



***III Giornata Nazionale  
delle Cure a Casa  
FONDAZIONE ISTUD***

**Il distretto e l'organizzazione dei servizi di cure  
domiciliari: quale ruolo?**

**Filippo Bauleo**

Presidente CARD Umbria e membro del Consiglio Nazionale CARD  
Confederazione Associazioni Regionali di Distretto

**Filippo Bauleo**



## Missione della CARD

promuovere, sostenere ed implementare la cultura del cambiamento in sanità:

umanizzazione dei servizi

miglioramento dello stato di salute della popolazione

applicazione di modelli gestionali per realizzare integrazione, governo della domanda e accentuare la tutela dei soggetti deboli



# Conferenza nazionale sulle cure domiciliari Roma maggio 2011

card\_conferenza\_curedomic.pdf



## "LE CURE A CASA"

### LA CARD PER UN MANIFESTO DELLE CURE DOMICILIARI

*Molto si è scritto sul valore delle cure a casa e certamente non poco in alcuni luoghi si è realizzato, sia sul versante sanitario che socioassistenziale. Ma ancora tantissimo resta da fare. In numerose zone del Paese le cure domiciliari sono incomplete o inadeguate, a volte inesistenti, spesso offerte in modo parziale, frammentato, in organizzazioni incoerenti, sempre con netta prevalenza dell'assistenza informale su quella formale. Anche in realtà "avanzate" le pratiche domiciliari non ricevono ancora le attenzioni e le risorse adeguate ai bisogni, con drammatiche ripercussioni su persone e famiglie.*

**CARD, nell'attuale fase di evoluzione e ridefinizione dei sistemi socio-sanitari, lancia questa proposta di manifesto, sintetico promemoria per mantenere più alta l'attenzione di tutti, facilitare la comunicazione, riportare i temi delle cure a casa al centro del dibattito culturale e dei programmi di intervento.**

