

## Territorio e modelli di integrazione assistenziali

Gianluca Bruttomesso

*Le strutture residenziali possono rappresentare un modello di integrazione alla domiciliarità? Sembra che di sì se ci si sofferma su quanto è stato sviluppato nel territorio di Pinerolo dalla Asl Torino 3*

Quello delle strutture residenziali come possibile modello di integrazione dell'assistenza domiciliare è un argomento molto sentito in Piemonte, basti pensare che nel nostro Paese, l'incidenza degli ultrasestenni sul totale della popolazione è del 19,8%, in Piemonte il dato sale al 22,6% e nella sola azienda sanitaria TO3 si attesta sul 21%.

C'è dunque "fame" di assistenza domiciliare in quel territorio. Per rispondere a questo bisogno e definire i percorsi assistenziali più idonei, i servizi sanitari locali hanno posto, già da diversi anni, come punto centrale l'Unità di Valutazione Geriatrica. Il servizio è presente in tutti i nove distretti dell'Asl TO3. Quali sono i compiti di questa unità? Innanzitutto appura il grado di non autosufficienza del paziente, per definire poi i percorsi socio-sanitari.

Questo modello mette a disposizione non solo un medico geriatra, ma anche uno specializzato in assistenza sanitaria territoriale e un fisiatra, insieme a due assistenti sociali, un infermiere, un segretario ed eventuali medici specialisti, laddove richiesti o necessari. La sua finalità è quella di promuovere un atteggiamento flessibile orientato alla pluralità delle scelte.

Nel 2010, in base ai dati forniti da **Antonino Lentini**, dirigente responsabile S.S. Cure Domiciliari di Pinerolo, gli assistiti con cure domiciliari sono stati, in tutta l'Asl TO3, circa 16mila, in crescita di oltre mille unità rispetto al 2009. La maggior parte di essi sono curati tramite Adi (Assistenza Domiciliare Integrata) e Ucp (Unità di cure palliative).

### ■ L'asilo dei vecchi, una novità

Ma qual è la novità fondamentale sperimentata in quei territori? Lo spiega **Lorenzo Angelone**, direttore distretto Valli Chisone e Germanasca: "Noi riceviamo dallo Stato, attraverso la Regione, i finanziamenti per la non autosufficienza. La Regione, però, ci fa anche i conti in tasca: in base alle statistiche effettuate negli anni stabilisce che dovremmo avere una determinata percentuale di persone non autosufficienti ogni anno. Ma io, per esempio, opero in un distretto dove le disponibilità di posti letto in residenzialità sono inferiori al fabbisogno della cittadinanza. A ciò bisogna aggiungere il fatto che già da qualche anno, stiamo più attenti a come distribuiamo le risorse, anche per stare nei piani di rientro. In altre parole, da un lato la popolazione anziana aumenta, le commissioni di valutazione geriatriche continuano a visitarla e a costruire piani assistenziali individuali, ma poi non ci sono posti nelle Rsa". Che cosa hanno pensato dunque in quel distretto? In modo particolare con l'Asilo dei vecchi di San Germano Chisone (TO), "anziché far ricoverare, per esempio, quattro persone in più, il distretto paga alla struttura quattro rette sanitarie ai cittadini che ne hanno bisogno, ma la struttura di cura, anziché ricoverarli, offre il suo personale (ampliato e debitamente formato) per seguire i casi valutati dall'Unità di valutazione geriatrica, sul territorio, direttamente al loro domicilio". E questo succede da dieci anni. E il distretto cosa ci guadagna? "Con quattro risorse economiche si soddisfano dieci persone e si collocano a domicilio

dell'utente offrendo così una qualità di vita diversa", conclude Angelone. Questo modello di integrazione si realizza in un ambiente di montagna, dove le famiglie sono ancora disposte a mantenere il proprio anziano in casa. *La conditio sine qua non* è che la famiglia operi da caregiver.

