

INFERMIERISTICA DI COMUNITÀ

Dott.ssa Laura De Biasio

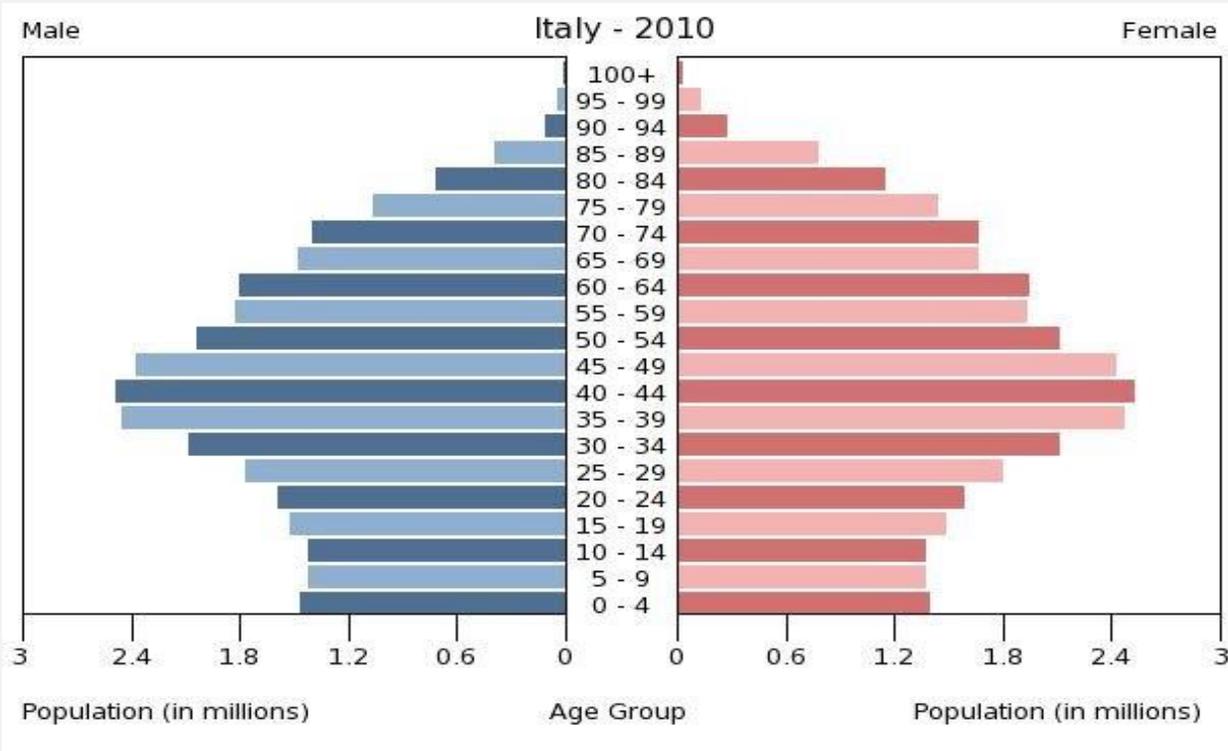
a.a. 2024- 2025

COME E' CAMBIATA LA POPOLAZIONE



TRANSIZIONE DEMOGRAFICA

Piramide d'età in Italia nel 2010



ISTAT 2015

Piramide d'età in Italia nel 2050 (previsioni U.S. Census Bureau)

