

ASSISTENZA

SOSTEGNO A MALATI E ANZIANI

SERVIZIO

Le prestazioni erogate tutto l'anno da Asp e Asm tramite coop Auxilium ancor più preziose in questo periodo

Estate, bella stagione anche per chi soffre

Un esercito di medici e operatori sanitari in campo con l'Adi

● L'estate, tra lavori stagionali e partenze, è forse il periodo dell'anno in cui maggiormente per le famiglie c'è difficoltà ad assicurare assistenza ai soggetti deboli, quali anziani e malati, che rischiano così di venire ricoverati in ospedali o case di riposo.

Per i lucani, ora, c'è però una possibilità in più ossia i servizi di assistenza domiciliare integrata. Si tratta di un servizio rivolto a soggetti deboli, quali anziani e malati, messo in campo dalle due Aziende Sanitarie lucane e attivato gradualmente in tutti e sei i distretti in cui la Basilicata è suddivisibile a partire da quello di Venosa/Melfi, dove l'attività è storicamente consolidata per estendersi

dall'autunno 2015 al territorio dell'Asme coprire, a far data dal primo maggio 2016, l'intero territorio dell'Asp.

Come dice la stessa definizione, si tratta di un servizio integrato tra prestazioni a carattere sociali e prestazioni sanitarie ad elevata specializzazione in grado di riportare a casa propria pazienti diversamente destinati all'ospedalizzazione. Un processo con il quale si prende in carico non solo il destinatario dell'assistenza, ma l'intera famiglia, con l'invio di operatori specializzati in grado di farsi carico sia delle esigenze sociali che di quelle assistenziali. La cooperativa Auxilium, che per conto di Aspe e Asme sotto il controllo delle due aziende, si occupa

dell'erogazione del servizio, nel 2016 ha fornito in Basilicata oltre mezzo milione di prestazioni in poco più di 300mila giornate di assistenza. Si va da 422mila prestazioni infermieristiche a 72mila di fisioterapia, da oltre 10mila interventi socio sanitari a quasi seimila accessi di medici palliativisti e, ancora, oltre 3mila prestazioni di psicologi. Numeri importanti (specie considerando che in alcune zone il servizio è partito solo a maggio) ma è la varietà di tipologie di interventi che, più di altro, dà la misura del tipo di approccio. Pazienti non più soli, famiglie non più sole, ma seguite in tutto. Per una vita più serena e un'estate che torna ad essere «bella stagione». [g.riv.]



INFORMAZIONI Stand a Matera nei giorni della «Bruna» per far conoscere il servizio

La scheda

Come si accede ai servizi

■ All'assistenza domiciliare integrata si accede su segnalazione del medico di medicina generale o pediata oppure, in caso di dimissioni da ricovero ospedaliero, con la segnalazione del medico ospedaliero fatta tre giorni prima. Si attiva così un processo che chiama in causa i distretti sanitari dove una équipe multidisciplinare valuterà i bisogni di assistenza del paziente definendo un piano individuale di trattamento. A questo punto tocca al centro di coordinamento dell'Azienda sanitaria attivare il piano assistenziale che, sempre sotto la supervisione dell'Asl, viene messo in atto dalle diverse figure professionali necessarie al trattamento definito messe a disposizione dalla cooperativa Auxilium che gestisce il servizio in Basilicata.

QUI ASP PARLA IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO NEL POTENTINO, GIANVITO CORONA

«Conciliamo qualità e razionalizzazione offrendo un servizio gradito alla gente»

Una presenza capillare per un territorio vasto e poco popolato

● La sanità è impegnata in un difficile percorso di razionalizzazione della spesa. Tuttavia negli ultimi anni c'è l'impegno di risorse ingenti nell'assistenza domiciliare. Ma la contraddizione è solo apparente e il dottor Gianvito Corona, nella sua veste di responsabile del servizio Adi dell'Asp, spiega anzi che questi aspetti ben si conciliano tra loro.

