

CURA: la Centrale Unica di Riferimento per l'Assistenza domiciliare integrata

Carlo Longato^{1*}, Debora Morelli², Rossana Buratto³

¹Direttore U.O.C Cure Primarie Distretto SS 3 di Treviso, Azienda ULSS 9, ²Coordinatore Inf. U.O.C Cure Primarie Distretto SS 3 di Treviso, Azienda ULSS 9, ³Infermiera U.O.C Cure Primarie Distretto SS 3 di Treviso, Azienda ULSS n. 9

ABSTRACT

Background. Il territorio dell'Azienda ULSS n. 9 di Treviso è suddiviso in 4 distretti socio sanitari che rappresentano luogo di accesso ai servizi per 420.000 abitanti. Il numero di persone in carico all'assistenza domiciliare integrata (ADI) è passato da 3.400 nel 2006 a quasi 8.000 nel 2011 con diminuzione dei ricoveri ospedalieri. Con l'istituzione della centrale unica di riferimento per l'assistenza domiciliare integrata (CURA) la riorganizzazione delle attività domiciliari ha fatto un ulteriore passo avanti, attraverso un sistema unico di riferimento territoriale rivolto a utenti e caregivers, che unisce la regia di presa in carico alla gestione delle problematiche della persona in ADI.

Obiettivi. Permettere la presa in carico globale per i pazienti in ADI con un interlocutore unico che accoglie la domanda, la elabora e segue il suo percorso fino a risposta avvenuta; effettuare teleassistenza in pazienti ad alta intensità assistenziale.

Metodi. I professionisti dei distretti sono stati coinvolti in un progetto di formazione sul campo che ha previsto analisi del contesto, stage presso la centrale operativa del Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica (SUEM) ed elaborazione di istruzioni operative. È stata creata e implementata una nuova piattaforma informatica per la registrazione delle richieste. Infine, per definire livelli di responsabilità e uniformità di comportamento degli operatori, le richieste sono state classificate per tipologia con codice colore.

Risultati. CURA è attiva h 24 e 365 giorni/anno: nelle ore diurne si relaziona con i servizi di riferimento, mentre in quelle notturne organizza la risposta delle prestazioni non differibili attivando i servizi preposti. Organizzazione e funzionamento sono garantiti iso-risorse. A dicembre 2012 gli assistiti arruolati sono 5.665 e quelli in carico 3.520. Le richieste sono state classificate in differibili e non differibili secondo il carattere di urgenza. Dall'aprile 2012 sono stati sperimentati sistemi di teleassistenza presso alcuni assistiti ad alta complessità assistenziale, per i quali è in programma anche l'applicazione di sistemi di telepresenza.

Limiti. Nuovo assetto territoriale in via di definizione a seguito dell'approvazione del nuovo Piano Socio-Sanitario 2012-2016 della Regione Veneto e conseguente assetto organizzativo dell'equipe da perfezionare.

Conclusioni. L'implementazione di una centrale di riferimento per l'ADI garantisce assistenza h 24, 7 giorni su 7, quale unico punto di ricezione delle istanze, coordinamento delle risposte e costante collegamento con i medici di medicina generale. Il modello si configura come un nodo della rete territoriale rivolto a un bacino di popolazione definito e filtrato e garantisce la continuità assistenziale grazie a un costante collegamento con i professionisti e gli utenti.

Citazione. Longato C, Morelli D, Buratto B. CURA: la Centrale Unica di Riferimento per l'Assistenza domiciliare integrata. Evidence 2013;5(12): e1000065.

Ricevuto 29 luglio 2013 | **Accettato** 3 ottobre 2013 | **Pubblicato** 30 dicembre 2013

Copyright. 2013 Longato. Questo è un articolo open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Fonti di finanziamento. Nessuna.

Conflitti d'interesse. Nessuno dichiarato.

Provenienza. Non commissionato; sottoposto a peer-review.

* E-mail: clongato@ulss.tv.it

BACKGROUND

Sulla base dell'attuale modello organizzativo della Regione Veneto, protagonista di cambiamenti secondo il nuovo Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016, il territorio dell'Azienda ULSS n. 9 di Treviso è stato suddiviso in 4 distretti socio-sanitari, che rappresentano luogo di accesso ai servizi per 420.000 abitanti di cui oltre il 10% di età > 75 anni (figura 1).

