

9 settembre 2016
COMUNICATO STAMPA

**Convegno FnomCeo-Ipasvi “Gestire insieme la Cronicità”
Mangiacavalli (Ipasvi): “La cronicità si assiste con la multidisciplinarietà
professionale: medici, infermieri e farmacisti in team”**

Mangiacavalli: “Il Piano cronicità atteso la prossima settimana in Stato-Regioni è un cambio di rotta nel modello di assistenza, sempre più orientato ai bisogni di salute. L’infermiere ha un ruolo chiave con il medico di medicina generale (Mmg) e sul territorio anche con il farmacista”

“Il Piano nazionale cronicità è un tassello importante sia per l’applicazione del Patto per la salute, sia, soprattutto, per il cambio di rotta nel modello di assistenza del Servizio sanitario nazionale, che deve essere sempre più orientato necessariamente ai mutamenti epidemiologici e dei bisogni di salute, tra i quali non autosufficienza e cronicità rappresentano gli aspetti principali. Il Piano consente finalmente non solo di curare, ma anche di prendersi cura delle persone con patologie croniche, perché siano assistite in modo complessivo, e non solo per quanto riguarda i sintomi specifici”, ha dichiarato Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi, al convegno organizzato a Roma, presso il ministero della Salute, dalle Federazioni nazionale degli ordini dei medici, FnomCeO e dei Collegi degli infermieri, Ipasvi.

“Il Piano – ha spiegato Mangiacavalli – è un’ottima piattaforma di lancio, soprattutto per assistere al meglio i malati cronici sul territorio, dove finora molta parte dell’assistenza era lasciata al ‘fai-da-te’ di famiglie e pazienti. Ora, grazie al Piano, è anche possibile ‘tuffarsi’ nel futuro da questo trampolino e ci sono passi in più, per rendere il modello ancora più efficace ed efficiente e aderente alle indicazioni internazionali”.

In questo senso e per quanto riguarda le nuove, ulteriori possibilità per la professione infermieristica, Mangiacavalli mette ai primi posti la previsione di un approccio sistemico ed "evidence-based" alle patologie croniche che coinvolge tutti i produttori di assistenza e contenuto nel Chronic Care Model (C.C.M.) descritto dall’Oms.

“Secondo tale modello – spiega – le variabili fondamentali per affrontare con efficacia la cura della cronicità sono: l’impegno di tutto il sistema sanitario e sociale e della comunità; le cure primarie, come componenti fondamentali per le cure territoriali e segmento del Ssn più vicino al paziente.

A esse è affidata la continuità delle cure tra i diversi livelli e i diversi setting di assistenza; strumenti di traduzione organizzativa e operativa della cura della cronicità sono i percorsi assistenziali e la gestione integrata della persona con malattia cronica.

In questo ambito è essenziale l’approccio ‘patient oriented’ utilizzato dai sistemi erogativi di cura e assistenza, per identificare precocemente (disease finding) e prendere in carico (disease, care e case management) tutte le persone portatrici di malattia/condizione di cronicità insieme alle loro famiglie/care giver; soggetti più a rischio di complicanze /aggravamento delle condizioni di base e/o di perdita delle funzioni fisico-cognitive residue, per i quali siano riconosciuti efficaci programmi di cura e assistenza della cronicità. In questo ambito e nel contesto del lavoro multi professionale e multidisciplinare – prosegue - la funzione infermieristica

contribuisce a orientare l'assistenza erogata ai malati cronici basandosi su approcci di assistenza proattivi, richiamati anche nel modello dalla medicina di iniziativa. Questo modello sposta il focus dalla cura della cronicità, dalla gestione delle complicanze della malattia di base alle capacità ancora attivabili (empowerment) e/o residue sia della persona che dei suoi care giver. Obiettivo è mantenere sotto controllo la malattia cronica di base (modello del caro management) e rendere la persona assistita capace di autogestione della propria condizione di salute e di malattia”

