

$$\frac{A_{13}}{479}$$



# **Il sistema delle cure domiciliari per la “presa in carico” dei bisogni complessi sanitari e sociali**

Il modello “Venosa” della Regione Basilicata

*a cura di*

**Gianvito Corona  
Antonella D’Adamo**



Copyright © MMXII  
ARACNE editrice S.r.l.

[www.aracneeditrice.it](http://www.aracneeditrice.it)  
[info@aracneeditrice.it](mailto:info@aracneeditrice.it)

via Raffaele Garofalo, 133/ A-B  
00173 Roma  
(06) 93781065

ISBN 978-88-548-4838-2

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,  
di riproduzione e di adattamento anche parziale,  
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie  
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: giugno 2012

*Al mio papà Pietro  
e a tutti coloro che vivono  
nel ricordo di chi prova a immaginare  
cure domiciliari più appropriate*

ANTONELLA

*A mio padre e ai miei suoceri  
che non ci sono più.  
A mia madre.*

*Un pezzo di loro è in ciò  
che io sono adesso. . .*

GIANVITO



Si ringraziano tutti gli autori che hanno contribuito con entusiasmo alla realizzazione di questo libro. Antonella D'Adamo desidera ringraziare alcuni amici e colleghi che le hanno fornito suggerimenti e idee. In particolare, rivolge un particolare ringraziamento alla dr.ssa Anna Conte, alla dr.ssa Filomena D'Adamo e all'ing. Andrea D'Attis che hanno contribuito con entusiasmo all'editing del testo.



# Indice

- 13 Prefazione di *Vito De Filippo*
- 17 Premessa di *Attilio Martorano*
- 21 Presentazione di *Mario Marra*
- 23 L'integrazione socio-sanitaria in Italia  
*Antonella D'Adamo*
- 55 Le politiche regionali per l'integrazione socio-sanitaria  
*Antonella D'Adamo, Giuseppe Montagano*
- 65 Un possibile modello di erogazione delle prestazioni  
domiciliari integrate  
*Antonella D'Adamo*
- 91 Le cure domiciliari nell'Azienda Sanitaria di Potenza (ASP)  
della Regione Basilicata  
*Gianvito Corona*
- 107 Le cure palliative nel Sistema integrato di cure domiciliari  
*Giovanni Battista Bochicchio, Pasquale Di Leo*
- 115 Riflessioni conclusive  
*Gianvito Corona, Antonella D'Adamo*
- 123 Riferimenti bibliografici



## Elenco Autori

BOCHICCHIO GIOVANNI BATTISTA, già Direttore Sanitario IRCCS CROB, Rionero in Vulture, Potenza.

CORONA GIANVITO, Direttore dell'Unità Complessa di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative-ADI, Azienda sanitaria provinciale di Potenza, Regione Basilicata. È, inoltre, Referente regionale SINPE (Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo), Coordinatore regionale SICP (Società Italiana di Cure Palliative), Coordinatore regionale AIUC (Associazione Italiana Ulcere Cutanee).

D'ADAMO ANTONELLA, dottoressa di Ricerca in *Economia e Gestione delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche*, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Facoltà di Economia. Professore a contratto per gli insegnamenti di *Economia Aziendale, Management sanitario, Organizzazione aziendale* presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Facoltà di Medicina e Chirurgia.

DE FILIPPO VITO, Presidente Giunta regionale della Regione Basilicata.

DI LEO PASQUALE, Responsabile U.O.D. Cure Palliative, Hospice IRCCS-CROB, Rionero in Vulture, Potenza.

MARRA MARIO, Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria di Potenza (ASP).

MARTORANO ATTILIO, Assessore alla Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona ed alla Comunità della Regione Basilicata.

MONTAGANO GIUSEPPE, dirigente dell'Ufficio Pianificazione Sanitaria e Verifica degli Obiettivi del Dipartimento salute della Regione Basilicata.



