

INFERMIERISTICA DI COMUNITÀ

Dott.ssa Laura De Biasio

a.a. 2024- 2025

Il Piano Nazionale della Cronicità vuole quindi indirizzare la gestione della cronicità verso un sistema integrato → 5 obiettivi

- 1. assicurare collegamenti con disegni di prevenzione primaria e diagnosi precoce*
- 2. ottenere e mantenere nel tempo un buon controllo della malattia*
- 3. prevenire e curare le complicanze, le comorbidità e le disabilità*
- 4. garantire la qualità di vita, anche attraverso modelli di welfare di comunità*
- 5. ottimizzare l'uso delle risorse disponibili (economiche, umane, strutturali, organizzative)*

Il Piano tiene conto dei vari modelli esistenti sulla cronicità:

- Chronic care model CCM
- “Model of Innovative and Chronic Conditions (ICCC) *aggiunge al CCM la visione focalizzata sulle politiche sanitarie*

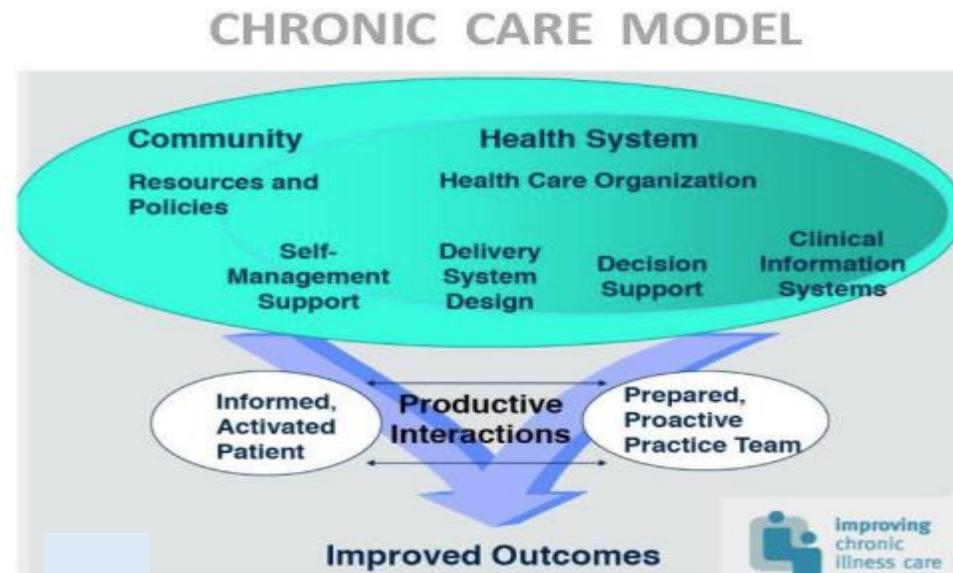
ESEMPIO DI MODELLO DI APPROCCIO ALLE MALATTIE CRONICHE

CHRONIC CARE MODEL – prof. Wagner e colleghi

Modello per l'assistenza delle malattie croniche sviluppato dal McColl Institute for Healthcare Innovation California

