



Advancing Integration for a Dignified Ageing



MINISTERO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI

Proyecto AIDA



Lineamientos socio-sanitarias
dirigidos a adultos mayores y
discapacitados in condiciones
de fragilidad



Lineamientos socio-sanitarias dirigidos a adultos mayores y discapacitados in condiciones de fragilidad

Este proyecto (VS/2011/0052) es apoyado por el Programa de la Unión Europea para el empleo y la solidaridad social - Progress (2007-2013). Este programa es implementado por la Comisión Europea. Fue creado para contribuir a la aplicación de los objetivos de la Unión Europea en el empleo, los asuntos sociales y el área de la igualdad de oportunidades, y contribuir así a la consecución de los objetivos de la Estrategia Europa 2020 en estos campos. Los objetivos del programa de siete años todos los interesados que puedan contribuir a conformar el desarrollo de la legislación y las políticas sociales y de empleo y la adecuada y efectiva, a través de la UE-27, los países de la AELC-EEE y países candidatos de la UE y precandidatos. Para obtener más información, consulte: <http://ec.europa.eu/progress>. La información contenida en este sitio web no refleja necesariamente la posición u opinión de la Comisión Europea. La Comisión no es responsable del uso que pueda hacerse de la información contenida en este sitio web.

ÍNDICE

Introducción a los lineamientos	7
1. La dimensión territorial	8
2. Acceso al sistema socio-sanitario	9
3. Evaluación multidimensional de la necesidad	10
4. Plan de Asistencia individualizado	11
5. Continuidad de la asistencia	12
6. Cuidados en el domicilio: Asistencia domiciliaria y Asistencia Domiciliaria Integrada	13
7. Asistencia semiresidencial y residencial	14
8. Case manager	15
9. El rol de la familia y del cuidador (caregiver)	16
10. Profesionales	17
Formación	
Voluntariado	
11. La gestión integrada de los recursos financieros	18
Sistema de Información	
12. El seguimiento y la evaluación de los resultados	19

introducción

INTRODUCCIÓN A LOS LINEAMIENTOS

El sistema sanitario y social como todos los sistemas complejos, necesita criterios y normas para orientar y soportar las actividades en la manera lo más eficiente y eficaz posible. El proyecto AIDA ha desarrollado los lineamientos sanitarios y sociales con el objetivo de brindar las recomendaciones quienes ayuden de manera sistemática las estructuras organizacionales y los aspectos cruciales de las políticas en favor de los adultos mayores y de la autosuficiencia en general, brindando a los expertos y a los decisores políticos servicios, informaciones para la implementación y la gestión de los planes de atención más adecuados.

Con este propósito es necesario explicar que los servicios sociales y sanitarios están dirigidos a personas llamadas "frágiles" desde el punto de vista psicológico y físico, por las cuales la estructura de la salud tiene que brindar respuestas también con respecto a el perfil ambiental, familiar y de las condiciones económicas. Si los servicios de cuidado no están soportado adecuadamente para acciones quienes facilitan el mantenimiento / reinserción en el ambiente de vida, sus eficacia es limitada y el problema de la exclusión social permanece abierto. En síntesis, la salud tiene que ir conjuntamente con el nivel de coesión social y con la lucha a las desigualdades.

La integración entre los servicios sociales y sanitarios se convierte así en una necesidad imperativa para organizar respuestas globales e integradas, así como el gobierno institucional tiene que guiar a los procesos que están a la base de la salvaguardia de la salud y de la calidad de la vida de las personas frágiles.

En el sentido indicado, los lineamientos toman en cuenta, con específicas recomendaciones, tanto la organización de las actividades como los procesos asistenciales, brindando las indicaciones que se pueden ahondar con los materiales adjuntos.

1 • la dimensión territorial

La dimensión territorial asume un carácter fundamental tanto para la utilizabilidad de los servicios como para su organización sistémica. La propuesta es entonces de identificar a las dimensiones territoriales adecuadas desde el punto de vista de tamaño, población residente y movilidad. La normas italianas nacionales y regionales identifican como área optimal para los servicios sanitarios y socio-sanitarios una área territorial de 100/150.000 habitantes, con rectificaciones (en disminución) para las zonas de colinas o de montañas quienes pertenecen al distrito. También la Ley 328/2000 (Ley nacional para el sistema integrado entre las intervenciones y los servicios sociales) considera la posibilidad de que los distritos sociales coincidan con aquéllos de la dimensión sanitaria, de ésto se obtendría una división territorial ya vigente en algunas regiones italianas es decir: el distrito socio-sanitario, la sede de las actividades sociales, sanitarias y socio-sanitarias.

