

IL DISTRETTO, LE CURE DOMICILIARI E LE CURE PALLIATIVE

Note di C.Contratto

L'O.M.S. nel documento " Health 21- health for all in the 21 st century" definisce strategie di Salute per Tutti (STP) attraverso l'identificazione di 21 obiettivi (o Traguardi). In tutta la regione Europea vi sono state modificazioni demografiche, economiche, politiche e sociali (es. invecchiamento popolazione, aumento dei livelli di povertà e di disoccupazione, movimenti migratori) che hanno provocato un aumento della domanda di servizi sanitari con relativo aumento dei costi legati alla spesa sanitaria.

Ciò ha indotto in diverse nazioni a riformare l'organizzazione dei sistemi sanitari, introducendo elementi di concorrenza nei servizi sanitari, diversi meccanismi di pagamento (es. DRG), la separazione dei ruoli tra acquirente (organo che agisce il ruolo di TUTELA della salute dei cittadini) e PRODUTTORE (organo che produce le prestazioni sanitarie).

" Benchè in molti paesi le intenzioni politiche comprendano il riorientamento verso l'assistenza primaria, tali intenzioni non si riflettono nella pratica".

In molti stati l'attenzione è ancora troppo orientata all'assistenza curativa, i servizi sono frammentari sia in senso orizzontale che verticale, il ruolo della popolazione nell'autocura non è sufficientemente riconosciuto.

OBIETTIVO STP n° 15 " Un sistema sanitario integrato"

Entro l'anno 2010 , la popolazione della Regione dovrà avere maggiore accesso all'assistenza primaria orientata alla famiglia e alla comunità e supportata da un sistema ospedaliero flessibile e rispondente. In particolare :.....15.2 almeno il 90% dei paesi dovrà avere medici di famiglia ed infermieri che lavorino al centro di questo servizio integrato di assistenza primaria, utilizzando équipes multiprofessionali provenienti dalla sanità, dal sociale e da altri settori, coinvolgendo le comunità locali.

Le strategie proposte dall'OMS per il raggiungimento dell'obiettivo 15 è la priorità da dare all'assistenza primaria, che deve essere integrata con la assistenza secondaria e terziaria .

Per assistenza primaria ci rifacciamo al concetto di " Assistenza Sanitaria di Base" esplicitato dall'OMS nella sempre attuale Conferenza di Alma Ata, dove per "base o primo livello" intendiamo ,come in edilizia ,la base solida senza la quale non può essere costruito il secondo livello (specialistico) ed il terzo livello (superspecialistico, molto costoso, riguardante un numero limitato di cittadini).

Pertanto la valutazione dei bisogni di salute della popolazione , necessaria alla pianificazione di servizi sanitari, deve poggiare su dati epidemiologici, così come la progettazione di interventi su casi singoli deve prevedere un'analisi multidimensionale (autosufficienza, condizioni cliniche, condizioni sociali) del bisogno. L'assistenza deve essere maggiormente orientata alla famiglia, in quanto unità base della società, e valorizzare il contributo che la popolazione può apportare alla propria salute (autocura).

CHE COSA SUCCEDDE IN ITALIA.

Nel nostro paese si sono succedute una serie di riforme sanitarie che hanno portato sia il concetto di divisione tutela/produzione, sia l'affrontare il problema della spesa sanitaria con introduzione dei DRG e con la ricerca di maggiore appropriatezza (es. con la costruzione di RSA in alternativa al ricovero ospedaliero qualora non siano possibili le cure domiciliari).

Da una fase " assistenziale-riparativa " degli anni '70, caratterizzata da un forte orientamento alla cura, siamo passati alla fase di " deistituzionalizzazione" degli anni '80, caratterizzata dalla spinta (es.L.180 per la psichiatria) al rientro delle persone in seno alla collettività; negli anni 90 ci sono stati forti movimenti per la deospedalizzazione (grosso impulso alle cure domiciliari, es. prima definizione dell'ADI nell'Accordo Nazionale Collettivo per i Medici di Medicina generale); ci stiamo avviando alla fase delle cure di comunità e dei servizi di prossimità ,cioè a servizi primari forti, portati dove le persone vivono, di sostegno e non di sostituzione al ruolo di autocura esercitato dai nuclei famigliari , fortemente integrati con servizi di 2° livello attraverso il disegno di una rete organizzata ????

IL DL 229/1999 "Norme per la razionalizzazione del servizio Sanitario Nazionale" definisce per ogni Azienda Sanitaria Locale 3 livelli essenziali di assistenza , che sarebbe meglio definire le tre macroaree dell'assistenza sanitaria

1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro
2. Assistenza distrettuale
3. Assistenza ospedaliera

Il termine *Distretto* è mutuato dall'inglese " district", cioè l'unità amministrativa di base del territorio (ciò che potrebbe essere il nostro piccolo comune o la Circostrizione amministrativa di una città e contiene pertanto in sé il concetto di assistenza portata in un'area territoriale ben definita , al fine di raccogliere le caratteristiche del bisogno sanitario specifico di quella popolazione per rispondere in modo proprio, nonché per permettere la partecipazione democratica dei cittadini alla gestione della salute.

