

## **Lo sviluppo dei servizi di assistenza ospedaliera a domicilio:**

**Francia, Canada,  
Australia, Gran Bretagna**

---

CALASS - Sabato 7 ottobre 2006 - Milano

Dott.ssa Laure COM-RUELLE, Direttrice di ricerca



# Sommario

---

- I. Problematica, definizione dell'assistenza ospedaliera a domicilio
- II. Livelli d'informazione variabili
- III. Contesto dello sviluppo
- IV. La volontà politica
- V. Le modalità di finanziamento
- VI. Il coordinamento intersettoriale
- VII. L'ancoraggio istituzionale
- VIII. Primo piano sul trattamento dei tumori
  - Chemioterapia, cure palliative
- IX. Il punto sulla valutazione medico-economica dell'assistenza ospedaliera a domicilio
- X. Conclusione



## I-1 – Problematica

---

- **Riflessione sull'opportunità di mantenere e di estendere i servizi ospedalieri a domicilio in Francia**
  - Alternativa alle cure tradizionalmente praticate in ospedale
  - Studio su richiesta della DHOS e della DSS
- **Misura delle poste in gioco**
  - Miglioramento della qualità delle cure mediche
  - Articolazione fra il territorio e l'ospedale
  - Demografia
- **Contributo degli studi sulle esperienze straniere**
  - Contesto e condizioni della loro realizzazione
  - Freni e motori del loro sviluppo
  - Scelta dei paesi secondo la letteratura disponibile nel 2003
    - rassegna della letteratura, ricerche su Internet, contatti istituzionali: alcuni limiti

## I-2 – Definizione dell'assistenza ospedaliera a domicilio (Home care)

### ■ I servizi dell'assistenza ospedaliera a domicilio

«I servizi dell'assistenza ospedaliera a domicilio si fanno carico del paziente a domicilio ed offrono trattamenti tecnici, più o meno complessi ed intensi che, in assenza dei quali, sarebbe necessario un ricovero in ospedale. »

### ■ Tre nozioni congiunte

#### 1- Sostituzione:

- totale (ricovero evitato)
- o parziale (uscita anticipata o ricovero ritardato) al ricovero in ospedale

#### 2- Natura dei trattamenti: ⇒ assistenza globale del paziente

- Cure mediche puntuali, cure di proseguimento, cure palliative, prestazioni riabilitative e di rieducazione funzionale
- Professionisti della salute + assistenti sociali + aiuto a domicilio

#### 3- Coordinamento:

- Pesantezza/complessità delle cure, operatori molteplici

### ■ Tipi di trattamenti forniti variabili

- A seconda del paese, esperienze o programmi, malati



## II – Livelli di informazione variabili

---

- Francia: molta informazione
  - Australia: 'Hospital in the home' (HITH) ben documentato
    - ☞ Nazionale: organizzazione, attività, informazioni pazienti e motivi di ricorso
    - ☞ Decentralizzazione ⇒ grande diversità di organizzazione e di finanziamento
  - Canada, Gran Bretagna: assenza di informazione centralizzata quantitativa sull'assistenza ospedaliera a domicilio
    - ☞ Informazioni frammentarie: 'extra-mural hospital', 'hospital at home'
    - ☞ Informazioni abbondanti: 'home care', 'home health care' ≈ assistenza domiciliare in generale, fra cui alcuni servizi di assistenza ospedaliera a domicilio come le cure di riabilitazione
- ↳ I paesi che registrano un tasso più basso di pubblicazioni offrono la visione di uno sviluppo più limitato dell'assistenza ospedaliera a domicilio nel campo delle cure ospedaliere acute e intensive

