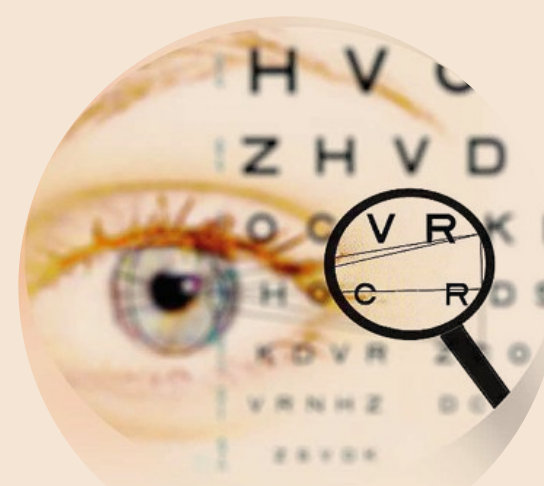


SANITÀ
E FRONTIERE
DELLA MEDICINA

.salute

Fase pilota. L'iniziativa, nata dalla collaborazione tra Novartis e la startup Ugo, parte al momento a Milano, Monza, Genova e Foggia e offre supporto logistico, fisico e psicologico



Caregiving on demand
Si chiama Ugo ed è il primo servizio di assistenza gratuita per i pazienti con patologie della retina

.professioni .casa — LUNEDÌ .salute — MARTEDÌ .lavoro — MERCOLEDÌ novità.tech — GIOVEDÌ .moda — VENERDÌ .food — SABATO .lifestyle — DOMENICA



La Sanità a casa dei pazienti fragili. Anziani e disabili ma anche malati cronici sono i destinatari del potenziamento delle cure domiciliari

Cure domiciliari. Il Dl Rilancio stanziò oltre 1 miliardo per raddoppiare gli assistiti: nascono centrali regionali per gestire anziani e fragili, arriva l'infermiere di famiglia

La sfida dell'assistenza a casa: curare 1 milione di pazienti

Marzio Bartoloni

Raggiungere a casa un milione di pazienti. Questa la sfida dell'assistenza domiciliare dopo lo tsunami Covid che ha visto proprio nelle cure a casa una delle più dolorose spine nel fianco del Servizio sanitario nazionale. Il decreto Rilancio che si appresta a essere varato dalla Camera stanziò 734 milioni per l'assistenza domiciliare e altri 332 milioni per assumere quasi 10 mila infermieri di famiglia. La nuova figura della Sanità pubblica che lavorerà proprio sul territorio - all'interno dei distretti delle Asl - per gestire anziani, pazienti fragili e disabili a casa. Una svolta per un Paese come l'Italia rimasto indietro su questo fronte - oggi sono circa 600 mila gli over 65 presi in carico tra Adi e residenze sanitarie - che potrebbe ora quasi raddoppiare gli assistiti a casa portandoli a oltre un milione: le stime del ministero della Salute parlano di 923 mila assistiti over 65 e 140 mila under 65 grazie alle risorse del Dl Rilancio. Lo stesso decreto prevede l'attivazione di centrali operative regionali con funzioni di raccordo tra tutti i servizi e il sistema di emergenza urgenza, anche ricorrendo alla telemedicina: saranno queste centrali a decidere che tipo di cure garantire ai pazienti tra ospedale e territorio. Questo investimento potrebbe essere solo un antipasto di quello che verrà nei prossimi anni se è vero che una parte degli annunciati ingenti fondi europei per la ripresa - dal Mes al Recovery fund - saranno destinati proprio a potenziare la Sanità, con le cure domiciliari che saranno uno dei capitoli principali sui quali il Governo e il ministro della Salute Roberto Speranza punterà ad investire.