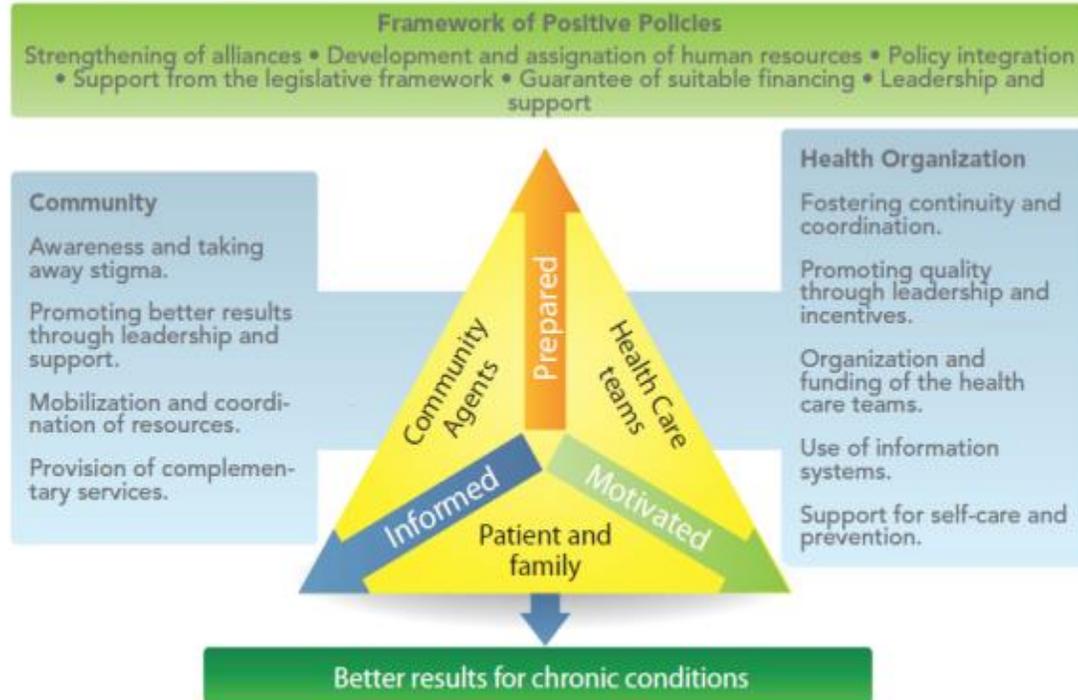
6 elementi

1. **Risorse della Comunità** → associazioni di pazienti, volontariato, centri per anziani
2. **Organizzazioni Sanitarie** → malattie croniche come priorità del SSN
3. **Supporto all'autogestione** → la persona malata diventa parte attiva (dieta, esercizio fisico, monitoraggio PA e glicemia, uso dei farmaci)
4. **Supporto alle decisioni** → percorsi di cura con Standard basati sulle evidenze e Formazione
5. **Organizzazione del Team** → condivisione del lavoro e multidisciplinare
6. **Sistema Informativo Informatizzato**



ESEMPIO DI MODELLO DI APPROCCIO ALLE MALATTIE CRONICHE

The Model of Innovative Care and Chronic Conditions (ICCC)



Politiche di sostegno + Idonei meccanismi di finanziamento = Fattori di livello Macro

Conferma che la cura delle Malattie Croniche deve essere affidata al Sistema di Cure Primarie

*Parole chiave della Comunità : **consapevolezza**
promozione e supporto
coordinamento delle risorse
disposizione dei servizi della rete*

*Parole chiave delle Organizzazioni sanitarie: **continuità e coordinamento***

***promozione della qualità**
finanziamenti al sistema «cure»
condivisione delle informazioni
supporto al self-care*

ALTRI ESEMPI NEL MONDO - 1

Regno Unito → National Health Service Social Care and Chronic Disease Management Model



- 1) Partenariati collaborativi
- 2) Interventi basati su prove di efficacia
- 3) Misurazione degli outcome
- 4) Comunicazione dei risultati
- 5) Cura di sé e responsabilizzazione dell'assistito → esiti patient-centered migliore

ESEMPI NEL MONDO – 3

Stati Uniti → Stratificazione della popolazione secondo il livello di rischio (Kaiser Permanente)

