

L'IMPORTANZA FONDAMENTALE DELLA FILIERA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Le dinamiche e gli effetti della straordinaria emergenza sanitaria, che ancora stiamo attraversando, hanno messo ancor più in evidenza l'importanza fondamentale della filiera dell'assistenza territoriale e dei processi di integrazione socio-sanitaria; fondamentale sia come fattore di resilienza alle crisi emergenziali, sia come esigenza strutturale per garantire compiutamente il diritto alla salute, l'accesso universale alle prestazioni, l'efficacia e la qualità delle risposte ai crescenti bisogni di prevenzione, cura, riabilitazione e assistenza.

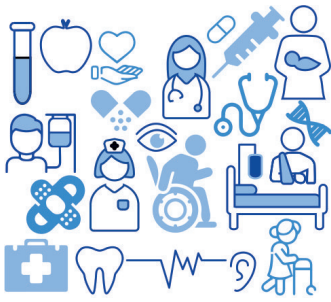
La filiera dei servizi territoriali è uno snodo fondamentale per perseguire questi obiettivi e richiede un rafforzamento dell'organizzazione e degli interventi per la prevenzione, la gestione della transizione ospedale-casa, la continuità assistenziale, la presa in carico multidisciplinare e integrata dei bisogni, la presenza e l'aggregazione dei medici di medicina generale, l'offerta di un sistema di residenzialità, semiresidenzialità e assistenza domiciliare efficiente e sostenibile, con una particolare attenzione alla fascia più anziana e fragile della popolazione.

In questo ambito, anche nel "virtuoso" Veneto si sono accumulati ritardi e carenze importanti nella piena realizzazione della stessa programmazione regionale e si sono progressivamente evidenziati diversi criticità e rischi di regressione nella qualità del sistema socio-sanitario.

È evidente che uno dei principali fattori di criticità è la carenza di organici e di professionalità specifiche, frutto di ritardi e limiti ormai storici nella programmazione dei necessari percorsi formativi e di specializzazione.

Riteniamo che questi ritardi e queste carenze vadano recuperati e superati il più tempestivamente possibile, utilizzando nel modo più efficace e opportuno le tante risorse che già sono state stanziare a livello nazionale e che arriveranno dai finanziamenti europei per il potenziamento dei sistemi socio-sanitari pubblici e in particolare della filiera dei servizi territoriali. Un utilizzo efficace e mirato delle risorse e l'individuazione delle priorità d'intervento devono passare da un'analisi approfondita e scientifica della situazione in essere, delle principali carenze e dei fabbisogni reali.

Per questo da anni come CGIL, SPI/CGIL E FP/CGIL del Veneto chiediamo a IRES VENETO di sviluppare un lavoro di indagine e ricerca e di aggiornamento continuo su questo ambito strategico: un lavoro iniziato con la Ricerca del 2016 su "Il sistema socio-sanitario del Veneto: Domanda di salute, reti territoriali e percorsi di integrazione. Un'analisi su sette Aziende ULSS" e proseguita nel 2018 con quella sulla "Riorganizzazione territoriale e integrazione dei servizi socio-sanitari". **Con questa nuova Ricerca**, avviata nel dicembre 2019 (cioè antecedentemente alla pandemia Covid-19), **IRES VENETO vuole dare il proprio contributo all'analisi della filiera socio-sanitaria territoriale del Veneto**, attraverso una rilettura del processo di integrazione tra l'ospedale e il territorio, che si fonda su un'analisi dei bisogni e sulla copertura degli stessi, cercando, altresì, di interrogarsi su quali basi, anche metodologiche, sia possibile migliorarne la programmazione dei servizi e, di conseguenza, le condizioni di accessibilità agli stessi, contribuendo così al dibattito sulla corretta rilevazione dei bisogni, sull'utilizzo dei servizi e delle risorse necessari a garantire un sistema sanitario regionale equo, oltre che sostenibile.



