

XV° CONGRESSO NAZIONALE CARD ITALIA



# L'ASSISTENZA DOMICILIARE: QUALE FUTURO NEL CONTESTO DEL PIANO DELLE CRONICITÀ?



*Paolo Da Col*  
*pg.dacol@gmail.com*

Conferenza Nazionale Cure Domiciliari e Piano delle cronicità – Bologna 8-10 maggio 2017



*Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

## **Piano Nazionale della Cronicità**

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di  
Bolzano del 15 settembre 2016

# SOMMARIO

## B) GLI ELEMENTI CHIAVE DI GESTIONE DELLA CRONICITÀ

- 1. Aderenza
- 2. Appropriatelyzza
- 3. Prevenzione
- **4. Cure domiciliari**
- 5. Informazione, educazione, empowerment
- 6. Conoscenza e competenza

# *LE CURE DOMICILIARI*

- *Obiettivo fondamentale dei sistemi di cura della cronicità è quello di mantenere il più possibile la persona malata al proprio domicilio e impedire o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione, senza far ricadere sulla famiglia tutto il peso dell'assistenza al malato.*

***Messaggio chiave:***

*mantenere il più possibile la  
persona malata al suo domicilio e  
impedire o comunque ridurre il  
rischio di istituzionalizzazione*

## **Le cure domiciliari: cinque obiettivi principali**

- 1. l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;*
- 2. la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;*
- 3. il supporto alla famiglia;*
- 4. il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;*
- 5. il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale*



# LE CURE DOMICILIARI

- ..... le cure domiciliari sono **una delle risposte più efficaci** ai bisogni assistenziali delle persone anziane con malattie croniche e non autosufficienti, delle persone disabili ..... , di pazienti che necessitano di trattamenti palliativi, purché tecnicamente trattabili a domicilio, e di **tutti i pazienti in condizioni di fragilità per i quali l'allontanamento dall'abituale contesto di vita può aggravare la condizione e destabilizzare l'equilibrio** sia fisico sia psicologico con conseguenze spesso devastanti.

# *LE CURE DOMICILIARI*

- *Il setting assistenziale domiciliare è quello in cui è **più agevole per l'equipe curante promuovere l'empowerment** del paziente, migliorando la sua capacità di 'fare fronte' alla patologia e sviluppando le abilità di auto-cura.*

