**Relazione su: *CONTINUITA’ ASSISTENZIALE OSPEDALE- TERRITORIO: L’ADI E LE RESIDENZE SOCIO-SANITARIE.***

(a cura di: A.S. M.Pia Figliola)

**“Nessun sistema sanitario, per quanto tecnicamente avanzato, può soddisfare a pieno la propria missione se non è rispettoso dei principi fondamentali di solidarietà sociale e di integrazione socio-sanitaria” (P.S.N. 2003-2005)**

**Il Servizio Sociale ospedaliero** nel corso degli anni ha sempre dovuto confrontarsi con i processi di cambiamento che a mano a mano si sono avvicendati :

* Da un Servizio sanitario basato sulla decentralizzazione del sistema sul territorio (organizzazione ed articolazione territoriale dei Servizi con i Distretti L.( 833/78)
* al processo di aziendalizzazione del sistema sanitario (502/92 – 517/93), con una ridefinizione dei meccanismi contabili orientando le Aziende Sanitarie verso una contabilità di tipo economico e analitica , tipicamente imprenditoriale .
* dal nuovo sistema di finanziamento regionale dell’assistenza sanitaria basato sulle prestazioni, alla separazione degli interventi sanitari( a carico delle ASL ) da quelli socio-assistenziali (di competenza degli Enti Locali)
* da una forte centralità ospedaliera che trova conferma nella distribuzione di risorse tra i Livelli essenziali di assistenza, ad un ritorno progressivo della valorizzazione del territorio con uno spostamento di prestazioni ( non sempre di risorse) dai servizi ospedalieri ai servizi territoriali .
* Un processo di riorganizzazione per intensità di cura e assistenza, in cui l’ospedale si caratterizza sempre di più come luogo di cura delle acuzie, mentre la cronicità viene affidata all’organizzazione dell’assistenza territoriale.

**Il Servizio Sociale in qualunque contesto operi è sempre strettamente legato alle vicende e all’evoluzione del servizio sociale nell’organizzazione dei servizi, alle nuove politiche socio-assistenziali, al nuovo welfare e alle nuove politiche sanitarie nazionali e locali.**

*Esso si colloca infatti, in una posizione particolare rispetto al resto dei Servizi con competenze più “categorizzate”, è un Servizio di “ frontiera” perché pone l’A.S. di fronte a problematiche molto diverse, non necessariamente correlate al ricovero ospedaliero ma che emergono durante il ricovero stesso e incidono fortemente sulla dimissione.*

**Dal territorio** , infatti, si riversano situazioni sempre più molteplici di :

 - **indigenti e nuovi poveri, immigrati non in regola** con permessi di soggiorno, persone con dipendenze patologiche , minori che subiscono conflittualità genitoriali e familiari , sono problematiche che richiedono interventi multidisciplinari e integrati

-**l’aumento della cronicità e del numero di pazienti anziani** che a causa di nuovi eventi necessitano di interventi complessi e diversificati, non sempre scindibili con la problematica sanitaria connessa.

-**I Pazienti post-acuti** per i quali la corretta gestione della fase di dimissione è importante per evitare possibili ri-ospedalizzazioni

* **I Pazienti cronici già a domicilio ad elevato carico assistenziale** (come le Demenze Alzheimer)
* **I pazienti cronici che richiedono un monitoraggio continuo** ( come cardiopatici , respiratori, diabetici…)

**Dall’ altra parte , l’organizzazione ospedaliera imposta dalle leggi vigenti comporta razionalizzazione della spesa sanitaria con contrazione sempre maggiore dei tempi di ricovero e la dimissione anticipata che ne consegue non sempre trova sempre una idonea risposta sul territorio.**

*E’ in queste circostanze che lo scollamento fra un sistema di intervento e cura organizzato per prestare assistenza sanitaria, come quello ospedaliero e un sistema di assistenza territoriale più frammentato e meno organizzato, diviene acutamente percepibile.*

Il territorio è faticosamente impegnato a provvedere ad una diversità di interventi spesso difficilmente scomponibili negli aspetti sanitari e assistenziali non sempre orientati all’integrazione

I percorsi assistenziali hanno lo scopo di migliorare la qualità dell’assistenza nella sua continuità , migliorare gli esiti per i pazienti ed ottimizzare l’uso delle risorse. Non sempre però tali percorsi si attivano in maniera uniforme per situazioni analoghe di bisogno.