Report

Integrazione organizzativa e integrazione dei Servizi socio-sanitari nella Regione Veneto

Un contributo alla definizione dei bisogni e alle priorità di intervento nel processo di integrazione ospedale-territorio nella Regione Veneto

* La Ricerca, commissionata ad Ires Veneto da Cgil, Spi e Fp del Veneto, è curata dalla dottoressa Barbara Bonvento, con la collaborazione della dottoressa Manuela Nicoletti e la supervisione scientifica del professor Vincenzo Rebba.

L'emergenza sanitaria COVID-19, che stiamo vivendo, con il conseguente sovraccarico sulla capacità delle strutture ambulatoriali, dei Dipartimenti di Emergenza (DE), degli Ospedali e delle Unità di Terapia Intensiva, oltre alle carenze critiche di personale, spazio e materiale sanitario, ha evidenziato la necessità di programmare, con un'adeguata flessibilità, gli interventi sanitari e di monitorare le prestazioni erogate all'interno dei vari sistemi sanitari regionali. Inoltre, ha posto l'attenzione sulle attuali carenze dell'integrazione socio-sanitaria e sulle criticità dei percorsi dei pazienti dall'ospedale al territorio, evidenziando la necessità di superare la logica di una mera standardizzazione degli interventi assistenziali a favore del riconoscimento dei bisogni specifici di pazienti sempre più complessi e, proprio per questo, necessitanti di una programmazione sanitaria integrata e mirata. La valutazione del fabbisogno associata al livello di copertura dei servizi rappresenta, ora più che mai, un passo imprescindibile nell'attività di programmazione perché consente, partendo da un'adeguata stratificazione e targeting della popolazione, di monitorare l'evoluzione dei bisogni e di riorientare gli interventi assistenziali. Consente, inoltre, di valutare la coerenza tra risorse economiche impegnate e servizi erogati.

In questo terzo Rapporto IRES sull'integrazione dei servizi socio-sanitari, si è cercato, partendo dalla definizione dei vari target di bisogno, di rilevare i punti di forza e le criticità relative ad alcuni asset assistenziali che caratterizzano il percorso di integrazione ospedale-territorio e di definire le caratteristiche del modello organizzativo prevalente nelle diverse A-ULSS del territorio regionale. Sulla base del modello prevalente e delle risorse economiche impegnate per ciascun asset, si è cercato di valutare altresì la coerenza economica delle politiche assistenziali a favore dell'integrazione all'interno dei diversi territori. L'analisi della copertura dei servizi e della coerenza della spesa rappresenta un passo fondamentale nella valutazione delle diverse componenti del sistema sanitario regionale e del livello di integrazione tra loro esistenti.

Alcuni aspetti emersi nella ricerca

Cure primarie, Medici di Medicina Generale (MMG)

Per quanto riguarda le cure primarie, il numero dei **medici di medicina generale (MMG)**, nel 2019, è pari a 3.041. In Veneto, ogni MMG ha mediamente 1351 assistiti, uno dei numeri più elevati a livello nazionale. Dal 2011 al 2019 il rapporto tra i MMG (nel 2019 pari a 3.041) e la popolazione assistibile si è ridotto del 15%. In alcuni territori delle A-ULSS tale la differenza appare più marcata, come nell'A-ULSS 3, 2 e 9. Il 49,7% dei MMG ha oltre 1.500 assistiti, mentre a livello nazionale tale percentuale è il 34% (precedono la Regione Veneto solamente la Lombardia (58,4%) e la Provincia Autonoma di Bolzano (68,6%)). Nel 71,09% dei casi, si tratta di MMG che hanno un'anzianità di laurea di oltre 27 anni (Ministero della Salute 2020).