#### UN ELENCO DI BUONI MOTIVI

1. Essere curati a casa, di più e meglio per qualità e quantità, rappresenta oggi un bisogno reale per moltissime persone.
2. Rimanere il più a lungo possibile a casa è il più grande desiderio di queste migliaia di cittadini con malattie di lunga-lunghissima durata.
3. Essere curati a casa è un diritto (costituzionale) della persona e dei suoi familiari (in questo senso è LEA e pertanto deve diventare opzione realmente paritaria rispetto a quella residenziale).
4. Curare a casa è dovere delle Istituzioni pubbliche, che ne curano l'equità di accesso, ed interesse della collettività.
5. Curare a casa, di più, conviene all'amministrazione pubblica ed ai contribuenti; spetta ai professionisti documentare quando, a parità di bisogno, si dimostra più efficace e meno costoso che in ospedale o in residenza.
6. La casa delle buone cure a casa è il distretto. Per questo il distretto deve essere dotato di risorse e di strumenti adeguati, con la responsabilità di organizzare, con i medici di famiglia, percorsi di presa in carico unitaria coordinata e continuativa. Cure domiciliari integrate e distretto devono diventare un binomio inscindibile di pensiero ed azione (al pari di "pronto soccorso-ospedale").
7. Più cure a casa devono essere offerte e ottenute con equità e tempestività in tre attuali emergenze, coevolvemente ancora scoperte: le fasi ultime della vita; la demenza senile; l'infanzia a rischio di abusi ed abbandono familiare.
8. Per curare di più a casa occorrono dei team multidisciplinari e dei servizi multiprofessionali integrati più forti, continuativi, attivi tutti i giorni: nelle 24 ore per la parte sanitaria e nelle 12 ore per quella socioassistenziale.
9. Curare a casa, di più e meglio, con definiti gradienti di intensità e complessità, rappresenta un'eccezionale alternativa ai ricoveri impropri in ospedale e contribuisce fortemente a renderlo più efficiente. Un migliore funzionamento dell'ospedale sta a cuore a tutti: per questo occorrono circuiti di cure domiciliari meglio dotati e strutturati in reti di servizi più robuste.
10. Essere curati a casa fa sentire le persone meno sole e le istituzioni più presenti.
11. Servizi più efficaci a casa, anziché più solidi o contribuiti, rendono più credibili le istituzioni pubbliche, che in questo modo dimostrano di riconoscere nel modo migliore lo straordinario e faticoso lavoro di cura a carico delle famiglie.
12. La buona sanità entra con discrezione nelle case e per sua natura questo è intervento sanitario ad alto valore umano; le auspiccate qualità di umanizzazione e personalizzazione delle cure risultano più probabilmente espresse in quelle domiciliari rispetto ad altre di pari scopo (il bene della persona). Curare a casa comporta infatti un approccio olistico, capacità di ascolto, vicinanza, comprensione, flessibilità, tenacia, programmi personalizzati e continuità assistenziale.
13. Curare a casa gli anziani significa amarli davvero. Il ricovero in casa di riposo dovrà essere solo una decisione inevitabile. (contemporaneamente impegnarci tutti per evitare che divengano case di pre-eterno riposo).
14. Rafforzare le cure integrate a casa si accompagna, in premessa ed in esito, a virtuosi cambiamenti culturali, nella gente e negli operatori, a nuovi modi di leggere la realtà, al progresso delle scienze umane, non solo mediche, contribuendo a positivi rimodellamenti della società.
15. Curare di più a domicilio eleva il grado di partecipazione attiva e responsabilizzazione di individui e famiglie, operatori ed imprese; pone il distretto al centro della rete dei servizi; può contrastare il consumismo sanitario e le amicizie produttive di "prestazioni sanitarie".
16. Essere curati a casa è stato scientificamente provato può assicurare, rispetto ad altri luoghi di cura, più pronta ripresa, migliore qualità di vita, anche e soprattutto nel lungo termine.
17. Qualificare reti integrate di cura a casa crea nuovi posti di lavoro nobilitando l'impresa e la cooperazione sociale: apre nuovi spazi alla sana imprenditoria privata, a sue vantaggiose ricorrenze; promuove l'innovazione e la ricerca scientifica (anche per confronti con altri settori di cura) e tecnologica (ad es. nella domotica, teleinformazione, telemedicina); stimola il progresso delle professioni esistenti, nuove professionalità e forme di impiego; consente di coniugare assistenza e sviluppo socio-economico senza generare nuovi centri di poteri forti.
18. Curare di più a casa evita insostenibili mega-investimenti/insediamenti per nuove strutture di ricovero: fa circolare risorse ed energie positive per più confortevoli tipologie abitative; qualifica nelle città e nei territori nuovi habitat, patrimoni durevoli di più facili ed amichevole utilizzazione per tutti (non solamente per i disabili).
19. Curare le persone a casa di più e meglio arricchisce le comunità locali, ne accresce il capitale umano e sociale.
20. Curare ed essere curati a casa è atto di democrazia: testimonia la presenza di buoni pensieri e buone azioni che proteggono la scelta della libertà e non solo la libertà di scelta.

**Convergere su tutto questo non è utopia e può ridurre l'attuale disassociazione tra principi e pratiche.**

Nota a cura di Paolo Du Cchi, Luciano Pirelli, Nino Thiriacchi, Roberto Gentili - ispirate a <http://www.internazionale.org/2011/04/gerche-a-cura-domiciliari/>



**Il binomio Distretto / Cure domiciliari**  
**Le cure domiciliari necessitano di un**  
**elevato livello di integrazione**  
**(mmg, specialisti, infermieri, operatori**  
**sociali.....)**



Il Distretto è il luogo organizzativo dell'integrazione nel territorio e tra ospedale e territorio

Il medico di distretto /di comunità/ di sanità pubblica / responsabile di Centro di salute è il regista organizzativo dell'integrazione



**Il distretto:**  
nodo principale della rete dei servizi e  
delle multiprofessionalità  
che costruisce attorno al paziente le  
cure domiciliari



Il Distretto “Organizzatore”:  
percorsi assistenziali  
dimissioni protette  
punto unico di accesso  
servizi di cure intermedie (ospedale di  
comunità, RSA a degenza breve,  
centro diurno ...)