**La programmazione nazionale e regionale assegna al Distretto il compito di realizzare un elevato livello di integrazione tra il sanitario e il sociale e individua nel PUA il servizio strategico per il raccordo tra le diverse componenti sanitarie e sociali.**

*Il PUA come definito nel PSR 2008/2010 approvato con L. R. n. 5/2008, è una modalità organizzativa prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare l’accesso unificato alle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali.*

**Le funzioni e le attività del PUA**, così come previste dalla L. R. n. 5/2008, sono:

* **Ricevere le richieste** di accesso alla rete integrata dei servizi;
* **Registrare** la richiesta
* **Esaminare la richiesta**, eseguire una prima valutazione del bisogno ed attivare la UVM

*In realtà, la Regione Abruzzo già dal PSN del 1998 costruisce percorsi e linee guida sull’integrazione socio-sanitaria, in particolare la sperimentazione con il Centro Studi Zancan, di un modello di continuità assistenziale (anno 2003) come azioni innovative per la formulazione del PSR 2002- 2004.*

*Il Distretto Sanitario Ambito Val Vibrata - allora facente parte del protocollo per la sperimentazione - avviò un lavoro di collaborazione con l’Ospedale sull’integrazione socio-sanitaria* ***–( dimissioni protette – A.D.I.)***

 **L’obiettivo primario di quel progetto mirava alla definizione di un modello che garantisse continuità assistenziale alle persone non autosufficienti e nello stesso tempo desse sostegno alle famiglie che si prendono cura dei loro bisogni, nei casi di dimissione ospedaliera e attivazione ADI.**

*Le condizioni necessarie per la realizzazione del progetto furono:*

* **Progetto di lavoro condiviso da tutti gli Operatori coinvolti nel percorso di cura**
* **Patrimonio culturale comune del concetto di “persona globale”**
* **Disponibilità/ capacità a “ lavorare insieme”**

La condivisione di questi principi da parte degli Operatori della U.O. di Geriatria dell’Ospedale val vibrata di S.Omero che avevano già avviato un lavoro in tal senso, permise la costruzione di un percorso comune, che iniziava con la “presa in carico” del paziente al momento del ricovero e terminava con la sua dimissione, attraverso un lavoro integrato tra tutti gli Operatori del reparto (Medici infermieri, Caposala, OSS, ) Paziente e /o Familiare di riferimento (caregiver), Assistente sociale, Distretto Sanitario, Medicina di Base.

*L’atto della dimissione veniva preparato già durante la degenza, attraverso*:

* **lavoro di addestramento del cargiver**, che diventa parte attiva durante tutto il percorso di cura
* **informazioni sui percorsi successivi al ricovero**……
* **Segnalazione al Distretto** , attraverso una scheda informativa clinica e sociale (Dimissione Protetta), per la successiva presa in carico domiciliare.

*Tutto il lavoro veniva documentato su una cartella integrata sociale e sanitaria, aggiornata ad ogni intervento delle specifiche figure professionali ed aveva lo scopo di consentire che la* ***dimissibilità clinica*** *coincidesse con la* ***dimissibilità sociale***.

**Gli esiti positivi** di questa esperienza sono stati:

* **Miglioramento della qualità dell’assistenza erogata**
* **Dimissioni anticipate e concordate con la famiglia**
* **Gestione domiciliare (ADI) con diminuzione dei ricoveri**
* **Gratificazione del personale coinvolto**

*L’ esperienza nel tempo è stata riassorbita, purtroppo, da un lavoro sempre più improntato sull’emergenza: sono venute a mancare le condizioni strutturali, organizzative e di risorse umane (riduzione posti letto, accorpamenti di reparti) e nessuna ridistribuzione di risorse sul territorio che permettesse la messa a regime della normativa regionale.* ***(criticità/punto di debolezza)***

**L’integrazione tra ospedale e territorio** deve esprimere la consapevolezza che il Progetto Salute individuale e collettivo non si realizza esclusivamente nell’ambito ospedaliero ma fa parte di una strategia multisettoriale che vede la cooperazione di sistemi diversi fra loro