## Prefazione

VITO DE FILIPPO

Il processo di modernizzazione e innovazione del settore sanitario e sociale, teso a conseguire la continuità e il coordinamento dell'offerta dei servizi sanitari e sociali, si realizza attraverso dei passaggi normativi "cardine" che danno impulso e sostegno all'inquadramento dell'assistenza integrata socio-sanitaria.

In Regione Basilicata il processo di cambiamento ha puntato sul riordino del sistema socio-sanitario, prevedendo la ristrutturazione del sistema socio-assistenziale e, in un secondo momento, la riorganizzazione del sistema sanitario nel suo complesso.

Il processo di riordino dei servizi sociali nella Regione Basilicata prende avvio con la L.R. 50/80, *Riorganizzazione dei servizi socio-assistenziali*, che definisce una gestione coordinata e integrata dei servizi socio-assistenziali con i servizi sanitari ed un modello organizzativo e funzionale articolato nel territorio.

Con la successiva L.R. 25/97, *Riordino del sistema socio-assistenziale*, si individua un nuovo modello organizzativo ed istituzionale e uno strumento di *governance* per l'attuazione dei servizi e degli interventi di natura sociale, il Piano socio-assistenziale. La riforma si completa con la L.R. n. 4/07 del 14 febbraio 2007, *Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale* che, oltre a guidare il processo di costruzione e implementazione dei Piani di Zona, prevede, in concreto, la realizzazione di una rete di servizi alla persona ed alle comunità attraverso la cooperazione tra Enti locali, Aziende sanitarie, Ambiti sociali e altre istituzioni territoriali. L'obiettivo della norma è quello di organizzare sul territorio regionale interventi aventi contenuto sociale, sociosanitario, socio-assistenziale, socio-educativo e socio-lavorativo, realizzati dagli Enti Locali, attraverso gli Ambiti Sociali, e dalle Aziende Sanitarie Locali, anche in collaborazione con altre istituzioni.

Il riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale viene proposto dalla legge regionale 1 luglio 2008, n. 12 che cerca di prospettare un sistema sanitario regionale unitario e integrato ed una configurazione di strutture organizzative a rete. Il Servizio Sanitario Regionale si compone di due Aziende sanitarie, l'Azienda sanitaria locale di Potenza (ASP) e Matera (ASM), con dimensioni corrispondenti ai rispettivi territori provinciali, dell'Azienda Ospedaliera Regionale S. Carlo (AOR) per le alte specialità e per le reti cliniche integrate dei servizi ospedalieri e dell'IRCCS Ospedale Oncologico di Rionero in Vulture.

Infine, il documento di Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità, *Ammalarsi meno, curarsi meglio*, approvato con DGR n. 2222 del 29.12.2010, prevede la costituzione di percorsi e strumenti integrati sociosanitari, per promuovere una migliore appropriatezza, un miglior utilizzo dell'offerta assistenziale, la valorizzazione delle risorse residenziali e domiciliari, la promozione e la revisione dei percorsi di *long term care*; la razionalizzazione delle risorse economiche destinate all'assistenza. In particolare, nel documento si parla dell'attivazione delle Unità di Valutazione Integrata (UVI), luogo fisico in cui avviene la presa in carico integrata dell'utente con esigenze sia sanitarie che sociali di natura complessa. In esso si effettua la Valutazione Multidimensionale da cui discende un "piano personalizzato integrato di assistenza" in cui definire, in base alle risultanze della valutazione integrata, le azioni e gli interventi da mettere in campo, i risultati attesi, i tempi di verifica delle attività e degli outcome previsti.

La "presa in carico" è sicuramente l'elemento qualificante del percorso assistenziale integrato che si concretizza nell'insieme coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso". Viene individuato un *case manager* ossia un responsabile del caso è un professionista che opera come "facilitatore" per la persona che ha bisogni complessi sociosanitari.

