

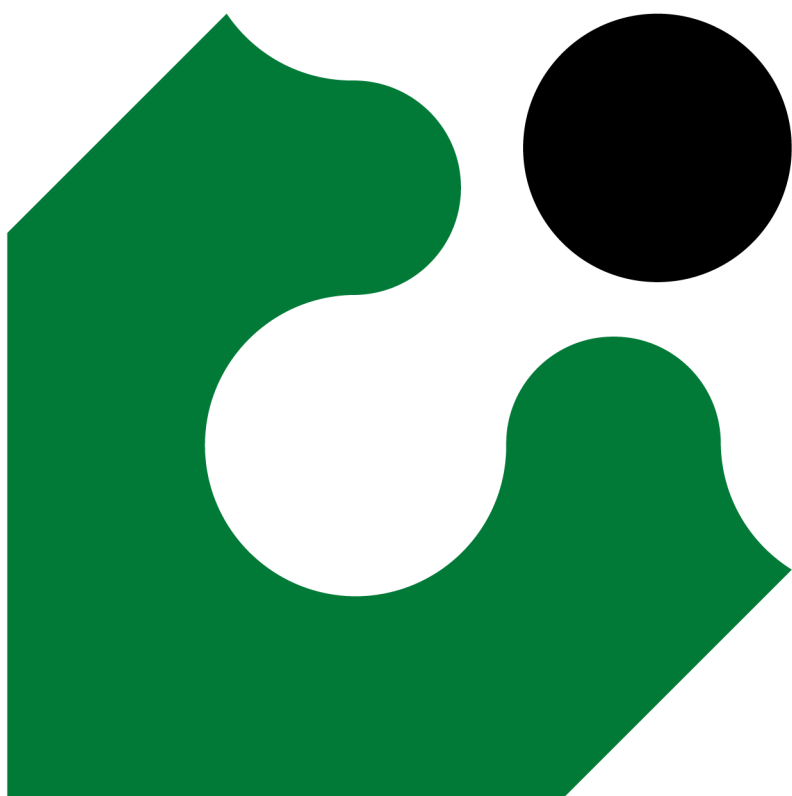
**EVOLUZIONE E STANDARDIZZAZIONE DI UN PROCESSO DI
DIALISI PERITONEALE ASSISTITA**

Autori:

Paolo Fabbrini

Luigi Amerigo Messina

2020/2021



**Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di Struttura Complessa**

DSC 2101/AE

UNIMI

GLI AUTORI

Paolo Fabbrini, Direttore SC Nefrologia e Dialisi, ASST Nord Milano, paolo.fabbrini@asst-nordmilano.it

Luigi Amerigo Messina, Dirigente Ingegnere Gestionale SC Controllo di Gestione, ASST Santi Paolo e Carlo, luigi.amerigo.messina@asst-santipaolocarlo.it

IL DOCENTE DI PROGETTO

Federico Lega Professore Ordinario, Università degli studi di Milano

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Federico Lega Professore Ordinario, Università degli studi di Milano

Pubblicazione non in vendita.

Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento

può essere pubblicata senza citarne la fonte.

Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia

Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano

www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE.....	3
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO.....	7
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	8
METODOLOGIA ADOTTATA.....	9
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	10
RISULTATI ATTESI	27
CONCLUSIONI	28
CONTRIBUTO PERSONALE (in caso di project work di gruppo)	30
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	31
BIBLIOGRAFIA	32
SITOGRAFIA	33

INTRODUZIONE

Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) Italiano e Lombardo, è in una fase di forte rivisitazione volta a raccogliere le sfide legate all'allungamento della aspettativa di vita, a seguire l'evoluzione tecnologica nel supporto alla assistenza sanitaria e, non per ultimo, cercare un cambiamento che renda il sistema pronto alle cure di prossimità e più reattivo ad eventuali condizioni pandemiche come quella appena affrontata.

All'interno di questa nuova visione si deve inserire lo sforzo della domiciliazione delle cure, soprattutto per quei pazienti cronici (comunemente particolarmente fragili) i cui bisogni di salute possono, e devono, essere esauditi in luoghi terzi rispetto agli ospedali per acuti.

Il PNRR, missione salute, evidenzia con chiarezza come il SSN debba investire in questo ambito, e vengono messe a disposizione ingenti risorse volte alla realizzazione infrastrutturale atta a sostenere il rafforzamento del territorio, ed indica inoltre, nello specifico, 4 miliardi di euro come dote riguardante lo sviluppo delle cure domiciliari e degli strumenti di telemedicina ad esse collegate.

Regione Lombardia ha una visione politica coerente a questo orientamento ed ha stilato linee di indirizzo che indicano, proprio nel territorio, il luogo di ricongiungimento tra gli attori della prevenzione, dell'assistenza primaria, delle cure sociosanitarie e medico specialistiche avanzate, come evidenziato nella deliberazione XI/4508 del 1/04/21 (Determinazione in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2021).

Proprio in questa deliberazione viene incentivato lo sviluppo di progetti per la sorveglianza domiciliare di pazienti cronici, creando anche aree di raccordo con le ASST tramite figure professionali di nuova introduzione, come l'Infermiere di Comunità, che si integrino in specifiche equipe territoriali di assistenza domiciliare.

In ambito nefrologico, l'idea di «territorio» e domiciliarizzazione non è nuova, soprattutto per la dialisi. È infatti noto che le cure dei pazienti in dialisi è stata negli anni, per quanto possibile, decentrata presso presidi più periferici e di prossimità (centri di assistenza limitata-CAL) dove i pazienti, clinicamente più stabili, sono affidati ad infermieri specializzati in tecniche emodialitiche, mentre la presenza del medico specialista non è continuativa. Questo invio sul territorio ha risposto all'aumento del numero di pazienti, continuo ed assai importante nel corso degli ultimi 15 anni, ed all'aumento di costi che non era più sostenibile all'interno degli ospedali.

I pazienti affetti da IRC avanzata e sottoposti a trattamento dialitico cronico, sono infatti riconosciuti come pazienti fragili e assidui consumatori di risorse. I costi medi presunti di ogni paziente dializzato (per la sola dialisi) sono di circa 35000 euro /anno, escludendo il costo sostenuto per spesa farmaceutica, ricoveri e, soprattutto, per trasportare ogni singolo paziente dal domicilio al servizio dialisi e successivo rientro al domicilio trasporti (circa 5000 euro a paziente /anno), quest'ultimo peraltro non eliminato o ridotto dall'invio presso strutture ad assistenza limitata. Oltre ai costi misurabili sostenuti dal sistema regionale sono da considerare anche costi non quantificati come ad esempio l'impatto ambientale dell'emodialisi ospedaliera che risulta assai elevato (ad esempio consumo di circa 120 litri di acqua/paziente/seduta dialitica per 156 dialisi /anno/paziente), oltre che all'impatto sociale con perdita di giornate lavorative degli stessi pazienti e dei caregivers.

Purtroppo, all'aumento di centri ad assistenza limitata non è corrisposto un continuo aumento di quella che doveva essere la soluzione migliore, ovvero la domiciliazione del trattamento a mezzo della dialisi peritoneale.

La popolazione dialitica Lombarda è infatti composta da circa 8000 pazienti, di cui l'85% utilizza risorse intraospedaliere (sia presso strutture ospedaliere (>50%) vere e proprie che presso presidi più territoriali) mentre solo un 11 % invece sfrutta il domicilio come sede di cura eseguendo la dialisi peritoneale (fonte censimento Società Italiana di Nefrologia –Sezione Lombardia).

La dialisi peritoneale (DP) rappresenta la metodica dialitica domiciliare per eccellenza, per via della semplicità di esecuzione e la possibilità di applicarla ad una grande maggioranza di pazienti. Va inoltre sottolineato come gli outcomes clinici del trattamento dialitico peritoneale domiciliare siano eccellenti ed ampiamente riconosciuti, e non inferiori rispetto ai corrispettivi trattamenti emodialitici extracorporei ospedalieri o presso centri di assistenza limitata.

La dialisi peritoneale è quotidiana, può essere sia auto somministrata che eseguita grazie al supporto di un caregiver (familiare, o professionale) debitamente addestrato e offre una maggiore autonomia e flessibilità per il paziente rispetto all'emodialisi extracorporea

Nonostante ciò, l'invecchiamento della popolazione generale ha reso sempre più difficile reclutare pazienti con autonomia idonea allo svolgimento del trattamento e/o caregivers familiari in grado di imparare e gestire la metodica dialitica, limitando così la diffusione della stessa a pazienti autosufficienti, con buona rete familiare o con disponibilità economiche sufficienti per avvalersi di un caregiver professionale remunerato.

Inoltre, il sistema attuale di rimborso per le prestazioni dialitiche non risulta essere premiante nei confronti della scelta della metodica peritoneale che riceve un rimborso inferiore rispetto a tecniche ospedaliere, suscitando così meno interesse soprattutto da parte di quelle strutture maggiormente orientate al profitto nella erogazione dell'offerta sanitaria.

Nel mondo si sono adottate numerose strategie per incrementare la dialisi peritoneale, tra quelle più riuscite vanno sicuramente ricordate le politiche di rendicontazione economica più favorevole o le politiche sanitarie Nazionali con un «obbligo» alla scelta della metodica domiciliare come primo e necessario step nell'inizio della terapia sostitutiva renale cronica.

