



a cura di
Dr. Giovanni Bisignani
Direttore UOC Cardiologia
ed UTIC Ospedale Castrovillari

l'Ora della Salute

Chiedete allo specialista

Inviare le vostre domande a proposito dei temi trattati in questa pagina a giovanni.bisignani@calabriaora.it. Riceverete risposta per mail o, in forma anonima, nel prossimo numero del giornale.

ASSISTENZA DOMICILIARE: QUANDO E PERCHÉ

L'assistenza Domiciliare è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come " **La possibilità di fornire presso il domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione**".

Le parole cure domiciliari coniugano un insieme di interventi socio-sanitari rivolti alle persone anziane malate non più autosufficienti o ai pazienti in fase terminale per malattia neoplastica o per altre patologie.

L'Italia è al secondo posto tra i paesi più longevi del nostro pianeta con una percentuale degli over 60 del 24,5%. In relazione all'invecchiamento della popolazione la politica sociale e sanitaria si sta orientando verso questo tipo di assistenza, economicamente più vantaggiosa, che esplica la sua funzione, al di fuori dell'ospedale, a domicilio della persona.

Gli anziani definiti come coloro che hanno 65 anni di età ed oltre, rappresentano la fascia della popolazione ad alto rischio di malattia e di disabilità.

La non autosufficienza e di conseguenza la disabilità, crescono al crescere dell'età: da 70 ai 74 anni è pari al 9,7%, dai 75 ai 79 anni quasi raddoppia (17,8%) e raggiunge il 44,5% all'ottavo decennio.

All'aumentare della disabilità ecco evidenziarsi per le famiglie il problema dell'assistenza socio-sanitaria che si è cercato di risolvere individuando nelle cure domiciliari una valida alternativa al ricovero in ospedale o in R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistita). Nell'ambito del S.S.N. nell'evoluzione strutturale di questa assistenza si è passati dall'elaborazione e messa in opera di semplici progetti regionali di assistenza agli anziani ad Unità Operative e Servizi veri e propri nelle aziende sanitarie con in dotazione proprie risorse strutturali, strumentali e umane.

Il percorso attuale nei servizi domiciliari prevede un collegamento tra gli Enti titolari delle prestazioni socio-sanitarie assistenziali in modo da gestire in maniera integrata il bisogno di salute del cittadino nell'ambito dei servizi a lui rivolti. In particolare sono stati sottoscritti accordi di programma fra l'ente Comunale che eroga le prestazioni soprattutto sociali e di assistenza alla persona e il Distretto sanitario che eroga le prestazioni sanitarie attraverso le figure di Medico, Infermiere, Fisioterapista, Psicologo. L'assistenza domiciliare, componente del welfare regionale e locale, è comprensiva di diverse tipologie di assistenza che si articolano in vari livelli, diversificati in base alla loro mag-



giore o minore intensità assistenziale, al numero e alla competenza professionale specifica degli operatori coinvolti, al profilo della persona a cui si rivolgono, alla modalità di lavoro degli operatori, e infine al livello operativo territoriale ed integrato coinvolto. Nell'ambito locale i servizi domiciliari comprendono ed offrono 4 tipologie di assistenza:

1. S.S.A.D. Servizio Socio-Assistenziale Domiciliare in caso di un bisogno esclusivamente di tipo sociale, è soddisfatto dagli operatori dell'ente comunale e consiste in particolare di Aiuto nelle attività di cura della persona, Aiuto nella gestione della casa, Promozione della vita di relazione, Segretariato sociale.

2. C.P.P.O. Cure Domiciliari Prestazionali Occasionali in caso di un bisogno clinico-sanitario occasionale. Tale bisogno viene soddisfatto, là dove esiste, dal Servizio Infermieristico Territoriale Distrettuale insieme al Medico di Base del malato.

3. A.D.P. Assistenza Programmata Domiciliare in caso di bisogni semplici di assistenza primaria per pazienti che per malattie non possono recarsi all'ambulatorio del proprio medico.

Viene soddisfatta dal medico curante con accessi programmati e concordati con il distretto sanitario.

C.D.I. già A.D.I. Cure Domiciliari Integrate quando il bisogno assistenziale espresso è complesso e richiede interventi socio-sanitari. Questo bisogno per essere soddisfatto richiede l'integrazione fra i servizi sociali comunali e i servizi sanitari aziendali. L'organizzazione, inoltre, prevede il coinvolgimento di risorse aggiuntive quali le famiglie e le associazioni di volontariato. Al bisogno sono coinvolte anche le risorse ospedaliere. In particolare prevede:

- Prestazioni mediche generali
- Prestazioni infermieristiche
- Prestazioni riabilitative
- Prestazioni socio-assistenziali
- Prestazioni specialistiche
- Prestazioni di supporto psicologico

Il modello organizzativo di integrazione nella ASP di Cosenza prevede nel regolamento da poco recepito, per come verrà descritto di seguito, l'attivazione del P.U.A. (Punto Unico di Accesso) che con le sue articolazioni di front-office e di back-office si collega alla rete dei servizi.