Il DL 229 identifica il Distretto come articolazione territoriale dell'ASL, dotata di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria , che assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi quelli ospedalieri. La dimensione minima del Distretto è di 60.000 abitanti, salvo diversa indicazione regionale.

La funzione del Distretto è perciò di Tutela (analisi dei bisogni di salute della popolazione di riferimento ed acquisizione di produzione per la risposta) , nonché di produzione diretta (es. attraverso il Dipartimento territoriale); pertanto il distretto, nel suo ruolo di tutela, può essere immaginato come la linea che congiunge due versanti : quello della domanda di salute e quello delle attività in risposta alla domanda.

Il Distretto è " il direttore d'orchestra" che regola le risorse assegnate alle attività produttive e promuove l'integrazione fra le diverse unità per ottimizzare la risposta al cittadino. Questa funzione è svolta attraverso la definizione del " Programma delle Attività Territoriali" , piano delle attività basato sul principio dell'intersettorialità degli interventi e proposto dopo aver sentito il Comitato dei sindaci di Distretto (o Comitato dei Presidenti di Circostrizione).

Il Distretto garantisce :

- a- *assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale attraverso il coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e domicilio, tra Medici di Medicina generale, Pediatri di Libera Scelta , servizi di guardia medica e presidi specialistici ambulatoriali*
- b- *Il coordinamento dei MMG e PLS con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate*

c- *L'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione (attività finalizzate alla promozione della salute, rimozione e contenimento di esiti invalidanti, es. programmi di assistenza per disabili o di prevenzione del disagio adolescenziale) E le prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni (attività sociali che supportano la persona il cui stato di bisogno, disabilità o emarginazione influisce sullo stato di salute).*

Il Distretto garantisce alla popolazione servizi di :

assistenza specialistica ambulatoriale

attività-servizi per la prevenzione cura delle tossicodipendenze

attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, delle donne e della famiglia

attività e servizi rivolti a disabili o anziani

attività di assistenza domiciliare integrata

attività servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

Se il Distretto riesce ad essere pienamente operativo nelle sue funzioni, allora i servizi potranno essere realmente integrati per dare una risposta appropriata ai bisogni di salute (intesa in senso olistico) emergenti .

A proposito di Livelli Essenziali di Assistenza (LEA): non sono le macroaree di intervento della ASL, bensì i limiti posti dallo Stato sulle prestazioni sanitarie erogabili dalle ASL ai cittadini ; un esempio del significato di LEA sono i farmaci in commercio a pagamento completo o parziale del cittadino, piuttosto che l'esclusione di alcune prestazioni odontoiatriche dal servizio pubblico.

Il 29-11-2001 con DPCM n° 26 l'Italia ha identificato i L.E.A. (che potranno comunque essere in futuro rivisti) , eliminando o limitando alcune prestazioni a situazioni particolari (es. alcune terapia fisiche) ; nel macro livello dell'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, le prestazioni di “ aiuto infermieristico e assistenza tutelare della persona”, quindi le prestazioni fornite al cittadino da ADEST/OTA/OSS in programmi di cura domiciliare , saranno per il 50% a carico del SSN ed il restante 50% a carico dell'utente o del Comune (ciascuno tragga le sue conclusioni !).

D.G.R. N° 41 del 7-5-2002 “ LINEE GUIDA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI NELLE ASL DELLA REGIONE PIEMONTE”

Cure domiciliari : modalità di assistenza sanitaria e sociale erogata al domicilio del paziente in modo continuo ed integrato, al fine di fornire cure appropriate da parte del MMG e di altri operatori (infermieri, medici, terapisti riabilitazione, operatori sociali) dei servizi territoriali ed ospedalieri e delle associazioni di volontariato, secondo le necessità rilevate.

Obiettivi delle C.D.:

- ◆ Migliorare qualità di vita
- ◆ Supportare care givers (family, informal, formali)

Nella DGR si pone l'accento in modo deciso al domicilio come luogo idoneo (qualora esistano i presupposti necessari) alle cure: un ritorno al “ territorio”, nella comunità, nella famiglia.

Il ruolo degli operatori dei servizi di cure domiciliari è fortemente orientato ad una professionalità caratterizzata non tanto dalla capacità di sostituirsi alla persona-famiglia, quanto al ruolo di guida, educazione e sostegno alla famiglia curante, nonché al ruolo di attivatore delle risorse presenti nella rete familiare-sociale (lavoro di rete).

Presupposti per l'attivazione delle C.D.:

- ◆ presa in carico da parte del medico curante
- ◆ consenso paz-famiglia
- ◆ presenza di rete familiare o di aiuto informale
- ◆ condizione abitativa idonea
- ◆ idoneità del domicilio come sede di interventi sanitari e assistenziali (è ovvio che alcune situazioni di cura richiedono luoghi diversi dal domicilio, es. infusione di chemioterapici).

