

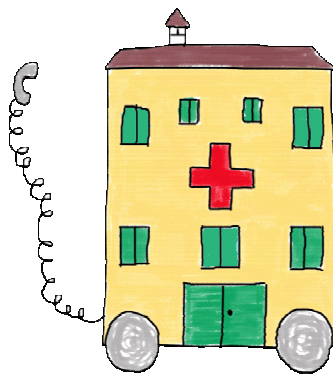


FONDAZIONE ISTUD

## *“Knocking on patient’s door”*

*La carta di sintesi delle cure a casa.*

Le undici necessità per il decollo delle cure a casa in Italia.



giugno 2009

## Le undici necessità

1. **Autodeterminazione nella scelta del luogo di cura:**

*“Per quanto riguarda l'autodeterminazione dei pazienti, io sono convinto che sia un diritto di ognuno e che come tale vada rispettato sempre, in ogni circostanza. Ma affinché questo diritto sia effettivo, devono esistere delle premesse. Se l'assistenza domiciliare non è bene organizzata, se il servizio non è garantito, se non è programmata in maniera efficiente, non c'è libera scelta e non c'è l'autodeterminazione del paziente. In questo caso la scelta del ricovero sarà obbligata.”*

(Prof. Ignazio Marino)

2. **La ripianificazione dei LEA socio-sanitari**, sia nel caso in cui le cure a casa vengano attivate a partire dall'ospedale (post ricovero, dimissione, gestione della cronicità), sia nel caso in cui vengano richieste dal territorio (anziano a casa, prevenzione gestione della cronicità). L'obiettivo è garantire continuità assistenziale secondo un approccio che tenga conto non solo degli aspetti sanitari ma anche di quelli sociali. In tal senso sviluppare soluzioni gestionali (ad esempio l'infermiere di riferimento e il case manager) che prevedano un team di professionisti basato sulla fiducia.
3. **Un osservatorio epidemiologico e economico** che permetta di creare l'**identikit della persona curata a domicilio** e che delinei qual è il reale bisogno di salute dei cittadini italiani, le previsioni per i prossimi anni, le risposte che il nostro sistema sanitario potrà dare per soddisfare tale bisogno (ad esempio quanti anziani soli, che tipo di bisogni assistenziali a seconda delle patologie e/o delle cronicità) e le sue previsioni di spesa, senza trascurare le spese che direttamente sostengono le famiglie per potersi curare a casa.
4. **Strumenti di misura che permettano la certificazione della qualità** delle cure a casa: indicatori *ad hoc*<sup>1</sup> e strumenti per il controllo, per fare diventare l'abitazione stessa della persona malata un luogo sicuro e protetto, attraverso la previsione di

---

<sup>1</sup> Ad oggi gli strumenti a disposizione in campo sanitario sono stati studiati principalmente a partire dall'ambito ospedaliero e universitario e quindi non potenti a sufficienza nel rilevare i veri benefici della qualità della vita nella propria casa.

standard di qualità e certificazione del domicilio stesso, valutando caso per caso se e come attivare il servizio.

5. **Il Caregiving:** ovvero la persona di riferimento per il malato appartenente al suo mondo di riferimento. Conoscere chi è vicino al paziente, quali sono le principali necessità a cui va incontro e le competenze di cui ha bisogno. Il caregiver entra a far parte dell'équipe di cura e come tale va "professionalizzato" e "sostenuto". Il *caregiver* ha bisogno di formazione e addestramento pratico e costante. Il *caregiving* oggi in Italia è circa all'80% donna, di età media di 55 anni, senza stipendio riconosciuto. E' importante attraverso il badantato snellire il carico di lavoro del *caregiver* per consentirgli/le di prendere/riprendere un altro ruolo professionale nella società che spesso hanno perso.
6. **La professionalizzazione del badantato:** la figura del badante<sup>2</sup>, da fenomeno spontaneo e disorganizzato a professionalizzazione di colui che assiste. Attraverso dei percorsi di formazione con poca teoria e molto apprendimento e rilettura dell'esperienza. I badanti costituiscono una categoria "fragile", in quanto generalmente stranieri, in difficoltà economica e spesso clandestini. Eppure rappresentano in Italia oltre alla famiglia una risorsa fondamentale di *caregiving*.
7. **La sussidiarietà dei servizi:** l'integrazione tra servizio pubblico, privato accreditato, organizzazioni non profit nell'erogazione dei servizi e l'industria (sostegno economico, formazione e retribuzione dei professionisti ecc.). Vanno definiti i livelli di collaborazione, i compiti assegnati, comunque nel rispetto della qualità delle cure erogate in una pensiero più sinergico e meno concorrenziale tra le singole realtà.
8. **Le case alloggio e i *country hospital*:** ripensarli come strumento funzionale alla riprogrammazione del servizio socio-sanitario integrati quando non ci sono case idonee e manca il *caregiver*. Possono essere dei momenti intermedi, a bassa intensità di cura, nell'attesa di adeguare il domicilio alle nuove necessità e di

---

<sup>2</sup> in Francia le persone sole malate a basso reddito possono rimanere presso il proprio domicilio grazie all'assistente socio-sanitario, che è la figura di coordinamento delle risorse sul territorio. Questi provvede a disporre un badante (alle dipendenze del servizio socio-sanitario) per l'assistenza della persona sofferente, che in tal modo riceve assistenza socio-sanitaria senza dover essere ricoverata e con spese ridotte.

controllare lo stato di salute del paziente, attraverso con una presenza fisica garantita talvolta solo infermieristica, in altri casi anche medica. Possono essere anche tempi lunghi di permanenza quando non c'è caregiving o non c'è alloggio adeguato. Servono per liberare tempestivamente i letti ospedalieri, garantendo risparmio sul DRG ospedaliero, e accelerazione dei tempi d'attesa di ricovero e continuità assistenziale. Sono un investimento necessario e possono originare, come in alcuni casi sta già avvenendo dalla chiusura di piccoli ospedali.

9. **Le tecnologie informatiche.** L'implementazione della telemedicina e degli strumenti per controllare a distanza l'andamento del paziente; l'inserimento dei dati delle cartelle cliniche su computer portatili direttamente al domicilio con invio dei dati al centro di riferimento. I numeri delle prestazioni a domicilio, gli indicatori di salute emersi dovrebbero essere elaborati per cicli di cura e raccolti in un database nazionale per effettuare buona programmazione sanitaria.
10. **Strumenti di transizione che facilitino la messa in atto della azioni progettate per il cambiamento:** accompagnare i professionisti e gli utenti in questo nuovo contesto e nelle nuove consuetudini di comportamento: abbandonare o ridimensionare l'esclusività dell'ospedale è un atteggiamento culturale e comportamentale non facile per i professionisti sanitari che già a partire dal tirocinio devono stare in ambito ospedaliero.
11. **Campagna di sensibilizzazione ai cittadini** sulla possibilità di poter scegliere la modalità assistenziale delle cure a casa, sullo stato di avanzamento dei lavori di cure domiciliari, sulle modalità di attivazione, sui benefici e gli oneri e le responsabilità che essa comporta.