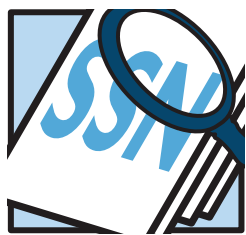


Presentate a Roma le linee guida per l'integrazione socio-sanitaria degli over 65 fragili

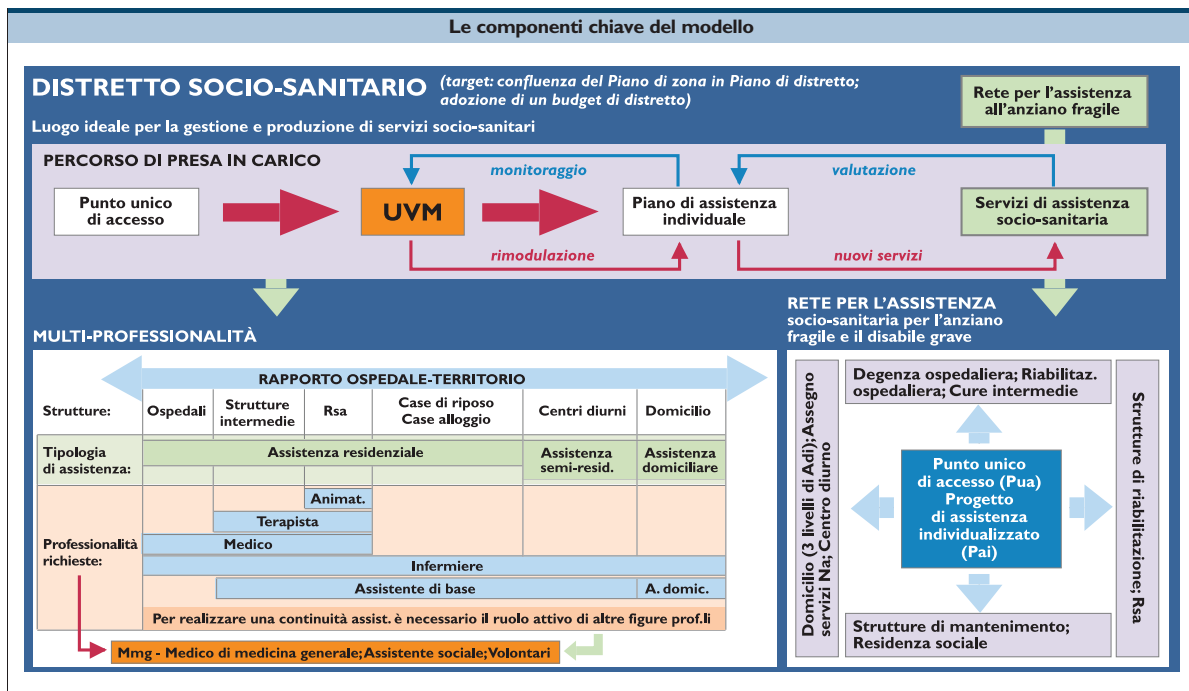
Anziani, Aida indica la strada

Da Liguria e Veneto le proposte per impostare una presa in carico efficace



L'obiettivo è ambizioso: far sì che le Linee guida nazionali per l'integrazione socio-sanitaria delle persone anziane in condizioni di fragilità, presentate la scorsa settimana a Roma, si traducano in piattaforma di discussione tra i ministeri interessati - Lavoro e Politiche sociali e Salute - e le Regioni. Per poi essere adottate su scala nazionale, fino a colmare almeno parzialmente il vuoto tutto italiano delle politiche per la non autosufficienza. Le chance di successo non mancano, vista la consistenza del documento elaborato a partire dall'esperienza sul campo condotta dal dicembre 2011 in sei distretti della Liguria (Regione capofila) e del Veneto, nell'ambito del progetto Aida (Advancing integration for a dignified ageing. Fostering the integration of social and health services in long term care), finanziato all'interno del Programma europeo Progress 2013-2020.