## III – Contesto dello sviluppo

### Domanda e offerta di cure ospedaliere

- Il grado di tecnicità e di acuità delle cure varia
- Francia e Gran Bretagna: popolazione anziana e densità territoriale  
≠ Australia e Canada
- La pressione esercitata sui letti ospedalieri è determinante
- ✓ **Gran Bretagna:** affollamento dei letti per cure acute (liste d'attesa)  
⇒ bassa tecnicità dell'assistenza ospedaliera a domicilio
- ✓ **Canada:** inizio id. Gran Bretagna ⇒ bassa tecnicità dell'assistenza ospedaliera a domicilio poi forti compressioni di letti per cure acute ⇒ estensione alle cure ospedaliere acute
- ✓ **Australia:** insufficienza di offerta di «cure acute» (liste d'attesa)  
⇒ cure altamente tecniche in assistenza ospedaliera a domicilio sin dall'inizio
- ✓ **Francia:** emergenza come in Australia ⇒ cure acute e puntuali per pazienti oncologici poi estensione come in Gran Bretagna ⇒ cure continue e cure di proseguimento e rieducazione
- ↪ **Gran Bretagna & Canada:** assistenza ospedaliera a domicilio = malati cronici o persone anziane (informazioni frammentarie)
- ↪ **Francia (HAD) & Australia (HITH):** assistenza ospedaliera a domicilio = cure acute prima di cure di proseguimento e rieducazione (sostituto totale o parziale)



## IV – La volontà politica

---

### ■ **Australia (HITH): forte volontà politica di sviluppo dell'assistenza ospedaliera a domicilio (1990 e +)**

→ sperimentazioni, studi di valutazione, raccolta di informazioni, cambiamenti legislativi

⇒ HITH = 4% dei letti di ospedalizzazione acuta

### ■ **Canada & Gran Bretagna: risposta ai vincoli imposti dal sistema**

☞ **Canada:** compressione del budget → chiusura di letti per cure acute

Una sola e autentica assistenza ospedaliera a domicilio a New Brunswick

☞ **Gran Bretagna:** le autorità locali devono rimborsare i giorni di ricovero «inutili»

Dagli anni '70 alla fine degli anni '90: alcuni programmi di assistenza ospedaliera a domicilio in particolare in chemioterapia

### ■ **Francia (HAD): freni importanti azionati di recente & primi incentivi**

«Tasso di cambio» abolito

Tariffazione ad attività in ospedalizzazione a domicilio (T2A)

Risorse supplementari per le cure palliative

SROS 3 nel 2006

⇒ HAD: 4000 posti = 2,3% dei letti di ospedalizzazione acuta nel 2000

→ 8000 posti nel 2005 e 15000 posti nel 2010

## V-1 – Le modalità di finanziamento (1)

= Fattore essenziale di riuscita

### ■ Finanziamenti iniziali e a più lungo termine

Costi di investimento alla creazione, costi di sviluppo, poi finanziamento adeguato

### ■ Coerenza con il finanziamento del sistema di cure

Esiste un trasferimento di spesa?

L'assistenza ospedaliera a domicilio è un sostituto o un servizio aggiuntivo?

L'assistenza ospedaliera a domicilio ha un ancoraggio ospedaliero?

- Se sì ⇒ presa in considerazione dell'assistenza ospedaliera a domicilio determinante

### ■ Il costo medico è dipendente dal contesto, dai protocolli di cura e dagli aspetti organizzativi

es. Chemioterapia

- ☞ Costo medio giornaliero in favore dell'assistenza ospedaliera a domicilio
- ☞ Se ragionamento in costo marginale:  
talvolta il costo creazione posto assistenza ospedaliera a domicilio > costo di un paziente supplementare in letto di ospedalizzazione completa



## V-2 – Le modalità di finanziamento (2)

### Esempi

- In genere ⇒ Trasferimenti di oneri finanziari verso sfera privata  
⇒ Disparità di accesso all'assistenza ospedaliera a domicilio

#### 1- Prestazioni mediche in più

##### □ Francia (Com- Ruelle, 2003)

Tutte le prestazioni mediche devono essere comprese nella tariffa di ospedalizzazione a domicilio (T2A)