«È evidente che la razionalizzazione della spesa in Sanità non possa prescindere da un rafforzamento dell'assistenza domiciliare, in quanto si sono modificati i bisogni assistenziali: l'incremento esponenziale delle malattie croniche invalidanti e la crescita della popolazione anziana rendono necessaria un'offerta assistenziale ribaltata. In ospedale bisogna gestire solamente le urgenze/emergenze e le patologie in corso di definizione che richiedono indagini diagnostiche o modalità terapeutiche altamente tecnologiche. Fuori dai nosocomi e, in particolare a domicilio, andrebbero gestite tutte le altre situazioni cliniche».

Il Potentino ha una particolare conformazione orografica ed è composto da centri di dimensione piccola o spesso piccolissima. Non è una difficoltà insormontabile per il servizio?

«La conformazione orografica della provincia di Potenza crea enormi difficoltà logistiche, ma rappresenta sicuramente un laboratorio sul quale sperimentare offerte assistenziali peculiari. La scarsa densità abitativa e la problematica viabilità hanno costretto a calibrare l'offerta basata sulla capillarizzazione degli operatori, consentita solo dal sistema in outsourcing oramai diffuso in tutta la Regione. Tale sistema, anche chiamato «Modello Venosa», prevede una esternalizzazione a forte controllo clinico istituzionale e garantisce l'erogazione di prestazioni a domicilio, a qualunque latitudine e in qualsiasi momento grazie a un dispiegamento di operatori della cooperativa affidataria, ragguardevole».

Qual è la funzione dei medici di famiglia in questo ambito, ossia dall'avvio del percorso di assi-



ASCOLTO Gli operatori, spesso, diventano parte delle famiglie in cui entrano

stenza e durante lo stesso?

«Fondamentale. Il Medico di famiglia, nel rimanere figura centrale di riferimento, attraverso una riqualificazione e una rimodulazione del suo ruolo, dovrà assumere nel tempo, anche il ruolo di steward, cioè di colui che «pianifica, organizza, gestisce» il percorso del paziente durante l'iter diagnostico e terapeutico della sua malattia, che avrà inevitabilmente «fasi» ospedaliere e «fasi» domiciliari».

E i pazienti come rispondono? Non muoversi da casa è un vantaggio, ma non si rischia di essere invasivi?

«La nostra esperienza di «cure domiciliari» è oramai ultradecennale. All'inizio si registrava una diffidenza legata all'assoluta novità del tipo di assistenza e al timore di una qualità scarsa dell'offerta; poi, gradualmente, nel tempo ci si è conquistati la fiducia anche attraverso piccoli atti di coraggio che hanno portato «a domicilio» procedure terapeutiche considerate alcuni anni orsono (a mio avviso erroneamente) esclusivamente ospedaliere. Si è dimostrato che, ponendo in essere prassi finalizzate alla sicurezza, sia dell'ammalato che dell'operatore, si possono eseguire a domicilio emotrasfusioni, nutrizione artificiale, paracentesi evacuative, accessi venosi ecoguidati in re-

gime di sterilità. I pazienti hanno apprezzato molto, al punto da richiedere sempre più spesso atti diagnostici e terapeutici domiciliari che riducano al massimo i loro accessi in ospedale. La presenza di una Unità Operativa Complessa (Oncologia Critica Territoriale, Cure Domiciliari e Palliative) dell'ASP, operante su tutta la provincia, è fortemente strategica in quanto si interfaccia quotidianamente con ammalati e familiari, allo scopo di recepire ed esaurire tutti i bisogni, soprattutto quelli inerenti le cure palliative, sia precoci che di fine vita».

Domiciliarizzazione delle cure: un processo compiuto o si lavora a nuovi orizzonti?