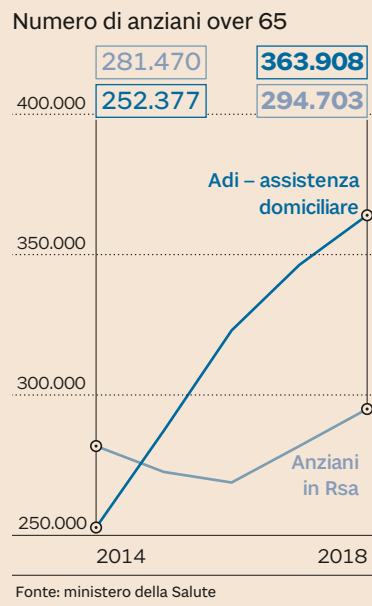
Ma la rete, per funzionare bene, come spiega l'ultimo report di Italia Longeva che oggi organizza un webinar sull'«assistenza domiciliare integrata» - deve poter disporre di adeguati servizi di assistenza domiciliare (Adi) e residen-

zialità assistita (Rsa) per la presa in carico dei pazienti. Servizi, questi, finora carenti e sottopotenziati rispetto alla domanda di una popolazione che invecchia. Secondo il ministero della Salute, solo il 2,7% degli over-65 usufruisce di servizi di Adi e solo il 2,2% di un posto in Rsa. Ma come potenziare davvero il territorio? Le esperienze positive a livello regionale da cui attingere non mancano. E partono anche dall'ospedale che se come *core-business* si deve occupare delle emergenze e delle patologie acute deve anche - come emerge da alcune buone pratiche delle Regioni - sapere dialogare pure con il territorio. In alcuni modelli di «dimissione protetta» dei pazienti dopo un ricovero la sinergia massima tra ospedale e territorio si realizza quando sono le stesse Centrali di continuità

territoriali ad entrare in ospedale per prendere in carico il paziente prossimo alla dimissione, o addirittura, quando è l'ospedale stesso che accompagna il paziente durante il processo di dimissione dall'ospedale verso il proprio domicilio continuando a prendersene carico anche dopo.

Vanno poi sviluppate reti territoriali attraverso un modello che vede l'integrazione dei diversi professionisti (medici di famiglia, infermieri, fisioterapisti, servizi sociali, infermieri, fisioterapisti e operatori socio-sanitari) che possono operare anche in presidi fisici sul territorio come le Case della Salute che vengono già da anni di esperienza di successo in diverse Regioni - in particolare Emilia Romagna e Toscana - dove hanno ridotto gli accessi a pronto soccorso e ospedali.

Soggetti a rischio



A fianco alle case della Salute c'è poi il modello degli ospedali di comunità dove equipie operative erogano cure "intermedie" a pazienti con problematiche acute e subacute di lieve e moderata entità, integrate con le cure erogate a casa, garantendo quindi la piena continuità.

E poi c'è l'atteso avvento dell'infermiere di famiglia che - come prevede il Dl a firma di Paola Boldrini (Pd) ora all'esame del Senato - oltre a lavorare coordinandosi con il medico di famiglia avrà vari compiti: dalla promozione degli stili di vita alla garanzia dei controlli periodici, assicurando al paziente la continuità assistenziale e l'inserimento nei servizi territoriali fino all'educazione terapeutica (l'uso corretto dei farmaci) e sanitaria dello stesso assistito e dei suoi familiari.

L'intervento

Per funzionare si punta sulle best practice

Roberto Bernabei*

La medicina del territorio - di cui tanto si parla, complicata e severa lezione del Covid - si fonda sull'assistenza domiciliare; perché l'alternativa all'ospedale è il domicilio delle persone. Solo che in Italia questa assistenza è da fondare: ne beneficiano solo il 2,7% degli over-65, e per una media di 20 ore di prestazioni all'anno. In altri paesi europei, la percentuale di anziani assistiti a casa si attesta fra l'8 e il 10%, con punte del 20%, ad esempio in Norvegia, e per una media che in Europa è di 20 ore, ma al mese...

Il guaio è poi che l'assistenza domiciliare sta alla medicina del territorio come la digitalizzazione allo sviluppo economico di un paese: ne è presupposto. Per questo, quando mi si chiede quale sia la vera priorità d'investimento in sanità, a maggior ragione, come sembra, arriveranno dall'Ue risorse consistenti, non esisto a dire che la grande urgenza è met-

tere il sistema in condizioni di curare a casa tutti coloro che a casa sono tecnicamente curabili, riservando all'ospedale l'emergenza-urgenza e le vere acuzie.

