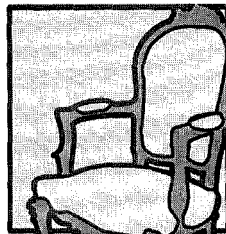


Prima indagine Agenas, Sicp e Simg sull'assistenza domiciliare per i malati terminali

La palliazione resta fuori casa

Servizi di qualità ma insufficienti: per 6 milioni di italiani c'è solo il Mmg



www.ecostampa.it

La medicina palliativa non è più la cenerentola della Sanità italiana. Ma nonostante i progressi (dagli hospice alla prescrizione più facile degli oppioidi) resta ancora fuori dalla porta di casa di troppi italiani. La prima approfondita indagine di Agenas, Simg e Sicp sulle cure palliative domiciliari mette, infatti, in luce ancora una volta un'Italia a più velocità. Con il Nord che eroga più prestazioni a casa dei malati terminali e il Sud, con alcune eccezioni, molto più indietro. Tutte le Regioni comunque mostrano un'«insufficiente offerta di servizi di cure palliative domiciliari». Per non parlare del fatto che sono pochi i centri che erogano l'assistenza palliativa in «rete» con ospedali e territorio. Di positivo c'è però che la qualità dei servizi erogati è buona.

L'indagine - pubblicata sul supplemento di Monitor dell'Agenas e presentata durante il congresso della Simg di venerdì scorso - conta le realtà che effettivamente erogano cure a casa - 311 centri - attraverso équipe dedicate (167) e altre forme di erogazione (144). Con una distribuzione che risulta comunque «geograficamente disomogenea» tra le diverse Regioni anche in conseguenza del processo di regionalizzazione della programmazione sanitaria, «che anziché tradursi in una differenziazione virtuosa ha in alcune realtà rallentato lo sviluppo delle reti regionali di cure palliative». Anche all'interno delle stesse Regioni si evidenzia una disomogeneità nello sviluppo di queste reti, che

sono cresciute «soprattutto in presenza di équipe professionali strutturate, motivate e supportate da organizzazioni del terzo settore». E se in teoria sono molte le Asl che dichiarano la presenza di una «rete di cure palliative» nella realtà, «quasi certamente», si attribuisce al termine «rete» «un significato diverso» da quello previsto della legge 38/2010 sul dolore.

Dalla ricerca emerge poi «la parzialità dei sistemi di accreditamento che, laddove operanti, risultano essere spesso espressione di un'iniziativa delle singole Asl più che di un'indicazione regionale». Insomma di strada ce n'è ancora da fare molta: perché «complessivamente - avverte l'indagine senza troppi giri di parole - le realtà censite non sono in grado nella maggioranza dei casi di rispondere adeguatamente al bisogno di cure palliative domiciliari, ponendosi da un punto di vista quantitativo significativamente al di sotto degli standard di riferimento». In buona sostanza il servizio viene garantito da équipe dedicate circa al 40% dei residenti, soprattutto nelle Regioni del Nord. Il restante 60% dei cittadini risiede in Asl dove non sono stati individuati centri dedicati. Mentre in ben 20 Asl, con 6 milioni di residenti, c'è il deserto: non c'è, insomma, nessun tipo di servizio. Qui il medico di famiglia rappresenta l'«unico potenziale riferimento per garantire un percorso palliativo domiciliare».

