di aggregati parziali omogenei, dove definibili, e confronto del singolo episodio di cura o di gruppi di essi con gli aggregati stessi.

le valutazioni dall'equipe sul raggiungimento degli obiettivi specifici definiti

Quanto alla valutazione dell'equipe è inevitabile un margine di discrezionalità professionale, che può essere regolata prevedendo livelli predefiniti di raggiungimento degli obiettivi⁴¹ (ad esempio potremmo avere 100= pienamente raggiunto, 80=buon risultato, 60=soddisfacente, 40=appena apprezzabile, 20=nessun risultato, 0=peggioramento).

La valutazione del raggiungimento degli obiettivi specifici va accompagnata dalla parallela valutazione sul mantenimento o recupero dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana valutata attraverso il rapporto tra autonomia recuperata sul totale o dalla residua rispetto alla precedente utilizzando le scale professionali apposite⁴². Quanto alle

valutazioni assistito o famiglia su qualità percepita intervento domiciliare.

Anche per quanto riguarda la valutazione della soddisfazione complessiva di assistito e famiglia (attraverso i Proms e Prems o altri modelli di valutazione) possiamo definire una scala che colloca il valore 100 alla massima soddisfazione ed il valore 0 alla minima e avere quindi un valore di soddisfazione per ogni episodio e di conseguenza per ogni aggregato⁴³

Un elemento da integrare nel sistema è rappresentato **dall'impatto economico-sociale che il servizio di assistenza domiciliare** integrata riesce ad indurre nella vita della persona o della famiglia che ne usufruisce, valutando **il rapporto tra il costo dell'intervento e i benefici indotti** (possibilità di mantenere il lavoro da parte del caregiver, costi evitati per le soluzioni residenziali): non abbiamo una soluzione quantitativa da proporre, ma vogliamo lasciare questo elemento come area di completamento. Ci rendiamo conto che il sistema prospettato appare approssimato e necessita di miglioramenti, ma riteniamo che sia un passo avanti rispetto all'assenza attuale di un sistema di valutazione.

Una volta assegnato ai sei indici un valore da 0 a 100, è possibile disegnare l'esagono della valutazione dell'episodio di caso o dei gruppi collocando i valori sui raggi del cerchio circoscritto ad una distanza proporzionale al loro valore.

In questo modo si può formare una poligonale rappresentativa della valutazione che può essere utilizzata per ogni gruppo o confronto tra casi sia in un prospettiva diacronica che sincronica.

⁴¹ Quando essi (es. nelle lesioni cutanee) non possano essere espressi attraverso scale di valutazione definite e validate

⁴² E' necessario per operare questa valutazione che la somministrazione delle scale di autonomia (ADL, Barthel od altre venga sistematicamente ed omogeneamente svolta alla presa in carico, alle valutazioni periodiche ed alla dimissione.

⁴³ Una possibile alternativa è quella di ponderare il giudizio degli episodi di cura per secondo la durata in settimane, o secondo il numero degli accessi, riconoscendo maggior peso ai giudizi della persone che hanno avuto una maggiore interazione con il servizio di assistenza domiciliare.