Ma che cosa serve per rendere il territorio all'altezza di questo compito? Affrontarlo con lo stesso approccio di, che so, una neurochirurgia... a dire che bisogna saper fare e aver maturato un curriculum. Non basta andare genericamente in una casa a chiedere: Come va? Che problemi si sente? Bisogna entrare con competenze articolate, volendo sintetizzare con metodologie e formazione. E poi tecnologia, sia hardware sia software. Il problema radicale, infatti, è che ad oggi, in Italia, la poca assistenza domiciliare erogata è offerta dagli attori più disparati, diversi da Regione a Regione. Bisogna quindi domandarsi anzitutto chi sia, che cosa sia e dove si debba dislocare e quale sia il modello assistenziale generale di riferimento di quel grande "Pronto Soccorso della fragilità" che deve diventare l'assistenza a domicilio.

Per rispondere a queste domande servirebbero davvero degli Stati Generali, ma della medicina del territorio, in cui chiunque abbia qualche esperienza in materia sia chiamato a "testimoniare", portando numeri, dati, risultati. Fino a enucleare quelle che noi medici chiamiamo "best practice", cioè le ricette che funzionano. E sceglierne una, due al massimo, renderle i modelli nazionali e replicarle a più non posso. Si tratterebbe allora di assegnare compiti ed fare investimenti. E qui torniamo al punto. Mi permetto di indicarne un paio, concretissimi, che dovrebbero avere buone chance di efficacia, stando ai tanti approfondimenti che abbiamo condotto nelle ultime 4 edizioni di "Long-Term Care", la "Yalta" annuale della medicina del territorio, organizzata da Italia Longeva. Il primo investimento dovrebbe essere in risorse umane. Sta per affacciarsi al nostro sistema l'infermiere di comunità: rendiamolo il case manager della fragilità, il "pri-

mario" dell'assistenza domiciliare, il professionista della valutazione del bisogno. Offriamogli formazione, perché oggi l'infermiere è soprattutto un pratico, mentre quello "di comunità" deve maturare rapidamente una cultura della valutazione: deve soppesare condizioni e bisogni, e indirizzare, prendere decisioni, attivare snodi del sistema.

Il secondo investimento dev'essere in tecnologia. Esistono apparecchi di monitoraggio a distanza, sussidi alla domotica, soluzioni software e hardware, che nello spazio di un paio di accendini condensano tecnologie che fino a pochi decenni orsono avrebbero fatto invidia ai reparti di ospedale. Pensare di organizzare la medicina del territorio a prescindere da questi strumenti d'avanguardia - che mi piace definire nel loro complesso "tecnica assistenza" - equivale a voler rilanciare il paese puntando sul fax o sul telefono a gettoni.