In altre realtà sono stati istituiti sistemi meno coercitivi e più orientati ad identificare le possibili soluzioni a quei problemi «oggettivi» che limitano la diffusione della metodica, tra cui principalmente il già citato invecchiamento della popolazione e l'assenza di caregivers idonei nei nuclei familiari.

In Francia e Danimarca, ad esempio, sono stati introdotti figure professionali fornite dal sistema pubblica che potessero svolgere il compito di caregivers istituzionalizzati con buoni risultati sulla diffusione della metodica ma scarsi risultati in termini di qualità delle cure, verosimilmente per una scarsa formazione del personale individuato e per l'estremo turnover dello stesso.

Sulla scorta di queste esperienze anche in Lombardia si è tentato di fornire un supporto domiciliare esterno per incrementare la diffusione della DP, cercando di limitare le problematiche riportate dal sistema Francese e Danese.

A questo proposito esiste una esperienza di Dialisi Peritoneale Assistita dell'ASST NORD MILANO che si caratterizza per l'invio al domicilio di personale (OSS) addestrato all'esecuzione della DP (Caregiver istituzionale), tale esperienza oramai consolidata necessita però di una revisione atta a migliorare il servizio (che comunque presenta out come di risultato validi) e renderlo standardizzato ed esportabile nel contesto regionale.

Innanzitutto, è necessario introdurre nuove figure professionali a tutela della qualità delle cure offerte (infermieri di comunità) che svolgano il ruolo di connessione professionale tra il servizio domiciliare e il team ospedaliero che si occupa di dialisi peritoneale, introducendo a tutti gli effetti dei case manager per i pazienti in dialisi peritoneale assistita (DPA). Inoltre, il servizio si deve avvalere di nuovi strumenti e tecnologie di monitoraggio e assistenza a distanza (telemedicina), che possono migliorare la qualità e la tempestività delle cure anche grazie all'intermediazione, al domicilio, dell'operatore sanitario. Infine, è necessario standardizzare in modo coerente la divisione di compiti all'interno del modello di assistenza (caregiver istituzionale-Infermiere di comunità-equipe ospedaliera medico infermieristica) e proporre analisi economico finanziarie che ne permettano un finanziamento sul lungo periodo e non una sostenibilità legate a risorse estemporanee tipiche di progetti non strutturati e non esportabili.

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

Revisione e innovazione del processo di dialisi peritoneale domiciliare assistita (DPA) dell'ASST-NORD Milano attraverso l'introduzione della figura professionale dell'infermiere di comunità (IFeC) e l'utilizzo della telemedicina, da affiancare al caregiver istituzionale. Il progetto prevede l'analisi del contesto di riferimento, la definizione dei criteri di stratificazione dei pazienti e delle *skills* dei "caregivers", finalizzati alla valutazione costi benefici, di sostenibilità del progetto e di esiti sociosanitari e il calcolo di una potenziale tariffa per la remunerazione del servizio.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

Il progetto è destinato a rispondere al crescente bisogno di salute dei pazienti con IRC avanzata con necessità dialitica, ed ha l'ambizione di offrire al sistema sanitario regionale una soluzione per l'incremento delle cure domiciliari dei pazienti in dialisi.

I pazienti, oggi non candidabili alla dialisi peritoneale per eccessiva fragilità e/o mancanza di rete familiare, potrebbero desiderare di condurre le proprie cure al domicilio ed usufruire di questa tipologia di assistenza per mantenere la propria autonomia e non ridurre il proprio standard di qualità della vita.

Beneficiario del progetto è altresì l'intera comunità in quanto la domiciliazione di queste cure ha impatti sociali globali favorevoli in termini di costi potendo indirizzare un numero maggiore di pazienti alla terapia domiciliare peritoneale che ha un costo inferiore rispetto alle metodiche emodialitiche extracorporee, siano esse ospedaliere o erogate in assistenza limitata.

Inoltre, la comunità beneficerebbe della minimizzazione dell'impatto ambientale (*green dialysis*), e riabilitazione sociale dei soggetti con una riduzione delle giornate-lavoro perse dai caregivers del nucleo familiare.

METODOLOGIA ADOTTATA

L'approccio metodologico ha seguito diverse fasi di seguito riportate:

- analisi del quadro epidemiologico lombardo sulla distribuzione della diffusione della dialisi peritoneale domiciliare utilizzando come fonte il censimento Lombardo di Dialisi e Trapianto redatto dalla Società Italiana di Nefrologia Sezione Lombardia da un periodo superiore agli ultimi 20 anni;
- analisi dei costi sostenuti dal sistema sanitario regionale per la emodialisi extracorporea (ospedaliera e in assistenza limitata) e la dialisi peritoneale;
- analisi del contesto sociosanitario Lombardo per comprendere le cause che hanno limitato e limitano la diffusione del trattamento dialitico peritoneale domiciliare lombardo;
- analisi di letteratura e censimento delle realtà sanitarie che hanno invece implementato i servizi di dialisi peritoneale e studio dei percorsi assistenziali specifici;
- analisi dettagliata del sistema di DPA ASST NORD MILANO, vantaggi, limiti opportunità ed analisi di contesto e descrizione di un servizio di DP standard e DPA;
- analisi delle nuove figure professionali disponibili nel panorama del SSR che potessero migliorare il servizio di DPA;
- analisi delle linee di indirizzo per l'implementazione della telemedicina ed applicazione nel modello di DPA;
- ipotesi organizzativa di un servizio di DPA esportabile a livello regionale;
- analisi dei costi per la valutazione della sostenibilità del progetto.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

Analisi del quadro epidemiologico

Il progetto di standardizzazione e implementazione del servizio di dialisi peritoneale assistita nasce dall'evidenza che la diffusione della dialisi peritoneale in Lombardia è insufficiente, rappresentando solo il 11% circa delle metodiche dialitiche lombarde. I dati di censimento svolto dalla rete delle nefrologie lombarde mostrano infatti una tendenza stabile nella prevalenza di questa metodica domiciliare negli ultimi anni, come si evince dai grafici 1 e 2

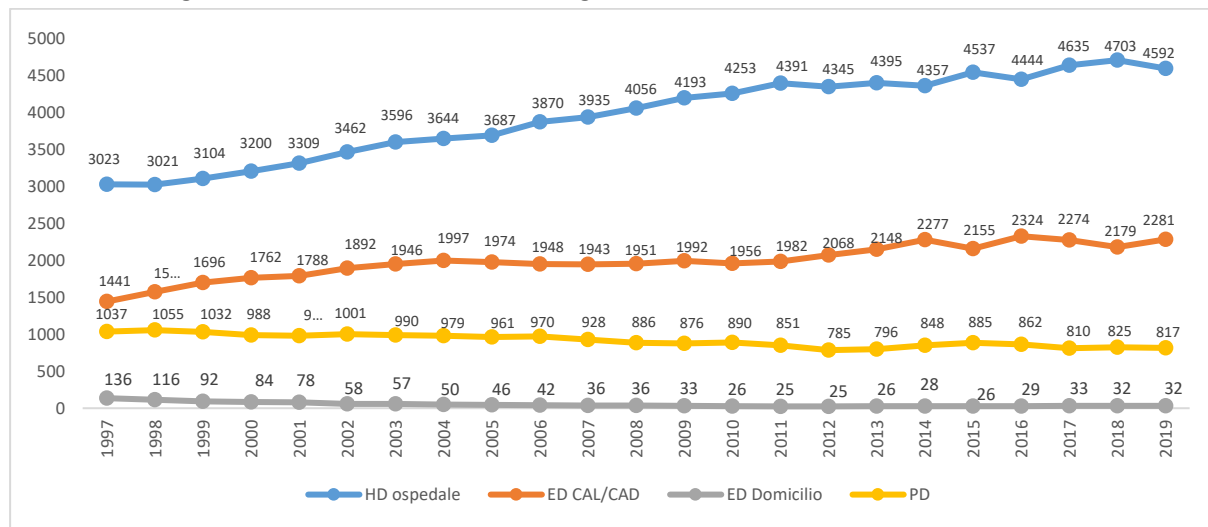


Grafico 1= andamento della prevalenza di pazienti in dialisi, suddivisi per le varie tipologie di trattamento, dal 1997 al 31/12/ 2019. HD= emodialisi extracorporea, ED CAL/CAD = emodialisi extracorporea presso centri ad assistenza limitata (CAL) o ad assistenza decentrata (CAD), ED domicilio= emodialisi extracorporea domiciliare, PD= dialisi peritoneale domiciliare