Postulati necessari alla riuscita del progetto :

- ◆ attivazione della rete dei servizi
- ◆ integrazione sociale/ sanitario e sanitario territorio/ospedale
- ◆ rafforzamento della rete familiare e di aiuto
- ◆ strumenti di valutazione-miglioramento qualità
- ◆ formazione/valorizzazione competenze professionali

Il Modello Organizzativo delle Cure Domiciliari

Le Cure Domiciliari sono una struttura organizzativa integrata , unità produttiva collocata nel Dipartimento Territoriale.

Livelli di responsabilità :

- 1- DISTRETTO –Attraverso il piano delle attività territoriali, le convenzioni ASL/Ente Gestore delle funzioni Socio-assistenziali, la promozione del raccordo fra servizi diversi mediante identificazione di percorsi assistenziali o procedure di raccordo fra diverse unità operative(compiti dell' Ufficio di Coordinamento Attività Distrettuali), predispone la possibilità di funzionamento della struttura di C.D.
- 2- s.CD : **livello Direttivo** (definizione di strategie, proposta e gestione di convenzioni, definizione di procedure e protocolli, monitoraggio dell'attività e dei costi, valutazione della qualità, lettura dei bisogni formativi degli operatori)
livello operativo suddiviso in :
 - A-Centrale Operativa : punto di raccolta di tutta la richiesta di interventi domiciliari, sanitari e sociali, attivo per 12 h/die festivi compresi, ; valuta le richieste ed attiva entro 24 ore i percorsi sanitari ed assistenziali appropriati, in base a protocolli predefiniti; attiva e gestisce i rapporti , secondo protocolli concordati, con altre strutture (per le Dimissioni Protette, per l'attivazione del Volontariato, le Unità di Valutazione - UVG, UVH,UVM); produce i report necessari al livello direttivo.
 - B- Unità Periferiche di Erogazione: attive 12 ore al giorno, concordano e valutano in équipe i piani di assistenza individualizzati , erogano le prestazioni mantenendo idonea documentazione.

I Livelli di intensità delle Cure

Si supera il preesistente caos delle sigle (ADI, ADP, SID,SAD,ADPO,OD...)andando ad identificare 3 livelli di intensità del bisogno (a cui ovviamente corrispondono diverse intensità di cura).

Attraverso una valutazione multidimensionale e multiprofessionale basata su strumenti univoci (IADL, ADL, DISCO, CIRS, SK Rilevazione sociale, PS Karnofski) si definiscono tre livelli di intensità delle cure sanitarie e tre livelli di intensità delle cure socio-assistenziali :

codice verde = bassa intensità .Necessitano di interventi programmati, medici, infermieristici o di ADEST, con cadenza mensile o quindicinale o settimanale, per un lungo periodo di presa in carico.

codice giallo = media intensità .Definita anche ADI di I° livello, identifica situazioni con bisogno di interventi sanitari-assistenziali almeno settimanali per periodi medio-lunghi

codice rosso = alta intensità o Adi 2° livello. Richiedono interventi coordinati ed intensivi per periodi generalmente medio-brevi, con elevato carico del care-giver. Possono essere attivati , nella rete dei servizi, interventi domiciliari specialistici gestiti da U.O.Cure Palliative o Servizi di Ospedalizzazione Domiciliare.

Il significato dei codici colore è addivenire in modo omogeneo per la realtà piemontese ad un “ peso assistenziale” delle diverse situazioni, che rende confrontabili i dati fra realtà diverse ed offre uno strumento per la valutazione dei carichi di lavoro del personale.

Le Cure Domiciliari e le Cure Palliative.

Laddove la rete dei servizi sia completata e funzioni con procedure di interrelazione definite, saranno definiti anche i percorsi dei pazienti dalla struttura Cure Domiciliari alle altre unità operative e servizi; l'UOCP può essere attivata sia per consulenze specialistiche che per l'assistenza a domicilio di pazienti in fase terminale della vita, identificati con codice-colore rosso , attivando una procedura di valutazione congiunta del caso a cura del Medico di Medicina Generale, del personale della UOCP e delle Cure Domiciliari.

Lecture inerenti gli argomenti :

- 21 Obiettivi per il 21° secolo- OMS
- DGR n°15 /2002 “Approvaione delle nuove linee guida regionali inerenti l'applicazione delle cure palliative in Piemonte..”
- DGR 41 / 2002 “ Linee guida per l'attivazione dei servizi di Cure Domiciliari nelle ASL della regione Piemonte”
- Regione Piemonte- Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari “I distretti sanitari nella Regione Piemonte- una proposta di linee guida” anno 2001
- AASSLL Torino 1, 2, 3, 4 e Comune di Torino “ progetto Torino Domiciliarità”, anno 2002
- Sito internet www.ausl.re.it : atti del congresso nazionale “ Le cure primarie nel distretto”, regione Emilia Romagna, ASL Reggio Emilia e Modena, ottobre 2002.