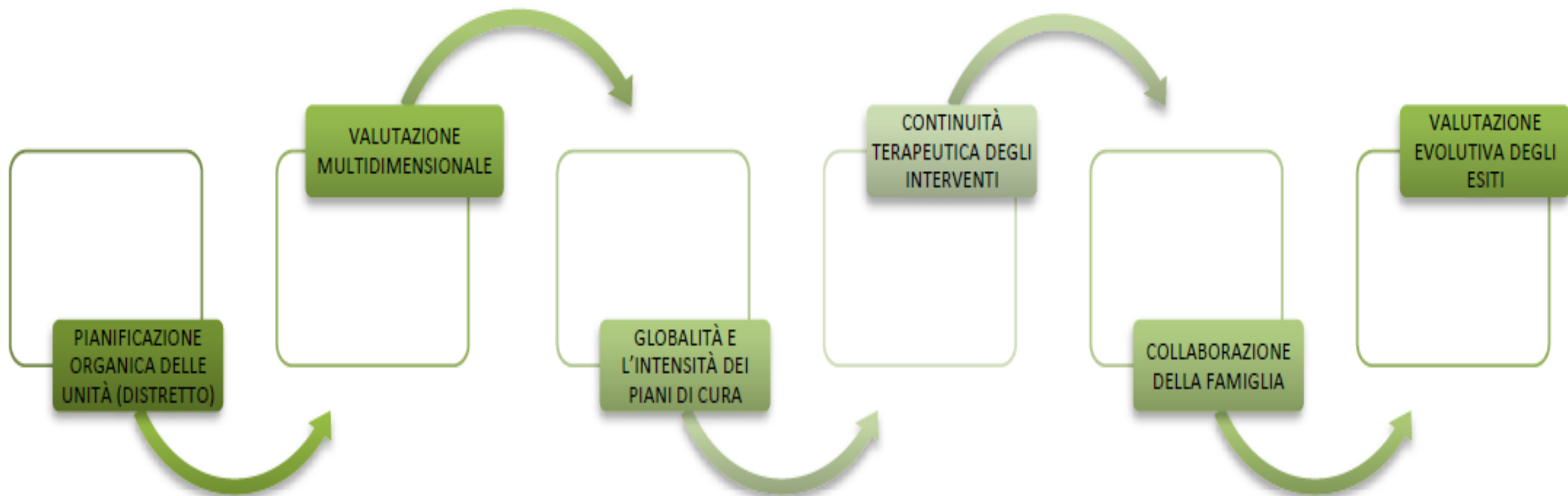


- *L'assistenza domiciliare integrata (ADI) è la **modalità privilegiata** di intervento per rispondere ad **esigenze complesse** di persone non autosufficienti, poiché permette l'erogazione di **prestazioni sanitarie e sociosanitarie anche di elevata complessità ed intensità assistenziale favorendo il mantenimento del paziente nel contesto abitativo e familiare.***

# LE CURE DOMICILIARI

- *Indicatore base* di questo obiettivo è il rapporto tra la totalità delle persone in carico al sistema e quelle assistite parzialmente o totalmente a domicilio.

Indicatore “proxi” è anche il *numero complessivo delle istituzionalizzazioni* delle persone malate.