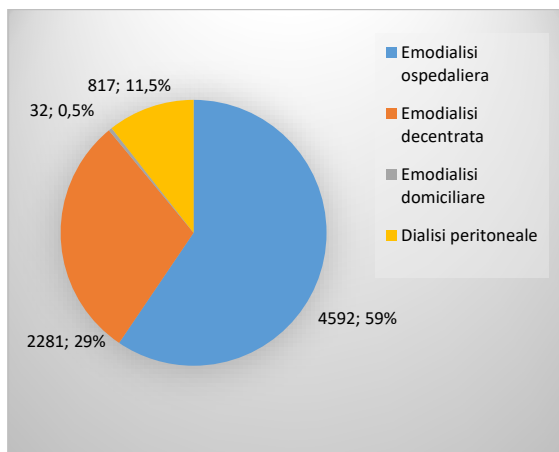


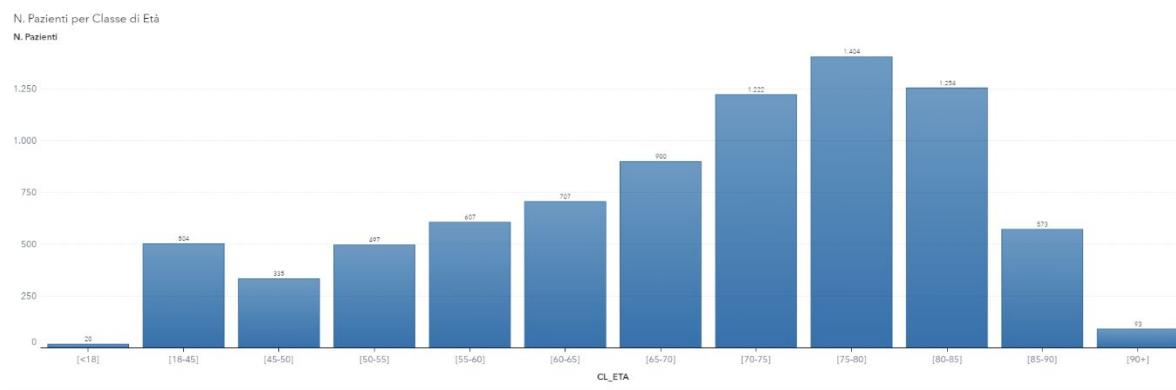
Grafico 2= prevalenza percentuale delle diverse metodiche dialitiche in Lombardia al 31/12/2019

Ogni paziente che sfugge alla metodica dialitica domiciliare rappresenta un problema per il sistema sanitario regionale (SSR), intanto perché i pazienti domiciliari sono meglio riabilitati e più virtuosi nella gestione delle cure, ma anche per il crescente numero di pazienti necessitanti dialisi (grafico 1) a fronte di un numero di risorse ospedaliere limitate e oramai saturate. Oltre alla saturazione dei posti dialitici

esiste poi un tema economico, in quanto il costo della dialisi extracorporea per il sistema sanitario regionale è assai elevato.

Analisi del contesto sociosanitario Lombardo per comprendere le cause che hanno limitato e limitano la diffusione del trattamento dialitico peritoneale domiciliare lombardo

Quindi per quale motivo non si incentiva la diffusione della DP? Quali sono i limiti alla diffusione di questa metodica domiciliare? Innanzitutto, l'età media dei pazienti che entrano in dialisi è sempre maggiore, e la prevalenza di pazienti emodializzati è più grande nella fascia di età tra i 65 e gli 85 anni, con un picco tra i 75 e gli 80 anni (grafico 3). Questo rappresenta ovviamente un limite in quanto implica la presenza di un pool sempre più ampio di pazienti e caregivers familiari non idonei alla gestione domiciliare del trattamento dialitico peritoneale, a causa di mancanza di autonomia o di concomitanti problemi di salute anche nell'ambito familiare. Oltre al dato anagrafico vi sono problemi strutturali della rete nefrologica che non permettono a tutti gli erogatori di salute di proporre un servizio di dialisi peritoneale, problemi però risolvibili solo in un'ottica di rete clinico assistenziale tra ASST, che affronteremo più avanti nella valutazione del contesto di erogazione di servizi in cui opera ASST NORD MILANO.



Analisi di letteratura e censimento delle realtà sanitarie che hanno invece implementato i servizi di dialisi peritoneale e studio dei percorsi assistenziali specifici

Abbiamo quindi analizzato le soluzioni attualmente disponibili sul "mercato" per ovviare al problema della mancanza di autonomia funzionale nell'erogazione del trattamento e alla mancanza di contesti familiari idonei per sopperire con caregivers di pertinenza del nucleo familiare.

- Modello istituito dalla regione Piemonte: incentivo economico alle famiglie per invogliare ad implementare la rete famigliare di caregivers che possa permettere l'esecuzione della DP domiciliare;
- Modello "Alba": introduzione di TOTEM per teleguidare i pazienti all'esecuzione e alla gestione della dialisi peritoneale al domicilio con un sistema di teleassistenza da parte di una control room ospedaliera con personale dedicato;
- Modello Francese/Danese: infermiere di prossimità che si sostituisce al caregiver. Modello associato a una tariffa vantaggiosa per providers privati;

- Gara di appalto Ospedali Civili di Brescia: introdurre la dialisi peritoneale assistita stabilendo una tariffa per accesso di infermieri addestrati al trattamento peritoneale, forniti dal vincitore del lotto (azienda privata);
- Modello ASST NORD MILANO Ospedale Bassini: introduzione di una figura di caregiver istituzionale (in questo caso OSS debitamente formati) che eseguono le manovre di dialisi peritoneale in sostituzione del paziente con plurimi accessi al domicilio dello stesso. Questa figura non si occupa di problematiche cliniche del paziente che vengono però riferite all'equipe infermieristica del centro nefrologico di riferimento.

Per ognuna di queste realtà abbiamo analizzato le condizioni di forza e di debolezza e le opportunità di sviluppo ed implementazione (swot analysis), alla ricerca del modello base migliore per costruire un percorso di cura standardizzato e moderno di dialisi peritoneale assistita.

Gli esiti della nostra analisi sono riassumibili in pochi punti:

- il modello piemontese di incentivo economico non ha portato al desiderato incremento della DP, verosimilmente perché la tariffa di remunerazione non viene vista come soddisfacente nei confronti dello sforzo familiare per eseguire la dialisi peritoneale in assenza di una condizione di base favorevole. Hanno pertanto beneficiato dell'incentivo tutti i pazienti già motivati e altrimenti motivabili e, solo in modo residuale, pazienti altrimenti indecisi che sono stati quindi orientati alla DP. Modello verosimilmente non implementabile e che comunque richiede di investire in risorse economiche senza fornire un aiuto "concreto" esterno alle famiglie;
- modello di Alba: l'utilizzo di un sistema di telemedicina che comporta l'invio al domicilio del paziente di uno strumento dotato di un PAD per videochiamata, una telecamera ad alta definizione e una connessione a internet (tale strumento viene definito TOTEM (figura 1)). Il paziente può quindi connettersi da remoto con un infermiere specializzato in DP che si trova in una control room ospedaliera, l'infermiere può monitorare e guidare il paziente/caregiver nel compiere la dialisi peritoneale in autonomia. I limiti di questo sistema sono il costo (recentemente indicato in euro 985 per paziente/anno nella gara della ASST di Brescia) e il fatto che comunque non permette di avviare al trattamento i pazienti più fragili non autonomi anche con guida da remoto ed inoltre lo strumento ha una certa intrusività nel domicilio del paziente per le dimensioni non trascurabili. Va inoltre ricordato che la diffusione domiciliare di questi sistemi deve prevedere un aumento della dotazione organica infermieristica ospedaliera in quanto la control room per la gestione della teledialisi deve essere presidiata. Infine, come tutta la tecnologia innovativa, il totem è soggetto ad una precoce obsolescenza tecnologica che potrebbe renderlo uno strumento anacronistico in breve tempo (basti pensare ai nuovi smartphones e alla connettività 5G);
- Gara di Brescia: la gara degli Spedali Civili di Brescia (ripresa a livello locale da un numero molto alto di ASST Lombarde) ha assegnato una tariffa all'invio al domicilio di infermieri specializzati per l'esecuzione dello scambio di dialisi peritoneale. Il fornitore aggiudicatario del lotto di gara (ente privato) ha stabilito dei prezzi che rendono il costo di questo servizio elevato e non coperto dal rimborso ottenuto dalla rendicontazione della prestazione "dialisi peritoneale". Questo sistema ricalca il modello Francese/Danese, con il limite però che in Italia non viene riconosciuta una tariffa di rendicontazione aumentata. Inoltre, il personale che viene inviato al domicilio del paziente non è fidelizzato e ben conosciuto dal paziente, generando potenzialmente una condizione di confusione fastidio al domicilio del paziente, pertanto

l'attuale diffusione di questo modello è assai scarsa. Il costo altresì non è trascurabile, in quanto indicato in 65 euro/intervento infermiere, molto alto rispetto alla remunerazione di un trattamento dialitico peritoneale;

- Modello Francese/Danese: pone spunti interessanti, in questo caso l'Infermiere di prossimità viene usato per eseguire la dialisi peritoneale in pazienti non autonomi. Il modello prevede un rimborso per questo tipo di dialisi pari a quello dell'emodialisi ed è pertanto economicamente vantaggioso per gli erogatori di servizio (sia nel caso Francese che Danese enti privati vincitori di appalto) Il sistema ha fornito il risultato atteso di aumentare il numero di pazienti in DP, ma gli out come clinici principali sono stati negativi, con un aumento delle complicanze infettive e dei drop-out dalla metodica. Le principali spiegazioni sono da ricercarsi nella scarsa formazione del personale inviato al domicilio e della scarsa formazione eseguita da parte degli enti erogatori. Il modello quindi può essere di aiuto ma le difficoltà cliniche riscontrate inducono a un ripensamento della figura da inviare al domicilio ed al sistema di sorveglianza della qualità della prestazione erogata;
- Modello dialisi peritoneale assistita (DPA) ASST NORD MILANO: modello italiano più consolidato e con i risultati più concreti (incremento della DP nella struttura di applicazione fino a un 20% del totale delle metodiche vs media regionale dell'11%). Utilizza OSS debitamente formati per sostituire il caregiver familiare (assente o non idoneo) e pertanto ha un costo inferiore rispetto all'utilizzo di un infermiere e risulta economicamente sostenibile anche con la tariffa attuale. I livelli di assistenza erogati si sono dimostrati elevati grazie al contatto diretto continuo e molto stretto tra OSS e ospedale. Il principale limite di questo sistema è la competenza specifica dell'OSS che si limita alla capacità di eseguire la manovra di dialisi peritoneale al posto del paziente o del familiare. L'OSS non è in grado di fornire assistenza sanitaria specifica per il paziente dializzato, non può eseguire valutazioni dello stato clinico e non può eseguire manovre invasive o somministrare terapie. Pertanto la dipendenza del paziente continua ad esistere per ogni esigenza clinica, per ogni, seppur piccola, procedura invasiva (es prelievo ematico) o terapia (medicazioni, terapia antibiotica per complicanze della metodica).