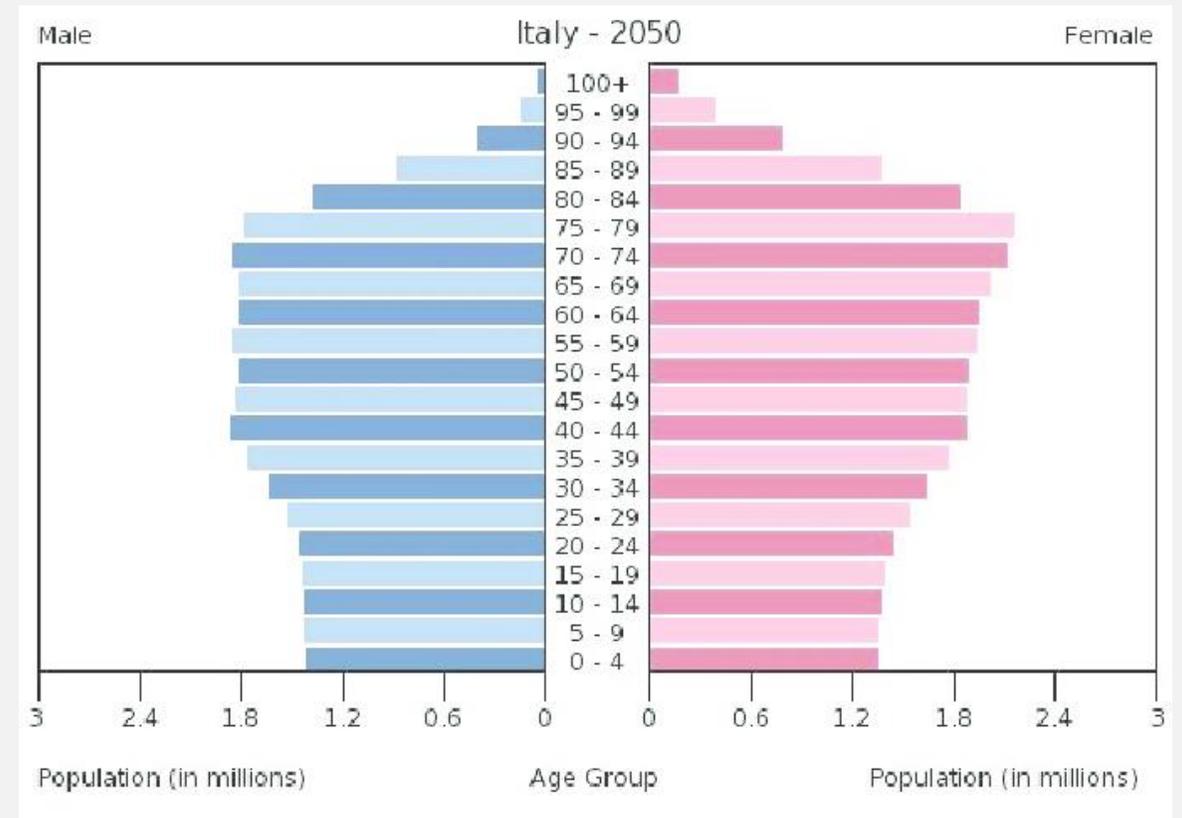
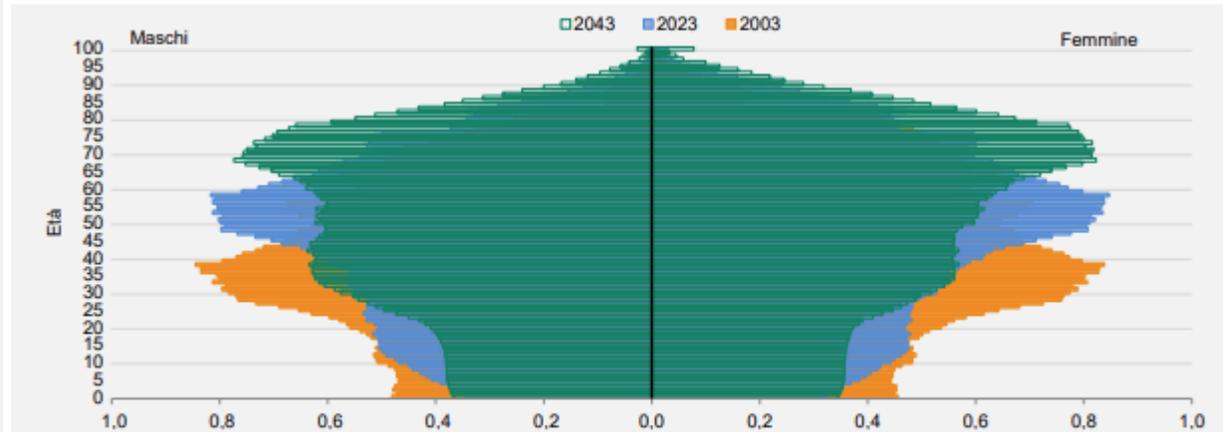


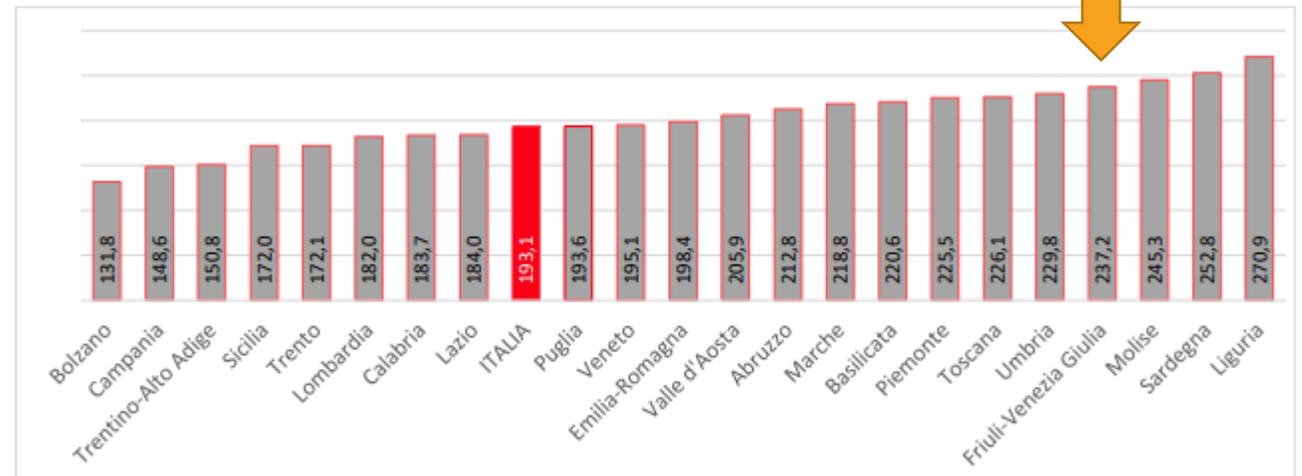
Figura 1. Piramidi delle età al 1° gennaio 2003, 2023 e 2043 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Popolazione per sesso, ed età e Previsioni della popolazione e delle famiglie, base 1.1.2022, scenario mediano.