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) rappresenta una formula assistenziale che, grazie all'intervento di diverse figure professionali sanitarie e sociali, realizza a domicilio del paziente un progetto assistenziale personalizzato. L'ADI si rivolge a pazienti non autonomi, che necessitano di assistenza multiprofessionale, in condizione di fine vita e/o in dimissione protetta: domiciliarietà e residenzialità intervengono a definire piani di intervento individuale in una visione multidimensionale, grazie alla partecipazione di professionisti consapevoli. L'ADI, che mira a migliorare la qualità di vita dell'assistito, costituisce una valida alternativa al ricovero ospedaliero consentendo di:

- rispondere a tutti i livelli di assistenza sanitaria domiciliare con particolare riguardo ai pazienti ad elevata complessità assistenziale
- implementare forme di ADI, ADIMED (assistenza domiciliare integrata medica) in grado di favorire la permanenza del paziente nel proprio contesto familiare
- razionalizzare i ricoveri
- promuovere l'integrazione socio-sanitaria degli operatori coinvolti.

Il modello organizzativo dell'ADI dell'Azienda ULSS n° 9 prevede nel punto Cure Sanitarie Domiciliari (CSD) il luogo in cui perviene la domanda e si organizza la risposta assistenziale, attivando i soggetti della rete (medici di medicina generale, medici specialisti, infermieri, fisioterapisti, etc.). In ogni distretto è presente un punto CSD, che raccoglie le domande che arrivano direttamente dall'utente, dal MMG, dall'ospedale o dal comune.



Figura 1. Azienda ULSS di Treviso: i 4 distretti socio-sanitari

Accanto alle necessità di assistenza infermieristica e riabilitativa, le richieste riguardano: fornitura di ausili e protesi (per l'incontinenza, la prevenzione dei decubiti, la mobilità etc.), di farmaci a domicilio, ossigenoterapia domiciliare, nutrizione enterale, etc.

Grazie al modello organizzativo delle cure primarie, il numero di persone in carico all'ADI è passato da 3.400 (63.000 accessi) nel 2006 a circa 8.000 (> 100.000 accessi) nel 2011. Questo ha consentito una diminuzione dei ricoveri ospedalieri garantendo la permanenza del paziente nel contesto familiare, offrendo alternative al ricovero, contenendo i ricoveri impropri, favorendo le dimissioni protette e promuovendo l'integrazione socio-sanitaria.

OBIETTIVI

Per i pazienti con patologie croniche invalidanti, la complessità dei problemi, il coinvolgimento dei familiari nella loro assistenza e l'articolazione del sistema, chiamato a erogare i servizi sanitari, sociali e socio-sanitari, rendono complessivamente difficile il percorso assistenziale e la risposta a specifiche necessità implica interlocutori diversi¹. La complessità del sistema ed il modello organizzativo che vede nel punto CSD il riferimento per l'assistito e la sua famiglia non rappresentano la soluzione ideale alle necessità dei cittadini. L'attivazione di una Centrale Unica di Riferimento per l'Assistenza Domiciliare Integrata (CURA) ha favorito una puntuale risposta ai bisogni delle persone in ADI e delle loro famiglie, orientando l'utente verso l'interlocutore più appropriato a rispondere alle specifiche necessità. In regime di ADI, CURA costituisce l'unico interlocutore del paziente e dei suoi familiari, garantendo un sistema unico di riferimento territoriale per la gestione dei bisogni espressi: l'operatore di CURA accoglie, elabora e segue il percorso fornendo risposte uniformi e garantendo la gestione e la soluzione tempestiva della domanda. CURA è una vera e propria centrale, diretta da un dirigente medico e da una coordinatrice infermieristica, nella quale operano una ventina di professionisti: il progetto è entrato a regime a fine giugno 2012 con la presa in carico di tutti i pazienti in ADI ai quali è stato fornito il numero di telefono dedicato.

METODI

Il progetto ha coinvolto i professionisti dei quattro distretti dell'Azienda ULSS n. 9 di Treviso. Sono state inizialmente realizzate una ricerca bibliografica e un'analisi organizzativa del contesto di riferimento attraverso classificazione di chiamate e richieste ricevute dai singoli punti CSD dei 4 distretti. L'elaborazione dei dati ha permesso di comprendere tipologia di richiesta, bisogni espressi e criticità emergenti². La revisione della documentazione presente in azienda e i dati emersi dalla ri-

cerca hanno permesso di costruire istruzioni operative e flow chart di risposta per garantire efficacia e uniformità di comportamento da parte dell'operatore di centrale e di CSD. Attraverso un progetto di formazione sul campo è stato creato un percorso di miglioramento per garantire l'approfondimento di tematiche quali la comunicazione telefonica, la gestione del triage telefonico e il problem solving sulle possibili problematiche degli utenti.