Analisi dettagliata del sistema di DPA ASST NORD MILANO, vantaggi, limiti opportunità ed analisi di contesto e descrizione di un servizio di DP standard e DPA

Abbiamo quindi scelto di condurre una completa ANALISI delle opportunità di sviluppo del modello ASST NORD verso una nuova forma, più avanzata e completa, di dialisi peritoneale assistita che superi i limiti dei modelli esistenti e vada nella direzione di un processo consolidato con regole standardizzate e dei costi sostenibili.

SWOT ANALYSIS della condizione attuale:

- punti di Forza: il processo è attivo e consolidato da diverso tempo ed ha ottenuto risultati clinici favorevoli. Sostenibilità economica del progetto come attualmente disegnato.
- punti di Debolezza: al domicilio manca una figura professionale in grado di eseguire una valutazione più orientata al bisogno clinico del paziente e che possa essere un'interfaccia professionalmente più "simile" nei confronti dell'equipe ospedaliera.
- Minacce: il finanziamento del progetto è aziendale e da rinnovare nel tempo, il personale OSS che funge da caregiver è appaltato ad una cooperativa esterna.

- Ambiente Interno: la ASST NORD MILANO è una ASST a vocazione territoriale essendo referente di tutti i poliambulatori territoriali della area di Milano, all'interno dell'azienda quindi ogni progetto di territorialità e domiciliarizzazione incontra la mission e la vision sia della direzione sanitaria che sociosanitaria, e quindi in ultima analisi la visione strategica aziendale. Inoltre ASST NORD MILANO ha da circa un anno implementato il suo organico infermieristico anche con la figura dell'Infermiere di Comunità e sta cercando progetti per integrare questo nuovo professionista all'interno delle attività di erogazione della salute a livello territoriale e , soprattutto, domiciliare.
- Ambiente Esterno: nell'introduzione al project work abbiamo già citato come in questo momento il PNRR dedichi risorse sia alla costruzione di infrastrutture territoriali ma anche all'assunzione di personale dedicato alla cura sul territorio e nella fattispecie al domicilio. Inoltre, regione Lombardia ha istituito la figura dell'infermiere di Comunità le cui caratteristiche sembrano idonee per risolvere le debolezze del progetto DPA ASST NORD MILANO.

Abbiamo infine eseguito una valutazione del contesto in cui opera ASST NORD MILANO, con l'intento di verificare se lo sviluppo di un progetto di DPA avesse competitor territoriali o invece partner per lo sviluppo.

L'ospedale Bassini di Cinisello Balsamo, sede della nefrologia promotrice del progetto, si trova in un'area densamente popolata ma è anche immerso in un contesto di offerta ospedaliera molto diffusa che coinvolge ospedali pubblici e privati accreditati. Il privato accreditato dei comuni limitrofi (Sesto San Giovanni e Paderno Dugnano) accoglie un importante numero di pazienti in dialisi, ma offre solo in minima parte (Sesto San Giovanni) o non offre (Paderno Dugnano) il servizio di dialisi peritoneale verosimilmente per una remunerazione non particolarmente vantaggiosa di questa metodica. Gli ospedali pubblici vicini al presidio Bassini sono invece rappresentati da grandi Ospedali dove si concentrano competenze e know-how per la gestione di casi complessi e una forte vocazione alla terapia per pazienti acuti ospedalieri. Va da se che le risorse, per natura limitate, sono molto orientate alla gestione di queste problematiche e molto meno alla gestione territoriale. La stessa Regione Lombardia sta considerando, nella riforma del SSR, di istituire delle aziende Ospedaliere che riducano la vocazione territoriale per concentrarsi sull'erogazione di cure eccellenti e complesse.

Riteniamo pertanto verosimile che, anche in un'ottica di applicazione delle reti clinico assistenziali, un progetto di DPA ben strutturato ed accessibile potrebbe rendere l'Ospedale Bassini, ed altri ospedali a vocazione più territoriali, punti di riferimento per quei pazienti domiciliabili ma non gestibili dalle future Aziende Ospedaliere.

Pertanto, la presenza di punti di forza e la spinta favorevole dell'ambiente esterno e interno fa propendere per un investimento su questo progetto, volto a risolverne le debolezze citate per renderlo più solido, localmente diffuso e potenzialmente esportabile.

Descrizione di un servizio di DP standard e confronto con DPA attualmente attiva ASST NORD MILANO.

Un servizio standard di dialisi peritoneale prevede l'istituzione di un percorso di cura per i pazienti che comprenda come dotazione minima un gruppo di infermieri (ipotetico rapporto 1/10 come evidenziato da una survey del 2010 del gruppo d progetto della dialisi peritoneale), un medico di

riferimento e un sistema aziendale che fornisca materiali per eseguire il trattamento dialitico al domicilio del paziente.

- Il ruolo del medico è quello di selezionare il paziente clinicamente idoneo alla dialisi peritoneale, prescrivere le procedure necessarie per preparare il paziente alla dialisi peritoneale, e prescrivere il trattamento dialitico. Infine, esegue il monitoraggio delle condizioni cliniche e la gestione di eventuali complicanze intercorrenti;
- Il ruolo del personale infermieristico è quello di confermare l'idoneità del paziente al trattamento domiciliare (idoneità attitudinale, non clinica), addestrare il paziente/caregiver all'esecuzione della metodica dialitica e di essere il primo punto di riferimento per il paziente domiciliare in ogni sua necessità clinica (case manager) e amministrativa per la fornitura di materiali;
- Il ruolo del caregiver/paziente è quello di apprendere le modalità con cui si esegue uno "scambio dialitico" ovvero l'introduzione all'interno della cavità addominale di un liquido preparato in sacche confezionate, e lo scarico dello stesso ad intervalli regolari. La frequenza degli "scambi" e quindi delle manovre da eseguire al domicilio varia da 2 a 4 volte al giorno a seconda delle diverse tipologie di DP e delle indicazioni mediche.

Il servizio di DPA attualmente attivo ha aggiunto la figura professionale dell'OSS, che viene formato dal personale ospedaliero come CAREGIVER idoneo all'esecuzione dello scambio di dialisi peritoneale.

Il ruolo dell'OSS è quindi quello di essere la persona di riferimento per l'atto pratico di esecuzione dello "scambio" di dialisi peritoneale al posto del paziente stesso o dell'ipotetico caregiver. Per svolgere questo ruolo l'OSS viene debitamente formato e costantemente aggiornato nelle competenze specifiche necessarie. L'OSS diventa un delegato dell'ospedale a compiere la manovra al domicilio ed ha una interfaccia continua con l'equipe ospedaliera per segnalare eventuali problematiche tecniche e/o dubbi e perplessità legate al proprio operato. Attualmente l'interfaccia OSS-OSPEDALE avviene tramite mezzi propri (chat condivise con infermieri e medici ospedalieri con reperibilità continua degli stessi). L'accesso al domicilio dell'OSS sarà uguale al numero di "scambi previsti", da un minimo di 2 (in corso di dialisi automatizzata) ad un massimo di 4 (nella dialisi manuale continua).

La tabella 1 riassume le figure professionali presenti nella gestione nelle due tipologie di servizi

Tabella 1

PERSONALE COINVOLTO	DP	DPA
MEDICO NEFROLOGO OSPEDALIERO	X	X
INFERMIERE DI DIALISI (1/10 pazienti)	X	X
CAREGIVER FAMILIARE	X	
CAREGIVER ISTITUZIONALE (OSS) 1/5 pazienti		X

Nell'organigramma attuale sono quindi distinti i ruoli e le responsabilità come riportato in tabella 2

	DPA			
	DP STANDARD			
	Medico	Infermiere Osp	Caregiver familiare	OSS
Individuare paziente idoneo	R	R	-	
Formazione del paziente/caregiver	R	R	-	
Prescrizione clinica della metodica	R	C	-	
Esecuzione domiciliare	C	C	R	R
Gestione complicanze	R	R	-	-

Tabella 2: schema delle responsabilità, R responsabile, C corresponsabile. In giallo i ruoli del servizio standard di DP, in arancione la DPA che sostituisce il caregiver familiare con l'OSS.

Analisi delle nuove figure professionali disponibili nel panorama del SSR che potessero migliorare il servizio di DPA

Nel corso del periodo pandemico si sono accelerati alcuni processi di revisione dei ruoli professionali tra cui l'aggiunta dell'infermiere di comunità, come si evince dal DL 19 maggio 2020, n. 34. All'articolo 1, comma 5, il DL indica appunto la necessità di rafforzare le cure domiciliari anche a mezzo di una nuova figura infermieristica: l'infermiere di famiglia o di comunità (IFeC).

Questa figura rappresenta proprio il professionista mancante all'interno del progetto di dialisi peritoneale assistita per la capacità professionale e per il ruolo di interfaccia domicilio-ospedale.