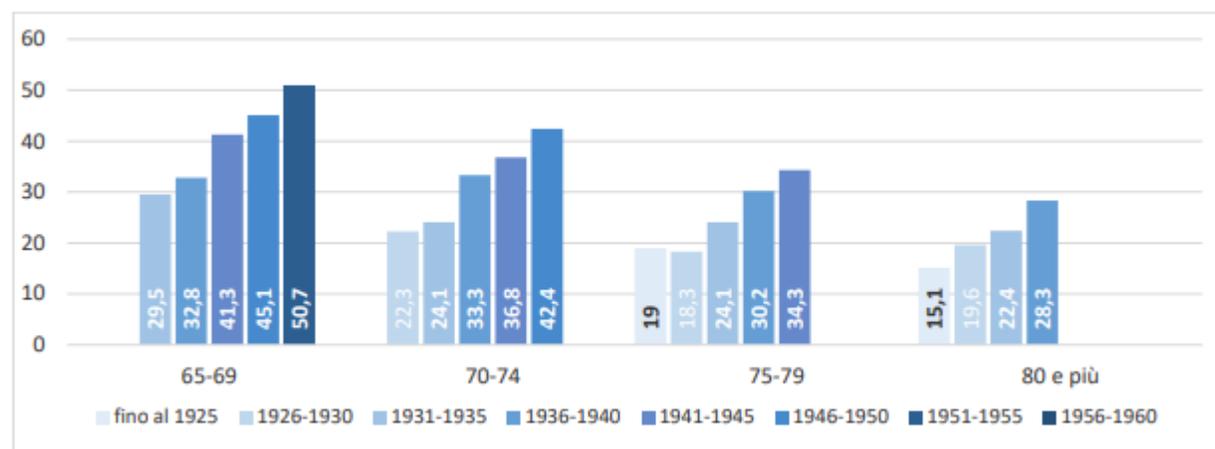
L'indice di vecchiaia misura il numero di anziani presenti in una popolazione ogni 100 giovani, permettendo di valutare il livello d'invecchiamento degli abitanti di un territorio

Figura 2. Indice di vecchiaia della popolazione residente per regione.



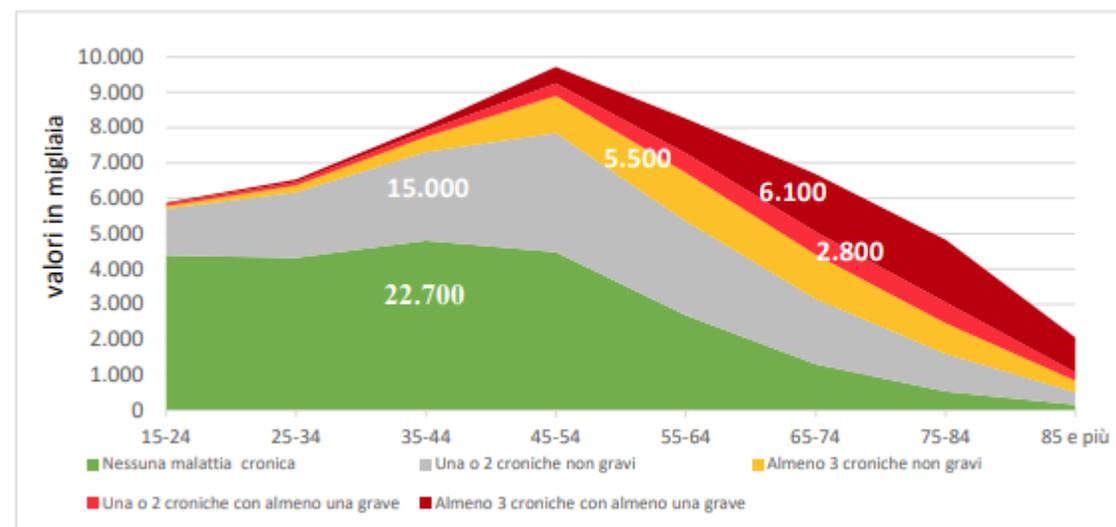
Fonte: Istat, Censimento della popolazione e dinamica demografica. Anno 2023

Figura 3. Persone di ultrasessantacinquenni che dichiarano di **stare bene o molto bene**, per generazione quinquennale di anno di nascita e classe di età (per 100 persone con le stesse caratteristiche)



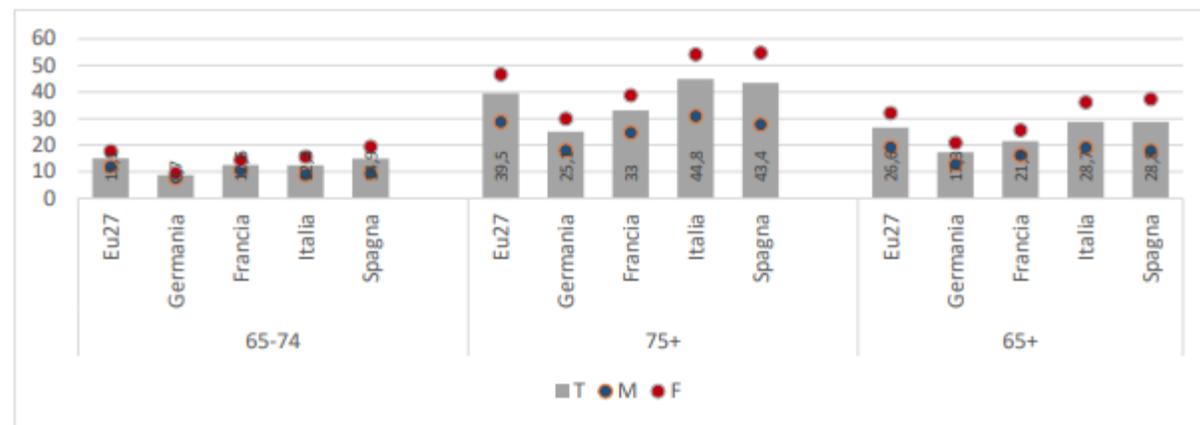
Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana. Anni 2001-2022.