In questo quadro normativo abbastanza variegato, le segnalazioni di assistenza domiciliare vengono promosse da un Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e delle Cure Palliative che provvederà ad indirizzarle alla Unità di Valutazione Integrata perché venga promossa la valutazione del caso. Al suo interno viene individuato un membro che funge da *case manager* o coordinatore del caso che, una

volta ricevuta la richiesta o la segnalazione di intervento, effettua la valutazione multidimensionale presso il domicilio del paziente o in ospedale prima della dimissione.

In Regione Basilicata le cure domiciliari integrate forniscono al cittadino le prestazioni che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di salute e di benessere.

In futuro, occorrerà potenziare l'assistenza territoriale e le cure domiciliari, attraverso la promozione di un sistema di coordinamento tra i professionisti della salute e la garanzia di percorsi di cura ed assistenza integrati sanitari e socio-assistenziali. Questa è l'integrazione sociosanitaria, la promozione di un approccio unitario alla persona e ai suoi bisogni che deve coinvolgere sin dalla fase di programmazione le Asl, gli EE.LL. e i soggetti che sul territorio sono gli attori del sistema integrato di interventi e servizi.



## Premessa

ATTILIO MARTORANO

Il lavoro che si presenta affronta un tema cruciale di politica sanitaria, l'integrazione socio-sanitaria, ossia il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e interventi di natura sociale, volto al superamento di servizi settoriali attraverso l'integrazione delle politiche sociali, sanitarie e socio assistenziali. Esso rappresenta un argomento di complesso inquadramento e difficile sistematizzazione, data la vastità degli ambiti che lo riguarda, dall'analisi della normativa nazionale e regionale, all'esame degli aspetti di impatto economico o di fattibilità organizzativo-gestionale, agli strumenti orientati alla realizzazione dell'integrazione.

Gli autori analizzano il processo di riforme che ha consentito, sia a livello nazionale che regionale, l'implementazione e lo sviluppo di un *welfare* partecipato ed interattivo e la territorializzazione degli interventi che confermano la necessità di gestire le politiche sociali e socio-sanitarie in un'ottica di *governance* moderna che tenga conto di una molteplicità di livelli e di attori e la necessità di offrire interventi integrati sul territorio per essere sempre più prossimi al cittadino. L'obiettivo del lavoro è anche quello di descrivere e analizzare il modello di cure domiciliari adottato in Regione Basilicata, e in un caso aziendale, quello dell'Area Nord della Regione, ripercorrendo le tappe fondamentali del processo di integrazione socio-sanitario e cercando di evidenziare le criticità in chiave propositiva.

La centralità della persona e non della patologia, la trasformazione dei bisogni di salute con la maggior importanza assunta dall'assistenza continuativa alle persone, la necessità di spostare pezzi dell'assistenza fuori dall'ospedale fanno del territorio il luogo principale dell'assistenza ai cittadini. Occorre, quindi, rendere il territorio in grado di svolgere tale ruolo, ma ciò presuppone una radicale trasformazione del

quadro attuale, con modifiche organizzative e culturali e la creazione di percorsi assistenziali di continuità.

