

Appunti dr. Pasquale Longobardi

Convegno **“Fragilità: strategie per la programmazione, l’assistenza proattiva e la valutazione dei servizi”**.
Ravenna , 5 novembre 2010

Julian Tudor Hart ha affermato: “una persona fragile può essere riconosciuta con tre segni: diminuzione della forza e della velocità del battito cardiaco; recenti modificazioni della rete sociale e ambientale (ritiro dal lavoro, morte di un familiare, mancanza di persone che possano prendersi cura in caso di malattia); riduzione della capacità di badare a se stessi”.

L’Ausl Ravenna ha elaborato un modello statistico predittivo in grado di individuare, nella popolazione residente, i soggetti più fragili, cioè maggiormente a rischio di progressione sfavorevole verso la non autosufficienza.

Tali strumenti di misura della fragilità portano diversi vantaggi sia a livello manageriale, sia clinico – assistenziale: possono essere impiegati per disegnare un profilo socio-sanitario della comunità a uso degli amministratori così come per guidare l’individuazione di specifici target di intervento proattivo e la scelta di percorsi assistenziali specifici per il singolo cittadino.

Inoltre, possono facilitare la comunicazione fra i servizi, nell’ottica di una sempre maggiore integrazione socio-sanitaria.

Francesco Longo “scenari futuri verso l’integrazione” – Direttore CERGAS, Università Bocconi

Nota: di seguito sono appunti che interpretano i concetti, non della trascrizione fedele di quanto affermato dal relatore.

Per “fragilità” in management sanitario si intende ciò che il sistema non riesce a individuare e risolvere secondo gli schemi in uso.

Attualmente si analizzano i bisogni sanitari della popolazione in generale (l’insieme dei pazienti è un gregge oscuro di pecore tra di loro indistinte, “black sheep”) e misura, sempre in generale, come il servizio sanitario risponde alle esigenze degli utenti (offerta).

Per ridurre la spesa sanitaria, per spostare l’attenzione dal ricovero ospedaliero all’assistenza territoriale, oggi giorno, si sente l’esigenza di un approccio proattivo, personalizzato sui bisogni del singolo utente (e del mondo che lo circonda: famiglia, assistenza domiciliare, volontariato).

Quando un medico o infermiere visita, assiste un paziente, il confronto non è solo tra il paziente e l’operatore sanitario bensì tra tutte le persone che stanno intorno al paziente e tutto lo staff sanitario che lo assisterà. L’obiettivo non è “ti guarisco” ma “insieme faremo in modo che tu possa essere autosufficiente e integrato nella tua rete sociale”.

L’analisi dettagliata del fabbisogno sanitario nella popolazione permette di individuare le persone “fragili”, quelle che pur avendo bisogno di assistenza, non si sarebbero rivolte spontaneamente al servizio sanitario o che il servizio sanitario non avrebbe preso in considerazione.

Per esempio, è conosciuto che l’anziano con età superiore a 84 anni, donna, è ad alto rischio di depressione. Attualmente è l’anziana depressa che, spontaneamente o attraverso la rete di persone che la circonda

(famiglia, amici, volontariato, assistenza domiciliare) dovrebbe attivare il servizio sanitario. Ciò significa che l'anziana che viva sola e senza una rete di conoscenze attiva, verrebbe "persa" dal servizio sanitario.

La conseguenza della "fragilità" del servizio sanitario è l'aumento dei ricoveri tardivi (quando il successo terapeutico è più complicato e costoso), delle prolungate permanenze nelle residenze sanitarie per anziani, dei decessi e, in definitiva, della spesa sanitaria.

Se, invece, il servizio sanitario fosse proattivo, individuasse la persona a rischio, verificandone il bisogno di assistenza, l'eventuale patologia sarebbe individuata in fase iniziale, si potrebbe agire precocemente (con riduzione dei ricoveri ospedalieri o presso le residenze sanitarie per anziani), in definitiva si sposterebbe l'attenzione dal ricovero ospedaliero all'assistenza territoriale con la riduzione della spesa sanitaria.

Questo nuovo approccio proattivo, basato sulla ricerca dei bisogni del singolo utente, richiede una visione che parta dal territorio (Ausl) per procedere verso l'alto (Regione, Stato). L'integrazione avviene attraverso il confronto con le altre realtà locali. Ciò è in controtendenza con l'attuale approccio dall'alto (Stato che stabilisce i Livelli Essenziali di Assistenza) verso il basso (Regione, Area Vasta, Ausl).

Nella pratica, l'analisi delle "fragilità" si ottiene attraverso indagini, questionari che valutino aspetti quali la capacità dell'anziano di camminare – quindi il livello di autonomia; la necessità di assistenza nel vestirsi, mangiare, ecc – quindi il fabbisogno di assistenza.

Il servizio sanitario proattivo è molto innovativo. Negli USA il Presidente Obama sta investendo milioni di dollari per l'analisi dei fabbisogni sanitari della popolazione con l'obiettivo finale (per ora non raggiunto) di acquisire neanche un terzo delle informazioni che oggi sono già state raccolte dalla Ausl Ravenna.

L'approccio basato sull'analisi delle "fragilità" è possibile solo per un Servizio Sanitario maturo, capace di analizzare i problemi. Più una organizzazione cresce, maggiore è il numero di problemi da risolvere che si evidenziano.

Questo è, forse, il principale limite dell'approccio proattivo. Non basta evidenziare i problemi, è necessario anche essere in grado di proporre delle soluzioni.

Questa è la sfida che deve affrontare chi si dedica alla gestione del cambiamento ("change management").