«Entrambe le cose. È sicuramente compiuto il processo culturale di consapevolezza della nuova offerta di cura a livello istituzionale politico, delle direzioni strategiche e degli operatori della sanità, ma vanno ancora ricercati strumenti in grado di migliorare l'erogazione di tutto il Servizio. La messa a punto di PDTA (protocolli diagnostico terapeutici assistenziali), la codifica di prassi codificate, l'identificazione di precisi misuratori di performances, non bastano ancora: verosimilmente con la Telemedicina che è un processo in procinto di divenire realtà, si farà un significativo salto di qualità».

QUI ASM LA RESPONSABILE DELLE CURE DOMICILIARI MARIA MADDALENA FRANCIONE

«La risposta terapeutica giusta per le malattie croniche e una popolazione che invecchia»

● Le società occidentali sono alle prese con un invecchiamento della popolazione che porta a un maggiore bisogno di cure e un cambiamento del modello di famiglia che rende più difficile affrontare nelle mura domestiche le necessità di affrontare deospedalizzazioni e i connessi bisogni di assistenza. E per la dottoressa Maria Maddalena Francione, Responsabile cure domiciliari ASM Matera, l'Adi può essere una risposta a questo.

«Le cure domiciliari sono senza dubbio una risposta all'aumento delle malattie croniche, alla fragilità clinica e sociale e all'invecchiamento della popolazione che attualmente nel nostro territorio presenta un indice di vecchiaia superiore a 160, ovvero abbiamo più di 160 ultra65enni a fronte di 100 individui con età inferiore a 14 anni».

Nel territorio della Basilicata si sta svolgendo, una delle esperienze pilota a livello nazionale di assistenza domiciliare integrata. Quale indicazione ricava da quanto fin ora fatto?

«L'ADI è in costante crescita negli ultimi anni con un alto indice di gradimento da parte dei pazienti e delle famiglie; riesce a soddisfare bisogni sempre più crescenti in ambito sanitario avvalendosi di presidi tecnologici e terapeutici che consentono di mantenere a domicilio anche pazienti ad alta complessità assistenziale riducendo la degenza ospedaliera e migliorandone la qualità di vita, come ad esempio per i pazienti in alimentazione artificiale o in respirazione assistita. Tutto questo è reso possibile anche grazie ad una maggiore collaborazione con i medici curanti che continuano a condividere il progetto ADI».

L'aspetto forse più delicato: l'integrazione col paziente (e in questo caso i suoi familiari conviventi) e l'umanizzazione delle cure: ci sono risultati su questo fronte?

«La presa in carico di un paziente non può prescindere dalla collaborazione della famiglia e dalla presenza di un valido caregiver; purtroppo assistiamo alla scomparsa delle famiglie patriarcali con la comparsa di famiglie mononucleari o allargate con anziani spesso affidati a «badanti». L'umanizzazione delle cure rappresenta il fulcro dell'assistenza domiciliare che vede al centro il malato e la sua famiglia, tanto che l'operatore domiciliare diventa parte integrante del nucleo fa-



ASSISTENZA CONTINUA

Il servizio viene assicurato con continuità su tutti gli aspetti dei quali il paziente, con la relativa famiglia, può avere bisogno, grazie a una presenza capillare sul territorio



miliare e spesso le parole e i gesti possono fare più dei trattamenti medici».

Altro tema delicato della sanità è l'integrazione tra pubblico e privato. In questo caso siamo in un modello in cui operano insieme. Quali punti di forza produce questa cooperazione?

«Il modello integrato di assistenza pubblico/privato si è rilevato in questi anni un modello valido che ha permesso una crescita continua del servizio perché i due interlocutori si sono posti sempre come partners gestionali che hanno come obiettivo comune la salute del paziente».

Ci sono studi o monitoraggi che possano dare un quadro di come cambia la qualità della vita passando dall'assistenza in struttura a quella domiciliare?

«Studi e monitoraggi sono in corso in tutta l'Italia, per certo possiamo affermare che in presenza di valido caregiver familiare l'ADI non solo aumenta la qualità di vita ma prolunga l'appetitiva di vita».