El coincidir de los dos distritos de gestión conduce también a otro resultado, lo de la gestión asociada de las municipalidades de una determinada zona para suplir servicios sociales (art. 8 ley 320/2000). Todo ésto, además que permitir una organización más sistémica de los asuntos sociales, bajo el perfil de la sostenibilidad de los gastos, permite de prever junto con la organización sanitaria del distrito, un acceso unitario e integrado a la red de los servicios.

El Distrito socio-sanitario, comparado con otros modelos organizacionales, logra realizar el mejor nivel posible de integración no sólo entre servicios territoriales, sino también entre éstos y los aparatos hospitalarios.

Se puede resumir que el distrito socio-sanitario realice la integración bajo cuatro aspectos estratégicos:

1. Integración entre los factores productivos de los servicios territoriales de las ASL (empresas sanitarias locales) y las Municipalidades;
2. Integración profesional entre perfiles y competencias territoriales sanitarias, sociales y socio-sanitarias;
3. Integración organizacional entre territorio y aparatos hospitalarios;
4. Integración entre servicios públicos y organismos acreditados especialmente en el tercer Sector y en las organizaciones de voluntariado, logrando obtener también la subsidiariedad horizontal.

2 • acceso al sistema socio-sanitario

La importancia del acceso al sistema socio-sanitario bajo el perfil de la simplificación al ciudadano y de la unitariedad del sistema de identificación de un punto único por el acceso que pueda también ser descentralizado a nivel territorial. El Punto único de acceso (definido simplemente PUA) constituye así una tipología organizacional de acceso unitario y universalístico a los servicios sociales, sanitarios y socio-sanitarios, dirigida a aquellas personas que tienen necesidades de salud muy complejas, quienes necesitan en el mismo tiempo tanto prestaciones sanitarias como intervenciones de protección social. El PUA se convierte en el primer servicio accesible al ciudadano, a través del cual se brindan las informaciones necesarias y se empieza el iter de toma de responsabilidad del mismo ciudadano.

El PUA puede articularse también en “sub-accesos” distribuidos en el territorio que confluyen de toda manera, también por vía telemática, a las sedes donde empieza la intervención de toma de responsabilidad.

Las principales funciones del PUA se identifican en el acceso, en la acogida, en la recogida de advertencias, en la orientación, en la gestión de la demanda, en la activación directa de prestaciones en respuesta a necesidades simples y en la puesta en marcha de la toma de responsabilidad e de la integración con los servicios de la red de las curas primarias y del cuidado hospitalario.

Con el objetivo de realizar a las funciones mencionadas, el PUA realiza distintas funciones, las principales son las siguientes:

1. Respuestas informativas y de orientación;
2. Registración de los accesos;
3. Análisis de necesidades
4. Apertura de carpetas individuales con los datos esenciales para definir la situación de la persona que ha pedido las prestaciones socio-sanitarias, con fines también epidemiológicos
5. Informar los servicios correspondientes sobre casos que necesitan soporte para empezar el plan de atención.

3. evaluación multidimensional de la necesidad

Las necesidades complejas requieren una evaluación que tome en cuenta distintos aspectos, situaciones psicofísicas de las personas especialmente con respecto a la autonomía funcional, el contexto de vida y de relación, los recursos de sueldos y todo ésto requiere un enfoque multidimensional. La evaluación multidimensional (VMD) se puede definir como un proceso global y dinámico interdisciplinario que aspira a identificar y describir la naturaleza y la entidad de los problemas de carácter físico, psíquico, funcional y relacional de una persona.

El fin primario de la evaluación multidimensional es la medición de la condición de salud de la persona, del nivel de autonomía y de autosuficiencia, de los recursos personales y familiares con las cuales pueden contar y de las condiciones económicas que pueden condicionar, en caso de personas no autosuficientes, la permanencia en sus ambiente de vida. A partir de la VMD se elabora el Plan de Atención Individualizado (PAI). Por la VMD es importante el uso de herramientas de evaluación y de escalas con las cuales se hacen un análisis precisa sobre las capacidades funcionales y las necesidades que la persona mayor o discapacitada demuestra en la dimensión biológica, mental, social y funcional.