In questo scenario di innovazioni significative, sia all'interno del sistema di relazioni tra i diversi soggetti istituzionali che all'interno della rete dei servizi, le cure domiciliari possono rappresentare una alternativa terapeutica al ricovero ospedaliero, laddove la presenza di patologie cronico-degenerative e le condizioni familiari e socio-ambientali consentono l'erogazione di un trattamento socio-sanitario a domicilio. In Basilicata, la riforma di *welfare*, partita dall'esigenza di rispondere all'unitarietà e continuità dei bisogni della popolazione di riferimento si trova, oggi, in una fase cruciale del suo sviluppo. La necessità che si avverte è di assegnare obiettivi più mirati alle politiche regionali attraverso una programmazione unificata delle politiche socio-assistenziali, socio-sanitarie e sanitarie e l'attribuzione di un ruolo chiave all'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari. In questo processo di cambiamento diventa necessario mettere in campo scelte programmatiche caratterizzanti l'articolazione dei servizi, extra-ospedalieri e delle cure primarie; ospedalieri per livelli di competenza e specializzazione; territoriali aventi contenuto sociale, socio-sanitario, socio-assistenziale, socio-educativo e socio-lavorativo. Le sfide che si prospettano alla Regione ma anche alle Aziende sanitarie per il prossimo futuro sono molto significative. In concreto, tra le aree assistenziali di sviluppo, su cui si ritiene sia possibile continuare ad investire, emergono l'area della assistenza territoriale; l'area della cronicità; l'area dell'assistenza ospedaliera per acuti; l'area della prevenzione. Per governare con maggiore incisività ed efficacia, occorre identificare continuamente indicatori che consentano di misurare e valutare i servizi e le prestazioni erogate all'utenza e che rispondano a criteri di qualità, equità, tempestività, appropriatezza di livello, efficienza ed efficacia. Occorre, inoltre, investire sulla formazione continua degli operatori per aumentare la cultura della domiciliarità e la motivazione degli professionisti. Occorre, infine, investire e responsabilizzare maggiormente le famiglie, la loro partecipazione alla progettazione e gestione del servizio, cambiamento culturale che richiede tempi lunghi e continui momenti di confronto.

La Regione Basilicata è impegnata in questa sfida, è propensa al cambiamento e alla crescita dei servizi e della qualità per un miglioramento globale del benessere della persona.

Si tratta di passare « dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici » alle « strutture e professioni che assumono come centro di gravità la persona con i suoi bisogni ».



## Presentazione

MARIO MARRA

Presentare questo lavoro costituisce per me un doppio motivo di soddisfazione da un lato perché quale Direttore Generale dell'Azienda sanitaria di Potenza sono gratificato nel constatare il grande e qualificato servizio che l'U.O.C. di oncologia critica territoriale e cure palliative ADI rende alla nostra comunità e non solo; dall'altro perché l'impostazione del lavoro che mette al centro "la persona" sposa in pieno la filosofia che è sempre stata alla base della mia concezione del ruolo della sanità nei diversi ruoli professionali ricoperti. Per uno come me che ha sempre fatto dell'umanizzazione una missione e dell'integrazione socio-sanitaria un modello cui tendere, vederli descritti e realizzati nel presente lavoro mi gratifica e mi conferma nella loro giustezza. La visione olistica degli autori è il valore aggiunto di una attività che si rivolge a persone fragili bisognose di cure complesse e particolari. Inoltre, questo testo è particolarmente utile in un momento che ci vede impegnati nella costruzione di una nuova identità aziendale per far conoscere all'interno dell'Azienda ed all'esterno di essa realtà sanitaria di indubbia qualità nonché all'avanguardia in un mondo sanitario che evolve sempre più verso forme integrate di assistenza territoriale.

## Riflessioni conclusive

GIANVITO CORONA, ANTONELLA D'ADAMO

### **I. Possibili direttrici e azioni da intraprendere in Regione Basilicata**

In Basilicata, la riforma di *welfare*, partita dall'esigenza di rispondere all'unitarietà e continuità dei bisogni della popolazione di riferimento si trova, oggi, in una fase cruciale del suo sviluppo. La necessità che si avverte è di assegnare obiettivi più mirati alle politiche regionali attraverso una programmazione unificata delle politiche socio-assistenziali, socio-sanitarie e sanitarie e l'attribuzione di un ruolo chiave all'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari.

Direttrici del cambiamento organizzativo:

- a) integrazione assistenza sanitaria e sociale;
- b) integrazione territorio-ospedale;
- c) potenziamento cure primarie;
- d) potenziamento cure domiciliari.