## PERCORSO ASSISTENZIALE DIFFERENZIATO

### Fase 1

### Selezione

DIAGNOSI

SELEZIONE DEI PAZ.  
E ADESIONE  
INFORMATA  
ALLA GESTIONE  
INTEGRATA



### Fase 2

### Presenza in carico

REGISTRAZIONE

APPROFONDIMENTO  
DIAGNOSTICO  
SPECIALISTICO

STADIAZIONE

PIANIFICAZIONE  
DEL FOLLOW-UP

### Fase 3

### Gestione del piano di cura

EDUCAZIONE  
TERAPEUTICA E ALL'AUTOGESTIONE

GESTIONE DIFFERENZIATA  
DEL FOLLOW-UP  
ATTIVO

RICOVERI

ADI

Esiti



Strategie  
diversificate

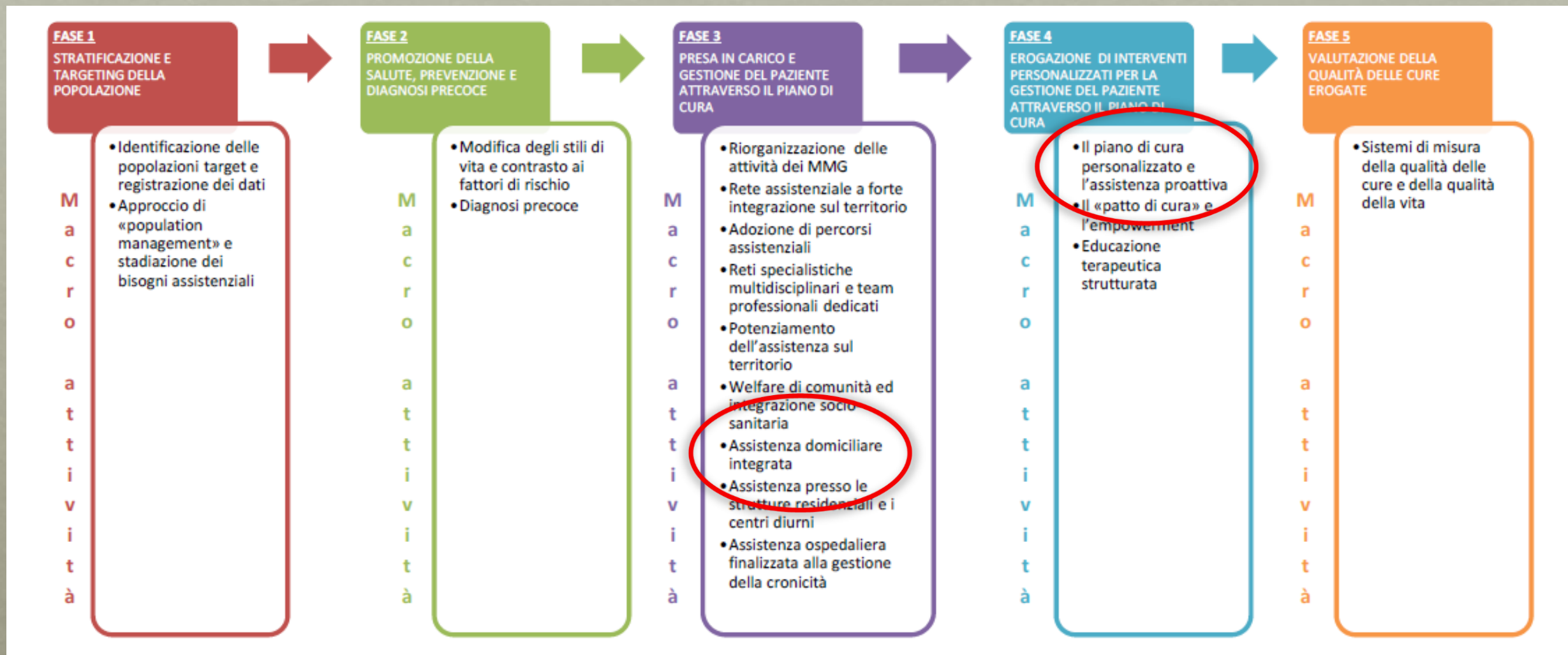
PAZIENTI A BASSO  
CARICO ASSISTENZIALE

PAZIENTI A MEDIO-ALTO CARICO  
ASSISTENZIALE

- FOLLOW-UP PREVALENTEMENTE  
A CARICO DEL MMG  
- FOLLOW-UP INFERMIERISTICO  
con Educazione per abilità di base

- FOLLOW-UP CON MAGGIORI CONTRIBUTI  
SPECIALISTICI (HT)  
- FOLLOW-UP INFERMIERISTICO CON CASE  
MANAGEMENT  
e con Educazione per abilità complesse







# PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

3

## MACRO ATTIVITA'

- Riorganizzazione delle attività dei MMG
- Rete assistenziale a forte integrazione sul territorio
- Adozione di percorsi assistenziali
- Reti specialistiche multidisciplinari e team professionali dedicati
- Potenziamento dell'assistenza sul territorio
- **Migliorare di comunità e integrazione socio-sanitaria**
- Assistenza domiciliare integrata
- Assistenza presso le strutture residenziali e i centri diurni
- Assistenza ospedaliera finalizzata alla gestione della cronicità



REGIONE



AZIENDA  
SANITARIA



MEDICO E  
INFERMIERE



TEAM MULTI-  
DISCIPLINARI



ASSOCIAZIONI

## ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

### OBIETTIVI

- Migliorare l'organizzazione dei Servizi sanitari, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la riqualificazione della rete di offerta e l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni erogate, secondo una declinazione adeguata alle realtà territoriali.
- Attuare gli interventi previsti a livello nazionale (Legge n.189/2012, Patto per la Salute 2014-2016), riorganizzando le cure primarie e l'assistenza territoriale.