La evaluación multidimensional es hecha por un equipo de expertos del sector sanitario y social formado por el doctor especialista en fragilidad, el doctor de medicina general, el enfermero, el fisioterapeuta y el asistente social quien se ocupa de la persona bajo evaluación. Para obtener evaluaciones objetivas, que tomen en cuenta los distintos perfiles de la persona, de manera que se puedan tomar decisiones asistenciales adecuadas, las regiones italianas utilizan a escalas diferentes. Las escalas más utilizadas, inspiradas a las indicaciones internacionales son las siguientes:

- ▶ Ficha SVAMA - (Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e Anziano / Ficha para la Evaluación Multidimensional de los Adultos y de los Mayores, con una declinación también por las personas discapacitadas definida SVAMDI) que analiza todos los aspectos de la vida de la persona quien tiene que ser atendida. Se compone de cuatro secciones que evalúan las variables de salud, el nivel de autosuficiencia, las relaciones sociales y la situación económica, ofreciendo a los trabajadores socio-sanitarios involucrados en el proceso un marco de referencia general y completo para la evaluación de "la condición cualitativa de vida" del sujeto quien requiere la atención sanitaria, socio-sanitaria y social;
- ▶ La ficha AGED Plus (Assessment of Geriatric Disability / Evaluación de la discapacidad geriátrica), viene desde el sistema francés AGIR, permite una evaluación similar a la SVAM, pero más simple y rápida analizando a 27 funciones y brindando, además del nivel de enfermedad /autosuficiencia de la persona, también los tiempos de atención necesarios bajo el perfil médico, sanitario por cada día;
- ▶ El sistema RUG (Resource Utilisation Groups) es un sistema desarrollado en el ámbito hospitalario inglés, que representa un sistema de clasificación de los perfiles médico-social de los adultos mayores, con fines de determinar el plan de atención
- ▶ Core set/Protocolli ICF: (International Classification of Functioning, Disability and Health) trattasi di liste di codici elaborate scegliendo dalla classificazione completa internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, intendendo come funzionamento le capacità individuali, relazionale e ambientali che meglio descrivono la vita di una persona in relazione alle sue condizioni di salute/autonomia. E' un sistema che in Italia è prevalentemente usato per la disabilità sono comunque in atto diverse sperimentazioni che riguardano non solo il ricorso a servizi sociosanitari, ma anche l'inserimento nella formazione professionale e nel lavoro.

Aquéllos arriba mencionados, son las herramientas/ escalas más utilizadas, mientras en algunas regiones italianas se adoptan a herramientas que tienen un valor más local pero que apuntan igualmente a evaluar a esos aspectos: salud/autonomía/recursos personales y ambientales.

4. plan de asistencia individualizado

El Plan de Asistencia Individualizado, PAI, es un programa sistémico de trabajo creado por un equipo multidisciplinario, construido a partir de las indicaciones contenidas en la valoración multidimensional que en base a la evaluación de las necesidades de las personas que necesitan asistencia, representa los objetivos alcanzables y las prestaciones sanitarias, socio-sanitarias y sociales para alcanzarlas, proponiendo también una valoración previa y posterior para conocer los resultados conseguidos, ajustando las prestaciones otorgadas (si fuera necesario). El PAI permite valorar lo apropiado de las prestaciones planificadas y su eficacia, junto con los costes.

Es necesario que el PAI, con el fin de dividir su responsabilidad, sea firmado también por el usufructuario de los servicios (en base a sus condiciones psicofísicas) y también por los familiares (caregiver) junto al responsable del plan (definido como case manager). El PAI es sometido a controles durante su actuación en relación a la evolución de la situación de la que se encargue, pero, sobre todo, debe efectuarse una valoración para obtener conclusiones al acabar la intervención para comprobar la eficacia y los costes. En muchos sistemas regionales (por ej: para los "Fondos regionales para la No Autosuficiencia") el PAI se ha convertido en el instrumento utilizado para definir el "pacto asistencial" con la familia en relación a las prestaciones y subvenciones económicas para la asistencia a la persona no autosuficiente.