### ■ Un modello esportabile

"In realtà si tratta di un modello esportabile anche a livello nazionale - è convinto Angelone - ovunque dove ci siano situazioni che hanno sviluppato già la residenzialità e la domiciliarità. Penso per esempio, a Regioni come il Veneto e il Friuli, dove già esistono esperienze simili. Basta partire dall'osservazione dei bisogni del territorio".

In questo contesto il ruolo del medico di medicina generale diventa prioritario: "Nel nostro caso si tratta proprio di famiglie che, in stretto contatto col Mmg, assistono a domicilio il proprio caro - afferma Angelone - oltre a gestire i vari tipi di Adi o Adp e altri servizi domiciliari, il medico di famiglia in quella zona si occupa già della promozione e condivisione del piano di cura, attiva le consulenze necessarie, redige il programma terapeutico, identifica e richiede, insieme ai caregiver, i presidi e gli ausili necessari da inserire nell'ambiente domestico, segnala eventuali problemi o necessità ai servizi sociali. Infine, segue il paziente tramite programmi di follow-up e attiva la cartella clinica domiciliare. "Tra i miei 1.500 assistiti, 500 sono ultrasessantenni - dichiara **Biagio De Leo**, medico di medicina generale del distretto Valli Chisone e Germanasca -. Nel-

la maggior parte dei casi si tratta di soggetti ipertesi. Avendo davanti questi numeri abbiamo pensato a un progetto, nato nell'ambito del territorio, per poter offrire qualcosa in più a questi anziani e a tutte le persone che hanno bisogno di aiuto". I medici del territorio torinese, perciò, valutando le aspettative degli anziani, si sono resi conto innanzitutto di un fattore: questi preferiscono restare ed essere curati a casa loro.

Naturalmente vi sono molte persone con disabilità o fragilità che desiderano o devono essere assistiti nelle strutture. "In ogni caso è da queste semplici considerazioni - specifica De Leo - che è nata la possibilità di integrazione tra Mmg, servizi sociali e Rsa che offrono servizi a domicilio, per evitare l'ospedalizzazione o il ricovero in strutture per anziani". Un modello possibile anche per le grandi città: "Se il problema è sentito, basta rim-

boccarsi le maniche e l'esempio diventa esportabile. Tra l'altro - prosegue - non aumenta il carico di lavoro dei Mmg. Io, di fatto, mi trovo semplicemente a fare qualche telefonata in più ai colleghi". Che cosa dunque è necessario per iniziare? "Uno sforzo in più nel cambiare un po' la nostra mentalità e uno sguardo più ampio, sul territorio e sui bisogni, anche non strettamente medici, della popolazione assistita. Non stare fermi nel proprio ambulatorio con la propria routine, ma guardare al di là".

### ■ **L'integrazione che piace al territorio**

E così nel 2010, secondo i dati forniti da **Paola Sderci**, assistente sociale alle cure domiciliari dell'Asl TO3, nei distretti Pinerolo Val Pellice, Valli Chisone e Germanasca la percentuale di assistiti a domicilio è risultata del 39% superiore a quella

(35%) di pazienti ricoverati nelle strutture residenziali per anziani. Dopo la casa di cura San Germano, con 35 ricoverati su 84 nel 2009, si è aggiunta poi la San Giuseppe, sempre nello stesso distretto, che ha potuto seguire una cinquantina di casi. A cui si è aggiunto proprio di recente un nuovo progetto, per l'anno 2011/2012, di informazione alle famiglie e/o *caregiver* sulla rete dei servizi che sostengono i malati di Alzheimer che prevede: formazione sulla gestione della persona demente, anche individuale presso il domicilio, e del paziente affetto dal morbo di Alzheimer per gli operatori domiciliari, ma anche accompagnamento al centro diurno. E attualmente altre Rsa stanno iniziando a contattare l'Asl TO3 per poter riprodurre nel loro territorio un modello del genere. Un esempio di integrazione, dunque, che piace al territorio: sia agli operatori sanitari sia ai cittadini.