- Definire e adottare percorsi diagnostici terapeutici (PDTA) sia a livello territoriale che ospedaliero e percorsi integrati ospedale - territorio
- Adottare modelli di gestione integrata

### RISULTATI ATTESI

- Sviluppo di modelli e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente cronico, in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza
- **Incremento di progetti di formazione del team multidisciplinare**
- **Sviluppo di modelli che prevedano una risposta integrata ai bisogni di salute sociali e sanitari**
- Sperimentazione di modalità diverse di remunerazione delle prestazioni per la persona con malattia cronica sia a livello territoriale che in ospedale

## LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. realizzare un censimento dell'offerta, dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse (umane, strumentali, dei servizi)
2. razionalizzare la distribuzione delle risorse, promuovendo l'integrazione dell'assistenza
3. creare una rete tra le strutture che assicuri la continuità assistenziale
4. valorizzare le diverse e specifiche competenze anche attraverso la creazione di reti specialistiche multidisciplinari
5. inserire ogni singolo paziente, fin dal momento della diagnosi, in un processo di gestione integrata condivisa, che preveda l'adozione di PDTA ai quali partecipino tutte le figure assistenziali coinvolte con impegno diversificato in funzione del grado di complessità della malattia (team multiprofessionali)
6. individuare figure di coordinamento che garantiscano la continuità territorio-ospedale e l'appropriatezza degli interventi e la valutazione di efficacia dei percorsi di cura
7. definire PDTA nazionali nel rispetto delle raccomandazioni e linee guida, almeno per le più importanti malattie croniche, ai fini di un uso appropriato delle risorse
8. utilizzare indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza
9. sperimentare modelli di remunerazione adeguati al malato cronico