Obiettivo, come racconta Anna Banchero, coordinatrice tecnica della Commissione Politiche sociali delle Regioni e autrice del documento raccontato in queste pagine, è «il rafforzamento del livello di integrazione socio-sanitaria sul piano nazionale per il miglioramento della qualità dei servizi di assistenza per gli anziani in condizioni di fragilità». È proprio la sperimentazione a livello di distretto di queste linee guida rap-



LE FIGURE COINVOLTE

Team assistenziali dialoganti e formazione evidence-based

Medici di medicina generale, infermieri, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali, assistenti familiari, assistenti domiciliari, caregivers e volontari: queste le figure che vanno coinvolte - in vista dell'integrazione e del continuum assistenziale - in team multiprofessionali. Le linee guida le passano in rassegna una per una, precisando da un lato le competenze aggiuntive richieste rispetto a quelle standard della professione e, dall'altro, collocando la funzionalità nell'iter di continuità assistenziale.

Per il medico di base, parte dell'équipe multidisciplinare che provvede alla valutazione multidimensionale (Vmd) e cuore del raccordo ospedale-territorio, il documento auspica il «superamento del contratto separato» e «nuove tecnologie che permetterebbero di ridurre i costi, le distanze e i tempi di erogazione dei servizi».

Per l'infermiere si individuano tre compiti fondamentali: componente della Vmd; case manager all'interno del Piano di assistenza individuale (Pai) nei casi più gravi, figura di riferimento per l'assistenza domiciliare.

Nel complesso, la linea guida indica tra i suoi punti-chiave il dialogo costante tra le professionalità e strategie in grado di «evitare eccessivi carichi di responsabilità su una figura piuttosto che

su un'altra all'interno del percorso di assistenza individuale». L'importanza dell'Unità di valutazione multidisciplinare è fondamentale come fonte decisionale per identificare i professionisti necessari a ogni caso, ferma restando l'importanza di «valorizzare e supportare adeguatamente il ruolo delle famiglie e del terzo settore nell'erogazione dei servizi di cura per l'anziano fragile e il disabile grave».

Perché il modello funzioni, però, è opportuno premere l'acceleratore sulla formazione: accanto a quella trasversale (cioè di sistema, slegata dalle competenze tecniche e professionali) e tecnica (relativa alla gestione clinica dei casi), le linee guida propongono la formazione «coniugata», cioè «lo sviluppo di percorsi strutturati di condivisione delle esperienze da parte degli attori coinvolti a vario livello nei percorsi di continuità assistenziali. Tali percorsi potrebbero a esempio essere favoriti dallo sviluppo di community professionali web-based, che prevedono l'utilizzo di comuni smartphome. In questo modo - è la conclusione - si uscirebbe dal tradizionale flusso nozionistico per attivare una formazione experience-based, che tra i suoi vantaggi annovera anche una minore esigenza in termini di tempo dedicato per partecipante».

Si alle community professionali

LE RISORSE FINANZIARIE

Budget di distretto «effettivo» e «budget della persona»

Sotto il profilo delle risorse finanziarie, le linee guida confermano le aree prioritarie di intervento indicate dal Dm 20 marzo 2013 sulla ripartizione dei fondi per la non autosufficienza: i punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi, l'attivazione di un piano personalizzato di assistenza che integri le componenti sociali, socio-sanitarie e assistenziali, l'implementazione delle Uvm, l'incremento dell'assistenza domiciliare, il supporto alla persona fragile anche attraverso trasferimenti monetari, nella misura in cui essi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari, la previsione di un supporto all'assistito e alla sua famiglia anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare.

