



# **ASSISTENZA DOMICILIARE EPATOLOGICA**

# Assistenza Domiciliare Integrata

- L'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale prevede l'assistenza a domicilio, **alternativa al ricovero**, di pazienti affetti da malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi

# Assistenza Domiciliare Integrata

- Rappresenta l'integrazione tra il medico di medicina generale e le altre figure professionali chiamate in causa (specialista, infermiere, assistente sociale, fisioterapista, etc...) volta a soddisfare il bisogno globale di salute della persona non autosufficiente.

- Il tasso di ospedalizzazione in Italia varia da un minimo di 185,6 (Friuli Venezia Giulia) ad un massimo di 247,4 (Liguria) ricoveri per 1000 abitanti.(dati 2003)
- Nell'azienda n ° 2 Isontina il tasso di ospedalizzazione è pari a 160 per 1000 ab.

- Nel corso del 2003 in Italia sono stati assistiti al proprio domicilio in A. D.I. **315.842** pazienti, di questi quasi l'83% è rappresentato da persone di età maggiore o uguale a 65 anni. (Annuario statistico del SSN).
- Nel corso del 2005 nell'ASS isontina (gennaio-novembre 2005) sono state effettuate **4440** visite ADI su una popolazione inferiore a 150.000 abitanti

# Modelli di “gestione del paziente a domicilio”

- In Emilia Romagna il “modello ADI “ è simile a quello del FVG:
- **tre livelli**
- **1- bassa intensità sanitaria** - lungo periodo di presa in carico con accessi dell'MMG ogni 15 o 30 gg e infermieristici ogni 7-15 gg
- **2- media intensità sanitaria** -2 -4 mesi con accesso del MMG settimanale e 1-2 accessi infermieristici settimanali.
- **3- alta intensità sanitaria-** presa in carico per 2 mesi circa con più accessi settimanali per MMG , infermiera e altre figure professionali specialistiche che garantiscono la pronta disponibilità diurna

- alta intensità sanitaria- :si prevede la formulazione del piano terapeutico, congiuntamente con lo specialista che interviene per la valutazione d'ingresso.

# Modello ADI Friuli Venezia Giulia ASS . n°2 Isontina

- **Attivazione U.V.D.**(Unità di Valutazione Distrettuale): momento di valutazione congiunta del MMG insieme a varie figure professionali – specialista, assistente sociale, infermiere- per formulare l'ideale percorso sanitario-assistenziale.

# Modello ADI

## Friuli Venezia Giulia

### ASS . n°2 Isontina

- **Attivazione ADI** da parte
  - del MMG
  - del responsabile del reparto ospedaliero all'atto delle dimissioni
  - dai servizi sociali
  - dai familiari del paziente

# Modello ADI Friuli Venezia Giulia ASS . n°2 Isontina

- **Attivazione dell'Ospedale sul Territorio**  
-modalità esclusiva in questa ASS-  
corrispondente ad un'A.D.I. ad alta intensità per la gestione a domicilio dei pazienti terminali e/o di particolare complessità

# Criticità

- A volte difficoltà di comunicazione tra ospedale e territorio con conseguenti disagi organizzativi nella presa in carico a domicilio del paziente .

# Dimissione protetta: protocollo d'intesa

- Organizzazione del percorso trasversale OSPEDALE – TERRITORIO .
- Il percorso assistenziale, gli obiettivi generali dello stesso, le attività previste sono stabilite congiuntamente tra i responsabili del distretto, i rappresentanti della medicina generale ed i responsabili del presidio ospedaliero.

- Cio' al fine di concordare con i MMG gli eventuali interventi di supporto alla degenza domiciliare, nella prospettiva del passaggio del paziente in ADI.
- Sarebbe auspicabile la presenza dell' internista epatologo anche a domicilio, in caso di difficile trasferibilità del paziente.

# Associazione Italiana per lo Studio del Fegato A.I.S.F.

- Da vari studi formulati dall'A.I.S.F. è emerso che nel 2000 il costo **mensile** dell'ADI variava da £ 1.200.000 a £ 4.500.000

Nell'unico studio italiano randomizzato, condotto da ricercatori della Cattedra di geriatria dell'Università Cattolica di Roma a Rovereto, si è constatata una riduzione dei ricoveri ospedalieri complessivi pari a un risparmio di 2.200.000 per paziente.(2002)

# Assistenza Domiciliare Epatologica

- Dagli studi condotti dall'A.I.S.F. emerge:
- Mortalità per cirrosi epatica =  
28,8 casi/100.000 abitanti
- 14.700 decessi/anno per cirrosi epatica

# Dati A.I.S.F.

Virus epatite C      47.7% da solo  
                                 72,7 % in comorbilità

Alcool                      8,7 % da solo  
                                 32,9 % in comorbilità

Virus epatite B      3,4% da solo  
                                 13,8% in comorbilità

- Considerando che :
  - il DRG per la cirrosi epatica - il 202- e' il 24° fra tutti i DRG,
  - annualmente quasi 70.000 dimissioni lo riportano come prima causa di ricovero,
  - vi e' una degenza media di 11,5 gg per circa 700.000 giornate di degenza,
  - molti ricoveri sono reiterati,
  - per molti le degenze sono di 2-3gg,
  - l' 8% e' stato ricoverato per 1 giorno solo

- Si comprende come potrebbe essere piu' appropriata la gestione del paziente epatopatico in termini di riduzione di ricoveri, con conseguente ottimizzazione delle risorse.

- E' auspicabile pertanto un potenziamento della gestione domiciliare del paziente con severa epatopatia , esistendo gli strumenti per una appropriata continuità assistenziale (A.D.I.) nel rispetto della centralità dell' assistito e nell' umanizzazione delle prestazioni.