# DISUGUAGLIANZE SOCIALI FRAGILITÀ E/O VULNERABILITÀ

## OBIETTIVO

Garantire pari opportunità di accesso ad un'assistenza di qualità, con particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di disagio e/o vulnerabilità sociale, sia per le persone a rischio che per quelle affette da patologie croniche

## RISULTATI ATTESI

- Incremento di iniziative finalizzate a facilitare l'accesso all'assistenza delle persone in contesti sociali difficili
- Implementazione di modelli e strumenti per favorire la formazione dei pazienti e dei caregiver
- Potenziamento dell' ADI per i soggetti in condizioni di disagio sociale

## LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. promuovere l'efficacia delle cure e l'accessibilità all'assistenza per le persone con cronicità, migliorando le capacità di gestione in condizioni di disagio e/o vulnerabilità o in contesti sociali difficili
2. definire specifici percorsi assistenziali con integrazione socio-sanitaria e coinvolgimento dei servizi sociali per supportare gli interventi in caso di persone vulnerabili e/o in contesti sociali difficili
3. potenziare l'assistenza domiciliare integrata per le condizioni di fragilità e di difficoltà sociale anche con l'impiego appropriato dei mediatori culturali al fine di superare le barriere culturali e linguistiche
4. realizzare progetti a supporto delle condizioni di disagio sociale (minori, anziani, disabilità fisica e/o psichiatrica, svantaggio socio-culturale e/o economico);
5. favorire la diffusione e l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale omogenei sul territorio nazionale, per la definizione dei bisogni di assistenza socio-sanitaria del malato cronico
6. realizzare attività di formazione e informazione dei pazienti e delle loro famiglie, con particolare riferimento alle condizioni di disagio e/o vulnerabilità e ai contesti sociali difficili

**Linea  
strategica  
della Unione  
Europea**

# LE CURE DOMICILIARI

*Potenziare e migliorare l'ADI anche attraverso la  
sanità digitale.*



# DAL PIANO, SOLLECITAZIONI A ... PENSARE, AGIRE NEL LONG-TERM..

LONG-TERM

VS

CRONICITA'

1. **Curare a casa conviene, si deve e si può**
2. **Ampliamo il target di utenti (anche short-term)**
3. **Evitare deterioramento della salute ed istituzionalizzazione**
4. **Coinvolgiamo le persone in cura per renderli soggetti attivi**
5. **Guardare alla famiglia ed al contesto di vita nel loro insieme**
6. **Usiamo indicatori della presa in carico, non delle prestazioni**
7. **Realizzare percorsi di cura nella continuità, flessibili, integrati**
8. **Valutiamo gli esiti, anche la qualità di vita e l'empowerment**
9. **Seguire gli operatori, curarne la formazione integrata**
10. **Potenziamo l'ADI, anche con e-health, per ridurre le disuguaglianze di salute**

Search NICE's interactive flowcharts ...