El Plan de Asistencia Individualizado se usa como instrumento por excelencia para la medición de la eficacia de la intervención así como de las modalidades con las que se lleva a cabo la continuidad de la asistencia de la persona que se tiene a cargo y el grado de organización sistémico-estratégico de las actividades socio-sanitarias y su eficacia desde un punto de vista multidisciplinario.

5. continuidad de la asistencia

Todos los portadores de necesidades sociales y de salud complejos requieren un modelo de atención cuyo objetivo es el de “encargarse del paciente y continuar con la asistencia.”

Desde el momento en que una persona se hace cargo del paciente se crean diferentes opciones asistenciales sanitarias, sociales y socio-sanitarias para los contextos asistenciales (domiciliarios, semi-residenciales y residenciales) que no se “suman” pero se integran y se recomponen dentro de un marco unificado de respuesta a la necesidad continuada en el tiempo hasta la recuperación o estabilización de los problemas de salud y de inclusión del paciente.

Las actividades deben/pueden ser proporcionadas por diferentes expertos para la calificación profesional y del sector de empleo (médicos generales, especialistas, ingresos hospitalarios, intervenciones de apoyo social a la persona/familia). En este contexto el case manager se convierte en una figura importante.

La continuidad de la asistencia debe ser controlada especialmente en tiempos de transición entre los distintos contextos. Un momento particularmente importante para la continuidad de la asistencia, para las personas frágiles, es el “alta protegido” del hospital a su casa o institución residencial. Especialmente en el regreso a casa se debe garantizar la continuidad de los tratamientos para no perder los beneficios obtenidos. La continuidad de la asistencia debe convertirse en una forma de “enfoque” sistémico de los que trabajan con personas vulnerables para no abandonar a la persona dentro de la división sectorial de los servicios.

La continuidad de la asistencia en los servicios médicos, de enfermería y de apoyo social, se debe garantizar, en particular, a:

- ▶ personas que salen de un problema grave y si se les da de alta del hospital sin continuidad de la atención pueden correr altos riesgos, facilitando las recaídas e incurriendo en ingresos hospitalarios.
- ▶ personas con enfermedades crónicas, incluso de forma estabilizada, que viven en casa (o en instalaciones con baja actividad sanitaria), pero que podrían volver a ingresar fácilmente si no se le asistiese adecuadamente.

La gestión integrada del paciente requiere la implementación de modelos organizativos a nivel administrativo y profesional para garantizar la continuidad de la asistencia con un uso uniforme y coordinado de los recursos. Fundamental para la construcción de un sistema de este tipo es la difusión de Rutas Diagnósticas Terapéuticas Asistenciales (PDTA) y Protocolos de Asistencia Integral (PIC), entendidos como la realización de planes integrados de actividades basados en las directrices generales para hacer frente a las enfermedades crónicas o a problemas clínicos complejos en los que también se necesita la intervención social. Estos son instrumentos útiles para describir los objetivos y las acciones compartidas entre los distintos componentes implicados a la hora de hacerse cargo del paciente (efectivos tanto a nivel local como en los hospitales). Los Protocolos tienen la finalidad de trazar la mejor ruta viable en términos de conveniencia favoreciendo una visión del proceso en lugar de episodios individuales de asistencia. También son importantes para asignar los recursos disponibles de la manera más adecuada y específica. La aplicación del PDTA requiere la definición de indicadores clínicos y de organización, del volumen de actividad y límites máximos de gasto previstos. En Italia, PDTA y PIC se dedican a las enfermedades crónicas y se incluyen en las responsabilidades contractuales de los médicos generales.

6. cuidados en el domicilio: asistencia domiciliaria y asistencia domiciliaria integrada

La continuidad asistencial prevé que se provean diferentes niveles de asistencia al paciente y a los propios caregivers.

Los planes de asistencia individualizados deberán valorar la posibilidad de construir una red de asistencia en torno a la persona, que favorezca la permanencia en su domicilio. Solo allí donde sea “evidente” la falta de una red de soporte adecuada, también en la ayuda a sujetos externos a la familia (personal de asistencia y voluntariado) se podrá optar a la elección de una forma de asistencia residencial para aquellos que no puedan asumirse mediante la Asistencia Domiciliaria Integrada (ADI) o la hospitalización domiciliaria (HD).

