

Assistenza domiciliare a confronto: Il benchmarking

Ofelia Altomare, Responsabile Infermieristica DS, staff Direzione Distretto 3, A.S.S.1 Triestina

Il Benchmarking, è uno strumento innovativo di management basato su una tecnica di “confronto”.

Il confronto, la condivisione e la diffusione delle migliori prassi di gestione, usando una metodologia scientifica, orientano i sistemi verso la qualità totale. I risultati migliori del confronto rappresentano il “benchmark” cioè il parametro di riferimento.

Benchmarking deriva da “benchmark”: un segno dell’agrimensore o topografo usato come punto di riferimento standard per misurare o valutare qualcosa.

Camp, nel 1989, definisce il Benchmarking come un processo continuo di misurazione di prodotti, servizi e prassi aziendali, mediante il confronto con i concorrenti più forti o con le aziende leader di un settore.

Nel 2002 la Scuola di Direzione Aziendale della Bocconi, ha promosso una ricerca intitolata «Progetto benchmarking nel servizio di Assistenza Domiciliare Integrata». L’iniziativa ha visto la partecipazione di venti aziende sanitarie, la maggior parte del nord e del centro Italia, tra cui l’A.S.S. n 1 Triestina, rappresentata da due Responsabili Infermieristiche in staff alle Direzioni dei Distretti.

Al centro degli studi, un raffronto scientifico – attraverso lo strumento del benchmarking - di dati e standard di ciascuna realtà. I risultati dell’analisi, la prima del genere realizzata sul fronte dell’home care a livello nazionale, sono stati davvero notevoli.

L’attività del progetto si è realizzata tra giugno e novembre del 2002; articolandosi in più incontri: le prime due giornate sono servite a trovare una definizione condivisa e accettata da tutte le aziende partecipanti dell’ADI, cioè l’assistenza domiciliare integrata e continuata (non si parla quindi né di assistenza a domicilio solo sociale, né dell’assistenza programmata svolta dai soli medici di famiglia né delle attività domiciliari estemporanee).

L’indagine si è sviluppata attraverso un questionario composto da 36 domande che raccoglievano informazioni generali sul servizio, dati sulle caratteristiche strutturali, organizzative e di processo e gli indicatori generali di risultato. I dati così raccolti sono stati quindi analizzati e discussi tra il gruppo docenti della Bocconi e gli appartenenti al network di ricerca. In questa fase è stata determinante la partecipazione al progetto di operatori dell’ADI, in quanto solo l’esperienza sul campo consente di conoscere in maniera approfondita i processi del servizio e di indicarne gli aspetti più significativi.

Al di là dei numeri l’obiettivo era di capire se l’assistenza a domicilio funzionava al meglio o se si evidenziavano settori, capacità, pratiche o procedure da migliorare.

Rispondere da soli a questi quesiti può far correre il rischio di non rilevare le reali criticità o di essere autoreferenziali; il confronto ha evidenziato inoltre una forte differenza fra le varie realtà in quanto le politiche di domiciliarità registrano diverse soluzioni da Regione a Regione o addirittura da città a città.

Si trattava quindi di trovare un linguaggio comune e di sperimentare un modello di rilevazione e di lettura dei dati di attività e di servizio da cui elaborare un sistema di indicatori che permettesse un confronto attendibile fra le diverse Aziende coinvolte nel progetto.

La ricerca ha evidenziato che la presa in carico da parte dell'ADI determina un significativo miglioramento della situazione di salute degli assistiti: la percentuale generale ha evidenziato che il 44% è migliorato o è passato a un'assistenza meno intensiva, solamente l'8% viene ospedalizzato e il 3% trasferito in struttura protetta.

L'assistenza domiciliare nella provincia di Trieste registra uno sviluppo continuo. Nel 2002, fino ai primi di novembre, sono stati infatti seguiti in forma domiciliare 13 mila 273 utenti per un totale di 68 mila 450 accessi a domicilio. Ma, al di là dei numeri, l'assistenza a casa funziona al suo meglio? O vi sono settori, capacità, pratiche o procedure da migliorare?