Leave feedback

A-Z

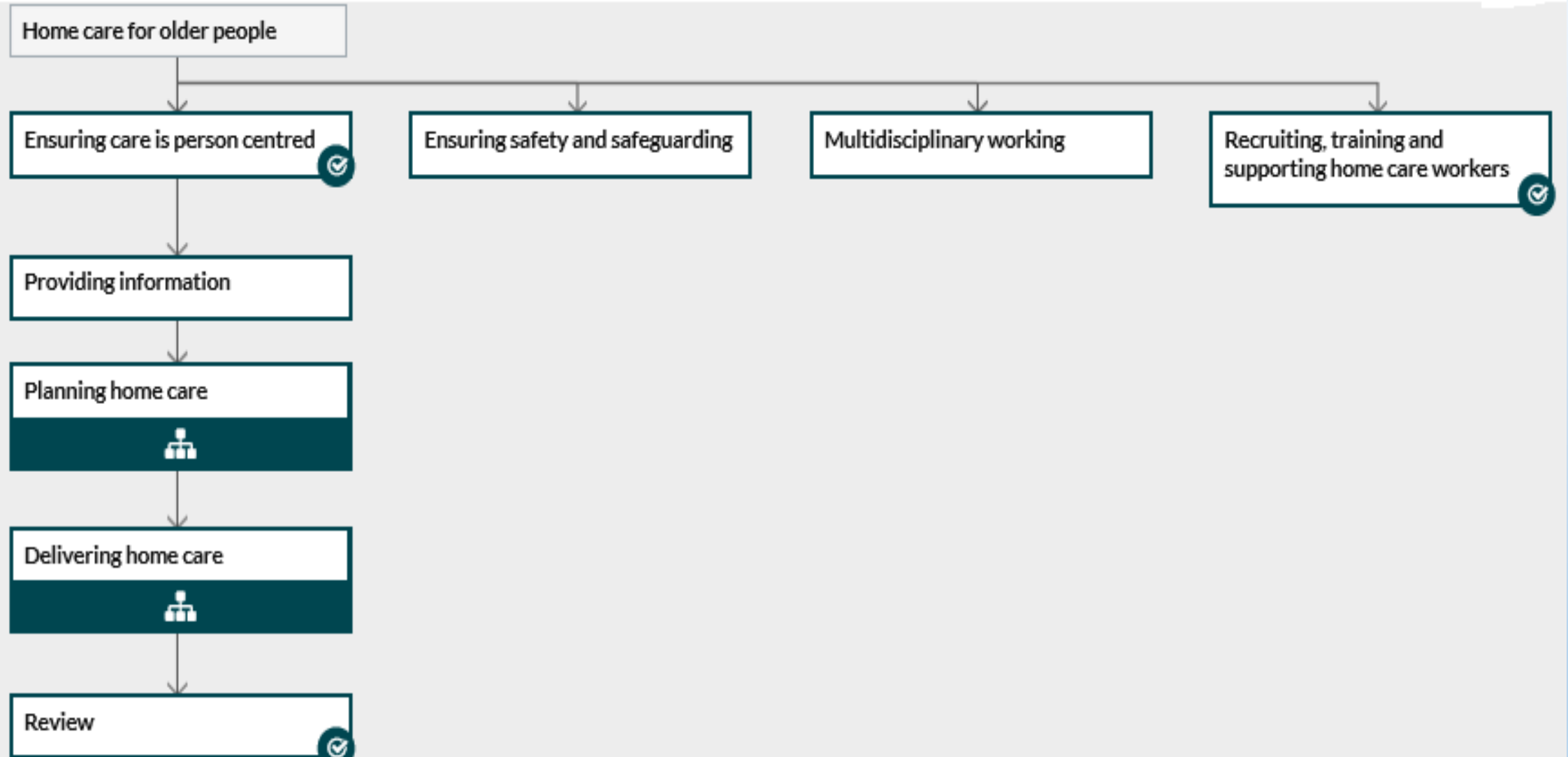
Topics

Latest

- A
- B
- C
- D
- E
- F
- G
- H**
- I
- J
- K
- L
- M
- N
- O
- P
- Q
- R
- S
- T
- U
- V
- W
- X
- Y
- Z

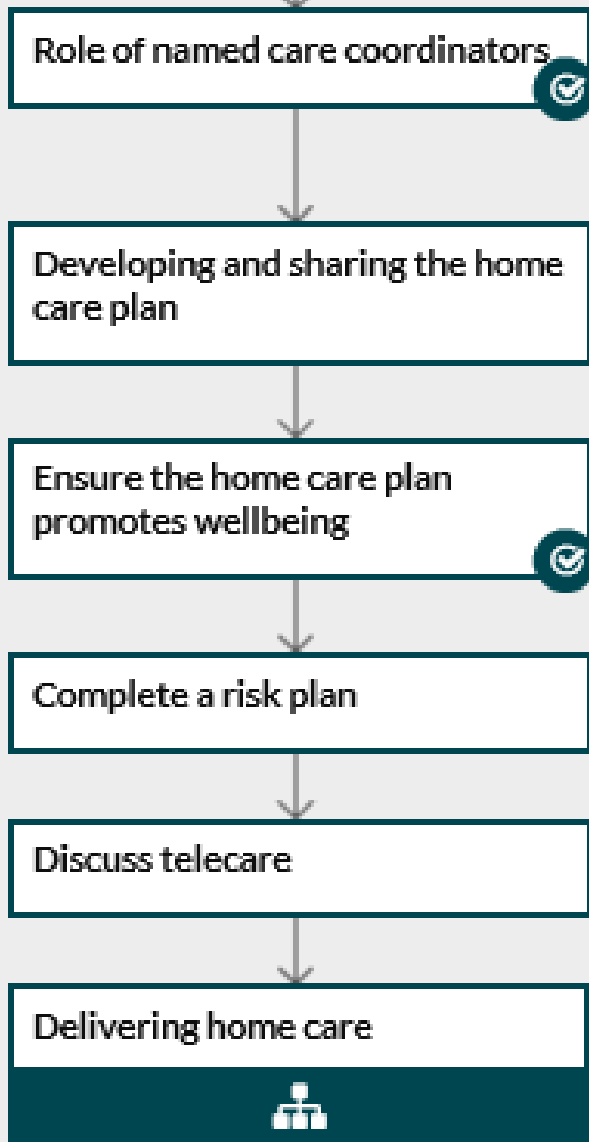
- Heart failure, chronic
- Heart rhythm conditions
- Heartburn (see dyspepsia and gastro-oesophageal reflux disease)
- Heavy menstrual bleeding
- Hepatitis B (chronic)
- Hepatitis B and C testing
- High blood pressure (see hypertension)
- Hip fracture
- HIV testing and prevention
- Home care for older people**
- Hospital-acquired pneumonia (see pneumonia)
- Hypercholesterolaemia, familial (see familial hypercholesterolaemia)
- Hypercholesterolaemia, non-familial (see cardiovascular disease prevention)
- Hyperglycaemia in acute coronary syndromes
- Hyperkinetic disorder (see attention deficit hyperactivity disorder)
- Hyperphosphataemia in chronic kidney disease