##### □ Australia (Shanahan, 2001)

Es.: Compito di supervisione dei liberi professionisti non retribuito ⇒ limita la loro partecipazione

Freni identificati ⇒ cambiamenti legislativi

##### □ Canada: assistenza ospedaliera a domicilio ≠ «servizi essenziali» ⇒ non coperti dalla Legge sanitaria canadese

Es. = materiale e farmaci (idem Gran Bretagna) ± ben coperti da Provincia (idem Gran Bretagna)

⇒ legge e impegno 2004 per coprire le cure acute a domicilio al 1° dollaro entro il 2006

#### 2- Prestazioni sociali in più

Es. Aiuto domestico: non coperto (Canada) o in base al reddito (Gran Bretagna, Francia)

Es. Lavoro degli aiutanti informali mai preso in considerazione (tutti i paesi)



## VI – Il coordinamento intersettoriale

---

### ■ **Coordinamento Ospedale/ Ambulatorio/ sociale** ⇒ « **Sportello unico** »

#### 1- Un solo operatore valuta le esigenze mediche e sociali e mobilita gli attori

☞ Talvolta manca di comunicazione

□ **Es. Québec** (CLSC): criteri di eleggibilità cliniche esclusivamente,  
nessun riferimento alle risorse disponibili a domicilio

☞ Mancanza di formazione dei professionisti, dei pazienti e degli aiutanti

#### 2- Finanziamento congiunto del sanitario e del sociale secondo logiche appropriate

□ **Australia** (Stato di Victoria): finanziatore unico per l'assistenza ospedaliera a domicilio

□ **Canada**: servizi sanitari comunitari correnti e sociali «integrati»

□ **Gran Bretagna** : National Health Service & autorità locali ⇒ messa in comune dei mezzi umani e dei budget (2000)

□ **Francia**: l'ospedalizzazione a domicilio garantisce un'assistenza globale  
⇒ aiuto domestico talvolta finanziato dal Servizio sanitario nazionale

## VII – L'ancoraggio istituzionale e l'accettabilità dei programmi

### ■ Grande diversità secondo i paesi e le regioni

- ❑ Francia: prima di T2A, ospedali pubblici non incoraggiati a sviluppare l'ospedalizzazione a domicilio
- ❑ Australia: la fattibilità dell'assistenza ospedaliera a domicilio dipende dall'accettabilità del personale ospedaliero
- ❑ Gran Bretagna: la fattibilità dell'assistenza ospedaliera a domicilio dipende dall'accettabilità dei professionisti ospedalieri
  - ☞ Ostacoli allo sviluppo se l'assistenza ospedaliera a domicilio non sono ospedalieri
- ❑ Canada: assistenza comunitaria ⇒ problemi di coordinamento
  - ☞ eccetto programma di cure extra muros del New-Brunswick: autonomo

### ☞ L'ancoraggio istituzionale ha un impatto quando:

- ⇒ esiste concorrenza nell'offerta
- ⇒ comporta un trasferimento di responsabilità da un professionista all'altro

## VIII-1 – Assistenza pazienti oncologici in Francia

■ **2003: creazione del Piano Tumori dell'Istituto Nazionale dei Tumori**

■ **La metà dei pazienti in ospedalizzazione è affetta da tumore**

I protocolli principali (PP) più frequenti:

● **Chemioterapia** → 22% dei PP fra le ammissioni in ospedalizzazione a domicilio

- ✓ Studi di soddisfazione, studi di costi
- ✓ Complicazione del circuito del farmaco

● **Cure palliative (CP)** → 18% dei PP fra le ammissioni in ospedalizzazione a domicilio

- ✓ Misure incentive per lo sviluppo
- ✓ Unità ospedaliere, unità mobili, ospedalizzazione a domicilio, reti
- ✓ Definizione estesa delle cure palliative a domicilio

↳ Gli incentivi per le cure palliative riflettono la volontà politica di svilupparle; tuttavia, il prezzo elevato accordato al GHS Chemioterapia in day hospital crea un incentivo a tenere i pazienti in ospedale, mentre GHT in ospedalizzazione a domicilio è decisamente meno valorizzato.