La stessa FNOPI (Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche) definisce in un documento ufficiale i possibili ruoli dell'IFec, ritenendo che : *"a livello domiciliare, l'Infermiere eroga l'assistenza a tutti gli utenti che non possono recarsi in ambulatorio per gravi patologie o per difficoltà alla deambulazione che necessitano di assistenza infermieristica a medio- alta complessità, con carattere di continuità, con bassi livelli di autonomia che abbisognano di periodiche prestazioni sanitarie. Inoltre, il professionista segue utenti che vivono in un contesto familiare e sociale che richiede una particolare sorveglianza e/o protezione"*.

Ovvero L'IFec come CASE MANAGER (in questo caso della patologia) valuta, gestisce, integra e facilita i processi di presa in carico anche attraverso il collegamento diretto con il case manager specialistico (ospedaliero), al fine di ridurre i ricoveri impropri e garantire la gestione precoce della complessità e delle complicanze

Nel DL 34/2020 vengono anche definite numerosità e i costi di gestione per gli IFec, citando: “Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. Per le medesime finalità, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti e comunque nei limiti di cui al comma 10”.

Regione Lombardia recepisce questa indicazione e nella DELIBERAZIONE N° XI / 3377 Seduta del 14/07/2020 e stabilisce che la suddivisione delle risorse riferite all'assunzione di infermieri di famiglia o di comunità anche per l'anno 2021, indicando per ASST NORD MILANO un numero di 43 infermieri di comunità per il 2021.

Indicando per l'appunto che le risorse investite in questo ambito sono certe che il personale assegnato deve quindi ora trovare la propria collocazione professionale all'interno di appositi progetti di salute territoriale.

Introduzione dell'IFeC nel team DPA

La presenza sul territorio di una figura altamente specializzata potrebbe permettere la modulazione del servizio con l'obiettivo di ottenere un aumento del servizio assistenziale di presa in carico e un controllo ulteriore sulla qualità del servizio offerto.

L'impegno infermieristico dovrebbe comprendere molte attività, di seguito vengo riportate le più comuni:

- Visita domiciliare per i Pazienti con malattia renale avanzata nella fase pre-dialitica per la valutazione dell'idoneità dell'ambiente domestico all'effettuazione del trattamento (disposizione dei locali, spazio di stoccaggio materiale,etc);
- Re-training del personale OSS sul campo/ o presso presidi di prossimità;
- Addestramento al domicilio per i Pazienti fragili (se estendibile a pz con care-giver familiare);
- eseguire supervisione alla attività degli OSS in loco (una o più volte a settimana per paziente) in grado di offrire un processo di controllo e di formazione continua per l'OSS;
- eseguire prelievi al domicilio per controllo periodico dello stato di salute e dell'efficacia dialitica;
- eseguire medicazioni avanzate al domicilio per problematiche inerenti il catetere peritoneale (infezioni dell'emergenza e/o altre complicanze);
- compilazione check list materiale al domicilio, per ottimizzare gli ordini dei materiali da consegnare a casa del paziente;
- eseguire terapie domiciliari aggiungendo farmaci alle sacche di dialisi peritoneali (gestione domiciliare della peritonite, disostruzione del catetere con iniezione di eparina intraperitoneale);
- gestione delle complicanze tecniche (malfunzionamento del Catetere Peritoneale);
- monitoraggio dei parametri vitali e delle condizioni cliniche con possibilità di gestione di telemedicina con medico presente in struttura o in luogo di prossimità assistenziale.

L'attività degli Infermieri, pianificata ogni mese in base al numero dei Pazienti in trattamento cronico, ma anche in base alla presenza di nuovi ingressi, del numero di OSS attivi ed alle reali esigenze dei pazienti. È infatti ipotizzabile un impegno minimale fisso, un giorno alla settimana, fino a impegni più gravosi (più accessi al giorno) nell'ambito di situazioni particolari (come la gestione di medicazioni delle sacche per eventi peritonitici non necessitanti ricovero).

L'attività dell'IFeC deve avere un'agenda condivisa e ricognizioni frequenti con il medico responsabile del servizio e il gruppo di infermieri operanti in ospedale. la pianificazione del lavoro deve prevedere una agevole integrazione del Personale Infermieristico Ospedale/Territorio.

Perché il sistema funzioni e perché non si incorra nei problemi descritti dal sistema Francese o Danese IFeC deve essere strettamente legato al paziente e al servizio, seppur non univocamente assegnato alla attività dialitica (per una questione di sostenibilità economica che affronteremo nell'analisi dei costi). Il tutto parte quindi da un momento di formazione e di team building con l'equipe ospedaliera e gli OSS da supervisionare.

Formazione per gli Infermieri di Famiglia:

- una tantum training presso servizio di dialisi peritoneale ospedaliero, con test finale di apprendimento e certificazione da commissione interna (direttore SC, direttore SS dialisi peritoneale, Caposala dialisi ed Infermiere esperto in DPA). Processo dettagliato di formazione con particolare attenzione al team building.
- formazione continua con:
 - backup telefonico continuo con centro dialisi di riferimento e re training periodico;
 - partecipazione a congressi/eventi formativi in ambito nefrologico mirati ad acquisire una visione ampia sul paziente nefropatico cronico;
 - lavoro di team building continuo.

Viene quindi rielaborata la tabella delle responsabilità con l'introduzione della nuova figura professionale, si introduce in questo schema anche lo strumento della telemedicina e della teledialisi che risulta parte integrante dell'implementazione della attività:

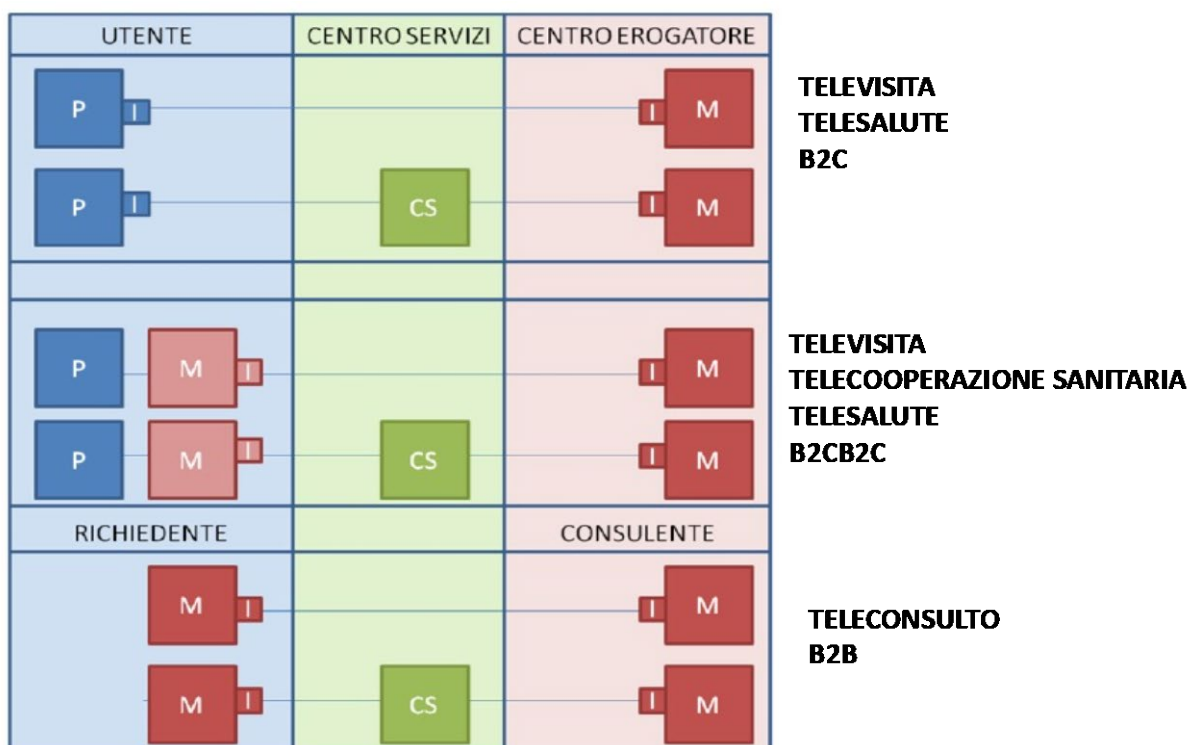
FASI DEL PDTA – DPA / ATTORI di CONTESTO	MEDICO UOC DIALISI	INFERMIERE UOC DIALISI	OSS DOMICILIO	INF di FAMIGLIA
Identificazione percorso di cura pre-dialitico				
Educazione sanitaria paziente a percorso di DPA				
Prescrizione schema dialitico (DPA) domiciliare				
Esecuzione scambio dialisi peritoneale al domicilio			TD	
Supervisione e monitoraggio continui scambi				TD
Supervisione e valutazione continui del paziente				TD
Definizione Agenda Paziente				
Monitoraggio aderenza terapeutica				
Valutazione clinica periodica				TD

TD= teledialisi

Implementazione della telemedicina ed applicazione nel modello di DPA

Le linee di indirizzo nazionali del 2019 per l'utilizzo della telemedicina introducono tutti i termini e le definizioni utili per definire le possibili tipologie di visita mediata in forma remota. Come si evince dalla figura 2 esistono modelli di televista che possono essere facilitati dalla presenza al domicilio e/o in una sede decentrata sia del paziente che, contemporaneamente, di una figura professionale sanitaria. Si parla quindi di telecooperazione sanitaria quando a mezzo di un intermediario professionalizzato si esegue una vera e propria valutazione a distanza.