Azioni da intraprendere:

- a) razionalizzare i processi assistenziali per aumentare l'efficienze e l'efficacia;
- b) recuperare l'unità dell'offerta territoriale;
- c) rafforzare gli strumenti di governo della domanda di assistenza;
- d) cambiamento culturale: far comprendere l'importanza dei servizi territoriali;
- e) promuovere e realizzare forme di integrazione organizzativa aziendale e interaziendale;
- f) assicurare la continuità dell'assistenza in una logica di tipo socio-sanitaria.

In questo processo di cambiamento diventa necessario mettere in campo scelte programmatiche caratterizzanti l'articolazione dei servizi:

- a) extraospedalieri e delle cure primarie, attraverso una rete di servizi che fornisca una più continua, responsabile e completa presa in carico negli ambulatori, nelle strutture residenziali e a domicilio;
- b) ospedalieri per livelli di competenza e specializzazione, considerando l'ospedale come una risorsa da utilizzare in modo razionale quando i problemi sono troppo complessi per essere affrontati dal sistema delle cure primarie e domiciliari, senza incorrere in opposizioni tra priorità dell'ospedale e centralità del territorio;
- c) territoriali aventi contenuto sociale, socio-sanitario, socio-assistenziale, socio-educativo e socio-lavorativo, realizzati dagli enti locali, attraverso gli Ambito Sociali, e dalle Aziende Sanitarie Locali, anche in collaborazione con altre istituzioni.

Le sfide che si prospettano alla Regione ma anche alle Aziende sanitarie per il prossimo futuro sono molto significative. In concreto, tra le aree assistenziali di sviluppo, su cui si ritiene sia possibile continuare ad investire, emergono:

- a) l'area della *assistenza territoriale*, attraverso il potenziamento dei servizi e delle prestazioni erogabili sul territorio, in conformità con le linee di indirizzo regionali;
- b) l'area della *cronicità*, attraverso una attenta programmazione e gestione dei percorsi assistenziali dei pazienti affetti da patologie croniche;
- c) l'area dell'*assistenza ospedaliera per acuti* attraverso l'attivazione di processi finalizzati al recupero dell'appropriatezza clinica, gestionale ed organizzativa ed il passaggio progressivo ad un modello organizzativo strutturato per aree funzionali omogenee in base al grado di intensità di cura;
- d) l'area della *prevenzione* attraverso lo sviluppo di politiche rivolte alla promozione della salute.

Per governare con maggiore incisività ed efficacia, la Regione e le aziende sanitarie e sociali per i settori sanitario, sociale e sociosanitario, sono chiamate a collaborare fra di loro con imprese private, istituzioni non profit e organismi di rappresentanza degli interessi. Le reti sono nuove forme di organizzazione e gestione in grado di combinare conoscenze e informazioni per innescare processi di sviluppo organizzativo, rivedere e rafforzare modelli organizzativi, sviluppare nuove competenze e incrementare la crescita del patrimonio intangibile dei singoli enti.

Allo stesso modo, la struttura dei servizi socio-sanitari sul territorio deve assumere un'organizzazione a rete: deve, cioè, essere composta da un'insieme di servizi di natura diversa, attivati per rispondere ai diversi bisogni assistenziali dell'utente, legati da obiettivi, modalità di azione, strumenti e metodi di verifica comuni.

La regione è il livello istituzionale deputato a definire gli obiettivi strategici generali della rete integrata, programma le attività erogabili sul territorio ed è responsabile della gestione economico-finanziaria del sistema integrato, provvedendo agli eventuali trasferimenti economici tra livelli istituzionali di governo.

L'Azienda sanitaria locale, che acquisisce sempre più una connotazione e dimensione provinciale, è responsabile dell'erogazione delle prestazioni e della progettazione degli interventi individuali. I Comuni sono responsabili della complessiva attività di coordinamento della rete e dell'erogazione delle prestazioni assistenziali.

