

**TESI DI LAUREA SPECIALISTICA DELLE PROFESSIONI
SANITARIE**

Scienze infermieristiche e ostetriche



**"IL MODELLO DELLE CURE DOMICILIARI COME
ALTERNATIVA ALLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE"**

**RELATORE
PROF.SSA LOREDANA SASSO**

**CANDIDATO
I.I.D. ANNAMARIA DELPIANO**

A.A. 2006/'07

Introduzione

*L'uomo è un fine
e non un mezzo*

I.Kant

In molta letteratura sanitaria si legge dei diversi problemi comuni che attanagliano la sanità contemporanea nei paesi occidentali, quali l'aumento della vita media e con essa l'incremento delle polipatologie, la scarsità delle risorse e la conseguente ottimizzazione nel loro utilizzo, la necessità di erogare prestazioni qualitativamente rilevanti al fine di raggiungere gli obiettivi, evitando reclami e sprechi, e ottenendo la soddisfazione degli utenti.

L'indagine di questa trattazione ha come obiettivo quello di analizzare, nella realtà savonese, il modello dell'assistenza domiciliare, il grado di soddisfazione degli utenti ed eventualmente i loro suggerimenti.

Nella prima parte si considera il quadro concettuale di riferimento relativo alla continuità assistenziale intesa come un continuum ospedale e territorio/domicilio, nonché la normativa nazionale che tratta l'assistenza domiciliare integrata (Lea, Piano sanitario nazionale).

Successivamente si analizza la normativa regionale (l.r. 12/’06 e delibera relativa all’autosufficienza, nonché la norma specifica di riferimento) e le indicazioni della ASL2 savonese in merito alle cure domiciliari integrate con

particolare riferimento agli utenti valutati ad alta complessità di cura considerando anche il progetto, redatto dal Direttore del dipartimento Cure primarie con il Responsabile Qualità e il Direttore Sanitario, circa l'assistenza di utenti ad alta complessità assistenziale¹.

Si analizza lo specifico infermieristico in questa situazione particolare dove l'ambiente di cura, la costante presenza del caregiver ha rilevanza sostanziale.

La trattazione prosegue con l'analisi dei vari items del questionario somministrato a utenti che hanno fruito del servizio di cure domiciliari integrate² della zona sanitaria 4 savonese nel periodo dicembre '06-marzo '07 per un totale di 185 utenti. Si sono considerati tutti i richiedenti inseriti nella valutazione con scheda AGeD a media ed alta assistenza che necessitavano di interventi infermieristici e infermieristici/fisioterapici.

Si sono elaborati i dati dai quali è emerso un certo grado di soddisfazione e dei contributi/suggerimenti da parte di alcuni nuclei familiari indagati. Ma tutti hanno risposto che preferiscono rimanere al proprio domicilio col supporto di ciò che è erogato piuttosto che rimanere in ospedale o essere istituzionalizzato, ovviamente finché è possibile. Queste dichiarazioni pongono un dilemma bioetico che spazia dalla "sacralità della vita" alla "qualità della vita".³

Terminata la rappresentazione e l'analisi dei dati si è provveduto e stilare alcune proposte operative al fine di

¹ Pazienti stabilizzati, ma affetti da patologie evolutive irreversibili, esiti di gravi lesioni del SNC e periferico, pazienti in fase avanzata di malattie neuromuscolari e respiratorie e/o nella fase terminale della vita.

² M.Bartoloni, "Addio adi, scocca l'ora delle cure domiciliari integrate" Nuovo termine proposto dalla Commissione LEA del Ministero della salute da, Il sole 24 ore sanità n.49 del 19-26 dic'06 pagg 2-3

³ G. Fornero, "Bioetica cattolica e Bioetica laica" B. Mondadori, MI 2005 pp 42 e ss

mantenere il livello raggiunto o migliorarlo in alcune situazioni. Si propone di adottare sia gli infermieri sia i fisioterapisti di cellulari di servizio, di istituire il servizio di assistenza domiciliare sette giorni la settimana, specie per le aree ad alta densità di popolazione (savonese, finalese), di proporre una trattativa per l'istituzione del servizio di pronta disponibilità infermieristica e medica, di costituire un gruppo di lavoro per la costruzione di indicatori di processo e di esito relativi alle performance professionali nonché alle best practice e alla clinical governance.

CAPITOLO 1. LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

L'OMS ha definito nel 1962 l'assistenza domiciliare come l'insieme delle prestazioni sanitarie erogate a domicilio della persona malata o invalida il cui stato di salute non richiede il ricovero.

