

Documento

INTERDIPENDENZA E COMPLESSITA' DEL BISOGNO SOCIO-ASSISTENZIALE E SANITARIO DELLA PERSONA "FRAGILE": LE CURE DOMICILIARI E GLI INTERVENTI RIABILITATIVI

Premessa

La necessità di approntare i nuovi LEA per le cure domiciliari pongono l'esigenza di pensare ad una loro nuova strutturazione ed organizzazione nella regione siciliana. Questa deve potere rispondere, da un lato, alle esigenze di razionalizzazione e di riqualificazione della spesa in ambito sanitario e sociale e, dall'altro, alla necessità di garantire servizi efficaci ed efficienti, uniformi su tutto il territorio regionale.

Gli obiettivi principali delle cure domiciliari sono:

- a) l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;
- b) la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- c) il supporto alla famiglia;
- d) il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- e) il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.

Questo deve orientare la programmazione regionale verso l'adozione di modelli che superino le sovrapposizioni, la mancata razionalizzazione delle risorse, lo spreco e la cattiva gestione degli accessi che finiscono per penalizzare larghe fette di popolazione senza potere dare risposte adeguate ai bisogni di salute espressi.

E', pertanto, essenziale guardare a tutti quei processi capaci di realizzare una reale integrazione socio-sanitaria, chiave di volta di una evoluzione avanzata e moderna nel campo dei servizi volti al perseguimento dello stato di benessere secondo il modello bio-psico-sociale dell'OMS.

Dall'A.D.I. alle Cure Domiciliari

Attualmente in Sicilia, i Servizi domiciliari appaiono diversificati (A.D.I. AUSL, A.D. Comuni ex l. 22/86, Servizi di Riabilitazione domiciliare ex art. 26, ecc.), non omogenei, caratterizzati spesso dalla discontinuità e dall'assenza di un Progetto Globale Unitario volto al superamento dei bisogni di salute dei cittadini che sappia efficacemente integrare interventi sanitari e interventi sociali.

Spesso questi servizi si sovrappongono o, per altri versi, rimangono inaccessibili a molti, con conseguente spreco di risorse a fronte di una domanda non adeguatamente soddisfatta.

Le modalità di accesso, attraverso diverse Unità valutarie (U.V.G, U.V.M, U.V.D, Equipe multidisciplinari, ecc.), creano, di fatto, dispersione e scarsa efficacia della non sistematica e garantita presa in carico per tutti i cittadini che necessitano di cure domiciliari appropriate.

I soggetti erogatori, quando non si tratti degli stessi enti pubblici, sono tutti provenienti dal terzo settore e, in particolare dal mondo della cooperazione sociale. Essi entrano in rapporto con il Servizio pubblico attraverso il canale delle gare d'appalto, che spesso non garantisce elevati standard qualitativi nell'erogazione dei servizi, o attraverso le convenzioni con le AUSL (Servizi domiciliari ex art. 26).

A questo si aggiunge una riorganizzazione del Servizio sanitario Regionale, conseguenza delle necessarie misure di riqualificazione della spesa, che vede, tra i punti di intervento, una decisa riduzione dei posti letto per acuti, operando così un serio contrasto ai ricoveri impropri, molto diffusi nella nostra regione. Tale azione impone la realizzazione di una rete di cure domiciliari in grado di fornire efficacemente le risposte appropriate alle domande di salute comunque espresse.

La Regione Siciliana ha introdotto con proprio Decreto un nuovo modello di Cure Domiciliari recependo i lavori della Commissione ministeriale sui LEA Domiciliari che comunque non sono definitivi né condivisi dal Ministero della Salute. Nel Decreto sui L.E.A., infatti, pubblicato dal precedente Governo, questi non sono

stati inseriti . Pertanto, pur essendo stati introdotti degli interessanti elementi di novità e caratterizzazione degli stessi, secondo modelli più consoni alle esigenze fin qui espresse, c'è bisogno di una progettualità specifica per una riqualificazione dello stato dei servizi esistenti.

Un'ipotesi per un nuovo modello di Cure Domiciliari

Nella formulazione di questa ipotesi occorre individuare il riferimento operativo, istituzionale, delle Cure Domiciliari che, a nostro avviso, non può che essere il Dipartimento per l'Integrazione Socio- Sanitaria.

Il Dipartimento costituisce lo spazio di dialogo, di confronto, di lavoro tra le varie realtà, sociali, sanitarie, scolastiche, del lavoro; opportunità per la realizzazione di un lavoro di rete dove creare sinergie, capaci di attivarsi quando si parla di area del bisogno, rientrando in questa area quelle degli anziani, delle persone con disabilità, dei minori.

Chi realizza la reale presa in carico è l'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.), inserita nel relativo livello di responsabilità dipartimentale nei distretti ss.bb., che stende il progetto, secondo i reali bisogni della persona e stabilisce "i livelli di intensità delle cure domiciliari e modalità di erogazione dell'assistenza in Sicilia" attivando i Servizi appropriati rivolti alla persona .

A questo scopo essa dovrà articolarsi attraverso 3 aree:

- Area funzionale anziani
- Area funzionale persone con disabilità
- Area funzionale minori

L'UVM elabora il Progetto Globale per il Superamento del Bisogno.

All'UVM spetta anche il compito della verifica degli obiettivi del progetto perseguiti attraverso l'attivazione dei servizi.

A fronte di una unica porta di accesso alle Cure Domiciliari è opportuno, per il superamento delle criticità espresse, che tutti i servizi domiciliari diventino Servizi di Cure Domiciliari, inglobando questi sia i servizi di A.D. che i Servizi di Riabilitazione domiciliare ex art. 26, che diversificheranno i loro interventi a seconda del livello di intensità di cura attivato. Questo vedrà razionalizzare in maniera efficace le risorse umane attraverso nuovi modelli organizzativi professionali , adeguati alla variabilità degli interventi previsti in relazione ai bisogni. Questo dovrà far rivedere la normativa sugli standard organizzativi e professionali previsti, nonché far adottare un nuovo sistema tariffario adeguato ai diversi livelli di intensità di cura.

Gli erogatori non pubblici che accederanno al processo di esternalizzazione dovranno rispondere ai criteri propri dell'accreditamento, a garanzia della qualità e dell'efficacia delle prestazioni nonché del rispetto degli operatori. Questi fattori , a questo punto, potranno consentire al Terzo Settore di porsi come qualificato ed efficace <<alleato>> del Servizio Pubblico, potendo il primo così coniugare la qualità delle prestazioni con l'assenza delle finalità di lucro e conseguente riduzione dei costi complessivi.