Secondo la presidente Ipasvi, poi, sarebbero possibili tra le altre, ulteriori possibili innovazioni, come la presa in carico infermieristica anticipata e finalizzata all’inserimento della persona assistita in programmi di disease e care management e l’individuazione di ulteriori indicatori di efficacia e appropriatezza, validi anche rispetto alla qualità di vita e di assistenza della persona. Per la parte assistenziale, ad esempio, secondo Mangiacavalli, tali indicatori potrebbero riguardare le dimensioni (esiti) sensibili alla cura infermieristica e all'azione generativa del nursing.

“Alle cure domiciliari potrà anche essere utile aggiungere – prosegue – una maggiore considerazione dei setting del domicilio come setting più ampio. Il cambiamento delle condizioni di vita della popolazione anziana e/o con disabilità o fragilità funzionale e/o sociale sta cambiando: il domicilio tradizionalmente inteso (o qualunque luogo in cui la persona fragile si trova a vivere) è il luogo nel quale la persona trascorre la prevalenza del proprio tempo di vita e la sua funzione è quella di ridare significato al vivere quotidiano nella condizione di cronicità. Di conseguenza gli operatori (infermieri) che svolgono il proprio ruolo professionale vicino alla persona in ogni contesto nel quale questa vive, sia in salute che in malattia, devono ripensare anche alla dimensione ambientale: le cure extra ospedaliere, diventando sempre più sistemi in cui si sviluppa la long-term care, non potranno essere previste solo come cure domiciliari ma anche come cure ‘multi ambientali’ ovvero multi-setting”.

“Sul territorio – aggiunge ancora Mangiacavalli - l'infermiere assicura la continuità della presenza e della presa in carico dei problemi (acuti/cronici) di salute e benessere per le persone fragili e per le loro famiglie/care giver. Le competenze infermieristiche in questi ambiti non solo favoriscono la personalizzazione degli impegni assunti dalla persona verso la propria salute in fase prospettica, riducendo il rischio di istituzionalizzazione/ospedalizzazione, ma creando con il medico di medicina generale (Mmg) un’ alleanza che fa da tramite tra le esigenze della persona assistita e il medico di fiducia; favorisce condizioni e relazioni per raggiungere gli obiettivi di salute e mantenimento della persona assistita, coerentemente con gli obiettivi terapeutici previsti. Questo tipo di strategia consente al Mmg di focalizzarsi sui problemi di salute più complessi dal punto di vista clinico-terapeutico, potendo affidare i casi più emblematici dal punto di vista della cronicità (stabilità clinica e aderenza terapeutica, comportamenti e stili di vita) all'infermiere sul territorio, nell’ottica della cooperazione professionale e condivisione della pianificazione delle cure alla persona. In questo, anche il ruolo dell'infermiere può essere valorizzato in quanto rappresenta, per la persona e la sua famiglia, la figura di riferimento tra un episodio acuto e il successivo”.

“Nel nuovo modello di Servizio sanitario – prosegue - E’ necessario spostare il focus dell’assistenza, da sempre orientato soprattutto verso gli ospedali, sull'invecchiamento della popolazione che richiede un approccio diverso, che coinvolga il passaggio dall’acuzie, episodica e ospedalocentrica, alla gestione delle malattie croniche, alla continuità della somministrazione delle cure con diverse impostazioni, con un ruolo importante per i professionisti di cure primarie. Per questo il nostro orientamento deve essere verso modelli innovativi grazie ai quali si può operare sul territorio per la gestione delle patologie croniche e dei pazienti come le cooperative Mmg-CReG (Chronic Related Group), i POT (Presidi Ospedalieri Territoriali) e PreSST, i percorsi ospedalieri per i cronici, le unità d’offerta e i servizi sociosanitari, la farmacia dei servizi, puntando sulla presa in carico dei pazienti suddivisi per tipologia”.