Nel nostro Paese il concetto di domiciliarità delle cure ha radici antiche, nasce con la fondazione delle Dame e delle Figlie della Carità di San Vincenzo De Paoli. L'assistenza era assicurata da congregazioni religiose alla quali afferivano infermiere visitatrici. Con la legge 833/78⁴, l'assistenza domiciliare assume pari dignità di quella ospedaliera ed ambulatoriale.⁵

Il concetto di continuità assistenziale è piuttosto recente e considera la prosecuzione di cure per soggetti, solitamente affetti da patologie cronico-degenerative che necessitano di riabilitazione e/o di assistenza, in regime di residenzialità, semiresidenzialità, a domicilio. Indubbiamente, l'intervento domiciliare là dove è possibile considera due variabili:

- 1) la possibilità per chi continua le cure di averle direttamente a casa (personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza)
- 2) contenimento della spesa sanitaria.

Il tema dell'Assistenza Domiciliare Integrata è tra i più dibattuti. L'ADI rappresenta infatti uno degli strumenti che meglio rispondono all'esigenza di integrazione socio-sanitaria degli interventi in favore di anziani e disabili e, in

⁴ Istituzione SSN e dei distretti sanitari di base

⁵ A.Ferraresi/L.Ribaldi, "Principi fondamentali nell'infermieristica di famiglia" da l'Infermiere di famiglia, MI McGraw –Hill 2005 pag 79

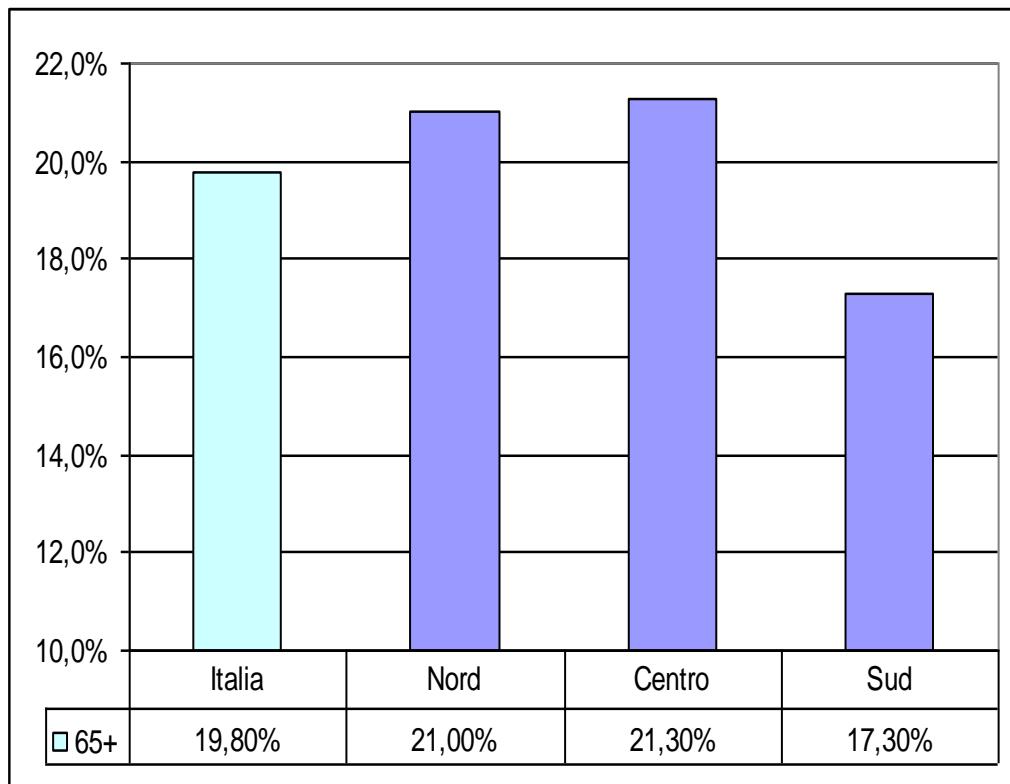
campo solidaristico, delle politiche sociali di sostegno ai soggetti "fragili".

L'ADI può essere infatti definita quale insieme coordinato di prestazioni di carattere sanitario (mediche, infermieristiche e riabilitative) integrate con interventi di natura socio-assistenziale (pulizia, disbrigo pratiche amministrative, sostegno psicologico ecc.), erogate a domicilio e rivolte a soddisfare le esigenze di anziani disabili e di pazienti affetti da malattie cronico-degenerative, parzialmente, totalmente, temporaneamente o permanentemente non autosufficienti, aventi necessità di un'assistenza continuativa.

L'ADI non è quindi un semplice servizio, ma un sistema che prevede l'integrazione di risorse finalizzata alla realizzazione del concetto di "domiciliarità". Essa si sostanzia nel coordinamento del lavoro del medico di base, di medici specialisti, di terapisti della riabilitazione, di personale infermieristico, di assistenti sociali e dell'aiuto domestico da parte dei familiari o di personale addetto inviato dal Comune.

L'invecchiamento della popolazione è in Italia un fenomeno in preoccupante crescita : secondo i dati ISTAT gli ultracentenari sono circa 4 mila, l'Italia è il primo Paese in cui la popolazione degli ultra sessantacinquenni ha superato quella dei giovani con meno di 15 anni. Nel 2040 la popolazione anziana rappresenterà il 33% degli italiani.