Existen diferentes grados de asistencia familiar que pueden tener en cuenta diferentes formas de asistencia personal/tutelar que consisten en ayudar a la persona no autosuficiente en el desarrollo de acciones doméstico-familiares (limpieza, preparación y toma de alimentos, adquisición de bienes primarios, ayuda en la higiene personal, lavandería, etc) que normalmente proveen los familiares, también a través de personal contratado ad hoc (asistentes familiares, más conocidos como “cuidadores” y tienen una formación básica para la asistencia a la tercera edad y personas con movilidad reducida). También los ayuntamientos y sus organizaciones pueden proveer con sus servicios una asistencia a domicilio por tiempo limitado mediante el personal encargado de suplir tal necesidad. Este tipo de asistencia no sustituye la rehabilitación ni la asistencia médica, y está enfocada a la prevención, al mantenimiento y a la recuperación de las demás capacidades para permitir que se quede en su propio domicilio y dentro de su propio contexto relacional. La Asistencia Domiciliaria Integrada (ADI) es una forma de tratamiento integrado a domicilio, que se une a las prestaciones sanitarias (de enfermería, de rehabilitación y médicas) de carácter tutelar y doméstico para ayudar a la persona en el caso de que las patologías crónicas o altas hospitalarias se agraven. La ADI se puede definir como un conjunto coordinado de prestaciones de carácter sanitario relacionados con intervenciones de naturaleza socio-asistencial a domicilio y dirigidas a satisfacer las exigencias de ancianos, personas con discapacidad y de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, parcial o totalmente no autosuficientes que necesiten una asistencia continuada en su cuidado y rehabilitación.

La ADI está respaldada por el Plan de Asistencia Individual encargándose del paciente y de su coordinación con el médico de medicina general, especialistas, rehabilitadores, enfermeros, asistentes a domicilio social y sanitarios. El servicio ADI puede ser requerido por el médico de medicina general, el encargado de otorgar el alta en el hospital, el asistente social y la familia de la persona no autosuficiente. Existen diferentes formas de ADI relacionadas con el grado de los cuidados médicos y de la asistencia personal (nivel medio y alto) que deben suministrarse en base a la gravedad del paciente, una presencia diaria, con una o más sesiones, en la administración de las curas médicas. Una forma de ADI particularmente intensa son los tratamientos dirigidos a los enfermos de cáncer y terminales, que deben responder a protocolos asistenciales de elevada intensidad sanitaria.

Es conveniente subrayar que la ADI, en los casos particulares de enfermos crónicos de duración prolongada, sobre todo para los aspectos tutelares y de ayuda personal, deberá ser integrada con los cuidados proporcionados por parte de la familia.

7. asistencia semiresidencial y residencial

Cuando no es posible asistir a domicilio a la persona no autosuficiente se puede proceder con otras formas de asistencia en residencias específicas. La asistencia residencial se organiza de dos formas: una de ciclo diurno o semiresidencial y otra ciclo continuado o residencial.

La asistencia de carácter diurno debe proporcionar prestaciones de ayuda personalizada en el cuidado y en la rehabilitación (si es necesario), animación y socialización y también actividades de recuperación/rehabilitación. Está destinada a personas de la tercera edad y con movilidad reducida, con alto riesgo de pérdida de autonomía o ya no autosuficiente o también afectadas por diferentes formas de demencia, particularmente Alzheimer. Es un servicio intermedio entre la asistencia a domicilio y la asistencia residencial que normalmente se desarrolla en un "Centro de día", y tiene como objetivos la recuperación de habilidades perdidas, el conflicto del empeoramiento de la situación y el apoyo al núcleo familiar y, en particular, a los caregivers. Es una medida aún poco utilizada, muy útil para no interrumpir del todo la relación con la familia y las condiciones de vida.