Ma non solo: è al budget di distretto che guardano le linee guida, proponendo però una serie di correttivi. Dalla discussione emersa ai tavoli di lavoro del progetto Aida tra i responsabili dei distretti veneti e liguri - si legge nel documento - la concreta applicazione del concetto di budget non è sempre effettiva: viene sottolineato come in molti casi una ottimizzazione delle risorse che porta al potenziale accantonamento di residui venga vanifi-

cata dalla loro allocazione in un paniere più ampio, all'interno del quale il distretto perde il suo potere di disporre. Questo porta a concentrare gli sforzi maggiormente sulla programmazione e meno sulla valutazione di efficacia delle strategie di gestione finanziaria realmente applicate, dato lo scarso ritorno in termini economici per il distretto stesso. Andrebbero invece premiate le economie a livello di distretto, se non altro per permettere una migliore integrazione tra il budget di distretto e le altre risorse finanziarie disponibili (fondo sanitario e fondo sociale).

Con l'effettiva attivazione del budget di distretto si dovrebbe dunque passare da un approccio basato sulla programmazione a uno fondato sulla verifica e sul monitoraggio dei risultati.

E proprio la maggiore integrazione dei fondi sanitari, sociali e comunali «dovrà portare a una nuova interpretazione della spesa socio-sanitaria, finalizzata a definire un "budget della persona" tarato sul singolo caso preso in carico e capace di considerare in modo unitario l'intero percorso di assistenza definito dalla Uvm e attivato dal Piano di assistenza individuale».

Bilanciare le spese ottimizza le cure

IL SUPPORTO INFORMATIVO

Dal dialogo tra le piattaforme la chance di conoscere i dati

Un sistema informativo efficiente e costantemente aggiornato è il presupposto per un'assistenza socio-sanitaria effettiva e monitorabile. La realtà però non è rosea: «La situazione nazionale in questo settore - si legge nella linea guida Aida - è piuttosto eterogenea, con notevoli difficoltà, soprattutto per la componente sociale del sistema di raccolta dati che deve interfacciarsi certamente con strutture sanitarie o Asl, ma anche con Comuni e operatori sociali, molto meno strutturati e attrezzati».

Questi i punti chiave elencati nel capitolo dedicato al sistema informativo integrato: ● creazione e applicazione di un fascicolo socio-sanitario elettronico in grado di monitorare i bisogni di assistenza in modo integrato tra aspetti sanitari e sociali (da Fse a Fsse); ● necessità di maggior dialogo e integrazione dei vari strumenti legati all'assistenza per l'anziano fragile o il disabile grave. In particolare, il sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza residenziale e semiresidenziale (Far), il sistema informativo per l'assistenza domiciliare (Siad) e il progetto sul sistema informativo nazionale per la non autosufficienza (Sina); ● maggiore livello di interope-

abilità tra i dati sanitari e quelli sociali;

● capacità del sistema informativo di dialogare e supportare con precisione gli elementi fondanti del processo di continuità assistenziale.

Quanto al Fascicolo sanitario elettronico, la linea guida considera soprattutto gli elementi integrativi che esso deve contenere, rispetto al nucleo minimo fatto di referti, di verbali del pronto soccorso, di lettere di dimissione e del profilo sanitario sintetico. Secondo le linee guida nazionali sul Fse, «gli altri documenti (prescrizioni, cartelle cliniche di ricovero, bilanci di salute, assistenza domiciliare, piani terapeutici, assistenza residenziale e semiresiden-

ziale, erogazione di farmaci e certificati, ndr) possono diventare componente integrativa del Fascicolo in base alle scelte regionali che risentono del livello di maturazione del processo di digitalizzazione o delle politiche regionali maggiormente rivolte verso determinati aspetti». Ed è questo il punto cruciale su cui intervenire, dal momento che «essendo il settore dell'assistenza sociale tradizionalmente meno evoluto dal punto di vista informatico, in molte Regioni la creazione del fascicolo risente di uno sbilanciamento a favore della componente sanitaria dello stesso».