## La sostenibilità

Gli esperti dell'Osservatorio Europeo sui sistemi e le politiche sanitarie:

- rivalutare le priorità
- riallocare le risorse
- riorganizzare il sistema



**Ministero della Salute**

**Il sistema di valutazione  
della performance  
dei sistemi sanitari regionali**

*Primi indicatori ministeriali*

*Anno 2008*

Fonte dati: Ministero e database SDO 2008

**A cura del Laboratorio Management e Sanità**

**Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa**



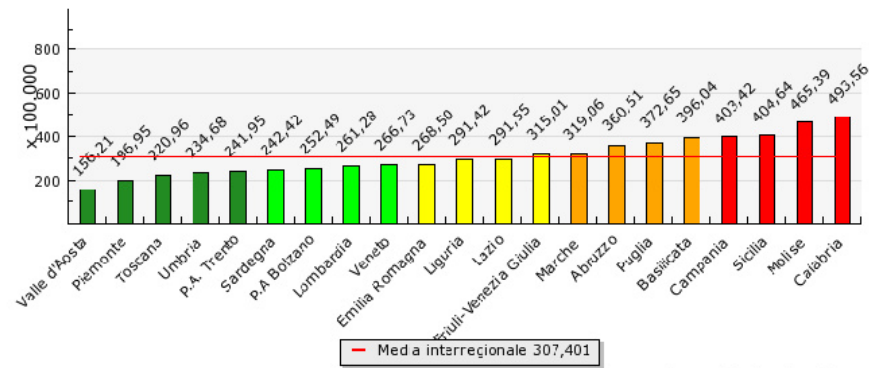
Filippo Bauleo



### Assistenza distrettuale (T): Efficacia assistenziale patologie croniche



**T2 Tasso di ricovero per scempeno per  
100.000 residenti 50-74 anni**



Copyright Laboratorio Mes





## Il Rapporto 2008 dell'OMS

Bisogna superare:

L'ospedale-centrismo

La frammentazione

La commercializzazione



## Sostenibilità: i numeri magici

“Sono certo che in queste cifre risieda la formula magica della sostenibilità del nostro sistema sanitario:

le quote percentuali secondo cui dovrebbe ripartirsi la spesa sanitaria complessiva

5% per la prevenzione, 44% per gli ospedali e 51% per la sanità del territorio”

Angelo Lino Del Favero  
Presidente Nazionale  
Federsanità Anci



## Centralità del Distretto

I nuovi bisogni socio-sanitari impongono di spostare attenzione e risorse dall'ospedale al territorio, dalla cura alla prevenzione e alla promozione della salute, dalla sanità di attesa a quella di iniziativa, dalla erogazione di singole prestazioni alla presa in carico e ai percorsi di cura



Il Distretto: modello organizzativo centrato  
sulla costruzione di una rete di relazioni  
interprofessionali e interistituzionali

la nuova missione del Distretto: il binomio  
*promozione della salute*  
*continuità delle cure*



La promozione della salute è basata sul concetto di salute come equilibrio, è incentrata sulla **persona** nella sua interezza e le sue interazioni, sulla **comunità** in cui vive, sull'**ascolto**, utilizza gli strumenti della **partecipazione** e dell'**intersectorialità**



# Continuità delle cure

centralità dei cittadini e del punto di vista  
della persona e della famiglia

presa in carico, percorsi assistenziali

dimissioni protette



## Il Rapporto 2008 dell'OMS

*“La continuità delle cure è un importante determinante dell'efficacia, per la gestione delle malattie croniche, per la salute riproduttiva, per la salute mentale, per assicurarsi che i bambini crescano in modo sano ...”*



Focalizzare l'attenzione:  
l'analisi dei problemi di salute della  
popolazione  
la definizione partecipata delle priorità  
la valutazione dei servizi e degli esiti



la costruzione di alleanze con istituzioni  
e associazioni

la produzione di informazioni per i  
cittadini, per i professionisti, per i  
politici

l'attivazione di reti comunitarie: rete  
delle famiglie, rete delle scuole,  
associazioni



la costruzione di relazioni operative tra  
i professionisti:  
medici di medicina generale, pediatri di  
famiglia, operatori dei servizi  
territoriali, specialisti del territorio ed  
ospedalieri  
tra le strutture territoriali e ospedaliere



Grazie per l'attenzione!