Tra i MMG, il 21,1% è inserito all'interno delle medicine di gruppo integrate (MGI) in percentuale variabile tra le diverse A-ULSS (40,3% nell'A-ULSS 7 e 10,8% nell'A-ULSS 4). La L.R. 19/2016, all'art. 14, aveva posto come obiettivo di diffusione delle MGI, disciplinate dalla DGR N.751/2015, quello di coinvolgere almeno il 60 per cento dei MMG per arrivare almeno all'80 per cento entro il 31 dicembre 2018. In realtà, attualmente, solamente il 21,1% dei MMG è inserito all'interno delle medicine di gruppo integrate. Si rileva, inoltre, la difformità nella presenza di questa forma associativa tra le diverse A-ULSS e l'ampia variabilità nella diffusione di questo modello associativo tra di esse, pur nell'efficacia dimostrata di questa forma organizzativa.

Assistenza domiciliare integrata ADI

A livello regionale, si evidenzia come il numero di persone che hanno ricevuto interventi di **Assistenza domiciliare integrata (ADI)** sia aumentato del 23,6%; in particolare, la quota di persone ultrasessantacinquenni assistite in ADI è pari al 3,48% nel 2018 (la media nazionale è del 2,81%) e quella relativa agli ultrasessantacinquenni è del 5,81% (contro una media nazionale del 4,62%). Il 52% dei casi trattati riguarda interventi con intensità assistenziale (CIA)¹ a livello base, il 23% degli interventi prevede un numero di accessi al massimo un giorno ogni tre, un altro 12% è relativo ad interventi che prevedono un'assistenza più intensiva. Si tratta di livelli di intensità assistenziale inferiori rispetto a quelli rilevati a livello nazionale nel 2017 (in cui l'assistenza intensiva rappresentava il 23% dei casi). Inoltre, 4 A-ULSS su 9 assicurano la copertura oraria prevista (7/7 gg dalle 7 alle 21) e 5/9 non hanno una cartella informatizzata. In misura più marcata rispetto alle altre regioni è evidente il numero esiguo di ore per assistito erogate, che, nella Regione Veneto, è circa di 6 ore per caso trattato, rispetto ad una media nazionale di 20 (Fonte: Annuario Ministero della Salute Anno 2018). Le ore sono destinate, nella maggior parte dei casi, a pazienti che hanno un livello di complessità basso (il tasso di casi trattati è di 13,4 vs 5,0 per CIA <0,13). Tutto ciò a dispetto di parametri di bisogno rispetto ai servizi di ADI, tra cui una percentuale di popolazione anziana (22,3%), che comunque sono in linea con la media nazionale. Un altro aspetto da rilevare è relativo alla frequenza di accesso per assistito delle figure professionali coinvolte. Le ore riferite al personale infermieristico sono 5 per caso assistito contro una media nazionale di 13 (e di 9 accessi contro una media di 17), quelle riferite ad altri operatori sono 1 ora contro una media di 4. Gli accessi per caso del personale medico sono 4 e, in questo caso, in linea con la media nazionale.

Strutture intermedie

L'attivazione dei posti letto in **Strutture Intermedie** si è rivelata, nel corso del tempo, non in linea con la programmazione e, soprattutto, non ad integrazione della riduzione dei posti letto ospedalieri. Al di là della non conformità dei posti letto attivati allo standard definito a livello regionale (0,6 PL /1000 abitanti >45 anni), il numero dei PL in ODC non attivati è pari a 438, quelli relativi alle URT pari a 64 PL, quelli in Hospice pari a 11 PL. Complessivamente, nel 2019, i posti letto realizzati rappresentano il 62% dei PL programmati. Recentemente la Regione Veneto con la DGR N.1107/2020 ha ridefinito il potenziamento di queste strutture, dagli attuali 846 PL ai 2089 PL. Ne sarebbero interessati sia gli ODC che avrebbero una dotazione di 1436 PL, le URT con 345 PL e gli Hospice con 308 PL complessivi.

