

ADI: un modello organizzativo per la promozione del lavoro integrato

*Miriam Totis, Assistente sociale, Comune di Udine, Ambito socio assistenziale dell'Udinese 4.5
Mario Casini, Medico Responsabile del Distretto di Udine A.S.S. n° 4 "Medio Friuli"*

Nel maggio 1998 la regione Friuli Venezia Giulia ha promulgato una legge che detta : "Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all'art.15 della L.R. 37/95 in materia di procedure per interventi sanitari e socio assistenziali" e che ha come oggetto la tutela della salute e la promozione sociale degli anziani ed identifica metodi e strumenti per la pianificazione socio sanitaria integrata.

Nello specifico la legge intende perseguire le seguenti finalità:

- prevenire il rischio e la perdita dell'autonomia e dell'autosufficienza
- favorire la permanenza dell'anziano nel proprio contesto familiare e sociale
- adeguare l'offerta di servizi e strutture, in particolare per i non autosufficienti
- attuare interventi che assicurino all'anziano e alla famiglia il diritto della libera scelta.

Gli obiettivi per il raggiungimento di tali finalità sono, oltre al riordino in senso integrato della normativa sugli anziani, l'istituzione e l'organizzazione di un sistema di servizi ad alta integrazione socio - sanitaria, la qualificazione delle prestazioni attraverso l'adozione e la diffusione di metodologie integrate di valutazione multidimensionale e programmazione assistenziale personalizzata.

È previsto inoltre il coordinamento e l'integrazione degli interventi nei settori della casa, dei trasporti, delle attività turistico - ricreative, della cultura e della formazione.

Ulteriori obiettivi qualificanti la legge sono: la valorizzazione del ruolo della famiglia, il riconoscimento dell'apporto del terzo settore e l'istituzione dell'Osservatorio regionale per l'anziano, con compiti di analisi dei bisogni e di individuazione degli strumenti idonei al loro soddisfacimento.

In attesa della definizione da parte della Regione dei criteri organizzativi e degli standard assistenziali relativi alla suddetta legge, nel Distretto di Udine si sta sperimentando un modello organizzativo di servizi domiciliari a forte integrazione socio - sanitaria che assegna un ruolo centrale all'assistenza domiciliare integrata (adi) erogata in forma intensiva sulla base di progetti individualizzati.

Il territorio del Distretto, coincidente con l'Ambito socio - assistenziale, comprende nove Comuni (la città di circa 95.000 abitanti e otto comuni della cintura) per un totale di 145.478 abitanti, di cui il 23,6% ultra sessantacinquenni (gli ultra settantacinquenni sono il 9,3%). Da tre anni la natalità è del 7,3 per mille e la mortalità è del 11,5 per mille e quindi il trend demografico è negativo, ciò ha comportato una crescita esponenziale dell'indice di vecchiaia che attualmente è del 221,5% e nella città di Udine raggiunge il 222,6%.

La complessità del territorio (coesistenza di una realtà cittadina con una rurale) e la presenza importante della popolazione anziana avvicinano il quadro epidemiologico locale a quello nazionale facendo emergere una notevole prevalenza delle malattie croniche e quindi l'esigenza di orientare i servizi verso la lunga assistenza.

I bisogni, quindi, non sono esclusivamente di tipo sanitario ma riguardano in particolare: la dipendenza fisica, la costante necessità di aiuto, le problematiche economico - finanziarie, gli aspetti relazionali e affettivi.

La risposta dei servizi alla non autosufficienza è di tipo prevalentemente istituzionale. L'ospedale svolge ancora un ruolo centrale (nel territorio sono presenti numerose strutture), anche se ricovera di meno e per periodi più brevi. Infatti dal '96 al '98 il tasso di ospedalizzazione della popolazione, pur rimanendo molto alto, è sceso dal 196,3 al 184,5 per mille, mentre quello degli ultra sessantacinquenni è passato dal 396,7 al 334,7 per mille.

Non essendosi sviluppati adeguatamente i servizi territoriali, la R.S.A. (nella nostra regione tali residenze sono strutture distrettuali rivolte a soggetti anziani e non, temporaneamente non autosufficienti, che abbisognano di riabilitazione intensiva o assistenza sanitaria importante o di sollievo, il periodo degenza media non deve superare i cinquanta giorni) ha una funzione prevalente di contenitore delle necessità di dimissione precoce dall'ospedale e di sollievo familiare. Infatti all'ingresso il 55% dei pazienti proviene dall'ospedale e il 35% da famiglie non inserite nella rete dei servizi e solo il 10 % dall'adi.

Il modello organizzativo di adi, qui descritto, nasce da un'intesa di programma tra l'azienda sanitaria territoriale e l'ambito socio - assistenziale, approvata in sede di assemblea dei sindaci coerentemente con quanto stabilito dalla legge regionale 49/96, la quale individua in quel contesto la sede della programmazione per le materie ad alta integrazione socio - sanitaria (minori, anziani, disabili fisici e psichici, tossicodipendenti).

L'adi prevista consiste in prestazioni offerte alle famiglie dal medico, dall'infermiere professionale, e/o dal fisioterapista, integrate con quelle dell'assistente sociale e dell'assistente domiciliare, con eventuale coinvolgimento del volontariato.

La legge 10/98 sugli anziani consente che in ogni distretto si possa attuare un modello organizzativo corrispondente ad una unità funzionale di coordinamento degli interventi socio sanitari, nella nostra esperienza questo si è tradotto nella "segreteria unica integrata socio - sanitaria" (Suiss).