## VIII-2 – Assistenza pazienti oncologici in Australia

Pazienti oncologici = primi beneficiari dello sviluppo dell'assistenza ospedaliera a domicilio e delle cure palliative (idem Francia)



### **La Chemioterapia**

→ 1° motivo di ricorso all'assistenza ospedaliera a domicilio generalista o specializzata

- Soddisfazione dei pazienti, ↘ infezioni nosocomiali, importanza della formazione del personale curante
- Alcune resistenze al cambiamento di organizzazione legate alla mentalità



### **Le cure palliative (CP)**

- Definizione estesa
- Incentivi politici e finanziari allo sviluppo
  - Peso del tumore : 9 pazienti su 10 nel 1998 ;  
20% dei decessi per cancro nel 2000 vs 5% nel 1981 ;  
più giovani a livello comunitario (ruolo dell'ambiente familiare)



**L'importanza dei servizi di cure comunitarie di chemioterapia**

**e delle cure palliative dimostra una volontà di intervenire sul luogo di vita abituale del paziente (anche in zona rurale) ed è una testimonianza del loro successo.**

## VIII-3 – Assistenza ai pazienti oncologici in Canada

**Il tumore è la causa del 30% della mortalità globale**

### ● **La chemioterapia**

Letteratura quasi inesistente, nessuna base dati, luogo di cura non sempre reperibile

- Dispensata in ospedale, nei centri locali di cure comunitarie, a domicilio (per via orale)
  - ✓ Costo dei farmaci non finanziato a domicilio dalla Legge sanitaria canadese
- Alcuni programmi identificati

### ● **Le cure palliative**

Organizzazione vicina alla Francia: letti, unità, reti di città (nozione di 'cure di proseguimento')

- Definizione estesa
- Diversi luoghi possibili: spesso a domicilio (équipe pluridisciplinare specializzata)
- Freni allo sviluppo di servizi coordinati e integrati:
  - solo il 10% dei canadesi ha accesso alle cure palliative a domicilio

⇒ **Finanziamento = freno principale; la Commissione Romanov migliora questo punto (2004)**

→ **Cure palliative nella Legge sanitaria canadese nel 2004: 89,3 milioni di \$, pazienti la cui prognosi < 6 mesi**

## VIII-4 — Assistenza pazienti oncologici in Gran Bretagna

- Organizzazione basata sulle reti (5 modelli);  
Chemioterapia non basata sulle cure a domicilio
- NHS Cancer Plan 2000: 34 reti nel 2004, assistono ¼ dei pazienti  
→ prevenzione, trattamento, cure palliative (piano di trattamento)
- **La chemioterapia** → Mancanza di dati in cifre sulla chemioterapia a domicilio
  - ✓ Alcune compagnie private a scopo di lucro offrono questo servizio agli ospedali del Servizio Sanitario Nazionale
- **Le cure palliative** → Fitta rete sul territorio, ma penuria in tutti i settori
  - Diversi tipi di struttura possibili
  - Variazioni molto forti fra le diverse regioni
    - ↳ Il Servizio Sanitario Nazionale prevede di investire 50 milioni di sterline nelle cure palliative specialistiche entro il 2004
- ↳ **Chemioterapia: poco spazio a domicilio**  
→ resistenza degli oncologi, mancanza di formazione
- ↳ **Cure palliative: 3 strutture su 10 sono équipe di cure a domicilio, trattano più di un 1/3 dei pazienti in cura palliativa all'anno, quasi tutti affetti da tumore**