La Asistencia Residencial está dirigida también a las personas con autonomía limitada, incluso de carácter mental que necesiten una asistencia 24 horas, sobre todo, a los que les falte apoyo familiar. Se trata de una asistencia a tiempo completo que ofrece unas prestaciones similares a las de la asistencia diurna, también en una forma más compleja e intensiva, sobre todo, bajo el perfil del cuidado proporcionado. Las estructuras más difundidas en la situación italiana son las RSA (residencia sanitaria-asistencial) pero que también ofrecen un nivel medio de asistencia sanitaria, y existen también estructuras "dedicadas" a personas con demencia que activan formas de asistencia de tipo "protésico" para facilitar la recuperación y retardar la pérdida de autonomía.

Existen además pequeñas estructuras definidas como "sustitutivas de los cuidados familiares" de carácter prevalentemente socio-asistencial, constituidos por alojamientos y denominados comunidades de alojamiento y/o alojamientos protegidos, que no disponen de personal sanitario pero sí de personas para el respaldo tutelar y la gestión de la casa, permitiendo el uso de prestaciones sanitarias ofrecidas por el servicio sanitario local o la medicina general.

El acceso a las estructuras semiresidenciales y residenciales debe ser precedido por una valoración multidimensional con las predisposiciones del Plan de Asistencia Individual, que acompañará al anciano y a la persona con movilidad reducida en las estructuras.

Entre las formas de asistencia residenciales también se organizan las estructuras intermedias definidas como "hospitales de comunidad" o con otras denominaciones. Tales estructuras, que pueden ser ubicadas dentro de hospitales preexistentes, proporcionan cuidados para las fases post-agudas en las personas con polipatologías o en fase de agravamiento. Son ciudadanos que, una vez superada la fase aguda de la enfermedad, resultan clínicamente inestables y necesitan observaciones médicas posteriores, una continuidad terapéutica, cuidados de enfermería y rehabilitación. El acceso a las estructuras intermedias se realiza tras un periodo de recuperación hospitalaria para garantizar la continuidad asistencial.

8 • case manager

El case manager es una figura profesional que representa a un equipo multidisciplinario en el curso de la VMD y de la formulación del PAI, con la función de colaborar con el Médico de Medicina General, orientar y coordinar las prestaciones en relación a lo estipulado en el Plan de Asistencia Individualizado. El case manager puede gestionar uno o más casos con la función de “coordinador” de intervenciones socio-sanitarias que realiza la persona que asiste, en un espacio/tiempo definido.

El case manager está representado entre los profesionales sociales o sanitarios en relación a la prevalencia de las prestaciones. Las normas en materia de asistencia socio-sanitaria en Italia, no definen el perfil de esta figura, las experiencias actuales comparan esta función, en la mayoría de los casos, con las de enfermería o con el del médico de Medicina General.

El Case Management, de acuerdo con los escritos que abordan este tema de la “gestión del caso” se configura como un proceso que planifica, coordina y valora los tipos de prestaciones y los servicios requeridos para satisfacer las exigencias de la persona asistida, gestionando el proceso comunicativo entre los diversos actores que se hacen cargo de la persona y valorando/administrando los recursos disponibles (humanos y económicos), para proporcionar y llevar a cabo las prestaciones más apropiadas para la persona. En estos términos, el Case Management resulta también un mecanismo de mejora de la eficacia y de la eficiencia de la asistencia socio-sanitaria basado especialmente en la lógica de la coordinación de los recursos necesarios para resolver los problemas de salud y de asistencia a la persona no autosuficiente.

El case manager sigue la trayectoria que va desde la toma a cargo del caso, a la monitorización y conclusión del PAI y por tanto representa a:

- ▶ La persona de contacto entre el beneficiario y el caregiver (familiares y/o profesionales);
- ▶ El coordinador de los recursos profesionales;
- ▶ El responsable de la monitorización y valoración del PAI;
- ▶ El responsable de la gestión de los recursos financieros destinados al caso;
- ▶ El responsable de la verificación de la calidad del servicio

9 • el rol de la familia y del cuidador

La familia tiene un rol importante para la persona no autosuficiente, especialmente si puede asegurar asistencia constante, sino también como un punto de referencia si la asistencia se deja a otras personas.

Con el término cuidador (caregiver o carer) se define un miembro de la familia que asiste - sin compensación - un pariente (uno de la familia, un amigo, un conocido, etc) que no es capaz de realizar de forma independiente los actos necesarios para la vida diaria por la edad, la enfermedad o la discapacidad.