Figura 4. Popolazione di 15 anni e più per presenza di malattie croniche dichiarate, gravità e multimorbidità per classe di età. Anno 2019 (Dati assoluti in migliaia).



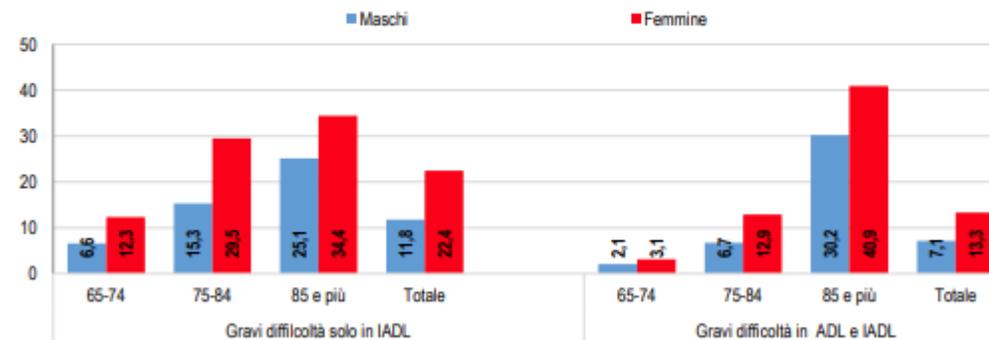
Fonte: dati Istat, Indagine Europea sulla salute (EHIS) 2019

Figura 8. Persone di 65 anni e più con gravi difficoltà nelle attività di cura personale (ADL) o domestica (IADL) per classe di età e sesso. Anno 2019 (per 100 persone con le stesse caratteristiche).



Fonte: dati Istat, Indagine Europea sulla salute (EHIS) 2019

Figura 9. Persone di 65 anni e più che dichiarano gravi difficoltà nelle attività solo nelle IADL, e gravi difficoltà in entrambe (ADL e IADL) per sesso e classe di età (per 100 persone con le stesse caratteristiche).



Fonte: dati Istat, Indagine Europea sulla salute (EHIS) 2019

I CAMBIAMENTI DEMOGRAFICI SECONDO 2 DIMENSIONI:

1) **NATALITÀ** → PRESENZA DI UNA CORRELAZIONE NEGATIVA TRA SVILUPPO SOCIO-ECONOMICO E NATALITÀ

→ Responsabili sono: a) *mutamento dei valori e delle preferenze* b) *gender equality* c) *felicità nel senso di prospettiva delle famiglie*
a) *la trasformazione del ruolo sociale delle donne (lavoro e maggiore istruzione) - abbandono di pratiche sociali come il matrimonio – valori verso la carriera*

1) **INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE**

dati ISTAT 2015 dicono che:

- età media complessiva ha raggiunto i 44,4 anni
- numero figli per donna nel 2014 sono 1,4
- aspettativa di vita ha raggiunto la media di 84,9 anni per le donne e 80,2 anni per gli uomini

STIMA dell'ISTAT : il 21,7% del totale della popolazione italiana appartiene alla categoria degli over-65

TRANSIZIONE SOCIALE

- * Contrazione nuclei famigliari
- * Riduzione rete parentale
- * Cambiamento tipologia lavoro - precarietà

TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA

- * Incremento patologie cronico – degenerative
- * Fragilità socio-sanitaria

COME SI DOVREBBERO APPROCCIARE LE MALATTIE CRONICHE?



SIGNIFICATO DI FRAGILITÀ

Non esiste una definizione condivisa MA si deve tener conto di tre aspetti

- ❑ *SUSCETTIBILITÀ INDIVIDUALE (MALATTIE CRONICHE)*
- ❑ *FATTORI DI VULNERABILITÀ (DI NATURA SOCIALE)*
- ❑ *LA INTRINSECA CAPACITÀ DI ADATTAMENTO (RESILIENZA)*

Vulnerabilità e fragilità in sanità pubblica, nelle politiche e nei metodi di studio – G. Costa – E&P 2020

ANZIANO FRAGILE → Persona non disabile, ossia autonoma in tutte le ADL, ma non autonoma nello svolgimento di due o più funzioni complesse IADL

PASSI d'Argento 2016

«La “fragilità” è una condizione di rischio elevato di outcome sfavorevoli che condizionano un significativo peggioramento della qualità della vita. La definizione si riferisce a quei soggetti di età avanzata, affetti da patologie croniche multiple, frequentemente disabili e con stato di salute instabile, in cui l'invecchiamento e le malattie sono spesso complicati da problematiche socio economiche»

Congresso Nazionale SIGG 2007



Il Ben



Linee guida



Policies



Sottometti un articolo

Indagine sulla fragilità degli ultra sessantaquattrenni: analisi dei fattori predittivi nel contesto ravennate

Francesca Di Tommaso, Arianna Berardo, Pasquale Falasca e Anna Marcon
Servizio di Epidemiologia, Ricerca e Sviluppo, Ausl Ravenna

Tabella - Caratteristiche associate alla fragilità:

Fattori associati alla condizione di fragilità

Genere (femmine *vs* maschi)

Classe di età (75-84 *vs* <74)

Classe di età (>84 *vs* <74)

Bassa istruzione (sì *vs* no)

Reddito (intermedio *vs* benestante)

Reddito (difficoltà economiche *vs* benestante)

Presenza di depressione (GDS)*

Funzionamento cognitivo (SPMSQ)**

Salute percepita (discreta *vs* buona)

Salute percepita (cattiva *vs* buona)

Salute confronto (stabile *vs* migliorata)

Salute confronto (peggiorata *vs* migliorata)

Bassa partecipazione sociale

n. di patologie croniche

(*) Geriatric Depression Scale; (**) Short Portable Mental Status Questionnaire

Il protocollo del SPSMQ è presentato qui di seguito.