Un elemento importante è l'adeguatezza del servizio al territorio di riferimento. Il dato è stato misurato rapportando il numero degli utenti di età superiore ai 65 anni serviti durante l'anno con la popolazione di riferimento della stessa fascia d'età. A determinare la scelta, il fatto che nella grande maggioranza l'ADI segue persone della terza e della quarta età.

La fascia 65 – 79 costituisce infatti il 44 per cento dell'utenza mentre la fascia oltre i 79 ne rappresenta il 42 per cento. A Trieste, in particolare, i grandi anziani (quelli oltre i 65) sono il 25 per cento degli assistiti mentre la fascia 65 – 79 è presente nella misura del 18 per cento.

Il livello nazionale di copertura media è risultato del 4,6 per cento. Si tratta di un tasso elevato, se si considera che il Piano obiettivo anziani aveva indicato come riferimento del servizio domiciliare un valore del 3,5 per cento, che ha però un andamento non univoco sul territorio. Da questo punto di vista l'ASS triestina si attesta sulla media. Va comunque considerato che la realtà locale è caratterizzata da un'elevata presenza di case di riposo che, tra pubblico e privato, ospitano oggi circa 2 mila 800 anziani.

Per misurare l'efficienza del servizio, cioè la sua capacità dell'azienda di governare in modo economico le risorse, si è rapportato il numero delle ore lavoro disponibili con il numero degli accessi realizzato. Il risultato, che descrive il livello di assorbimento delle risorse per ogni accesso, risulta di 1,5 ore di lavoro per accesso ed è omogeneo per tutte le venti aziende. In questo caso Trieste è esattamente sulla linea mediana.

La tempestività del servizio è senz'altro uno dei punti di forza dell'ADI triestina. Le cure a casa da noi scattano nel giro di una giornata, a fronte di una media nazionale di 2,4 ore e a valori che in talune realtà sanitarie arrivano a cinque giorni. Ottima poi l'accessibilità. A fronte di una media nazionale di 3 mila 500 ore l'anno di apertura del servizio, l'ASS triestina propone un monte di quasi 4 mila 500 ore. A Trieste l'home care funziona infatti 12 ore al giorno, sette giorni su sette.

Il ruolo del medico di famiglia, emerge dalla ricerca, è di grande importanza per l'ADI di tutta Italia. In 66 casi su cento (media nazionale) è lui a segnalare l'utente al servizio. Tale valore è del 46 per cento a Trieste, dove il 29 per cento delle segnalazioni arriva dall'ospedale e ben il 21 per cento dalle famiglie: segno che l'attività è abbastanza nota ai cittadini e che la collaborazione con l'ospedale è buona.

Nell'ASS Triestina il medico di medicina generale interviene inoltre nella valutazione del paziente, che viene condotta in collaborazione con gli infermieri dell'ADI. L'abbinata medico-infermiere

sostituisce quelle Unità di valutazione geriatrica che in molte altre realtà presiedono all'ingresso del paziente in ADI, a tutto vantaggio della rapidità d'accesso del cittadino al servizio. L'UVD socio-sanitaria viene attivata solo nelle situazioni multiproblematiche. E la rete delle collaborazioni non si ferma qui. Il servizio triestino conta infatti su una stretta integrazione sia con le famiglie, che partecipano attivamente all'assistenza, sia con l'ospedale, con il Comune e con altre strutture.

Infine, l'esternalizzazione. L'affidamento del servizio (tutto o in parte) è una pratica ormai diffusa che non tocca però la realtà triestina dove l'home care rimane affidata alle cure di operatori ASS:

La ricerca disegna un quadro più che soddisfacente dell'home care triestino. La coscienza di fare bene era infatti da anni diffusa all'interno del servizio assieme alla consapevolezza che vi sono sempre ampi margini di miglioramento. Soprattutto sul fronte del numero di utenti in carico (più copertura rispetto alla popolazione) e dell'accessibilità, che potrebbe essere sviluppata ulteriormente con l'estensione dell'ADI da 12 a 24 ore su 24 in sinergia con altri servizi sanitari.