Un camino correcto de continuidad asistencial sociosanitaria debe tener en cuenta la función fundamental de la familia de el asistido, también como el protagonista del proceso de hacerse cargo de la definición de la vía clínica. Es evaluando la capacidad de la red familiar de proporcionar asistencia, que se pueden definir los caminos más adecuados a la situación real y la elección de los diferentes niveles de intensidad de la vía clínica .

El rol del cuidador (caregiver) debe ser reconocido y valorado como un recurso que ofrece el sistema para la continuidad de la asistencia.

10. profesionales

Para lograr el proceso socio sanitario se necesitan varias figuras para el sector de la cura (enfermera, terapeuta de rehabilitación, médico general y otros médicos especialistas, etc), en vez para los aspectos asistenciales / y de educación participan el asistente social, el educador, el animador, el asistente familiar. La integración de los diferentes profesionales que intervienen, lleva a realizar el PAI al fin de garantizar una respuesta integral a los problemas de la persona no autosuficiente y a realizar las condiciones de asistencia para garantizar la máxima eficacia en el atender las necesidades de naturaleza compleja que requieren, debido a su complejidad, la preparación de una respuesta multi-profesional.

Esta respuesta debe ser el resultado de una estructura coordinada de los beneficios que parten de diferentes enfoques profesionales para integrarse y unificarse en el proceso de resolución de las necesidades de la persona no autosuficiente o con discapacidades graves. La integración profesional representa una oportunidad para que cada operador sea motivado para proporcionar el más alto valor a su contribución específica.

FORMACIÓN

La formación es un instrumento para la optimización de los recursos humanos y el cambio organizacional. Formar significa hacer una evolución en términos de conocimiento (conocer), de capacidad (saber ser), de actitudes (saber hacer).

Es necesario un cálculo detallado de las necesidades profesionales.

La formación debe hacerse en el contexto más amplio de la "policy" de el servicio y de una integración coherente con otras disciplinas profesionales. La formación, por su naturaleza, puede realizar funciones de implementación cualitativa de los resultados de los servicios, que contrastan las disfunciones organizativas. Puede facilitar la reconversión profesional y de gestión y puede - en general - caracterizarse como una estrategia para aumentar la eficacia de los servicios.

El proceso de formación debe ser entendido en sus tres acepciones:

- ▶ La formación transversal en los procesos que aplican políticas integrales (socioasistencial, socioeducativa, etc) y la información sobre los servicios disponibles en el territorio;
- ▶ La formación técnica de las habilidades específicas y de los roles de responsabilidad en su organización para expresarlos en la forma más eficiente y eficaz en el contexto de el proceso de la continuidad asistencial;
- ▶ La formación interprofesional representada por reflexiones dialógicas entre diferentes figuras y profesionales en relación con sus experiencias maduradas.

Para los operadores de los servicios sociosanitarios la forma de "Long term learning" como decir "formación permanente" es el soporte mejor por el desarrollo profesional y el intercambio de experiencias

VOLUNTARIADO

El voluntario es el resultado más importante de la solidaridad social. No es un sustituto para el personal profesional en la prestación de cuidados y asistencia, pero apoya y ofrece junto a los servicios y a la familia válidas actividades de apoyo especialmente en los casos más complejos y graves. Su rol es fundamental para los procesos de atención, para asegurar la curade no-autosuficiente también para ofrecer momentos de alivio a la familia y los cuidadores (caregiver). El rol del voluntario debe ser dirigido y definido por los responsables de la persona.

11. la gestión integrada de los recursos financieros

Para tomar las riendas de la persona en total y para poner en práctica intervenciones multidisciplinares que responden a situaciones multipatológicas y que están orientadas hacia el modelo bio-psico-social es fundamental la predicción de un presupuesto de salud sociosanitario, que puede ser el resultado de varias contribuciones financieras pertenecientes a diferentes sectores públicos y privados (salud, social, compartidos por el usuario para los costos de la atención, etc.) para que fluyan juntos, de acuerdo con el plan de Apoyo Individualizado, en un contenedor virtual de recursos que permite la máxima racionalización del gasto y su control. El presupuesto también permite de ofrecer al solicitante servicios mas rápidos y coordinados donde el objetivo sea la integración entre el rendimiento y la continuidad asistencial.