A livello territoriale, i servizi e le prestazioni che possono essere attivate per raggiungere il risultato di salute dell'utente, come si è ampiamente argomentato, sono: l'Assistenza Domiciliare, assistenza riabilitativa ed infermieristica ed accesso a domicilio del medico di Medicina Generale; l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) intesa come l'insieme coordinato di attività e interventi di carattere sanitario e socio-assistenziale, finalizzate a mantenere l'utente il più a lungo possibile all'interno del proprio ambiente di vita, con una migliore qualità della stessa e a costi assistenziali contenuti.

La rete dei servizi socio-sanitari integrati prevede, inoltre, le strutture semiresidenziali che accolgono per periodi definiti persone non autosufficienti e le strutture residenziali, finalizzate a fornire accogliamento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero funzionale a persone non autosufficienti.

Nel lavoro presentato, gli autori hanno focalizzato la loro attenzione sull'Assistenza domiciliare integrata (ADI) ritenendola la formula organizzativa che maggiormente esprime il valore di prossimità alle esigenze dei soggetti che presentano necessità assistenziali più o meno complesse legate alla loro condizione di non autosufficienza e che riesce a coniugare i concetti di integrazione sociosanitaria e di continuità assistenziale.

È il modello organizzativo che, ben implementato e organizzato, può consentire di raggiungere importanti risultati nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria ad un triplice livello:

- a) *internamente all'organizzazione*: la collaborazione tra i diversi professionisti coinvolti nella valutazione dei bisogni; la progettazione di interventi maggiormente tarati sull'utente; la capacità di gestire i punti critici del processo assistenziale;
- b) *nell'ambito della più ampia rete dei servizi e delle prestazioni*: mediante l'ottimizzazione dell'offerta dei servizi territoriali sociali e sanitari presente sul territorio ed il controllo delle risorse impiegate;
- c) *rispetto all'utente*: la valutazione ed il monitoraggio dei risultati raggiunti consente di ottenere una maggiore trasparenza comunicativa.

Occorre identificare continuamente indicatori che consentano di misurare e valutare i servizi e le prestazioni erogate all'utenza e che rispondano a criteri di qualità, equità, tempestività, appropriatezza di livello, efficienza ed efficacia.

Occorre, inoltre, investire sulla formazione continua degli operatori per aumentare la cultura della domiciliarità e la motivazione degli professionisti. Occorre, infine, investire e responsabilizzare maggiormente le famiglie, la loro partecipazione alla progettazione e gestione del servizio, cambiamento culturale che richiede tempi lunghi e continui momenti di confronto. Questa evoluzione strategica non riduce, tuttavia, la necessità e l'urgenza di rafforzare l'asse di integrazione socio-sanitaria. A tal fine, occorreranno *finanziamenti mirati*. In uno scenario di risorse scarse, la crescita dei servizi ad alta integrazione socio-sanitaria dipende in gran parte dalla conversione delle strutture e delle risorse umane dedicate agli ospedali.

Occorrono cambiamenti di *cultura operativa*, incrementando le specializzazioni e i rapporti di collaborazione tra i diversi professionali favorendo, così, un approccio globale al benessere della persona.

## 2. Criticità del sistema in chiave propositiva

Le analisi proposte, supportate da alcuni dati di contesto nazionale e regionale, consentono di individuare delle azioni che possono essere meglio capitalizzate nel contesto lucano, interventi strutturali e di sistema, con l'unico obiettivo di realizzare un sistema organico di interventi capace di definire una programmazione integrata dei bisogni.

L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie croniche rappresentano il contesto con il quale la sanità pubblica deve confrontarsi per garantire risposte appropriate ai bisogni dei cittadini. Tale scenario impone la necessità di individuare un sistema di offerta assistenziale che sappia dare risposte efficaci e appropriate lungo tutto il percorso assistenziale dei pazienti (ospedale, residenzialità extra-ospedaliera, domicilio) al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza in tutte le fasi di sviluppo delle patologie. Le cure domiciliari integrate forniscono al cittadino le prestazioni che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di salute e di benessere. L'obiettivo dell'assistenza domiciliare è di garantire cure adeguate e appropriate, realizzando la continuità assistenziale, attraverso interventi flessibili a differente intensità assistenziale, in grado di rispondere agli effettivi bisogni della persona.