Dal Fse al Fsse: spazio al welfare

Questi i punti chiave elencati nel capitolo dedicato al sistema informativo integrato: ● creazione e applicazione di un fascicolo socio-sanitario elettronico in grado di monitorare i bisogni di assistenza in modo integrato tra aspetti sanitari e sociali (da Fse a Fsse); ● necessità di maggior dialogo e integrazione dei vari strumenti legati all'assistenza per l'anziano fragile o il disabile grave. In particolare, il sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza residenziale e semiresidenziale (Far), il sistema informativo per l'assistenza domiciliare (Siad) e il progetto sul sistema informativo nazionale per la non autosufficienza (Sina); ● maggiore livello di interope-



presenta la chiave di volta per una ridefinizione delle pratiche di integrazione socio-sanitaria, volte «alla costruzione di un modello che connetta con facilità i servizi sociali e sanitari territoriali e questi con quelli della rete ospedaliera, che a loro volta stanno sperimentando un periodo di forte cambiamento».

Dopo due fasi iniziali di analisi del contesto nazionale ed europeo, il terzo step del progetto è entrato nel vivo proprio ai fini della redazione delle linee guida, elaborate dal confronto delle esperienze sul campo nei distretti di Genova Levante, Chiavari, La Spezia, Padova, Feltre e Asolo. Il distretto, potenziato e dotato di budget, è al centro del

IN RETE



Il testo delle linee guida

www.24oresanita.com

vademecum che mira a condurre tutte le Regioni a raggiungere almeno un "livello standard", in base al quale valutare il grado di integrazione socio-sanitaria raggiunto in ciascuna realtà e a partire dal quale avviare il miglioramento.

Integrazione, non solo tra competenze diverse ma tra servizi diversi, è la parola chiave. «Oggi – si legge infatti nelle linee guida – si deve parlare di processi di cura/assistenza che coinvolgono istituzioni (livelli di governance), culture organizzative, strutture, servizi, professioni diverse». I buoni esempi

non mancano e come detto sono serviti per impostare, in occasione di questo vademecum, uno «scheletro generale» sul quale innestare le specificità e le diversità territoriali. Da alcuni punti fermi, insomma, non si può e non si potrà prescindere (v. lo schema al centro della pagina): perché la presa in carico e l'assistenza all'anziano fragile (ma anche al disabile) funzioni, ovunque i Piani di zona dovranno assumere determinate caratteristiche e ovunque, per ogni distretto, andrà costituito un Punto unico di accesso alle prestazioni socio-sanitarie, supportato da un adeguato sistema informativo. Cuore della continuità assistenziale sarà poi

l'Unità di valutazione multidimensionale (Vmd), necessaria a "pesare" il bisogno, mentre la multiprofessionalità è la risorsa indicata nelle linee guida per garantire un grado sempre elevato di continuità delle cure. Cure erogabili (v. box) da un team minimo di professionisti, che abbiano seguito una formazione adeguata e che siano supportati da infrastrutture informative e da risorse economiche adeguate.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'INTERVENTO

Avviciniamoci con rispetto ai problemi della terza età

DI MARCO TRABUCCHI*

L'acronimo Aida, Advancing integration for a dignified aging, riassume nella stessa parola due concetti. Infatti il termine inglese "dignified" significa sia "dignitoso" sia "nobilitato, onorato" riferito all'invecchiamento. Ritengo che questa scelta, pensata dai responsabili del progetto, rappresenti la linea guida che ne ha caratterizzato lo svolgimento. Seguendo questa indicazione di seguito indico alcune caratteristiche dell'aging che devono essere rispettate nell'avvicinarsi con rispetto ai problemi delle persone anziane, ma anche quelle degli interventi che vogliono aiutare la crescita della persona durante lo scorrere degli anni.

È possibile delineare alcune caratteristiche dell'individuo colpito da una o più patologie croniche; la loro conoscenza costituisce il punto di partenza per qualsiasi atto organizzato che voglia rispettare la dignità della persona e, allo stesso tempo, voglia raggiungere un livello adeguato di successo nell'azione di cura.