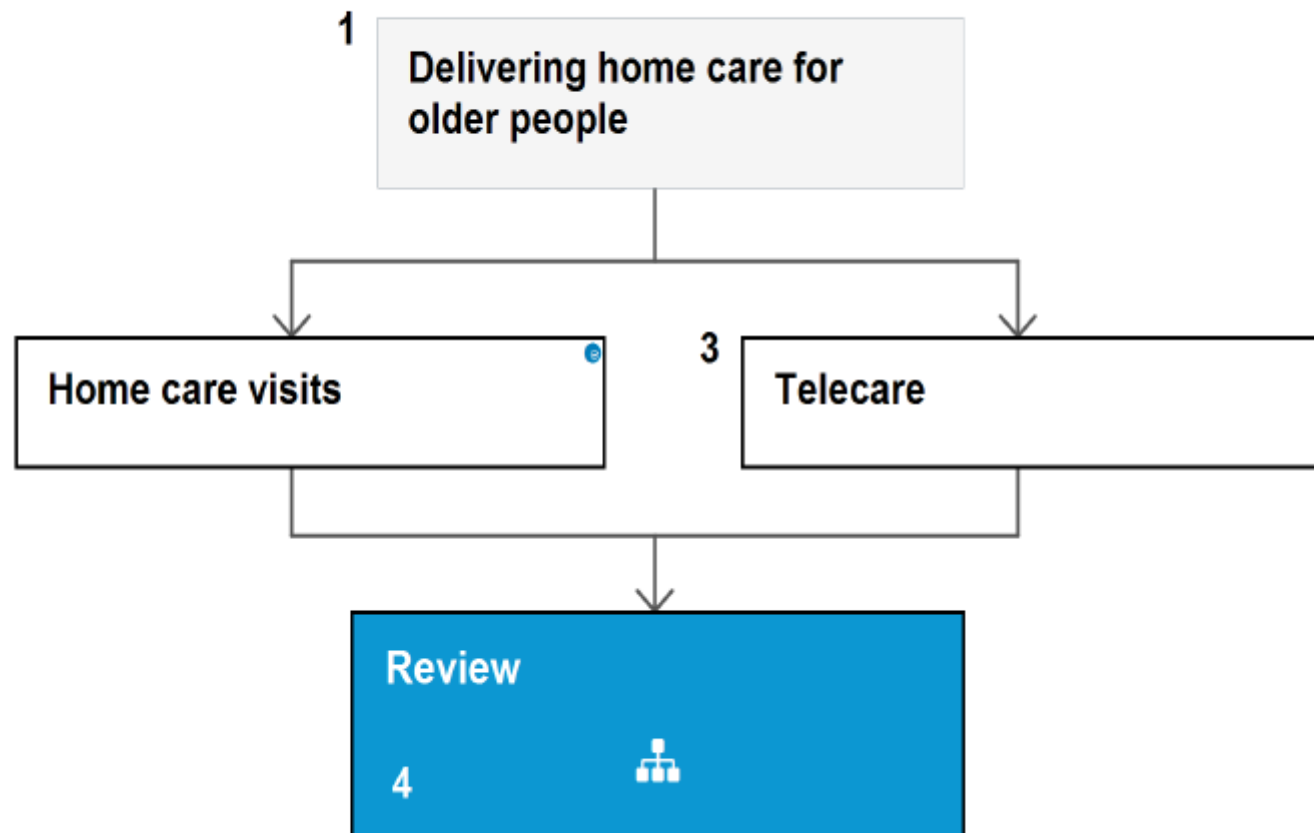
# Home care for older people overview





# Planning home care for older people





# Garantire che le cure siano centrate sulla persona

- Garantire che i servizi supportino le aspirazioni, gli obiettivi e le priorità di **ogni persona**, più che diano servizi “a taglia unica adatti per tutti”
- Garantire che il supporto si focalizzi su cosa le persone possono o preferirebbero fare per mantenere la propria **indipendenza**, non solamente su cosa esse non possono fare

# Garantire sicurezza e salvaguardia

- Garantire che ci sia la **descrizione scritta** del processo da seguire in caso di necessità e che esso sia in linea con le procedure delle aziende sanitarie locali
- Garantire che gli operatori domiciliari siano a conoscenza delle procedure
- **Costruire una cultura** in cui la registrazione **della sicurezza** ed abuso siano elementi della buona cura

# Il lavoro multidisciplinare

- Garantire che siano erogate cure integrate alla persona mediante un **gruppo coordinato di professionisti**
- **La composizione del gruppo deve riflettere i bisogni della persona e le circostanze; devono potersi riconoscere le competenze, le capacità, le conoscenze, i mandati di tutti i membri**

# Reclutare, addestrare e sostenere gli operatori domiciliari

- Attuare un reclutamento trasparente ed equo, un processo di selezione in cui:
  - Si usano interviste basate sul valore ed approcci specifici per identificare attributi ed attitudini personali essenziali per il lavoro di cura empatico
  - Si garantisce che gli operatori possiedono i giusti linguaggi ed abilità.
- **Gestire e sostenere gli operatori domiciliari**
- Rispondere loro prontamente quando chiedono supporto per affrontare una difficoltà



# Le visite a casa – il contratto delle cure domiciliari

- Garantire che i contratti dei servizi consentano agli operatori di avere **un tempo sufficiente** per **erogare** servizi di buona qualità, incluso un tempo sufficiente per **parlare** con le persone ed i loro familiari, e di avere un tempo di **viaggio** sufficiente tra gli appuntamenti, **senza essere pressati dalla fretta o da compromessi lesivi della dignità e del benessere degli utenti**
- **Visite di durata inferiore a mezz'ora dovrebbero avvenire solamente se:**
  - l'operatore è ben noto all'utente, e se
  - la visita fa parte di un pacchetto più ampio di supporto, e c'è comunque un tempo sufficiente per completare temi specifici, per controllare se la persona è in sicurezza e sta bene

# La durata delle visite a casa

- Leggi con cura gli [home care for older people quality standard](#).

## ***Quality statement***

- Le persone anziane utenti dei servizi di home care ricevono visite di **30 minuti**, ad eccezione di visite più brevi per obiettivi specifici o controlli già concordati come parti di percorsi di supporto più ampi

# GLI INDICATORI DELLA QUALITA'

## Stuttura

Evidenza di processi locali che garantiscono alle persone anziane di ricevere visite di **almeno 30 minuti**, salvo più brevi per scopi specifici o controlli concordati, parte di percorsi più ampi.

Fonte dati: raccolta dati locale.

## Processo

a) Proporzione di visite di almeno 30 minuti o più

Numeratore: il denominatore con **durata  $\geq$  30 minuti**

Denominatore: numero di visite domiciliari a persone anziane

Fonte dati: raccolta dati locale.

b) Proporzione di visite inferiori a 30 minuti

Numeratore: il denominatore con durata  $<$  30 minuti

Denominatore: numero di visite domiciliari a persone anziane

Fonte dati: raccolta dati locale.

## Esito

a) **Grado di soddisfazione** degli utenti per la durata delle visite

Fonte dati: raccolta dati locale.

b) **Percezione** delle persone anziane del modo in cui sono aiutate o trattate

Fonte dati: raccolta dati locale.