Le equipe integrate per le cure domiciliari, in stretta sinergia con il medico di medicina generale, potranno garantire, all'interno del contesto familiare, le prestazioni sociali, sanitarie, specialistiche, psicologiche di cui l'utente fragile ha necessità.

Occorre sviluppare l'assistenza territoriale e potenziare le cure domiciliari, attraverso l'implementazione di uno stabile e funzionale sistema di coordinamento tra i professionisti della salute. L'obiettivo da perseguire è quello di garantire percorsi di cura ed assistenza direttamente sul territorio dove la gente vive e lavora, rendendo flessibile ed agevole il percorso che mette in relazione l'ospedale con il territorio e la componente sanitaria con quella socio-assistenziale.

La progettazione e la realizzazione di un Sistema per le Cure Domiciliari finalizzato alla presa in carico di bisogni complessi sanitari e sociali presuppongono un elevato livello di coordinamento e di integrazione tra i diversi attori del sistema, che consenta di considerare l'unicità della persona in tutte le sue dimensioni, superando il settorialismo ed integrando competenze e servizi diversi.

Altra soluzione, non necessariamente alternativa alla prima, potrebbe essere quella di identificare delle strutture di cure intermedie, dove ospitare pazienti affetti da patologie croniche che, superato la fase acuta, non necessitano più dell'alta intensità di cura offerta dall'ospedale, ma che non sono ancora inseribili, da un punto di vista clinico, in un percorso di assistenza domiciliare o residenziale.

Una struttura intermedia, dunque, che si pone tra l'ospedale e la casa, e in cui la persona si ritrovi ancora al centro di un'assistenza adeguata al suo reale bisogno.

Ai pazienti affetti da questa tipologia di patologie, post-acuzie, completamente stabilizzati, viene offerta la possibilità, una volta dimessi dalle strutture ospedaliere, di proseguire la degenza per un periodo indicativamente fra i sette e i trenta giorni in una struttura sanitaria "intermedia", ossia una struttura ad intensità assistenziale inferiore rispetto ad un ricovero ospedaliero ma superiore a quello che può essere offerto da una lungo-degenza o dall'assistenza domiciliare integrata: In altre parole, una struttura con una maggiore presenza di medici, infermieri, fisioterapisti a monitorare il bisogno e a prestare assistenza.

L'obiettivo di una tale struttura è duplice: per prima cosa garantire una dimissione dalle strutture sanitarie più graduale al paziente che ha già superato una fase di malattia acuta, ma il cui ritorno al domicilio o il trasferimento ad una struttura di riabilitazione o di lungo-degenza potrebbe essere prematuro. In secondo luogo, la struttura intermedia permette di ottimizzare l'utilizzo delle risorse, in particolare dei letti di degenza, delle strutture ospedaliere per acuti.

L'attività di pre-selezione viene eseguita dal medico dell'unità ove il paziente si trova ricoverato, ed è mirata a valutare se questi risponde ai requisiti generali che possono consentire l'attivazione del ricovero a bassa o media intensità di cure. Il singolo caso viene discusso poi con i medici della struttura intermedia e viene accompagnato da una dettagliata documentazione compilata dai medici stessi.

Per ogni paziente viene definito un piano di assistenza individualizzato, che specifica le prestazioni da erogare in regime di ricovero intermedio, includendo i farmaci e gli eventuali presidi e ausili necessari.

Con la struttura ospedaliera permane un contatto diretto che permette un pronto reingresso in ospedale qualora debbano insorgere complicanze durante il periodo di degenza intermedia, mentre un colloquio con gli assistenti sociali è importante per tracciare il percorso del paziente e per facilitare i familiari nello organizzare il rientro al domicilio illustrando loro le risorse presenti sul territorio.