*Presidente Italia Longeva

PANORAMA

LE SINERGIE CON LE IMPRESE

Medicina del territorio: ecco le ricette per ripartire

Dal teleconsulto alla ricetta dematerializzata, da una gamma più ampia di farmaci prescrivibili per importanti malattie croniche - come la fibrillazione atriale, per cui i medici di famiglia hanno da poco ottenuto il via dall'Aifa a sperimentare prescrizione e follow up degli anticoagulanti orali - a precisi protocolli per gestire il paziente. Sono queste le basi per una ripartenza in fase post Covid delle cure sul territorio che Assogenerici, Simg (Società scientifica della medicina generale), Fimmg (Federazione dei medici di medicina generale) e Cittadinanzattiva elencano in un documento discusso ieri in un webinar con Radiocor-Sanità24. «Abbiamo appena presentato all'Istituto superiore di sanità - spiega il presidente Simg Claudio Cricelli - le nostre linee guida sulla *preparedness* dei medici di famiglia. Criteri imprescindibili, sia per affrontare l'epidemia da gestire ormai per focolai sia, a regime, per una cura delle cronicità». Le criticità però non mancano: «La nostra sensazione - avvisa il segretario Fimmg Silvestro Scotti - è che la medicina di famiglia sia ben poco tutelata. Cito per tutti due ritardi: i 236 milioni per finanziare la piccola diagnostica negli studi stanziati dalla manovra ancora non utilizzati dalle Regioni, e il bando per la Medicina generale che aspettiamo da febbraio. Sono 1.500 i nuovi medici congelati, mentre da qui al 2022 il Ssn rischia di perdere circa 10 mila colleghi pensionandi che lascerebbero scoperti tra i 10 e i 15 milioni di italiani». A ribadire il ruolo centrale del Mmg è il segretario di Cittadinanzattiva Antonio Gaudioso: «Dev'essere questa la figura garante e regista delle cure sul territorio - spiega - che vanno impostate tenendo conto di quanto a livello locale già c'è e funziona». Mentre accende i riflettori sulle sinergie necessarie anche in termini di prescrizione dei farmaci Enrique Hausermann, presidente Assogenerici: «La pandemia - afferma - ha mostrato ancora una volta la necessità di una profonda revisione della governance che preveda al più presto la revisione dei tetti di spesa, dei meccanismi di prezzo e rimborso e soprattutto delle forme di distribuzione di categorie di farmaci fuori brevetto, riportando nell'armamentario dei medici e delle farmacie sul territorio tutti i prodotti che ne sono stati finora artificialmente esclusi, come quelli per diabetici e la Bpco».

236

MILIONI I fondi stanziati dalla legge di bilancio per la piccola diagnostica dei medici di famiglia non spesi dalle Regioni

—B.Gob.

NUOVE NORME SUI CONFLITTI D'INTERESSE

Sperimentazioni cliniche con paletti meno rigidi

Il rischio era continuare a bloccare o quantomeno a rallentare tante ricerche sui nuovi farmaci. Ora però dopo la modifica approvata nel Dl Rilancio con un emendamento a firma dell'ex ministro Beatrice Lorenzin (Pd) e Fabiola Bologna (Gruppo Misto) le norme sui conflitti di interesse che pesavano come un macigno sulle sperimentazioni cliniche sono state alleggerite: sarà il Comitato etico a valutare caso per caso eventuali interessi e collaborazioni con imprese del ricercatore coinvolto nella ricerca o dei suoi familiari entro il secondo grado. «Si può dire che così vince il buon senso perché si può valutare meglio l'entità di un conflitto di interessi e lo si può contestualizzare», avverte Carlo Petrini presidente del Comitato etico dell'Istituto superiore di Sanità. Che spiega i paradossi delle norme precedenti contenute nel Dlgs 52/2019 e ora modificate: «Bastava che il ricercatore avesse un cugino che investe in un fondo con azioni nelle farmaceutiche per poter far emergere un conflitto di interessi. Ho assistito a nomine di semplici studenti a promotori di una sperimentazione perché il docente con quelle norme non poteva farlo. Con quei vincoli si è rallentata la ricerca». Petrini sottolinea come ci sia un forte «pregiudizio» e una «percezione diffusa» secondo la quale si pensa che queste sperimentazioni «siano inquinate e contaminate dalle aziende». «È chiaro che ci sono dei forti interessi economici perché siamo di fronte a una fonte di profitto che è legittima, ma è anche uno strumento formidabile per trovare nuove terapie che migliorano la qualità di vita dei pazienti. E poi - aggiunge Petrini - ormai si parla diffusamente a livello internazionale di partnership pubblico-privata e della necessità di portare rapidamente la terapia dal bancone al letto del paziente». La nuova norma è un «tassello importante, ma non basta», aggiunge il presidente del Comitato etico dell'Iss: «Bisogna attuare tutte quelle misure previste sempre dal Dlgs del 2019 ancora in sospeso e anche semplificare l'attività dei comitati etici come prevede la legge 3/2018 che ha modificato le sperimentazioni cliniche ma anche qui non attuata».

—Mar.B.



Carlo Petrini. È il presidente del Comitato etico dell'Istituto superiore di Sanità

© RIPRODUZIONE RISERVATA