Per gli operatori di CURA è stato pianificato e programmato un periodo di affiancamento presso la centrale operativa SUEM al fine di sperimentare la gestione del contatto telefonico con l'utenza. Durante il percorso formativo sono stati definiti gli standard assistenziali attraverso una mappatura degli utenti in carico ai 4 distretti (per tipologia e grado di complessità)³, al fine di definire le precise competenze multidisciplinari⁴ degli operatori che gestiscono le chiamate in centrale e punti CSD.

Con l'avvio di CURA l'arruolamento degli utenti è avvenuto gradualmente attraverso l'inserimento dei dati nel sistema informatico e la consegna del nuovo numero unico presso il domicilio effettuata da parte di infermieri dell'assistenza domiciliare appositamente formati per informare pazienti e familiari.

Per meglio gestire i livelli di responsabilità⁵ tra i diversi profili professionali di CURA e garantire uniformità di risposta, è stata elaborata una classificazione delle richieste secondo il codice colore bianco, verde, giallo e rosso come previsto per il triage⁶ (figura 2). Inoltre, al fine di ottimizzare la gestione delle attività della centrale è stata implementata una nuova piattaforma informatica⁷, creata ad hoc per le attività di registrazione dei bisogni dell'utente: il sistema consente un corretto passaggio di informazioni da CURA ai singoli punti CSD dei 4 distretti, garantendo teleassistenza dei casi a elevata intensità assistenziale.

CURA non sostituisce il punto CSD, che continua a svolgere la propria attività di contatto diretto con l'utente, di organizzazione dell'attività domiciliare, di utilizzo del gestionale, di punto di raccolta del percorso di dimissione protetta. Permane il fulcro dell'attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale, dell'équipe

Codice colore	Intervento
Infermiere, OSS, amministrativo	Telefonate di rapida gestione
Infermiere, OSS, Amministrativo	Comunicazioni di tipo informativo e attivazione di altri servizi
Infermiere	Attività assistenziale semplice
Infermiere	Attività assistenziale complessa

Figura 2. Livelli di responsabilità per codici colore

e della continuità di cura orizzontale. In tale contesto il Progetto CURA ha come riferimenti i punti CSD, ma anche altri servizi dell'Azienda ai quali, oggi, autonomamente il singolo paziente si rivolge e l'accesso è esclusivamente tramite contatto telefonico.

Durante le ore diurne CURA si relaziona con i punti CSD e/o con i servizi di riferimento, mentre nelle ore notturne (20-08) e nei giorni prefestivi e festivi si rivolge direttamente ai servizi deputati alla pronta disponibilità o all'emergenza-urgenza. Attraverso l'applicazione di un modello tipo call-center e contact center, sono garantite informazioni e riferimenti precisi sulle modalità di accesso/erogazione di uno specifico servizio gestendo la domanda e il suo percorso fino alla risposta, anche attraverso teleassistenza in pazienti ad alta intensità assistenziale. Questo modello non solo assicura tempestività di risposta ma garantisce una riduzione dei costi⁸ grazie al rapido "smaltimento" delle richieste alle quali viene fornita un'immediata soluzione al momento del contatto telefonico con l'operatore di CURA (box 1).

RISULTATI

CURA si fa carico h 24 della totalità dei pazienti assistiti a domicilio, fornendo risposte immediate, puntuali e competenti ai pazienti gravati da problematiche complesse e alle loro famiglie/care giver⁹ (box 2). L'organizzazione e il funzionamento sono garantiti iso-risorse attraverso istruzioni operative e procedure finalizzate a garantire risposte uniformi¹⁰. Ad oggi è centrale unica di governo per le attività delle cure primarie dei 4 distretti dell'Azienda ULSS n. 9 di Treviso.

CURA, progetto avviato a novembre 2011 con l'inserimento progressivo dei pazienti in ADI e oggi a regime, ha visto nel tempo una riduzione delle chiamate degli utenti verso i distretti pari al 70% nelle ore diurne e di oltre il 50% in orario notturno dopo le ore 20.00. Ad oggi l'attivazione della centrale non sostituisce i punti CSD, che continuano ad essere il fulcro dell'attivazione

Box 1. Modello tipo call-center e contact center

- Risposta telefonica
- Identificazione dei bisogni
- Codifica dei bisogni e definizione delle priorità
- Identificazione e attivazione telefonica del professionista ADI che dovrà dare la risposta
- Attivazione di altri servizi se richiesti: MMG, continuità assistenziale, SUEM
- Registrazione nel software dedicato delle richieste pervenute e del percorso definito per ogni richiesta
- Verifica di avvenuta chiusura del percorso
- Trasmissione di quanto avvenuto ai CSD di competenza, almeno una volta al giorno