Occorre indicare nome, cognome, età o data di nascita e anni di scolarità.

- | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Qual è la data di oggi (giorno, mese, anno)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Che giorno della settimana..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Qual è il nome di questo posto..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Qual è il suo numero di telefono..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4a. Qual è il suo indirizzo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Quanti anni ha..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Quando è nato..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Chi è il Presidente della Repubblica..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Chi era il Presidente precedentemente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Quale era il cognome di sua madre da ragazza..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Sottragga 3 da 20 e da ogni numero fino in fondo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Numero totale errori ____ / 10

Punteggio corretto ____ / 10

Per la correzione occorre seguire le seguenti indicazioni per la compilazione del SPMSQ.

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)



FONDAMENTALMENTE È SODDISFATTO/A DELLA SUA VITA?

SI (0 PUNTI) NO (1 PUNTO)

HA ABBANDONATO MOLTE ATTIVITÀ E MOLTI INTERESSI?

SI (1 PUNTO) NO (0 PUNTI)

SENTE CHE LA SUA VITA È VUOTA?

SI (1 PUNTO) NO (0 PUNTI)

SI ANNOIA SPESSO?

SI (1 PUNTO) NO (0 PUNTI)

È DI BUON UMORE LA MAGGIOR PARTE DEL TEMPO?

SI (0 PUNTI) NO (1 PUNTO)

TEME CHE LE STIA PER SUCCEDERE QUALCOSA DI BRUTTO?

SI (1 PUNTO) NO (0 PUNTI)

SI SENTE FELICE LA MAGGIOR PARTE DEL TEMPO?

SI (0 PUNTI) NO (1 PUNTO)

SI SENTE SPESSO INCAPACE DI REAGIRE?

SI (1 PUNTO) NO (0 PUNTI)

PREFERISCE STARE A CASA ANZICHÉ USCIRE E FARE COSE NUOVE?

SI (1 PUNTO) NO (0 PUNTI)

PENSA D'AVERE PIÙ PROBLEMI DI MEMORIA RISPETTO ALLA MAGGIOR PARTE DELLA GENTE?

SI (1 PUNTO) NO (0 PUNTI)

RITIENE CHE ORA LA VITA SIA MERAVIGLIOSA?

SI (0 PUNTI) NO (1 PUNTO)

RITIENE CHE IL MODO IN CUI SI SENTE ORA SIA PIUTTOSTO PRIVO DI VALORE?

SI (1 PUNTO) NO (0 PUNTI)

SI SENTE CARICO/A DI ENERGIA?

SI (0 PUNTI) NO (1 PUNTO)

RITIENE CHE LA SUA SITUAZIONE SIA DISPERATA?

SI (1 PUNTO) NO (0 PUNTI)

CREDE CHE LA MAGGIOR PARTE DELLA GENTE STIA MEGLIO DI LEI?

SI (1 PUNTO) NO (0 PUNTI)

Legge regionale FVG 12 dicembre 2019, n. 22

Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e socio-sanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006.

TITOLO I

OGGETTO E FINALITÀ

Art. 2

(Finalità)

....

b) l'orientamento del Servizio sanitario regionale al governo della domanda ispirato all'appropriatezza, alla sicurezza delle cure e alla **medicina di iniziativa**;

...

d) **l'accrescimento della partecipazione consapevole** delle persone ai corretti stili di vita e ai percorsi di prevenzione, di diagnosi, di cura, di terapia, di riabilitazione e di assistenza, anche attraverso forme di collaborazione con gli enti del Terzo settore

...

g) la **permanenza del cittadino nel proprio contesto di vita**, anche attraverso la riduzione dell'istituzionalizzazione di minori, anziani, persone con disabilità e la promozione di forme di domiciliarità innovative;

...

i) il coordinamento delle politiche sanitarie, ambientali e pianificatorie, al fine di raggiungere effettivi miglioramenti in termini di **benessere e qualità della vita dei cittadini**;

...

k) l'equità in salute in modo da assicurare la **parità di accesso di tutti i cittadini** al sistema sanitario regionale;

....