*il raggiungimento di quanto sopra passa attraverso*:

* **La comunicazione** come veicolo per la continuità e l’integrazione del processo di cura nei suoi aspetti di appropriatezza clinica e organizzativa
* **Integrazione tra le diverse professioni** come garanzia per l’utente di poter usufruire di prestazioni che gli vengono erogate perché esiste un progetto assistenziale che è condiviso
* **L’integrazione fra Unità Operative e all’interno delle stesse**, dove gli Operatori attraverso lo scambio, le relazioni , collaborazioni e confronto professionale possano costruire crescita collettiva da restituire in termini di salute e qualità dell’assistenza.
* **La Formazione** costante e permanente.

*Purtroppo la rapidità dei mutamenti istituzionali, l’instabilità del sistema …. contribuiscono a rendere più complicato la formalizzazione di buone pratiche già sperimentate, a volte si opera su buone prassi consolidate che non poggiano su precisi protocolli, ma solo sulla buona volontà di una condivisione di operatività tra le diverse figure dei Servizi sanitari e sociali, sul consolidarsi di rapporti di fiducia e cooperazione.* ***(criticità/punto di debolezza)***

*A volte, invece, sono proprio le idiosincrasie personali a rappresentare gli ostacoli al buon funzionamento dei Servizi, anche quando le procedure sono state formalizzate.* ***(criticità/punto di debolezza)***

**Allo stato attuale i percorsi Ospedale-territorio** almeno dal punto di vista procedurale avvengono con modalità già strutturate a livello aziendale e con un buon livello di integrazione tra Ospedale e Distretto:

-**Il reparto segnala al Servizio Sociale** eventuali circostanze di dimissioni problematiche per il rientro a domicilio sia nel caso di persone che vivono sole o per problematiche familiari che vengono comunque valutate in prima istanza in reparto e in seguito con l’attivazione della UVM con la seguente procedura:

**Il medico della U.O. di degenza del paziente (in accordo con il paziente stesso o suo familiare) richiede una valutazione da parte della UVM del Distretto, richiesta che successivamente viene inviata al PUA e Servizio Sociale Ospedaliero. In sede di valutazione ospedaliera la UVM individua il miglior setting assistenziale per quel bisogno elaborando un proprio PAI e autorizza ricovero in RSA o Domicilio con apertura di ADI.**

**Criteri per RSA:**

* ***Quando superata la fase acuta, non si rilevano possibilità di recupero funzionale ma comunque si rende necessaria una alta tutela assistenziale e riabilitazione finalizzata al recupero possibile (magari solo per i passaggi posturali)***
* ***Se non ci sono possibilità di recupero e le condizioni del paziente sono tali da richiedere una assistenza continuativa insieme ad interventi di tipo sanitario, la soluzione possibile in assenza o impossibilità del nucleo familiare è quello di un ricovero in RSA.*** *Tale ricovero dovrebbe* essere temporaneo , perché raggiunto un quadro di stabilizzazione, si dovrebbe passare ad un rientro a domicilio o sistemazione in RA.

**L’inserimento in RA** ha tempi di attesa lunghi che spesso la soluzione non è la più idonea ma la più possibile quale il rimanere in RSA in attesa di disponibilità di posti**. (criticità/debolezza)**

**Per il rientro a domicilio** spesso c’èbisogno di tempo per permettere a familiari e/o ai Servizi territoriali di trovare una soluzione al problema assistenziale.

 **Un punto critico è dato dal pagamento della quota alberghiera da parte del paziente o familiare, spesso non si hanno condizioni economiche sufficienti , in questi casi interviene il Comune dietro richiesta ….ma i tempi e i percorsi sono difficoltosi e le strutture tendono a non accogliere tali pazienti con il conseguente prolungamento del ricovero ospedaliero …….(.ma… se la necessità di ricovero in RSA è dettata solo dalla temporaneità per la stabilizzazione del quadro clinico, perché non le lungodegenze?---in quale percorso rientra? sociale o sanitario?? )---**

*Molti cittadini ricorrono a ricoveri in Ospedali della Regione Marche, perché dal ricovero per acuti vengono trasferiti direttamente nei loro reparti di lungodegenze (pubblici e privati)*

Attualmente sul territorio della ASL teramana sono presenti:

**-2 RSA** (1 pubblica e 1 privata) per un totale di 70 posti letto + 15 posti letto in convenzione con la RSA “S.Giuseppe” di San benedetto del T.