La libertà di ogni individuo costituisce il fulcro sul quale costruire qualsiasi ipotesi di intervento. Infatti è necessario preservarla dagli insulti della malattia e dai rischi indotti dai trattamenti. Il punto centrale è considerare la condizione di cronicità compatibile con il condurre una vita normale.

La fragilità è un'altra caratteristica della persona affetta da malattie croniche; significa incapacità di gestire particolari situazioni a causa di una struttura biologica che ha perso la capacità di resilienza, che si riflette anche in una mancanza di forza a livello clinico. Vi possono essere livelli diversi di fragilità, ciascuno dei quali obiettivo di specifici interventi.

L'atto di cura che si ponga l'obiettivo di rispettare i punti sopradelineati deve ispirarsi ad alcune regole di fondo.

La complessità è la forma della realtà che accompagna la condizione di salute delle persone a qualsiasi età. Più il tempo passa, più le interazioni tra ambiti somatici, psicologi-

ci, relazionali divengono stretti e determinano la fenomenologia degli eventi. La visione sistemica, rispettosa della complessità, impone una conoscenza multidimensionale della vita delle persone che hanno bisogno di cure.

La personalizzazione degli interventi è un'altra caratteristica che si deve rispettare per raggiungere l'obiettivo di una cura efficace. Il passare del tempo porta a una progressiva differenziazione degli individui, condizione che continua a svilupparsi nel tempo, senza mai raggiungere un punto di stabilità.

Sul piano organizzativo la parola chiave è deframmentazione, cioè la caratteristica che deve accompagnare qualsiasi intervento che non può mai segmentarsi in settori o in tempi diversi. L'instabilità dell'oggetto delle cure (la persona ammalata cronica) ha bisogno di interventi senza interalli, perché ogni momento è l'apertura verso un altro, in un susseguirsi senza sosta.

I diversi aspetti che devono caratterizzare la cura delle malattie croniche richiedono un'elevata capacità professionale da parte degli operatori, capacità che si acquisisce con una formazione mirata. Su questo aspetto sarebbe necessaria una rivoluzione della didattica, fondando le conoscenze da trasmettere attorno a parole chiave come complessità, evoluzione nel tempo, personalizzazione, lavoro di équipe.

Altro aspetto essenziale per il successo di una cura delle malattie croniche è la ricerca. Non solo nel senso più avanzato, ma anche per identificare nelle prassi di ogni giorno gli aspetti che meglio possono portare ai "piccoli guadagni", in grado di modificare in positivo la vita delle persone assistite e di chi si prende cura di loro.

* Gruppo di ricerca geriatrica, Brescia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Seminario

Farmacocinetica e bioequivalenza

Profilo farmacocinetico, bioequivalenza e implicazioni regolatorie determinanti per lo sviluppo di un medicinale "essenzialmente simile" a un medicinale di riferimento.

12 e 13 Marzo, Milano

I temi trattati

- > Calcolo e significato dei principali parametri farmacocinetici
- > Quadro regolatorio degli studi di bioequivalenza
- > Biodisponibilità, equivalenza farmaceutica e terapeutica, bioequivalenza: significato dei termini
- > In quali casi non è possibile dimostrare che due prodotti medicinali sono equivalenti?
- > Criteri per la scelta del disegno sperimentale e per la corretta impostazione del protocollo di studio
- > Bioequivalenza delle formulazioni a rilascio modificato, di "highly variable drugs" o di sostanze fisiologicamente presenti nel corpo umano
- > Aspetti statistici e loro significato

Interverranno

Dott.ssa Cecilia Allievi
DMPK Independent Consultant

Prof. Andrea Gazzaniga
Università degli Studi di Milano

Prof. Salvatore Salomone
Università degli Studi di Catania

Dott. Alberto Bernareggi
R&D Consultant

Prof.ssa Paola Minghetti
Università degli Studi di Milano

Dott. Carmine Tinelli, MD
Policlinico San Matteo Pavia