A fronte di un'insufficiente offerta di servizi di cure palliative

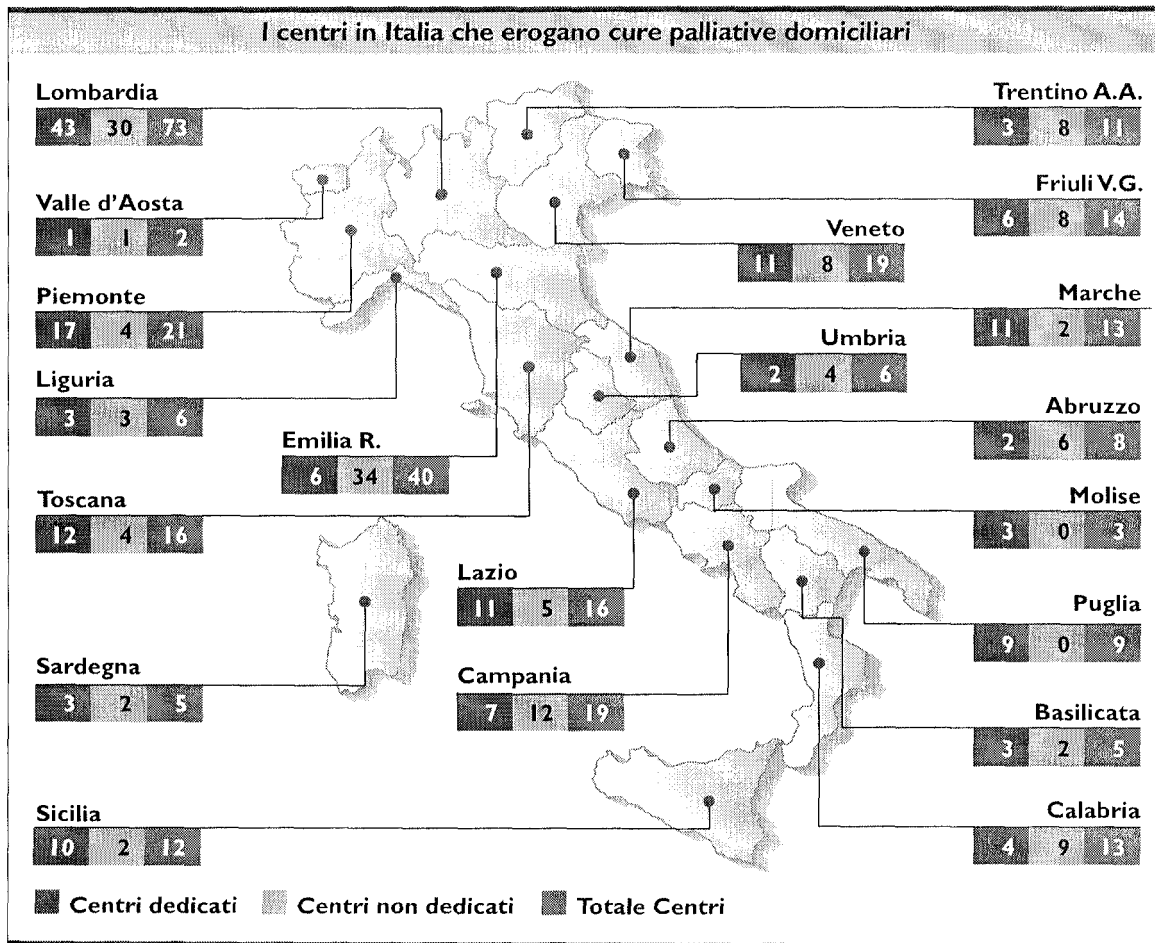
domiciliari, gli indicatori di struttura e di processo utilizzati dimostrano invece «un buon livello qualitativo delle strutture». Un fatto, questo, ancora più evidente in caso di équipe dedicate, che rappresentano il 54% circa dei centri segnalati e che hanno assistito il 64% del totale dei malati censiti. «Queste realtà - spiega l'indagine - si caratterizzano per un approccio pluridisciplinare alle cure in grado di garantire in oltre il 53% dei casi la continuità assistenziale sulle 24 ore e, nel 45%, una pronta disponibilità medica e infermieristica».

Per quanto riguarda la tempestività nella presa in carico (oltre il 90% entro le 72 ore e nell'86% dei casi preceduta da un colloquio strutturato con i familiari) e la fornitura diretta di farmaci, presidi e ausili (intorno al 60%) i centri con équipe dedicate si avvicinano ai valori suggeriti dalle buone pratiche in cure palliative domiciliari. La garanzia della continuità assistenziale sui 7 giorni e sull'orario di erogazione nella fascia 8-20 (festivi inclusi) avviene soprattutto grazie al ruolo cruciale delle organizzazioni non profit.

Più dell'80% dei centri garantisce, infatti, un supporto formativo Ecm, il 90% un percorso formativo propedeutico all'inserimento in équipe e il 65% dichiara una frequenza almeno settimanale delle riunioni di équipe multidisciplinari.

Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I malati assistiti a casa

Regione	Per 100.000 residenti
Abruzzo	27,7
Basilicata	38,8
Calabria	26,9
Campania	28,1
Emilia R.	105,0
Friuli V.G.	53,5
Lazio	26,4
Liguria	86,4
Lombardia	55,6
Marche	51,3
Molise	24,9
Piemonte	58,9
Puglia	37,4
Sardegna	30,2
Sicilia	67,2
Toscana	62,5
Trentino A.A.	75,1
Umbria	72,8
V. d'Aosta	79,4
Veneto	34,9
Totale	51,1

I servizi garantiti dai centri

Centri supportati da Onp. Si: 56%

Modalità di remunerazione. Allocazione di budget: 54%; valorizzazione tariffaria: 33%; entrambi: 5%; altro: 8%

Continuità assistenziale. Lun.-dom.: 69%; lun.-sab.: 19%; lun.-ven.: 12%

Orari di erogazione del servizio. 8.00-16.00: 17%; 8.00-18.00: 7%; 8.00-20.00: 76%