Box 2. Tipologia chiamate

- Comunicazione di ricovero
- Comunicazione di decesso
- Richiesta date accertamenti
- Richiesta variazione di prestazione
- Attivazione, previo contatto telefonico, del professionista che dovrà dare risposta
- Richiesta visita a domicilio
- Richiesta interventi urgenti: catetere venoso, PEG
- Informazioni relative alle prestazioni domiciliari
- Informazioni per forniture: farmaci, ossigeno, materiale di medicazione
- Informazioni relativi a prelievi
- Informazioni fornitura ausili
- Richiesta sostituzione presidi
- Richiesta esenzioni autoambulanze
- Richiesta di prestazioni da medici di cure primarie

dell'unità di valutazione multidimensionale e dell'équipe e della continuità di cura.

Le richieste sono state classificate in differibili (figura 3) e non differibili (figura 4) secondo il carattere di urgenza¹¹. Inoltre, le richieste pervenute sono state classificate per giorno della settimana, per comprendere il carico di lavoro e definire gli aspetti organizzativi dalla turnistica alla tipologia di operatori che devono presidiare la centrale. Durante la notte e nei giorni prefestivi e festivi le telefonate vengono gestite da operatori sanitari della società appaltata per l'assistenza domiciliare.

Nel mese di aprile 2012 sono stati testati sistemi di teleassistenza presso alcuni assistiti in carico all'ADI; da settembre 2012 sono stati sperimentati sistemi di telepresenza a domicilio su una decina di pazienti ad alta complessità assistenziale. Il progetto ha favorito lo sviluppo professionale, grazie ad una maggiore responsabilizzazione dei diversi operatori coinvolti che hanno acquisito nuove competenze nella gestione dei bisogni espressi dagli utenti sia per via telefonica sia in teleassistenza. La teleassistenza consente di gestire a distanza percorsi riabilitativi ottimizzando le risorse dedicate, sostenendo e rafforzando il ruolo del caregiver. E' inoltre

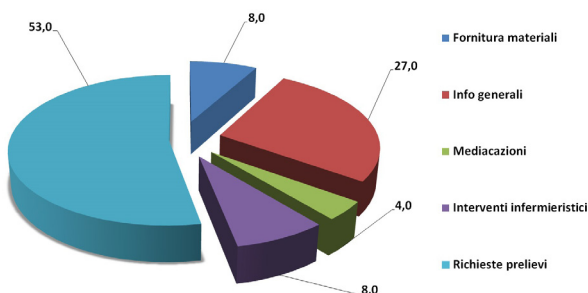


Figura 3. Richieste differibili (n. 9.556)

in fase di sperimentazione in uno dei Distretti dell'Azienda ULSS n° 9 un progetto pilota di telemonitoraggio al fine di sviluppare nuovi strumenti per la gestione dei pazienti assistiti a domicilio, consentendo interventi precoci e tempestivi nelle situazioni individuate.

DISCUSSIONE

La complessità del sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie che afferisce al distretto non sempre consente l'accesso immediato dell'interlocutore demandato a fornire la risposta allo specifico bisogno, creando condizioni di disagio e di rallentamento della risposta nei confronti dell'utente. Il progetto CURA intende fornire un sistema unico di riferimento che garantisca al paziente e alla sua famiglia una risposta puntuale al bisogno espresso: la presa in carico del paziente in assistenza domiciliare richiede infatti una risposta globale ai suoi problemi attraverso modalità concrete che garantiscono la sua centralità nel contesto familiare e sociale e l'unitarietà della risposta. L'attivazione di una centrale unica ha permesso di raggiungere questo scopo, attraverso un unico interlocutore che prende in carico la domanda, la elabora e ne segue il percorso fino a risposta avvenuta. CURA si integra e si interfaccia funzionalmente con i punti CSD distrettuali che continuano a rappresentare il punto di primo contatto, valutazione e presa in carico globale dei problemi socio-sanitari della persona.

LIMITI

L'assetto organizzativo dell'équipe deve essere perfezionato in previsione di ulteriori evoluzioni e implementazione di funzioni e attività di CURA sulla base del nuovo assetto territoriale in via di definizione, a seguito della approvazione del Piano Socio-Sanitario 2012-2016 della Regione Veneto.