La Regione Basilicata, nella bozza di Piano Regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2011–2014 *Ammalarsi meno, curarsi meglio* approvata in Giunta regionale in data 29.12.2010, con DGR n. 2222, nella parte dedicata ai Condizionali distrettuali, in particolare alle attività di lungodegenza, CD9, fornisce alle Aziende sanitarie e ospedaliera gli strumenti necessari per rispondere alle diverse tipologie di patologie attraverso una diversificazione della risposta assistenziale sia nell'ambito della stessa lungodegenza post-acuzie, sia in generale nell'organizzazione e programmazione aziendale delle attività assistenziali, al fine di graduare le possibili risposte assistenziali in sede ospedaliera ed extraospedaliera. Allo stesso modo, il Piano precisa che sono le Aziende sanitarie e ospedaliera a prevedere, nella formulazione dell'atto aziendale, così come previsto dall'art. 3 comma 1-bis del D. Leg.vo n. 229, la tipologia di struttura dedicata all'assistenza post-acuzie. Inoltre, precisa che agli appositi accordi contrattuali (come previsto dal D. Leg.vo n. 229 art. 8 *sexies*) sono demandati la determinazione del finanziamento delle strutture e delle tariffe delle prestazioni, in base alla tipologia ed alla quantità di prestazioni erogate. In tale contesto, e in piena sintonia con il Piano socio-sanitario integrato e con altre iniziative simili che si stanno sviluppando in altre realtà regionali (per citarne qualcuna, Lazio, Policlinico Gemelli di Roma; Lombardia, Azienda ospedaliera San Paolo di Milano), potrebbe essere immaginata una struttura intermedia che, attraverso una degenza più o meno lunga, sia in grado di garantire tutta una serie di risposte a pazienti cronici e terminali e, nel contempo, di ridurre significativamente il ricorso a ricoveri inappropriati in reparti per acuti.

Curare a domicilio, o comunque sul territorio e fuori dall'ospedale, comporta un sostanziale cambiamento di prospettiva: da un modello

in cui il malato ruota attorno a strutture erogatrici di servizi si passa ad un modello in cui struttura e professioni interagiscono assumendo come centro di gravità la persona assistita e i suoi bisogni.

Ciò richiede la realizzazione di interventi basati su metodi di valutazione multidimensionali, che tengano conto di tutti gli aspetti della qualità di vita dell'assistito: questi interventi devono essere caratterizzati da flessibilità ed efficacia, grazie al raggiungimento di un buon grado di cooperazione e coordinamento fra le diverse figure professionali che vi partecipano e la complementarità tra i moduli assistenziali.

La continuità assistenziale deve essere garantita mediante l'integrazione con i servizi ospedalieri e quelli socio-assistenziali e con il coinvolgimento costante delle famiglie attraverso la loro preparazione.

Le caratteristiche più importanti degli interventi che in questa ottica un Servizio di Cure Domiciliari deve realizzare sono la tempestività e l'efficacia, con una particolare attenzione all'umanizzazione dell'assistenza prestata, all'ottimizzazione delle risorse con il monitoraggio costante dei risultati conseguiti, all'armonizzazione dei processi di erogazione dei servizi.

Ciò è possibile grazie ad una forte sinergia fra ospedale e territorio e consente di ottenere risultati significativi in termini di riduzione dei ricoveri, con particolare riferimento a quelli inappropriati, riduzione delle giornate di degenza ospedaliera, maggiore permanenza a domicilio dei pazienti non autosufficienti e inguaribili, con una risposta adeguata ai bisogni di cura, una crescente soddisfazione degli assistiti e dei loro familiari e minori costi per il sistema sanitario.

*Questo, almeno, vuole essere l'auspicio degli autori, di chi con entusiasmo ha provato a sognare e a prospettare un Sistema di Cure domiciliari che funzioni per l'utente e per la sua famiglia.*