Orari di erogazione festivi. 8.00-16.00: 18%; 8.00-18.00: 14%; 8.00-20.00: 78%

Continuità assistenziale. h24: 53%; h12: 33%; <h12: 14%

Pronta disponibilità. Si: 45%; Inf.: 16%; Mcp: 17%; Inf.+Mcp: 64%; altro: 3%

Presenza nell'équipe. Mcp: 95,8%; Inf.: 96,4%; Psi: 79%; Fis.: 48,5%; Asa-Oss: 8,9%; Ass. Soc.: 37,7%; Vol.: 49,7%; Mca: 10,8%; Dietista: 7,2%

Presidi e ausili. Ausili forniti nel 59% dei Centri; entro 72 ore: 100%

Integrazione Mmg-Mcp. Esiste integrazione: 83%

Luogo del decesso. Domicilio: 75%; hospice: 12%; altro: 13%; 70% di tutti i pazienti deceduti a domicilio è stato in carico a équipe dedicate

Accessi per figura professionale. Mcp: 30%; Inf: 53,4%; altri: 14,5%; Mmg: 2%; Mca: 0,1%

Frequenza riunioni di équipe. Una o più volte alla settimana: 65%

Supporto formativo Ecm. Si: 83%

Formazione propedeutica all'inserimento in équipe. Si: 91%

Colloquio con i familiari precedenti la presa in carico. Si: 86%

Invio al centro. Mmg: 47%; ospedale: 26%; distretto: 12%; altro: 15%

Tempestività di presa in carico. Entro 24 ore: 36%; 24-48 ore: 37,4%; 48-72 ore: 19,6%; oltre 72 ore: 6,9%

Durata delle cure. 0-7 gg: 16%; 8-30 gg: 30%; 31-60 gg: 25%; 61-90 gg: 11%; oltre 90 gg: 17%

Lista d'attesa. Si: 11%

Contabilità analitica. Si: 45%

I PASSI PER FAR DECOLLARE LA MEDICINA PALLIATIVA

Ora è cruciale costruire le reti locali

Lo sviluppo delle cure domiciliari è avvenuto, nell'ultimo decennio, nel contesto di un forte mutamento: accanto a una crisi dei modelli organizzativi di riferimento, primo tra tutti l'ospedale, sono avvenuti importanti cambiamenti che hanno investito la struttura sociale e demografica della popolazione e una progressiva differenziazione delle strutture familiari. L'aumento dell'attesa di vita interroga il sistema sanitario circa la capacità di soddisfare i bisogni attraverso servizi domiciliari che rispondano a criteri di proporzionalità e appropriatezza delle cure.

Sebbene alcuni principi e valori fondamentali siano entrati a far parte del patrimonio comune, come testimo-

niato dai Piani sanitari nazionali dell'ultimo decennio, il sistema cure domiciliari e in particolare quello di cure palliative, si configurano come non ancora compiuti. L'offerta di questi servizi è in molti casi lacunosa, disomogenea, poco flessibile, scarsamente organizzata e, quindi, incapace di garantire in modo adeguato accessibilità, continuità delle cure, multidisciplinarietà dei trattamenti e integrazione tra i diversi setting d'assistenza. La concreta realizzazione delle reti locali di cure palliative e il loro costante monitoraggio può certamente contribuire a recuperare il ritardo accumulato nell'attuazione dei programmi per la realizzazione dell'assistenza domiciliare di base e specialistica.

La recente legge 38 ha po-

sto le basi per garantire, attraverso tali reti, cure globali a tutela della dignità e autonomia del malato. In essa sono puntualmente indicati gli accordi che devono essere stipulati in sede di Conferenza Stato-Regioni, in merito alla tipologia di strutture che costituiscono la rete di cure palliative, alla definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l'accreditamento, agli standard strutturali qualitativi e quantitativi, all'operatività di équipe multiprofessionali dedicate e costituite da figure professionali con specifiche competenze ed esperienza, alle modalità organizzative volte a consentire l'integrazione tra le strutture, alla definizione di un sistema tariffario di riferimento in grado di valorizzare l'unita-

rietà degli interventi, alla programmazione di sistemi formativi e di aggiornamento.

Si tratta di importanti adempimenti, ora al vaglio della competente commissio-

ne ministeriale, che unitamente all'indicazione - quale "obiettivo di mandato" per i direttori generali delle Asl - di sviluppare la rete nei suoi snodi fondamentali (Ucp domiciliari e hospice) consentiranno di assicurare ai cittadini cure palliative di qualità per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età e in ogni luogo.

Gianlorenzo Scaccabarozzi
Direttore Dipartimento
interaziendale della fragilità
Asl - Ao Lecco