SISTEMA DE INFORMACIÓN

El Sistema de Información (SI) es la base para la planificación y gestión de un sistema de servicios. Un flujo de información fiable y siempre actualizada permite de tener una capacidad de lectura analítica de los procesos de atención, para hacerse cargo y manejo del paciente.

También proporciona los instrumentos necesarios para la implementación de modelos de atención basados en la cooperación entre los actores que participan y en la gestión integrada de vías de asistencia y apoyo. La disponibilidad de datos epidemiológicos también permite de realizar la asignación específica de los recursos en la lógica de la sostenibilidad del gasto, y va a incidir en las acciones inapropiadas.

El Nuevo Sistema de Información de Salud (NSIS) y Social (no autosuficiencia- SINA, menores - SIMBA, el cuidado infantil y la pobreza) son importantes herramientas de referencia para medir la calidad, la eficacia y adecuación de los servicios a ofrecer.

De el NSIS se pueden extraer informaciones sobre el apoyo prestado a las personas en diferentes regiones y en diferentes ámbitos de el cuidado. Están ubicados en el NSIS el Sistema de Información para la asistencia residencial y semi-residencial (FAR), que supervisa los servicios prestados en las estructuras residenciales y semi-residenciales para personas no autosuficientes, y el Sistema de información de la asistencia domiciliaria (SIAD) notifica las intervenciones sanitarias y sociosanitarias que se desarrollan en el ambito domiciliar.

Para clasificar las personas no autosuficientes se ha activado, en colaboración con las regiones, por el Ministerio de Trabajo y de las Políticas Sociales, el Sistema de Información No Autosuficiencia (SINA), ¹ que ofrece por la persona no autosuficiente el perfil psicosocial, el nivel de autonomía y el apoyo familiar, para evaluar los beneficios sociales y para proporcionar salud y social.

¹ Para encontrar las informaciones necesarias se utiliza una carpeta individual que tiene en cuenta un conjunto mínimo de datos relativos a: Estructuras funciones corporales (impedimentos), actividades (limitaciones) y participación (restricciones). La evaluación de no autosuficiencia se desprende del análisis de cinco áreas: eje funcional (autonomía en las actividades diarias), eje cognitivo, eje de el comportamiento, salud (presencia de enfermedades, incluso enfermedad crónica) y la estructura social (apoyo formal e informal). La combinación de los ejes autonomía / salud genera perfiles de no autosuficiencia mental y física de la persona y el consecuente cargo asistencial.

12. seguimiento y la evaluación de los resultados

Es fundamental para el buen éxito de las intervenciones realizadas el monitoreo de el progreso de las actividades, los gastos hechos y el logro de los resultados esperados, es decir, una evaluación general de los efectos, la verificación de la concordancia y la coherencia con los objetivos y el impacto de intervención en sí misma para mejorar la condición de la persona. El proceso de monitoreo y evaluación de los resultados debe ser entendido en dos niveles:

1. el monitoreo y la evaluación de los resultados de el camino personalizado de la persona en asistencia, que permite de implementar las evaluaciones en curso que puedan captar los cambios en el estado de salud y el contexto de vida y cualquier reevaluación de la intervención y el presupuesto preparado;
2. el monitoreo y la evaluación de los resultados en relación con las políticas sociosanitarias activadas, que como dijimos en la recomendación anterior, deben basarse en un flujo de información, fiable y actualizada para permitir evaluación de los resultados en términos de adecuación y efectividad, ofreciendo también datos sobre áreas de intervención para facilitar un uso prudente de los recursos humanos y financieros para facilitar la reducción de los residuos, la posible reasignación de recursos hacia el rendimiento o los procesos más adecuados, capaces de adaptarse a las nuevas necesidades emergentes.

El seguimiento y la evaluación de los resultados siempre se deben realizar con el estándar (indicadores) de referencia formulados y compartidos a priori. El sistema de monitoreo y evaluación es capaz de ofrecer, especialmente en el rendimiento integrado, un escenario en el desempeño de la organización adoptada en términos de eficacia, eficiencia, costo, calidad y adecuación percibida.

Este documento ha sido elaborado como parte del
Proyecto AIDA
Para más informaciones visite
www.projectaida.eu

aida