Figura 2: forme di possibile televista, con o senza intermediazione di soggetti



Appare proprio questo il modo migliore per sfruttare la telemedicina nel paziente in DPA. Infatti, l'IFeC potrebbe collegarsi in video, tramite le piattaforme tecnologiche regionali a disposizione della singola ASST, per eseguire una televista "mediata" in cui vengono mostrati al medico dati di rilevanza, come lo stato della medicazione del catetere peritoneale, l'aspetto delle sacche di dialisi dopo lo scambio, i comuni dati clinici oltre che la scheda di dialisi peritoneale con gli esiti della terapia quotidiana. Quindi sarebbe possibile ridurre le visite in presenza dei pazienti domiciliari, e il sistema informatico da utilizzare potrebbe essere un semplice Pad o un *smartphone* entrambi dotati di telecamera ad alta risoluzione.

Inoltre alcuni pazienti in DP possono usufruire di una metodica automatizzata (ovvero mediata da un cycler in grado di dializzare il paziente per diverse ore consecutive) che può trasmettere direttamente al centro ospedaliero i dati di efficienza del processo e di *compliance* alle cure.

L'utilizzo combinato di questi sistemi permette di aggiungere la telemedicina al processo di DPA.

Fasi e tempistiche di implementazione in ASST NORD MILANO

Fase 1: individuare un pool di IFeC da formare per partecipare alla gestione della DPA (1 settimana):

- analisi dei profili curriculari e attitudinali all'interno della equipe di IFeC in dotazione alla ASST.

Fase 2: formazione del pool con corso teorico pratico e team building con equipe ospedaliera e OSS già in servizio (40-60 gg)

- corso teorico di 5 gg (6 ore al di) per la formazione inerente la fisiopatologia della IRC avanzata e le conoscenze specifiche inerenti la dialisi peritoneale e i bisogni del paziente con IRC terminale;
- corso pratico di 2 gg in vitro, seguito da un periodo di affiancamento al team ospedaliero di circa 2 settimane;
- 2 giornate di team building con OSS, team ospedaliero, psicologa clinica;
- esperienza sul campo in affiancamento ad OSS e infermieri e medici di dialisi peritoneale (1 mese, un mese e mezzo circa).

Fase 3: assegnazione dei task clinici all'IFeC in orari in cui sia sempre possibile un back-up ospedaliero (1 mese circa)

- una volta completata la formazione teorica e pratica all'IFeC vengono settimanalmente affidati compiti specifici di gestione domiciliare di un pool di pazienti (10/infermiere).

Fase 4: attivazione completa del servizio

- viene stabilita la turnistica, la suddivisione dei compiti e i rafforzato il lavoro di equipe con la struttura ospedaliera.

ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Stato dell'arte dei costi

Ad oggi gli ospedali sono dotati di servizi ad alto consumo di risorse per la cura dei pazienti acuti. In particolare, l'analisi del contesto ci ha mostrato che anche i pazienti candidabili alla dialisi peritoneale domiciliare vengono gestiti in ospedale e, pertanto, sono legati alla struttura dei costi ospedalieri. Questi ultimi sono in larga misura costi fissi, che non variano al variare della quantità prodotta o dell'attività prestata, in quanto sono riferiti a fattori di produzione non direttamente collegati alla quantità di prestazioni erogate. Nel contesto delle aziende ospedaliere si considerano costi fissi le voci degli stipendi e oneri per il personale, degli ammortamenti e dei servizi non sanitari esternalizzati (pulizie, riscaldamento, servizi generali di impianto).

La struttura aziendale dei costi è fortemente condizionata dai costi fissi e la voce più rilevante è rappresentata dai costi del personale, a differenza di quanto avviene in realtà industriali dove lo stesso è solitamente definito come fattore variabile.

Il costo del personale, in particolare nel settore sanitario, assume una veste rigida, legato com'è principalmente alla necessità di garantire la presenza del personale per erogare prestazioni.

Allo stesso modo, la prestazione potenzialmente domiciliare della dialisi peritoneale risulta condizionata dai costi fissi delle strutture ospedaliere in cui vengono erogate.

Obiettivo dell'analisi che segue è riclassificare l'attività, e quindi i suoi costi, secondo le moderne logiche di appropriatezza. Inoltre, curare al domicilio significa rispettare il contesto sociale di riferimento anche per il mantenimento del proprio sistema relazionale ed affettivo sia familiare che delle relazioni amicali.

Anche il PNRR e il dettato normativo analizzati nei paragrafi precedenti spingono alla prevenzione e alla domiciliarizzazione delle cure.

Analisi economica della proposta progettuale

L'assetto organizzativo e gestionale proposto sposta la cura per i pazienti dall'ospedale al domicilio, al fine di rendere il servizio più appropriato sia in termini di costi sia in termini di *outcome*.

A seguito di una tale riorganizzazione il personale dell'ospedale sarebbe dedicato alla sola cura dei pazienti acuti. Questo, peraltro, consentirebbe di far fronte ad un turn over negativo sulle figure assistenziali che si è registrato negli ultimi anni ed esasperato dall'emergenza da Covid 19.

Le precedenti considerazioni di carattere epidemiologico e programmatico sono a sostegno delle ipotesi progettuali qui avanzate.

Anche sulla base degli indicatori di bisogno tipici di questa area assistenziale si conferma la necessità, pur diversamente distribuita nel territorio, di incrementare l'offerta territoriale.

Le fasi logiche progettuali seguite sono le seguenti:

Sequenza attività	Area Strategica	Attività
1	Analisi <i>as is</i>	Studio del contesto: <ul style="list-style-type: none"> - Epidemiologico - Normativo - Programmatico
2	Progettazione modello <i>to be</i>	Analisi del costo della prestazione di dialisi peritoneale a domicilio
3	Progettazione modello <i>to be</i>	Stima del perimetro di utenti candidabili per il caso in esame
4	Progettazione modello <i>to be</i>	Analisi dei costi emergenti e dei costi cessanti per il SSR
5	Progettazione modello <i>to be</i>	Analisi degli scenari e valutazione tra caso domiciliare e caso ospedaliero
6	Progettazione modello <i>to be</i>	Progettazione e misurazione indicatori di progetto e di risultato
7	Progettazione modello <i>to be</i>	Determinazione della tariffa per la prestazione di analisi peritoneale a domicilio

In sintesi, al fine di supportare le decisioni progettuali, è necessario definire il costo della prestazione nel caso della cura domiciliare e confrontarlo con quello del caso di cura ospedaliera, rapportato al numero di pazienti in carico del caso oggetto di studio. Successivamente, valutata la convenienza, si

definerà una proposta di tariffa a prestazione che abbia la capacità effettiva di riflettere l'assorbimento di risorse.

Analisi del costo della prestazione di dialisi peritoneale a domicilio

Le componenti di costo da considerare per il calcolo del costo standard di produzione della prestazione sono le seguenti:

- il costo del personale direttamente impiegato;
- il costo dei materiali consumati;
- il costo dei trasporti;
- il costo delle apparecchiature utilizzate (manutenzione, ammortamento), proporzionato ad un tasso di utilizzo predeterminato;
- i costi generali della unità produttiva della prestazione, ossia il costo dei fattori di produzione attribuiti alla unità produttiva ma non direttamente utilizzati nella produzione della singola prestazione, distribuiti proporzionalmente tra tutte le prestazioni da questa prodotte.

Per il calcolo del costo del personale si considera soltanto il tempo dedicato direttamente a una singola prestazione, sulla base di dati standard di produttività, valorizzate al costo medio orario.

In particolare la proposta organizzativa prevede l'impiego di:

- un operatore socio sanitario (OSS) che prende in carico 6 pazienti in un turno lavorativo di 7 ore, quindi 70 minuti a paziente;
- un infermiere di famiglia che prende in carico 10 pazienti in un turno lavorativo di 7 ore, quindi 42 minuti a paziente;
- un dirigente medico da remoto che fornisce supporto a 40 pazienti complessivamente nell'arco settimanale. Tale tempo è calcolato sul numero di richieste di intervento di supporto dell'infermiere di famiglia ed esclude i tempi di visita di inquadramento e di controllo.

Di seguito l'analisi di dettaglio per il calcolo della tariffa delle prestazioni di dialisi peritoneale a domicilio.