¹L'Intensità Assistenziale si valuta attraverso un indicatore (CIA) pensato ad hoc per l'assistenza domiciliare e si ottiene dal rapporto tra numero di Giornate Effettive di Assistenza (GEA) e numero di Giornate di Cura (GdC), ovvero tra il numero di giornate in cui viene eseguito almeno un accesso al domicilio e il numero totale di giornate di presa in carico. Il valore del CIA può variare da 0 (nessuna assistenza) a 1 (assistenza quotidiana); tanto più vicino ad 1 è il CIA tanto maggiore è l'intensità assistenziale di cui il paziente necessita. Le cure domiciliari di livello base (CIA inferiore a 0,14) si caratterizzano per prestazioni a basso livello di intensità assistenziale, anche a carattere episodico (come ad esempio eseguire a domicilio un prelievo, una somministrazione occasionale di farmaci per via parenterale). Questo livello di cure non necessita normalmente di un'integrazione socio-sanitaria.

Residenza socio assistenziale

Relativamente alle **RSA**, si è evidenziato come il fondo per la non autosufficienza (che copre le impegnative di residenzialità e quelle per le cure domiciliari) non sia adeguato al fabbisogno effettivo, che viene coperto solo al 70% dalle impegnative di residenzialità. Se si analizza la distribuzione degli utenti per tipologia di assistenza erogata (e dunque di prestazioni effettuate), emerge chiaramente come il 69% degli utenti > 75 anni riceva prestazioni con bassa intensità sanitaria (R3) e il 24% si rivolga a pazienti > 75 anni con elevata necessità di tutela sanitaria, anche se la condizione di non autosufficienza è spesso l'espressione di malattie croniche concomitanti e dunque associata ad un bisogno sanitario crescente. Quello di un modello di assistenza sanitaria, che fissa standard gestionali e strutturali ma fa fatica a riconoscere i nuovi bisogni, rappresenta un aspetto che, come già rimarcato nel caso dell'ADI, sembra delineare un modello assistenziale, sia a livello nazionale sia nella Regione Veneto, caratterizzato da una intensità di cura medico-infermieristica piuttosto ridotta.

Assistenza ospedaliera

Relativamente all'**assistenza ospedaliera** e analizzando i dati di struttura dal 2013 al 2019, appare evidente come il numero totale dei posti letto si sia ridotto nella Regione Veneto negli ultimi 9 anni; in particolare, dal 2013, si è assistito ad una contrazione dei PL pubblici, mentre nel settore privato vi è stato un incremento di PL. Relativamente al settore pubblico, la riduzione più significativa ha riguardato l'area chirurgica (- 522 PL) e in particolare le UO di chirurgia (ma con il potenziamento dei PL in day surgery), UO di ortopedia e traumatologia (- 150 PL). Una marcata riduzione si è avuta altresì nell'area materno-infantile (UO ostetrica, - 254 e pediatria, - 119) e nella lungodegenza (- 639 PL). L'area riabilitativa si è ridotta complessivamente di 45 PL, che sono stati più che controbilanciati dall'aumento di dotazioni degli ospedali accreditati (+ 325PL).

Nel settore privato la contrazione registrata ha riguardato sia l'area medica che chirurgica, mentre, come già rilevato, si è potenziata l'area riabilitativa. Occorre però sottolineare che con la DGR N.614/2019, a seguito della necessità di migliorare il grado di assistenza per le popolazioni di alcune aree territoriali, di ridurre il tasso di occupazione dei posti letto in area medica, oltre che la mobilità dei pazienti in ortopedia e riabilitazione, si è ritenuto opportuno ricorrere ad un potenziamento dei PL nell'UO "recupero e riabilitazione funzionale" e nell'area medica in generale (+ 144PL). Nonostante ciò, è rimasta pressoché stazionaria la grave situazione nell'UO "lungodegenza" che ha visto comunque confermata la riduzione nel numero dei posti letto (- 501 nel pubblico, - 45 nel privato).

Volendo uscire da una valutazione meramente settoriale, ma all'interno di un percorso che va dall'ospedale al territorio e ritorno, e proprio per dare significato al concetto di *integrated care*, si è evidenziato come il mancato potenziamento delle strutture territoriali abbia contribuito a rendere più complessa la gestione del paziente in ambito ospedaliero perché ha determinato, nel corso degli anni, un allungamento della degenza ospedaliera, e a un ampliamento del fenomeno dei "*bed blocker*" (letteralmente "letti bloccati" cioè occupati da pazienti in condizioni di dimissibilità, ma non ancora dimessi), oltre a ricoveri inappropriati in OBI (Osservazione Breve Intensiva) all'interno dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza.