CONCLUSIONI

Con l'istituzione di CURA la riorganizzazione delle attività domiciliari ha fatto un ulteriore passo avanti attraverso un sistema unico di riferimento territoriale rivolto a utenti e caregivers, unificando la regia di presa in carico e gestione delle problematiche della persona in ADI

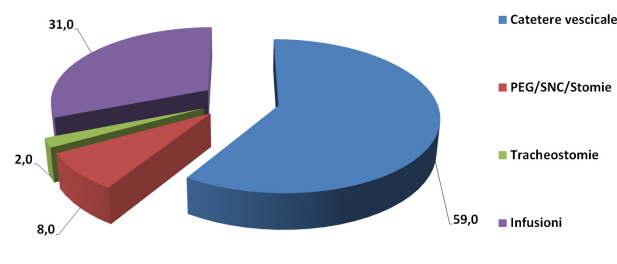


Figura 4. Richieste non differibili (n. 2.501)

per fornire risposte uniformi ai bisogni espressi garantendo la soluzione della domanda. L'avvio di CURA ha migliorato la risposta ai bisogni dell'utenza in ADI e ha permesso al personale dei punti CSD di ottimizzare il servizio all'utente in termini di velocità e appropriatezza della risposta.

Gli strumenti elaborati ed implementati hanno favorito l'integrazione e l'omogeneizzazione dei comportamenti assistenziali in tutto il territorio aziendale. Il progetto ha favorito lo sviluppo professionale grazie ad una maggiore responsabilizzazione degli operatori coinvolti, che hanno acquisito nuove competenze nella gestione dei bisogni espressi dagli utenti sia per via telefonica che in teleassistenza. Il progetto CURA ha comportato una notevole riduzione delle chiamate da parte degli utenti in ADI verso i distretti pari a oltre il 70% nelle fasce orarie giornaliere e oltre il 50% in orario notturno dopo le 20.00, con significativo impatto organizzativo presso le sedi dei punti CSD dei quattro distretti grazie al recupero della risorsa "tempo".

Gli sviluppi futuri del modello organizzativo di CURA prevedono l'applicazione del PSSR 2012-2016 che fornisce indicazioni e linee guida al fine di istituire, per ogni azienda sanitaria, una Centrale Operativa Territoriale (COT): l'azienda ULSS 9 di Treviso provvederà ad apporare a CURA tutti i cambiamenti necessari per l'evoluzione in COT¹².

CONTRIBUTO DEGLI AUTORI

Ideazione e disegno dello studio: Carlo Longato

Acquisizione, analisi e interpretazione dei dati: Carlo Longato, Debora Morelli, Rossana Buratto

Stesura dell'articolo: Carlo Longato, Debora Morelli

Approvazione finale della versione da pubblicare: Carlo Longato

BIBLIOGRAFIA

1. Storffjell JL, Allen CE, Easley CE. Analysis and management of home health nursing caseloads and work-loads. *J Nurs Adm* 1997;27:24-33
2. Saugo M, Pellizzari M, Benetello PP, Pretti MG, Mantoan D, Toffanin R et al. Validazione di un punteggio di gravosità assistenziale infermieristica per i pazienti delle cure domiciliari. *Assist Inferm Ric* 2008;27:124-35
3. Anastasia D, Filannino C, Pecini D, Pellizzari M, Ponta S, Pordenon M et al. Ipotesi di riorganizzazione dei servizi infermieristici domiciliari. Azione e-Welfare PRAI FESR FReNeSys 2002-2003;9-71
4. Legge n. 42 del 26.02.1999. Disposizioni in materia di professioni sanitarie. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 50 del 2 marzo 1999
5. Benci L. Le Professioni sanitarie (non mediche). Aspetti giuridici, deontologici e medico Legali. Milano: McGraw-Hill, 2002
6. Masi V. Miglioramento delle procedure di triage

infermieristico nel dipartimento di emergenza. *Man Inf* 2006;2:38-42

7. Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Decreto 17 Dicembre 2008. Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare.

8. Shelenker RE, Powell MC, Goodrich GK. Initial home health outcomes under prospective payment. *Health Serv Res* 2005;40:177-93

9. De Toni AF, Giacomelli B, Ivvisi S. Il mondo invisibile dei Pazienti Fragili. Torino: UTET, 2010

10. Bianchi M, Bonardi S. La comunicazione all'interno dell'equipe assistenziale. *Onc Europea* 2002;16:44-6.

11. Garner A, Lee A, Harrison K, Shultz CH. Comparative analysis of multiple-incident triage algorithms. *Ann Emerg Med* 2001;38:541-8

12. Deliberazione della Giunta Regionale n. 975 del 18 giugno 2013. Organizzazione delle Aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Distretto socio sanitario. Articoli 3, comma 1 bis e articolo 7 bis, comma 1 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.e i.. L.R. 29 giugno 2012, n. 23. Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto n. 57 del 9 luglio 2013. Disponibile a: <http://bur.regione.veneto.it/BurVServices/Pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=251851>. Ultimo accesso 30 dicembre 2013