Percentuale di anziani e vecchi, per circoscrizione, Italia 2006



Fonte: Gesano, Golini, 2006, su dati Istat

Generazioni e invecchiamento - 6

Gli anziani che vivono soli sono oltre 2,6 milioni (il 27% degli anziani), di cui l'81% donne. Il 24% soli riceve aiuti informali e soltanto il 5% riceve aiuti dal Comune o da altri enti ed istituzioni. In aumento e quindi più a rischio appaiono anziani soli che non hanno figli, fratelli, sorelle, oppure hanno figli che vedono solo raramente. Una percentuale piuttosto elevata è al di fuori di qualunque rete di aiuto è emerso in Liguria da quanto è entrata in vigore la normativa che eroga l'assegno ai famigliari che gestiscono un non autosufficiente.

Le persone con disabilità sono prevalentemente concentrate tra gli anziani (73,2%, per un totale di 1,9 milioni di persone), per i quali il rischio di malattie, in

particolare di quelle invalidanti, aumenta in maniera esponenziale con il passare degli anni. Tra le persone di 65-74 anni, i disabili sono il 9,3%; passano al 20,7% tra 75 e 79 anni, per arrivare al 47,5% tra le persone con più di 80 anni.

La centralità della famiglia nella cura della malattia e nella tutela della salute è un dato consolidato. Alla velocità elevatissima dell'invecchiamento non corrisponde purtroppo la stessa **velocità di adattamento delle strutture sociali ed economiche**. La Royal Commission britannica ha recentemente lanciato un allarme: entro il 2010 la spesa per l'assistenza agli anziani non autosufficienti nell'UE crescerà del 30% e nel 2030 esploderà del 150%.

Gli italiani che hanno bisogno di assistenza sono oggi 2,7 milioni il 5% della popolazione, di cui il 73,2% anziani. I consumi sanitari degli anziani nel nostro Paese assorbono oltre il 30% delle risorse pubbliche, ma per gli anziani non autosufficienti l'Italia investe solo l'1,6% del PIL, contro una media europea del 2,3%⁶.

L'OCSE rivela che in Italia il 3,8% degli ultrasessantacinquenni non autosufficienti sono assistiti a domicilio, il 5,5% in GB, il 6,1% in Francia, il 9,6% in Germania.

⁶ www.invecchiamento/ censimento della popolazione ISTAT 2001:dati definitivi

1.1 La normativa nazionale di riferimento per l'assistenza domiciliare

L'ADI va inquadrata nell'ambito delle norme generali che disciplinano l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, all'interno delle quali sono previsti specifici riferimenti:

normative	Titolo
D. Lgs. 502/92 e D. Lgs. n. 229/99	<i>Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale</i>
DPCM 14 febbraio 2001	<i>Atto di indirizzo e coordinamento relativo all'integrazione sociosanitaria</i>
DPCM 29 novembre 2001	<i>I Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria</i>
DPR 7 aprile 2006	<i>Approvazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008</i>

1.1.1 Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale

(D. Lgs. 502/92 e D. Lgs. n. 229/99)

Dal 1978 ad oggi il legislatore è intervenuto più volte a disciplinare la materia dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, dalla legge n.833/78 ai DD.Lgs n.502/92 e 517/93, fino al D.Lgs. n. 229/99, in cui si afferma una cultura della centralità del paziente, in alternativa ad una cultura incentrata sul servizio.

Mentre infatti il dettato normativo del decreto 502 puntava alla regionalizzazione, all'aziendalizzazione, alla responsabilizzazione sui costi e all'introduzione di logiche di mercato, nell'ottica del decentramento, il 229/99 tenta di modificare l'assetto e la qualità del sistema spostando il baricentro della politica sanitaria sul territorio, attribuendo nuove funzioni e compiti specifici alle istituzioni locali, alle Regioni e ai Comuni, alle Aziende sanitarie e quindi ai distretti. In particolare è al distretto che viene assegnato un ruolo nuovo e fondamentale nel Servizio Sanitario Nazionale. La legge prevede che l'organizzazione del distretto sia disciplinata dalla Regione, la quale dovrà far sì che sia garantita l'assistenza primaria attraverso un approccio multidisciplinare, con particolare riguardo all'erogazione di prestazioni integrate sociosanitarie.

Questo nuovo orientamento ha quindi condotto al potenziamento dei servizi territoriali ed al rafforzamento del ruolo delle cure primarie, con l'obiettivo da un lato di governare la domanda di servizi sanitari per orientarla verso forme ed ambiti di assistenza appropriati e con un buon rapporto costo-efficacia (con ciò ribaltando la tradizionale impostazione concentrata esclusivamente sul controllo dell'offerta); dall'altro, per predisporre le condizioni adeguate per la realizzazione di modelli assistenziali secondo logiche "di rete".