**-3 RA** per un totale di 212 posti letto.

**-3 Case di Riposo** (ex Ipab) per un totale di 233 posti letto.

Tutte le strutture hanno una lista di attesa che va da molti giorni per le Case di Riposo e le RSA a molti mesi per le RA

**Per quanto riguarda l’ADI** , *il Servizio viene attivato dall’Ospedale verso il Distretto tramite la Dimissione Protetta; anche questa procedura è formalizzata a livello Aziendale con un buon livello di continuità assistenziale; quando si tratta di un’attivazione che richiede interventi socio-assistenziali oltre che sanitari, viene coinvolto l’Ambito con una presa in carico congiunta .*

**Alcuni punti critici**:

* **La precarietà di risorse** da mettere in campo non permette interventi globali;
* **Gli interventi domiciliari** concordati con il PAI **non hanno sempre un** **monitoraggio costante per eventuali modifiche** e questo comporta meno flessibilità negli interventi che spesso rimangono standardizzati;
* **Scarsa integrazione tra gli interventi sanitari, assistenziali e medicina di base**
* **Scarsa omogeneità di organizzazione a livello Aziendale**…..

*Il Distretto Sanitario di riferimento dell’Ospedale di S. Omero* ha un bacino di circa **60.000 utenti.**

**Nell’anno 2014** il Servizio ha preso in carico **in ADI n. 497** pazienti di questi **n. 91** **in** **Dimissione Protetta dall’Ospedale.**

**Il Servizio ha un organico di n. 2 I.P., n. 1 Coord. + un monte di circa 500 ore annue di straordinario con II. PP. dell’Ospedale..**

*Vista la precarietà di personale, il Servizio lavora molto sull’addestramento e valorizzazione del familiare (Caregiver) riducendo il numero degli accessi e limitando gli interventi alle prestazioni più specialistiche …..se poi l’attivazione ADI prevede anche la gestione di problematiche assistenziali a carico dell’Ambito, i percorsi diventano quasi inaccessibili per i fondi sempre più ridotti dai tagli sulla spesa sociale. Ma la mancanza di fondi non deve essere comunque l’alibi per non uscire da una logica di riparazione verso una logica di promozione*

**Per questo il Servizio Sociale Professionale ha un grande compito che deve essere riconosciuto dalle istituzioni attraverso le stabilizzazioni del personale: non è pensabile che si possa svolgere la professione con precarietà di orario e situazioni lavorative che riescono a garantire appena l’emergenza; il Servizio Sociale sarà efficace nella misura in cui riuscirà a integrarsi sul territorio, a costruire reti relazioni attraverso INTERVENTI DIRETTI E INDIRETTI come *la Consulenza psico-sociale con la famiglia, la Documentazione Professionale, l’attività di ricerca, il lavoro di equipe,ecc.***

**Senza investire sul Welfare di Comunità** le politiche sociali continueranno ad essere confinate nei limiti delle risorse istituzionali e mantenere un APPROCCIO MERAMENTE AMMINISTRATIVO.

**Se vogliamo che le famiglie siano e /o continuino ad essere una risorsa , anzi il fulcro della gestione dell’assistenza, allora è indispensabile che l’Istituzione sia presente al loro fianco con una rete di servizi di sostegno ( per servizi di sostegno si intende il servizio più rispondente al bisogno espresso, quindi intervento che non può essere standardizzato ma costruito con il familiare che lo richiede, il “ PAI” non può essere solo una sigla teorica ma calato e rimodulato sulla realtà della situazione. Affinché questo avvenga è necessaria una conoscenza approfondita di tutti gli aspetti del problema, conoscenza che si può avere solo attraverso la modalità di lavoro integrato, di rete tra i servizi e tra tutti gli operatori coinvolti nel sistema di cura.**

**GRAZIE per l’attenzione.**