La segreteria ha i seguenti compiti:

- screening socio - sanitario
- raccordo operativo per la continuità assistenziale e l'uso ottimale dei servizi
- attuazione dei programmi di assistenza elaborati e verifica della loro realizzazione
- informazione all'utenza sulle possibilità assistenziali esistenti
- formazione e aggiornamento degli operatori

Il coordinamento della Suiss spetta al medico responsabile dei servizi di cura e assistenza domiciliare del distretto e alla assistente sociale coordinatrice dell'area anziani dell'ambito.

"Il percorso paziente" prevede:

- la segreteria unica integrata socio - sanitaria (Suiss) come unico punto di accesso al servizio, con il compito di verificare la congruità della richiesta e di inviare i valutatori domiciliari (infermiere professionale e assistente sociale) per la compilazione della scheda multidimensionale di rilevazione dei bisogni.
- l'unità di valutazione distrettuale sulla base della documentazione dei valutatori domiciliari e del medico di medicina generale definisce un piano assistenziale personalizzato ed un operatore di riferimento responsabile dell'attuazione del piano stesso. Viene, infine, stipulato un patto d'assistenza con l'utente e la sua famiglia.

L'assistenza domiciliare viene erogata tenuto conto dei bisogni della persona e della famiglia.

Infatti, i modelli assistenziali previsti sono:

- protezione sanitaria alta durata dell'assistenza breve (dimissione protetta)
- protezione sanitaria bassa, durata dell'assistenza breve (medicazioni semplici, cicli di fisioterapia, ecc.)
- protezione sanitaria alta durata dell'assistenza lunga (malattie cronico evolutive gravi)
- protezione sanitaria bassa, durata dell'assistenza lunga (patologie croniche lievi)

L'assistenza domiciliare può essere erogata anche sulle 12 ore per 365 giorni all'anno ed è garantita tramite una centrale operativa la reperibilità di un medico e di un infermiere professionale nelle 24 ore.

La sperimentazione del modello proposto ha una durata prevista di tre anni. Gli indicatori "forti" di risultato saranno rappresentati da:

- un calo della istituzionalizzazione dell'anziano
- una buona qualità percepita dagli utenti
- un'operatività integrata efficiente ed efficace.

In linea generale i destinatari del servizio adi sono quelli identificati dalla legge (anziani ultra sessantacinquenni non autosufficienti e persone di ogni età temporaneamente tali) e dai suddetti modelli assistenziali, tuttavia l'intesa di programma ha voluto esplicitare e definire la tipologia degli utenti, in particolare:

1. anziani con pluripatologie che determinano una limitazione importante dell'autonomia
2. persone in fase avanzata e/o terminale di malattia inguaribile
3. dimissioni protette
4. anziani con patologie acute temporaneamente invalidanti.

Le motivazioni di questa scelta sono da ricercare nella necessità di quantificare l'utenza, avendo definito il target, e nella decisione presa dall'Azienda sanitaria territoriale di utilizzare due erogatori per la componente sanitaria: il servizio infermieristico distrettuale e un'azienda privata di servizi domiciliari. Comunque, l'accesso al servizio e la programmazione degli interventi rimangono di competenza del distretto e dell'ambito.

Il modello organizzativo sin qui descritto può rappresentare un'opportunità per precisare i concetti di coordinamento, inteso come programmazione in termini di obiettivi che due o più amministrazioni intendono raggiungere, e di integrazione, come fase più dinamica e operativa dell'intervento.

Infatti, riteniamo che l'integrazione socio-sanitaria si realizzi a livello istituzionale, gestionale, professionale.

Il livello istituzionale, costituito dalle direzioni aziendali e dalle amministrazioni locali, individua le politiche di salute per le aree vaste (minori, anziani, disabili fisici e psichici, ecc.) e predispone gli strumenti più idonei per realizzarle promuovendo l'approccio integrato ai problemi di salute.

Il livello gestionale, costituito dalle strutture operative aziendali e dagli ambiti socio-assistenziali, individua i sistemi operativi più utili al lavoro integrato (sistema informativo, di valutazione dei risultati, di addestramento e formazione), definisce la programmazione operativa per il perseguimento degli obiettivi di salute e ne organizza le attività.

Il livello professionale dell'integrazione, rappresentato dagli operatori sanitari e sociali, si realizza nel lavoro multidisciplinare interdisciplinare di erogazione contestuale di prestazioni

sanitarie e assistenziali, che si compenetrano per rispondere in termini complessivi ai bisogni espressi dalla persona o dalla famiglia. Non deve essere una semplice somma di professionalità diverse ma un processo che richiede agli operatori di definire la propria individualità e specificità professionale, di confrontarsi sulle diversità e di definire quel mix che rappresenterà il lavoro integrato.

Tutto questo dovrebbe comportare il passaggio degli Enti coinvolti (comuni, azienda sanitaria territoriale, azienda ospedaliera, R.S.A., case di riposo) da strategie competitive, dove ognuno persegue il proprio interesse interpretando a suo favore le aree grigie dell'intervento socio - assistenziale, ad una competizione collaborativa che favorisce l'assunzione di una logica di rete, garantendo un miglioramento dei risultati.

Bibliografia

- Banchemo A. "L'offerta di servizi: dall'assistenza primaria alla long-term care", pp. 315 - 344, in Rapporto Sanità '98, Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna, 1998
- Becchi M.A., Bernini Carri E. "Qualità ed efficienza nell'assistenza domiciliare" F. Angeli, Milano, 1998.
- Donzelli A. "Sistemi sanitari a confronto", F. Angeli, Milano, 1997
- Levorato A., Rozzini R. Trabucchi M. "I costi della vecchiaia", Il Mulino, Bologna, 1994.
- Longo R. "I servizi per gli anziani: una rete di aziende in un gioco competitivo a somma negativa. Ipotesi per un sistema di relazioni" in Mecosan n°23/97