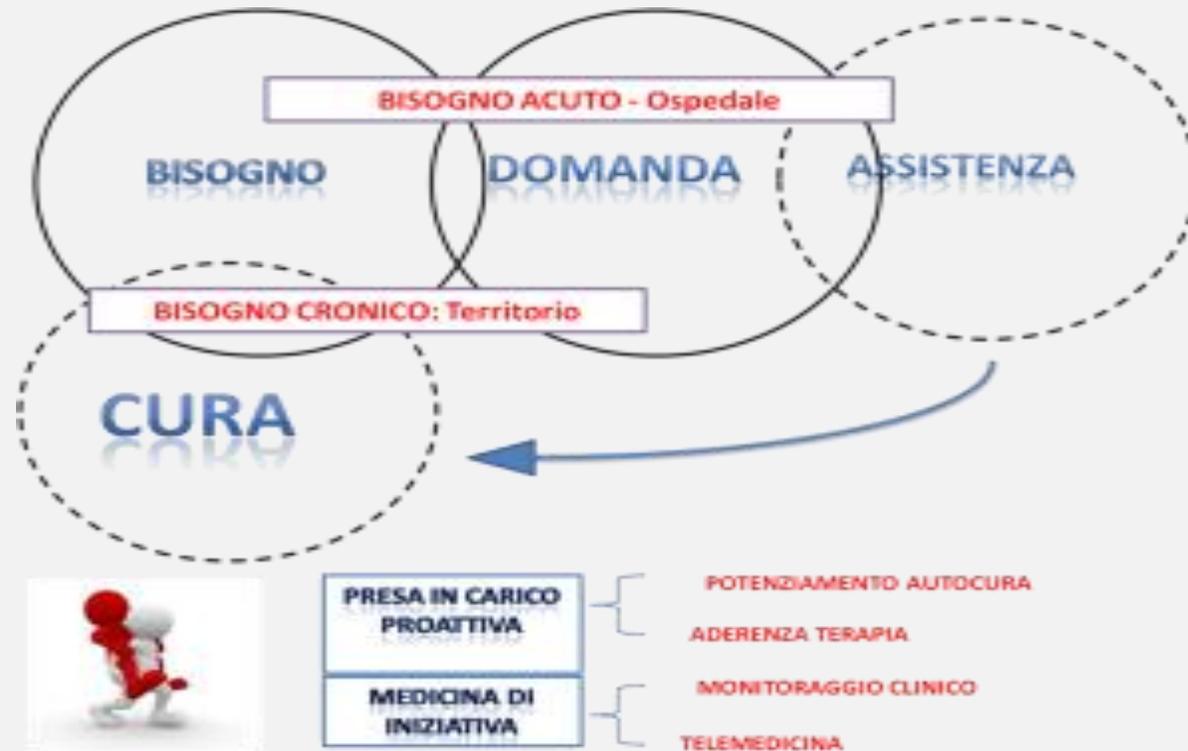
- **MEDICINA DI INIZIATIVA** o **SANITA' DI INIZIATIVA** → un modello assistenziale considerato più idoneo a gestire le patologie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo
- Es. di patologie Croniche: diabete, ipertensione arteriosa, BPCO
- Es. di fattori di rischio (ipercolesterolemia)

strumenti organizzativi

- sistemi di primo invito e di richiamo che agevolino l'avanzamento lungo i percorsi di cura
- un insieme di indicatori che permetta di verificare qualità degli interventi e risultati di salute
- un sistema informativo che registri i percorsi del paziente e permetta l'attività di valutazione

“Medicina di iniziativa” orientata alla “promozione attiva” della salute e alla responsabilizzazione del cittadino verso il proprio benessere. In tale ottica è rafforzato il ruolo del MMG e del PLS attraverso la realizzazione delle forme aggregate delle cure primarie e l'integrazione con le altre professionalità del territorio

“Medicina di iniziativa” orientata alla “promozione attiva” della salute e alla responsabilizzazione del cittadino verso il proprio benessere. In tale ottica è rafforzato il ruolo del MMG e del PLS attraverso la realizzazione delle forme aggregate delle cure primarie e l’integrazione con le altre professionalità del territorio



La cronicità

All'avanzare dell'età le malattie croniche → causa di morbidità, disabilità e mortalità

E' associata al declino di aspetti della vita :

- Minor autonomia
- Mobilità compromessa
- capacità funzionale diminuita
- vita di relazione che può cambiare

→ aumento di stress psicologico, ospedalizzazioni, uso di risorse (sanitarie, sociali, assistenziali) e mortalità

Malattie acute	Malattie croniche
■ Insorgenza improvvisa	■ Insorgenza graduale nel tempo
■ Episodiche	■ Continue
■ Eziopatogenesi specifica e ben identificabile	■ Eziopatogenesi multipla e non sempre identificabile
■ Cura specifica a intento risolutivo	■ Cura continua, raramente risolutiva
■ Spesso disponibile una specifica terapia o trattamento	■ Terapia causale spesso non disponibile
■ La cura comporta il ripristino dello stato di salute	■ La <i>restitutio ad integrum</i> è impossibile e si persegue come obiettivo il miglioramento della qualità di vita
■ Assistenza sanitaria di breve durata	■ Assistenza sanitaria a lungo termine (presa in carico del malato)

ALCUNI ESEMPI DI RISPOSTE

Coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti, dalla persona al macrosistema salute

- Significa promuovere un approccio integrato alla salute dove ogni individuo, organizzazione e istituzione partecipa attivamente e si assume responsabilità per migliorare il benessere collettivo e la sostenibilità del sistema sanitario
- Rendere partecipi tutti usando linguaggio e termini appropriati...
- Brofenbrenner ecologia dello sviluppo
- Approccio inclusivo e collaborativo..

L'ospedale concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la Cronicità, che interagisca con la Specialistica amb. e con l'Assis. Primaria

- L'ospedale è concentrato sulla cronicità, sugli ambulatori e sulle cure dei bisogni di base
- L'ospedale ha dei reparti che si occupano della malattia a lungo termine, interagendo anche con ambulatori e occupandosi di prevenzione
- L'ospedale è il «cuore» che «pompa» le informazioni/prestazioni e necessita di tutta una rete di servizi intorno per diffondere queste informazioni e prestazioni
- L'ospedale è la fonte di informazione primaria per quanto riguarda la cronicità per poi indirizzare i pazienti in quello che il dipartimento più adatto
- Ospedale come punto di riferimento per la gestione delle malattie croniche collaborando con amb e ass primaria. Questo promuove la continuità delle cure...