Evoluzione e standardizzazione di un processo di dialisi peritoneale assistita

ANALISI DEI COSTI DELLE PRESTAZIONI								
DESCRIZIONE PRESTAZIONE: <u>Dialisi peritoneale a domicilio</u>								
CENTRO DI RESPONSABILITA': <u>Nefrologia e Dialisi</u>					TARIFFA PROPOSTA	67,00 €		
					DIRETTORE: <u>Paolo Fabbrini</u>			
		Dettaglio	COSTO UNITARIO	QUANTITA'	TEMPO (MINUTI)	IMPORTO		
Costo INDUSTRIALE	Costi diretti di produzione	Manodopera	Subtotale:				€ 42,74	
		Infermiere professionale	1 operatore ogni 10 pazienti al giorno Tempo a paziente = 7hx60min/10pz= 42 minuti	29,50 €	1	42	€ 20,65	
		OSS	1 operatore ogni 6 pazienti al giorno Tempo a paziente = 7hx60min/5pz= 70 minuti	18,00 €	1	70	€ 21,00	
		Dirigente Medico	1 operatore per 40 pazienti	62,45 €	1	1,1	€ 1,09	
		Consumi sanitari (farmaci, dispositivi medici, materiale di consumo)	Subtotale:				€ 8,00	
		KIT Completo (vedi dettaglio di seguito)	€ 8,00	1		€ 8,00		
		Fixional glucosio 1,36% 5 lt						
		Fixional glucosio 2,5 % 5 lt						
		Fixional glucosio 3,86% 5 lt						
		Extraneal 2 lt						
		Set automatizzato Homchoice PD con cassetta e luer-lock a 4 vie (set Homchoice)						
		conchiglia di protezione Sxsl con soluzione di iodopovidone (conchiglia)						
		Carrellino per APD (solo 1 fornitura)						
		Tanica per APD (solo 1 fornitura)						
		Minicap (tappino monouso)						
		Set di estensione da 3,65mt (prolunga di drenaggio)						
		Clamp blu						
		Sacca vuota 3 lt. PD Sistem II (sacca di drenaggio da 3 lt)						
		Monthly medication kit for PD (kit medicazione mensile)						
		Trasporti	Subtotale:				€ 5,00	
		Tariffa trasporti superiori ai 10 km	€ 5,00	1		€ 5,00		
						€ 0,00		
			Totale costo primo				€ 55,74	
		Costi indiretti di produzione	Apparecchiature sanitarie (ammortamento contabile o figurativo)	Subtotale:				€ 0,00
			apparecchiature sanitarie					
	manutenzione in service altri costi della tecnologia							
Totale Costo Industriale						€ 55,74		
Costi Generali Aziendali (20% del Costo Industriale)						€ 11,15		
Costo Pieno						€ 66,89		
Costo Pieno (valore arrotondato)						€ 67,00		

Tab. Analisi dei costi

Tale costo andrà tempestivamente aggiornato nel caso di variazioni della composizione e della qualità dei fattori produttivi utilizzati per la produzione della prestazione e delle eventuali variazioni attese in ragione del tasso di inflazione programmato.

Stima del perimetro di utenti candidabili per il caso in esame

Al fine di ottimizzare le risorse è opportuno dimensionare il numero minimo di pazienti da gestire pari al numero potenziale di prestazioni giornaliere necessario per saturare l'attività dell'infermiere di famiglia. Pertanto il modello propone la gestione di almeno 10 pazienti o suoi multipli.

I costi emergenti e cessanti a carico del SSR – budget impact

La progettualità qui illustrata determinerebbe i costi emergenti a carico del SSR, calcolati come l'ammontare dei costi differenziali annui rispetto al caso base (modello as is) in relazione alle scelte progettuali. In particolare, l'attività differenziale rispetto alla cura in ospedale è relativa a:

- frequenza di passaggio giornaliera, per 365 l'anno contro I 156 accessi nel caso ospedaliero;

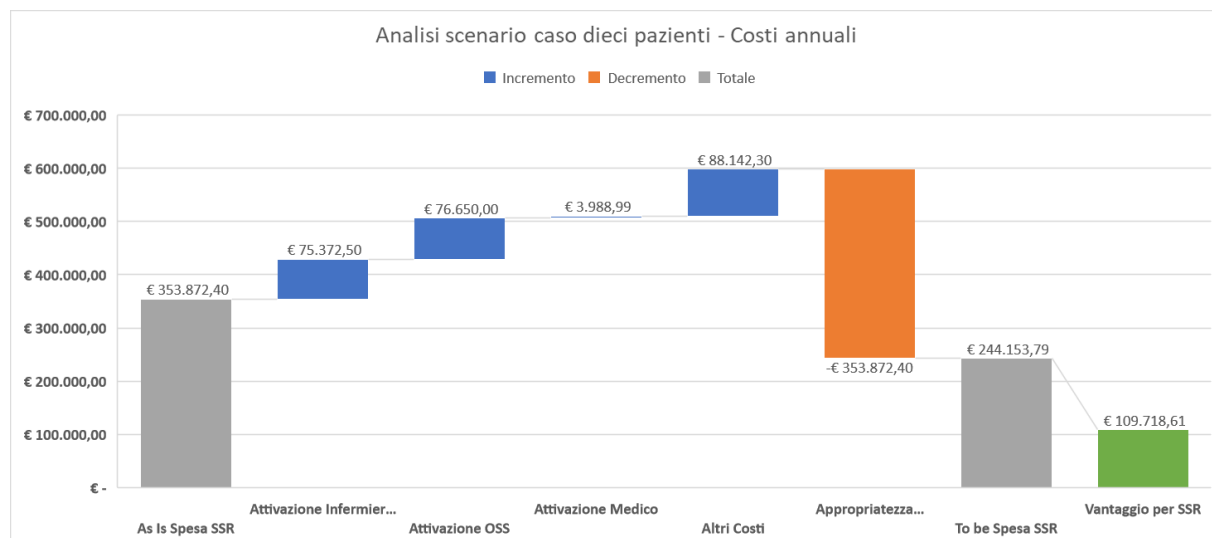
- attivazione dell’infermiere di famiglia. Calcolato come costo orario standard per la figura professionale, per la durata di un accesso incluso lo spostamento entro 10 chilometri;
- attivazione dell’OSS di famiglia. Calcolato come costo orario standard per la figura professionale, per la durata di un accesso incluso lo spostamento entro 10 chilometri
- attivazione della consulenza medica. Calcolato come costo orario standard per la figura professionale, per la durata dell’attività di consulenza;
- altri costi (materiali, trasporti).

Il costo annuo è riferito allo scenario di attivazione del servizio per 10 pazienti presi in carico dalla ASST Nord Milano e al tempo standard a prestazione come calcolato nella precedente tabella “Analisi dei Costi”.

I costi cessanti sono riferiti al mancato rimborso della tariffa in vigore per la prestazione ospedaliera “EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI” (codice nomenclatore tariffario regionale 39.95.4) di 194,79€ moltiplicato per 156 accessi annui e per il cluster di dieci pazienti. Più in generale si tratta di un risparmio relativo a una maggiore appropriatezza del setting di offerta della prestazione.

Da un punto di vista dei soli costi a carico del SSR, l’onere passerebbe quindi dagli attuali 353.872€ ai futuri € 252.913 €.

Di seguito, per una più immediata comprensione, la rappresentazione grafica dei costi cessanti, costanti ed emergenti, attraverso lo strumento della *waterfall chart*.



La risultante tra costi e risparmi nel futuro assetto ammonterebbe dunque a: un saldo positivo per il SSR, a fronte della spesa attuale di 100.958,61 € € ogni dieci pazienti.

Su scala regionale considerando un campione di 400 pazienti (incremento prudenzialmente indicato a solo il 5% del pool di pazienti in dialisi peritoneale) il risparmio potenziale sarebbe di 4.388.744,30 € annui.

Analisi degli scenari e valutazione tra caso domiciliare e caso ospedaliero

L'analisi dei costi indica chiaramente la bontà delle scelte progettuali, come da tabella di seguito. A maggior ragione, anche se non valorizzati economicamente, vanno nella direzione del modello To Be, i benefici indotti dalla domiciliarizzazione e dal migliore utilizzo delle risorse ospedaliere da impiegare in altre attività per acuti.

Scenario dieci Pazienti		As Is	To Be	Delta (to be - as is)
A	Costo prestazione	€ 194,79	€ 66,89	
B	Nr pazienti	10	10	
C	Frequenza prestazioni	156	365	
D	Costo trasporto annuo a paziente	€ 5.000,00	€ -	
E=D/C	Costo trasporto a paziente	€ 32,05	€ -	
F=A+E	Costo totale (ospedale + trasporto)	€ 226,84	€ 66,89	
G=F*C*B	Costo annuo caso studio	€ 353.872,40	€ 244.153,79	- 109.718,61 €
H=G*40	Costo annuo Regionale (400 pz)	€ 14.154.896,00	€ 9.766.151,70	- 4.388.744,30 €

Si evidenzia che nel caso As Is, il costo della prestazione è legato al rimborso della tariffa e al costo dei trasporti proporzionato al singolo accesso. Nel caso to be, la tariffa calcolata è onnicomprensiva di costi dei fattori produttivi impiegati, incluso il trasporto oltre i 10 chilometri (vedi tab. Analisi dei Costi).

In sintesi, la proposta progettuale determinerebbe:

- il miglioramento della qualità delle cure per il paziente e la sua famiglia;
- la diminuzione dei costi per giornata di cura del paziente;
- il miglioramento nell'utilizzo delle risorse ospedaliere con conseguente diminuzione dei tempi medi di attesa per il ricovero e per le prestazioni ambulatoriali, non valorizzati economicamente nel presente progetto, ma ugualmente rilevanti;
- la maggiore appropriatezza clinica;
- la rispondenza alla normativa di settore;
- il rispetto del contesto sociale di riferimento anche per il mantenimento del proprio sistema relazionale ed affettivo sia familiare che delle relazioni amicali;
- l'estensione del servizio a persone che per eccessiva fragilità o mancanza di rete familiare non potrebbero usufruirne;
- la minimizzazione dell'impatto ambientale (*green dialysis*).

AMMORTIZZAZIONE DEI COSTI DEL PERSONALE

Nelle valutazioni sopracitate vengono espressi i costi orari derivanti dall'intervento delle varie figure professionali nel sistema DPA.

Va però notato come, questi calcoli siano fondamentali per la misura di una ipotetica e onnicomprensiva nuova tariffazione giornaliera (denominabile appunto come tariffa per DPA) ma invece siano da inserire anche all'interno di un contesto più ampio di utilizzo delle risorse.