## IX – Il punto sulla valutazione medico-economica estesa ad altri paesi

### ■ Cure acute, chemioterapia e cure palliative

#### ■ Risultati qualitativi positivi

- Medici (mortalità, rischi di contrarre altre patologie, qualità di vita); soddisfazione dei pazienti

#### ■ Risultati economici dipendenti dal contesto

- Se sostituto **totale** delle cure acute: costo dell'episodio inferiore in assistenza ospedaliera a domicilio
  - Ma il risultato dipende dal contesto (dimensioni, tasso d'occupazione)  
⇒ occorre talvolta ragionare in costo marginale
- Se sostituto **parziale** di cure acute: risultato meno netto poiché dipende da:
  - Durata totale dell'episodio di cura (ospedalizzazione + assistenza ospedaliera a domicilio)
  - Patologie
- Conclusioni non applicabili alla Francia
- Bilancio ANAES nel 2004 sulla chemioterapia: favorevole all'ospedalizzazione a domicilio
- Caso delle cure palliative: pochi studi comparativi,  
→ maggiore soddisfazione per un costo equivalente o inferiore

⇒ **Impatto importante del contesto locale ⇒ identificare i fattori risorse localmente**

⇒ **Qualsiasi cambiamento o riforma coinvolge l'intero sistema di cura**

⇒ **La volontà politica deve esprimersi (es. privilegiare le cure di prossimità)**





# Conclusione

---

- **Importanza del ruolo del progresso medico e tecnico +++**
- **Deficit**
  - Cattiva conoscenza del sistema
  - Mancanza di comunicazione città/ospedale
  - Necessità di formazione dei medici generici, del personale paramedico, dei pazienti e dell'entourage (aiutanti informali)
- **Domanda**

Pericolo di costringere l'assistenza ospedaliera a domicilio in una definizione troppo rigida?
- **Prospettive**
  - Accrescere l'elasticità del sistema delle cure graduate,
  - Adattarsi alle esigenze legate alla demografia,
  - Adattarsi ed integrare i progressi terapeutici in tempo reale

**Pour en savoir plus : <http://www.irdes.fr/>**

## **International**

### **QES IRDES n° 91, série analyse, décembre 2004**

**Le développement des services de soins hospitaliers à domicile : éclairage des expériences australienne, britannique et canadienne**, *Karine Chevreul, Laure Com-Ruelle, Fabienne Midy, Valérie Paris*

→ *Rapport complet paru en 2005 ;*

→ *Rapport sur les aspects d'évaluation économique à paraître*

### **Biblio CREDES 1045, octobre 1994**

**L'hospitalisation à domicile : un tour d'horizon en Europe, aux Etats-Unis et au Canada**, *Nadine RAFFY*

## **France**

### **QES IRDES n°77, série résultats, décembre 2003**

**Indicateurs d'état de santé des patients hospitalisés à domicile (ENHAD 1999-2000)**, *Laure Com-Ruelle, Emmanuelle Lebrun*

### **QES n°67 IRDES, série analyse, et Rapport IRDES N°1484, juin 2003**

**Le coût de prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD)**

*Anne Aligon, Laure Com-Ruelle, Thomas Renaud, Emmanuelle Lebrun*

### **Rapport CREDES N°958, février 1993**

**Le fonctionnement des services d'H.A.D. : évolution 1980 – 1992**, *Laure Com-Ruelle, Nadine RAFFY*

### **Rapport CREDES N°998, 1994**

**Quel avenir pour l'hospitalisation à domicile ? Des freins et des facteurs en faveur de son développement**, *Laure Com-Ruelle, Nadine RAFFY*

### **Biblio CREDES 1003, 1994**

**La place des cancers en H.A.D. en 1991/1992, son évolution depuis 1982 et les perspectives**, *Laure Com-Ruelle*

### **Biblio CREDES 1007, 1994**

**Les patients hospitalisés à domicile en 1992**, *Laure Com-Ruelle, Nadine RAFFY*

**Merci de votre attention !**