Fabbisogno del personale

Altri aspetti affrontati nel presente rapporto hanno riguardato il **fabbisogno del personale** che, dal 2013 al 2018, si è progressivamente ridotto (-1425 unità, eccettuati i lavoratori con contratti flessibili) e per la parte medica appare inferiore alla media nazionale (19,2 vs 22,7 per 10.000 abitanti nelle strutture pubbliche e equiparate e 5,2 vs 14,7 nelle private accreditate); inoltre, si è evidenziato come, relativamente alla situazione presente nelle RSA per anziani per area funzionale, emerga una minor presenza di personale nell'area infer-

mieristica, (5,7% vs 16,5 a livello nazionale), medica, (1,1% vs 1,5% a livello nazionale), e riabilitativa (che è il 3,1% vs 4,0% a livello nazionale).

Rapporto pubblico-privato

Relativamente alla questione del **rapporto pubblico privato**, si è evidenziato come, da un confronto tra la dotazione di strutture per tipologia di assistenza erogata a livello regionale e nazionale, emerga una incidenza percentuale maggiore in Veneto di strutture pubbliche nell'ambito dell'assistenza ospedaliera e della specialistica ambulatoriale e una maggiore incidenza di quelle private accreditate nell'assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale, oltre che nell'attività riabilitativa.

Conclusioni

Il lavoro svolto è partito dalla considerazione di base che le Cure Primarie, l'Assistenza Domiciliare, la Residenzialità, le Cure Intermedie sono parte integrante delle risposte complessive che il Servizio Socio-Sanitario Regionale deve garantire per soddisfare i bisogni di salute della popolazione, in particolare di quella con gradi più elevati di fragilità, che vanno chiaramente identificati e monitorati nel tempo. In questo senso, vanno considerati come un unicum all'interno di un percorso continuo bidirezionale che va dall'ospedale al territorio. Seguendo questo percorso, il Rapporto ha cercato di evidenziare le criticità relative all'integrazione di alcuni servizi che necessitano di trovare adeguate risposte a livello regionale:

- **l'ADI** fornisce una risposta domiciliare a situazioni di bisogno legate a particolari patologie e a condizioni di non autosufficienza ma non sempre assicura una presa in carico efficace della persona soprattutto nei casi più complessi;
- le **Strutture Intermedie**, proprio perché rappresentano lo strumento indispensabile per accompagnare il paziente e le famiglie nella fase post-acuzie, oltre a dare continuità agli interventi erogati in ambito ospedaliero, possono contribuire a migliorare l'efficacia e l'appropriatezza del ricovero ospedaliero; è dunque quanto mai necessario dare attuazione alla programmazione dei posti letto per queste strutture;
- le **Strutture Residenziali per anziani** dovrebbero garantire assistenza di lungo periodo a persone caratterizzate sempre più da limitazioni funzionali, situazioni di multi-morbilità e deficit cognitivi, che comportano un carico assistenziale molto più intenso e differenziato rispetto ad alcuni decenni fa; gli attuali standard strutturali e gestionali non appaiono quindi adeguati rispetto all'evoluzione dei bisogni; va perciò ripensato il ruolo di tali strutture, che non può essere semplicemente quello di servizio di mera assistenza tutelare per persone anziane non autosufficienti;
- le **Cure Primarie** vanno coinvolte maggiormente nella complessa gestione del paziente, affinché si realizzino un potenziamento dell'assistenza sanitaria sul territorio e una effettiva integrazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, elementi che appaiono ancora più rilevanti nell'attuale pandemia da Covid-19; ciò richiede un adeguato rapporto tra numero di MMG e popolazione assistibile, attraverso un'attenta selezione dell'accesso alla professione dei MMG, e un potenziamento delle forme organizzative di Medicina territoriale più evolute nei vari territori, che, ad oggi, si sono rivelate efficaci nel garantire una effettiva presa in carico del paziente.