Attualmente gli IFeC sono numericamente determinati per ogni ASST LOMBARDA sulla base della numerosità della popolazione di quel territorio, e sono da assegnare a progetti dedicati al territorio

stesso. Non sono circostanziati a livello regionale ed in modo preciso i progetti in cui gli IFeC sono coinvolti, bensì ci dovrà essere una declinazione locale del loro utilizzo.

Si potrebbe pertanto affermare che gli IFeC assegnati all'azienda hanno un costo che prescinde dal loro utilizzo, costo che va ammortizzato dal case mix di tutte le attività di cui si farà carico il servizio e non da una singola tariffa.

Pertanto è di vitale importanza, per la sostenibilità del progetto, che l'IFeC delle nostre ASST che viene affiancato al servizio di DPA non sia esclusivamente dedicato a quel servizio.

È molto rilevante che la turnistica dell'IFeC sia idonea anche a seguire il servizio di DPA, all'interno di una attività più ampia domiciliare non necessariamente legata all'ambito dialitico.

A titolo esemplificativo si può considerare un IFeC che segue dieci pazienti in DPA. I pazienti potranno essere tutti valutati nell'arco dei 5 giorni lavorativi, o tutti e dieci in una giornata o a scadenza di due pazienti al giorno. Il tempo dedicato ad ogni singolo paziente è calcolato essere di 42 minuti.

Quindi nel caso di accesso di 2 pazienti di IFeC occuperà 84 minuti dei 420 totali della sua giornata lavorativa. Nel restante periodo l'ASST provvederà ad occupare il professionista con altre mansioni affini al suo ruolo e stabilite a livello aziendale. In questo modo il costo del professionista sarà considerabile alla stregua di un costo fisso suddiviso e remunerato anche dalla attività di DPA.

RISULTATI ATTESI

Il progetto di implementazione delle DPA ASSISTA ha come risultati previsti:

- l'incremento della diffusione della dialisi peritoneale fino ad una percentuale del 20-25% nel centro (attualmente 15%);
- la riduzione degli accessi in ospedale dei pazienti già in DPA senza IFeC , per esecuzione di televisita, prelievi ematici al domicilio;
- la riduzione dei ricoveri ospedalieri o della durata degli stessi per i pazienti con DPA (istituzione o prosecuzione delle cure ospedaliere al domicilio);
- il miglioramento della qualità della vita dei pazienti in maniera sistematicamente quantificabile (questionari validati di QoL);
- la creazione di un modello condiviso a livello regionale di assistenza domiciliare al paziente in dialisi peritoneale non autosufficiente con procedure e istruzioni operative per la formazione del personale e la suddivisione dei compiti e la formulazione del servizio al domicilio;
- la proposta di una tariffa per la DPA che permetta per le ASST di offrire un servizio di "risparmio economico" per il SSR e per la società, ma che garantisca comunque un margine operativo;
- la nascita di erogatori di servizi che creino figure di "caregivers professionali" adibiti alla dialisi peritoneale (OSS o altri operatori con competenze certificate).

CONCLUSIONI

La dialisi peritoneale non è diffusa in modo adeguato nel panorama lombardo, prevalentemente a causa delle difficoltà legate all'identificazione di idonei caregivers nei sempre più anziani e fragili nuclei familiari.

Il problema non è solo lombardo, bensì diffuso nel mondo e in molti casi sono state proposte delle strategie per poter aggirare la difficoltà e dare alla dialisi peritoneale la diffusione meritata. In Lombardia il sistema ad oggi attivo e valido è quello della DPA dell'ASST NORD MILANO che utilizza figure professionali dal costo contenuto (OSS) debitamente formate all'esecuzione di una manovra tecnica di scambio peritoneale normalmente insegnato al paziente o a un parente.

Questo progetto è nato come sperimentale ma oramai è a regime da diversi anni, anni di esperienza che hanno svelato criticità e potenzialità fin ora inesplorate.

Tra le criticità maggiori vi è il finanziamento di questo intervento, finanziamento che viene erogato in modo specifico a livello aziendale e che deve essere costantemente rifinanziato nell'ottica di una progettualità locale e potenzialmente non definitiva.

Oltre all'aspetto economico è evidenziabile la difficoltà dell'OSS di andare oltre il ruolo di caregiver in quanto, per competenze specifiche, non può tramutarsi in un erogatore di servizio di salute più avanzato, costringendo comunque ad una organizzazione che preveda il rientro del paziente in ospedale in modo saltuario ma costante per eseguire controlli periodici con infermieri e medici del servizio di dialisi peritoneale.

Infine, le complicanze più semplici del trattamento peritoneale, o quelle più comuni, non possono trovare cura al domicilio proprio per l'assenza di competenze specifiche dell'OSS.

I punti di forza di questo sistema sono concentrati nel lavoro di equipe e nella fidelizzazione delle figure professionali che fanno da tramite tra l'ospedale e il paziente che hanno permesso risultati clinici eccellenti e garantito cure domiciliari a pazienti altresì destinati alle cure ospedaliere.

Appare evidente quindi che si debba procedere all'introduzione di una figura professionale diversa, che si affianchi a quella dell'OSS per superare i limiti appena esposti.

La figura dell'IFeC appare particolarmente indicata sia per il mandato intrinseco (cure sul territorio e domicilio) sia per un mero discorso di risorse.

È infatti noto che numerosi sono stati gli interventi per inserire questo professionista nel contesto del SSR lombardo e che ulteriori risorse sono attese dal PNRR, a stimolo della medicina territoriale.

Oggi gli IFeC sono adoperati per diversi compiti assistenziali ma pochi sono i progetti di salute in cui rappresentano il fulcro della attività e la chiave di buona riuscita del progetto.

In questo project work abbiamo ipotizzato di dar loro proprio questo ruolo, di tramite tra le competenze dell'ospedale, le esigenze del paziente al domicilio e di supervisione e coordinamento del caregiver.

L'ambizione del progetto è di dimostrare, anche con una analisi economica, che a fronte di un aumento di costi locali per eseguire la dialisi peritoneale assistita, esiste un beneficio globale del sistema regionale con un risparmio valido.

Si è voluto poi esercitarsi nel calcolo di una nuova ipotetica tariffa che copra i costi di una DPA in modo completo sulla quale il sistema regionale potrebbe discutere per incentivare questo tipo di attività.

In definitiva il progetto vuole istituire un sistema di cura dialitica domiciliare peritoneale corredato da un sistema tariffario e organizzativo ben definito che permetta di raggiungere quella fascia di popolazione che necessita dialisi ma ha una fragilità troppo elevata per poterla eseguire in autonomia.

CONTRIBUTO PERSONALE (in caso di project work di gruppo)

Dott. Paolo Fabbrini: idea originale del progetto, analisi della letteratura di riferimento, swot analisi delle soluzioni attualmente attive in ambito sanitario, proposta di analisi dei costi

Ing Luigi Messina: analisi della letteratura di riferimento, valutazione economico finanziaria e calcolo dei costi e dei benefici basati sulla proposta clinica di modifica del servizio, contributo nella visione gestionale del progetto.

Entrambi hanno collaborato nella stesura delle conclusioni e nell'editing del progetto.

RIFERIMENTI NORMATIVI

DELIBERAZIONE N° XI / 4508 Seduta del 01/04/2021 REGIONE LOMBARDIA : DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE PER L'ANNO 2021

P.A. AGGREGATA FINALIZZATA ALLA CONCLUSIONE DI UN ACCORDO QUADRO PER LA FORNITURA DI SISTEMI PER TRATTAMENTI DI DIALISI PERITONEALE DOMICILIARE, TRATTAMENTI DIALITICI EXTRACORPOREI CONTINUI/PLASMAFILTRAZIONE E SPECIALI PER UN PERIODO DI 72 MESI . gara esperita presso Spedali Civili di Brescia

DECRETO-LEGGE 19 maggio 2020, n. 34 Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20G00052)

DELIBERAZIONE N° XI / 3377 Seduta del 14/07/2020 REGIONE LOMBARDIA: DETERMINAZIONI IN ORDINE AL RECLUTAMENTO DI PERSONALE PER I SERVIZI SANITARI TERRITORIALI

BIBLIOGRAFIA

Factors associated with nurse assistance among peritoneal dialysis patients: a cohort study from the French Language Peritoneal Dialysis Registry .

Sonia Guilloue et al. Nephrol Dial Transplant (2017) 1–7

WORLDWIDE EXPERIENCES WITH ASSISTED PERITONEAL DIALYSIS. Anna Giuliani et al. Peritoneal Dialysis International, Vol. 37, pp. 503–508

Ricerca EDTNA/ERCA sulla ratio infermiere/n. pazienti nei servizi di dialisi peritoneale in Italia: risultati, trend e loro utilizzo. ERA-EDTNA 2010. Gambirasio Cristina e Coscia Paola

Fassari L., “Recovery Plan. Meno medici di famiglia e più infermieri per le cure territoriali. Per sostenere economicamente la riforma si punta a ridurre accessi in Pronto soccorso e consumo farmaci”, Quotidiano Sanità, 10/5/2021.

Consiglio dei Ministri, Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), 2021.

Consiglio dei Ministri: documentazione del Governo inviata all’UE a corredo del PNRR.

Pesaresi F., “Le case della comunità previste dal PNRR. Qualche criticità significativa”, Welforum.it, 25 maggio 2021.

SITOGRAFIA

<https://welforum.it/le-cure-domiciliari-e-la-telemedicina-del-pnrr> consultazione del 10.10.2021