Il paziente «persona» e non più «caso più caso clinico» a sua volta esperto in quanto portatore del sapere legato alla sua storia di «coesistenza» con la cronicità

- Il paziente è consapevole della condizione, di come agire e dei suoi diritti
- ... noi possiamo sapere la clinica ma la persona conosce tutte le sfaccettature e i dettagli
- L'importanza di dover ascoltare la persona
- La persona è coinvolta nella propria cura prendendo decisioni e esprimendo i propri pareri

ALCUNI ESEMPI DI RISPOSTE

La valutazione orientata sul paziente-persona, sugli esiti raggiungibili e sul sistema sociosanitario

- L'importanza di un piano terapeutico individuale, ognuno è diverso, può avere obiettivi diversi a cui mirare è importante conoscere le capacità di ciascuna persona e le sue possibilità
- E' necessario porre degli obiettivi raggiungibili in base alla persona che ci troviamo davanti e questo in parte dipende anche dal contesto socio sanitario

Mantenere il più possibile la persona malata al suo domicilio e impedire o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione

- La trovo una decisione giusta, etica, necessaria per il paziente. Inoltre utile per non sovraccaricare il sistema
- Mantenere a casa la persona malata richiede l'adozione di modelli integrati e coordinati di assistenza domiciliare che combinano le cure sanitarie, il supporto psicologico e sociale e l'uso di tecnologie avanzate per monitorare e supportare i pazienti a casa....

Le premesse per una gestione efficace, efficiente e centrata sui pazienti

Una nuova cultura del sistema, dei servizi, dei professionisti e dei pazienti

Messaggio chiave:

coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti, dalla persona al macrosistema salute

Un diverso modello integrato ospedale/territorio

Messaggio chiave:

L'ospedale concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la Cronicità, che interagisca con la Specialistica ambulatoriale e con l'Assistenza Primaria

Le cure domiciliari

Messaggio chiave:

mantenere il più possibile la persona malata al suo domicilio e impedire o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione

Un sistema di cure centrato sulla persona

Messaggio chiave:

Il paziente "persona" (e non più "caso clinico"), a sua volta esperto in quanto portatore del sapere legato alla sua storia di "co-esistenza" con la cronicità

Una nuova prospettiva di valutazione multidimensionale e di outcome personalizzati

Messaggio chiave:

la valutazione orientata sul paziente-persona, sugli esiti raggiungibili e sul sistema sociosanitario

PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

OBIETTIVO:

Migliorare la presa in carico e la gestione del paziente con cronicità attraverso interventi mirati ad un'ottimizzazione dell'organizzazione e del coordinamento dei servizi sanitari in linea con quanto definito dal DM77/2022 e ad una completa integrazione sociosanitaria

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE:

- Sviluppare e ottimizzare il ruolo dei Punti Unici di Accesso (PUA)
- Promuovere modelli operativi di presa in carico attiva (Sanità di Iniziativa) che, muovendo dalla stratificazione della popolazione, consentano un'assistenza proattiva degli assistiti già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa
- Promuovere lo sviluppo di strumenti di valutazione multidimensionale uniformi nel setting di assistenza, definiti in base a criteri standardizzati, finalizzati all'identificazione dei fabbisogni di natura sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare
- Promuovere modelli di assistenza globale che integrino aspetti sanitari e sociali
- Valorizzare l'Infermiere di Famiglia o Comunità al ruolo ricoperto e all'utilizzo degli strumenti operativi utilizzati
- Sviluppare la rete di cure palliative e terapia del dolore in linea con la vigente normativa
- Garantire la formazione continua degli operatori sanitari e sociosanitari ai temi della cronicità e ai percorsi a essa dedicati

CRITICITÀ:

- Ricambio generazionale del personale sanitario
- Percorso formativo dell'Infermiere di Famiglia o Comunità
- Integrazione sociale e sanitaria

RISULTATI ATTESI:

- Implementazione di modelli e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente cronico, in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza e diversi setting di cura, nel rispetto del principio di prossimità
- Incremento di progetti di formazione del team multidisciplinare, anche nell'ambito della digitalizzazione dei servizi
- Potenziamento di modelli che prevedano una risposta integrata ai bisogni di salute sanitari e sociosanitari, compreso il coinvolgimento attivo della comunità

EROGAZIONE DI INTERVENTI PERSONALIZZATI ATTRAVERSO IL COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE E CAREGIVER NEL PIANO DI CURA

OBIETTIVO:

Migliorare il coinvolgimento del paziente e dei suoi caregiver nel piano di cura, attraverso l'educazione del paziente con cronicità e un'ottimizzazione della comunicazione medico-paziente

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE:

- Promuovere azioni per lo sviluppo dell'alfabetizzazione sanitaria, che sia rivolta all'individuo, alla comunità e ai gruppi vulnerabili che non ricevono o non accedono facilmente alle informazioni sanitarie o all'assistenza sanitaria
- Promuovere l'attuazione di percorsi educativi per il paziente e il caregiver
- Promuovere la formazione sulla comunicazione medico-paziente, rivolta agli operatori sanitari, finalizzata a raccogliere informazioni, fornire informazioni e creare una relazione con il paziente
- Promuovere l'utilizzo di strumenti (PROMs e dei PREMs) per misurare il punto di vista dei pazienti sul proprio stato di salute e la loro esperienza durante le cure, anche con approfondimenti dedicati agli aspetti relativi alla sicurezza dell'assistenza

CRITICITÀ:

- Cambiamento culturale oltre che organizzativo e di formazione

RISULTATI ATTESI:

- Miglioramento delle capacità del paziente di ottenere le informazioni sul proprio stato di salute, di elaborarle e prendere decisioni per l'efficace attuazione del proprio piano di cura
- Incremento della soddisfazione e miglioramento dell'esperienza del paziente e dei familiari nel processo di cura, nonché della qualità della vita del paziente
- Miglioramento delle competenze comunicative e relazionali dei professionisti sanitari
- Incremento della soddisfazione del professionista sanitario
- Miglioramento dei risultati clinici

UMANIZZAZIONE DELLE CURE

OBIETTIVO:

Promuovere interventi sugli aspetti relazionali, organizzativi e strutturali, dell'assistenza che rendano i luoghi di cura e i programmi diagnostico-terapeutici orientati quanto più possibile ai bisogni degli assistiti con cronicità - considerati nella loro interezza fisica, sociale e psicologica - senza dimenticare i bisogni degli operatori sanitari



LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE:

- Promuovere il rispetto della volontà e della dignità della persona
- Promuovere una relazione di cura fondata sull'accoglienza, l'ascolto attivo, l'empatia e una comunicazione esaustiva che tenga conto del background del paziente e accerti il suo livello di comprensione
- Garantire l'accesso alle informazioni sui servizi, alla documentazione sanitaria e la trasparenza
- Pianificare processi assistenziali che rispondano ai bisogni specifici della persona legati al genere, all'età, alla condizione economica, allo status migratorio, all'educazione, alla religione e alle abilità fisiche delle persone
- Creare spazi di cura accessibili e confortevoli, nei quali sia promossa la socialità e tutelata la privacy della persona e dei familiari/caregiver
- Favorire il coinvolgimento attivo di un familiare (o altra persona di riferimento) nei vari aspetti del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale
- Trattare il dolore e favorire una cultura che concepisca la gestione del dolore come diritto inalienabile della persona in ogni luogo e fase di cura
- Promuovere la formazione e l'aggiornamento degli operatori sui temi della comunicazione operatore sanitario/paziente/familiare e caregiver
- Promuovere la tutela della salute psicofisica degli operatori sanitari
- Valorizzare il rapporto fiduciario medico-paziente che origina dalla scelta autonoma da parte del cittadino



CRITICITÀ:

- Difficoltà di comunicazione e di relazione tra operatori sanitari e paziente/familiari
- Scarsa attenzione ai bisogni psicologici e sociali rispetto ai bisogni clinici
- Eccessiva burocratizzazione del percorso di assistenza
- Difficoltà di erogazione dell'assistenza non solo tra Regioni, ma anche all'interno delle Regioni stesse
- Sovraccarico di lavoro per i professionisti sanitari con conseguente necessità di potenziare l'organico
- Deficit strutturali e organizzativi delle strutture sanitarie con conseguente malessere lavorativo



RISULTATI ATTESI:

- Implementazione delle attività di formazione sulla corretta comunicazione
- Implementazione di interventi strutturali e organizzativi che favoriscano il percorso di cura in un'ottica di umanizzazione e attenzione alla persona intesa nella sua globalità e unicità
- Implementazione di iniziative per tutelare la salute psico-fisica degli operatori sanitari

SANITÀ D'INIZIATIVA ED EMPOWERMENT

OBIETTIVO:

- Promuovere lo sviluppo del processo di empowerment nelle varie fasi di presa in carico della persona con malattia cronica e nel coinvolgimento dei familiari e caregiver
- Promuovere l'educazione e l'informazione del paziente/caregiver in merito alla patologia cronica di cui soffre e alla sua corretta gestione
- Promuovere programmi di empowerment rivolti ai cittadini sia in ambito ospedaliero che territoriale, con una particolare attenzione alla prevenzione, all'aderenza terapeutica e al miglioramento della qualità dei servizi
- Promuovere azioni di contrasto alle disuguaglianze sociali e culturali sia nelle politiche assistenziali che in quelle di prevenzione, anche attraverso l'empowerment della comunità



LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE:

- Realizzare programmi di educazione e informazione documentabili e monitorabili anche in base ad indicatori di esito con la partecipazione attiva delle Associazioni dei pazienti e delle Organizzazioni civiche
- Realizzare iniziative di promozione dell'empowerment che favoriscano la capacità di autogestione della malattia e la messa in atto di azioni correttive
- Favorire attraverso la formazione, in una visione condivisa, lo sviluppo dell'empowerment organizzativo, cioè del processo attraverso il quale individui appartenenti ad un gruppo sono coinvolti attivamente, si sentono responsabili di ciò che accade ed esercitano un'influenza positiva sui componenti del gruppo e sui servizi erogati
- Prevedere nei percorsi di presa in carico e nei PDTA attività per la realizzazione di interventi specifici di empowerment
- Predisporre iniziative di ascolto e partecipazione della comunità alla definizione delle politiche assistenziali e di quelle di prevenzione



CRITICITÀ:

- Difficoltà di tipo strutturale e organizzativo nel coinvolgere il paziente/caregiver nell'assistenza e nella prevenzione
- Difficoltà di natura culturale nel cambiamento di atteggiamento e di ruolo dei professionisti sanitari verso il paziente/familiare/caregiver e dei pazienti familiari/caregiver verso i professionisti



RISULTATI ATTESI:

- Maggiore consapevolezza
- Maggiore attenzione degli operatori sanitari alla comunicazione e informazione
- Migliore gestione della malattia
- Maggiore coinvolgimento e partecipazione delle Associazioni di pazienti e delle Organizzazioni civiche nelle attività di informazione, educazione, empowerment del paziente e del caregiver
- Aumento dell'appropriatezza, della sostenibilità e dell'equità