Per ciascuna tipologia di servizio esaminata, si è operato un confronto tra il fabbisogno assistenziale potenziale (misurato in base a standard di riferimento) e l'attuale grado di copertura del fabbisogno, considerando diverse categorie di utenti (persone disabili, non autosufficienti, pazienti fragili). Sulla base di tale analisi sono state formulate alcune proposte di adeguamento delle componenti della filiera dell'assistenza territoriale e ospedaliera nei diversi territori.

L'analisi sviluppata a tale riguardo ha tenuto conto di alcuni presupposti:

- considerare e rivalutare i bisogni specifici delle categorie assistenziali allo scopo di rimodulare l'intensità di erogazione dei servizi nei vari territori e di assicurarne la copertura;
- valutare il grado di realizzazione dell'integrazione e continuità assistenziale che per alcuni segmenti assistenziali, si è realizzata parzialmente e a macchia di leopardo tra le diverse A-ULSS;
- valorizzare e potenziare le risorse umane, definendo il fabbisogno di personale, mettendo in relazione bisogni di salute, prestazioni sanitarie e risorse sia per il potenziamento delle cure primarie sia per il potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera come previste dal d.l. 34/2020;
- valutare la qualità degli interventi assistenziali e gli esiti dei percorsi, coinvolgendo nella valutazione anche operatori sanitari.

Nel corso di questa analisi si sono sottolineati alcuni aspetti inderogabili ai fini di una programmazione dei servizi che possa rafforzare l'integrazione tra servizi e la continuità assistenziale:

- il fabbisogno va definito in relazione a target chiaramente identificati, partendo dalla considerazione dei reali bisogni di salute e delle risposte offerte dal Servizio Socio-Sanitario regionale, utilizzando allo scopo i vari sistemi informativi presenti a livello regionale e non contando unicamente sulle generiche rilevazioni statistiche nazionali;
- il fabbisogno va non solo definito in modo appropriato, ma anche monitorato e aggiornato;
- il fabbisogno deve essere definito con la necessaria flessibilità, per riuscire ad adeguarsi alle variazioni della domanda, anche adottando un range di valori minimo e massimo.
- il livello di erogazione dei servizi deve essere sempre di più calibrato rispetto all'intensità del bisogno, un aspetto, quest'ultimo, indispensabile per far sì che il livello dei servizi erogati (ad esempio, utenti presi in carico, assistiti in RSA ecc.) copra un bisogno assistenziale concreto.

Al termine del lavoro svolto, auspichiamo che in futuro possano essere sempre più utilizzati e raffinati alcuni degli strumenti proposti nel Rapporto (definizione dei fabbisogni, monitoraggio costante del livello di copertura dei servizi, valutazione degli esiti degli interventi predisposti) necessari per migliorare l'integrazione dei servizi e la continuità assistenziale e per contribuire a raffinare l'uso di standard assistenziali, ai fini della programmazione degli interventi. Lo standard, e ce lo dimostra l'emergenza COVID-19, va definito partendo proprio dai bisogni, magari basandosi su indicatori di carattere generale, ma non può essere lo strumento della programmazione, se non è in grado di rappresentare, in maniera accettabile, la diversità dei territori, la specificità e l'intensità dei bisogni di salute, le caratteristiche dei percorsi di cura e di assistenza.

LEGENDA PER LA LETTURA DEGLI ACRONIMI E DELLE ABBREVIAZIONI:

OBI = Osservazione Breve Intensiva

AULSS = Azienda Unità Locale Socio Sanitaria

DGR = Delibera della Giunta Regionale

ODC = Ospedali di Comunità

URT = Unità Riabilitative Territoriali

MMG = Medici di Medicina Generale

ADI = assistenza domiciliare integrata

CIA = coefficiente di attività assistenziale

RSA = residenza socio-assistenziale.