Il percorso di accesso da parte del cittadino prevede tre fasi:

la prima è la fase di presentazione della richiesta di bisogno

di assistenza, redatta generalmente dal medico di Base su appositi modelli, al front-office. La richiesta è formalizzata dal cittadino nella sede del proprio Comune di residenza presso lo sportello del P.U.A.

Il front-office è la figura che ha la funzione di accogliere, di orientare il cittadino, di decodificare la richiesta secondo il bisogno rilevato. Dà l'avvio alla presa in carico del paziente ricordandosi con il back-office. Il back-office rappresenta la figura di collegamento fra il front-office e l'Unità di Valutazione Multidimensionale. Infatti riceve dal front-office la richiesta, la valuta, concorre ad individuare l'ambito più appropriato per il soddisfacimento del bisogno del malato, indirizza il paziente verso le 4 tipologie di assistenza domiciliare sopra descritte.

La Seconda e la fase dell'intervento dell'U.V.M.

Le situazioni più complesse, che richiedono l'intervento di diversi servizi e soggetti, comportano una valutazione a cura della competente commissione, denominata Unità di Valutazione Multidimensionale, composta da figure sanitarie e sociali fra cui il Case Manager (responsabile del caso), che certificano il grado di non autosufficienza del cittadino e predispongono il piano assistenziale individualizzato integrato. Le figure professionali che compongono l'equipe Multidisciplinare sono: Medico di famiglia che ha un ruolo fondamentale, poiché conosce da sempre il paziente e la sua storia clinica, medici dirigenti aziendali, medici specialisti, infermieri, terapisti della riabilitazione, psicologi, assistenti sociali, familiari che formano un gruppo operativo, il quale lavora con l'obiettivo comune di fornire la corretta assistenza domiciliare alla persona considerandola in modo sistematico nella sua totalità di essere umano. Alla base c'è l'idea che la salute coinvolge tutti gli aspetti dell'esistenza umana e la famiglia non è più soggetto passivo, ma diventa attivo al fine di mantenere, di promuovere e recuperare la salute interagendo con il sistema formale dei servizi.

Per ottenere questo obiettivo occorre essere in grado di comunicare, rapportarsi agli altri senza confusione di ruoli, tenendo conto delle risorse necessarie e delle capacità relazionali dei diversi attori. Questa attività di tipo relazionale deve portare ad una comunicazione operatore-utente-famiglia che sia nello stesso tempo efficace ed efficiente.

La terza è la fase di attivazione dell'U.O. o Servizio C.D.I.

Una volta che è stato definito il PAI,

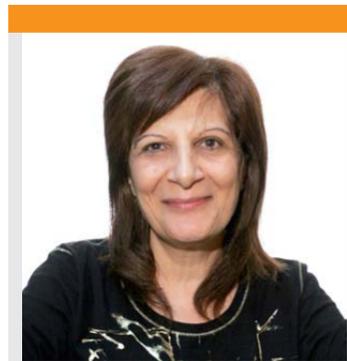
il Case Manager si rapporta con il Servizio C.D.I. per l'attivazione dell'assistenza Domiciliare e la presa in carico dell'ammalato. Il P.A.I. è periodicamente monitorato con un'attenta valutazione di verifica della congruità dell'assistenza erogata con i bisogni effettivi dell'utente e se necessario si provvede a modificare gli interventi.

L'assistenza domiciliare è modello di organizzazione orizzontale del lavoro, permette l'attivazione di una pluralità di interconnessioni, favorisce il confronto e lo scambio di esperienze fra gli operatori ed un arricchimento diffuso con una maggiore crescita professionale e culturale. Si sviluppa in una logica di team-work, una maggiore responsabilizzazione dell'operatore nonché un suo maggiore coinvolgimento nell'organizzazione del lavoro.

Al capezzale dell'assistito l'operatore sanitario si trova da solo, si espone in prima persona affidandosi al proprio bagaglio tecnico, a volte con la consapevolezza di contare solo su sé stesso per ciò che riguarda le proprie azioni e le relative responsabilità. Un ambiente, quello domiciliare, in cui conta non solo la professionalità di chi opera, ma anche il rapporto che si instaura tra operatore sanitario e paziente/nucleo familiare.

E' proprio in questo rapporto che il malato anziano o terminale può nella sua casa maggiormente accettare la disabilità, la malattia e ritrovare maggior beneficio alla cure che gli vengono proposte ed effettuate poiché questo modello di assistenza è più vicino e più corrispondente alle esigenze del singolo paziente.

Le cure domiciliari prevengono il ricovero e, in generale, l'uso inappropriato delle strutture ospedaliere, riducono il prolungamento improprio della degenza e il tasso di istituzionalizzazione conseguente a un ricovero, producono risultati significativi in termini di qualità della vita garantendo un maggiore comfort e la presenza dei familiari accanto al paziente, un maggiore coinvolgimento nelle decisioni e un miglioramento del benessere psicologico, consentono di ritardare il declino funzionale e aumentare la soddisfazione di pazienti e familiari.



Dott.ssa Ester Giudice
Dirigente medico
A.S.P.-Cosenza.