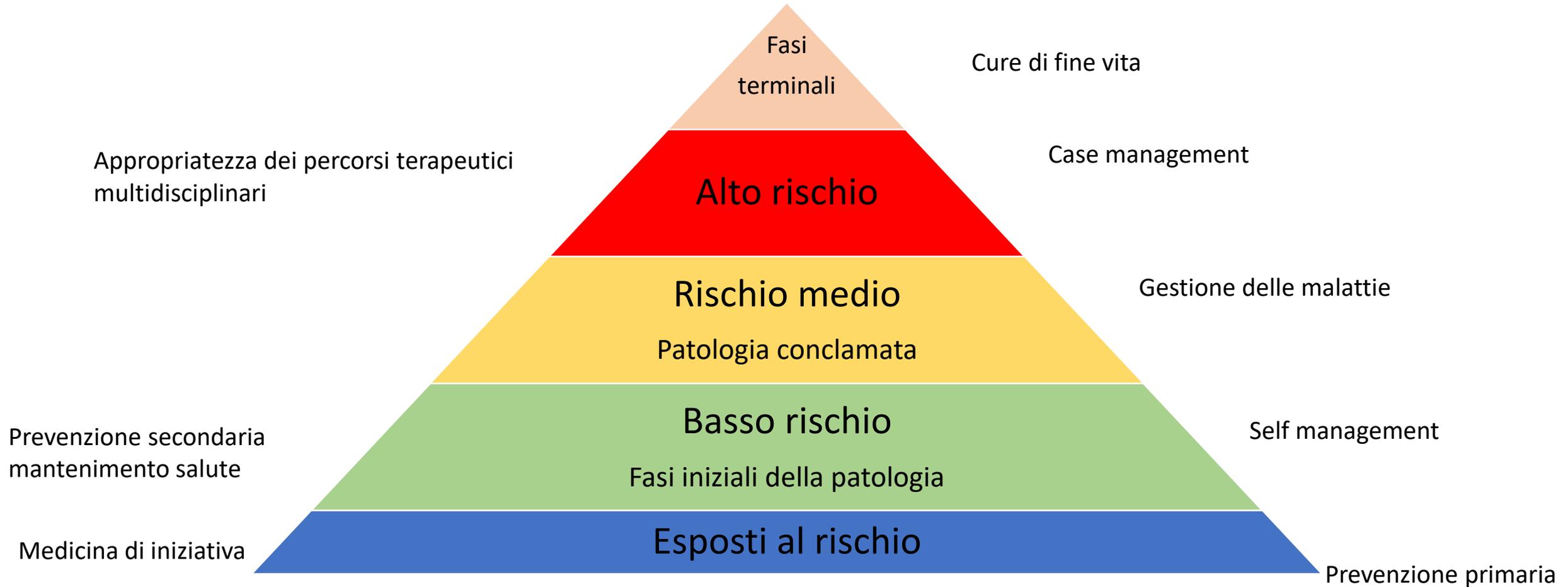
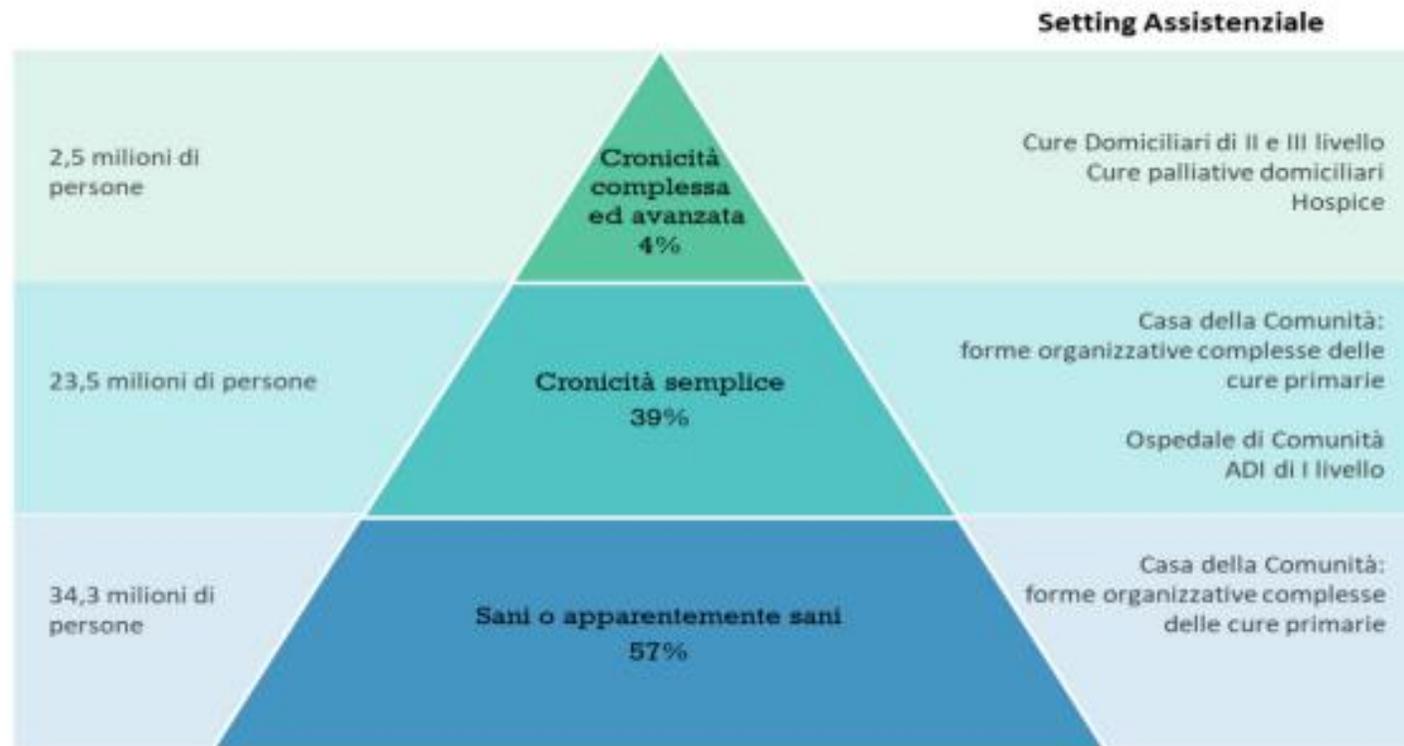


Figura 13. La stratificazione della popolazione per bisogno e setting assistenziali (Fonte: Agenas)



ESEMPI NEL MONDO – 4

Stati Uniti → Patient Centered Medical Home



Elementi comuni ai modelli assistenziali:

- Passaggio da assistenza reattiva ad una proattiva
- Assistenza sulla popolazione con stratificazione del rischio e con diversi livelli di intensità assistenziale
- Riconoscere l'importanza delle Cure Primarie e creare forti collegamenti con il resto del sistema
- Erogare assistenza sui bisogni individuali della persona nel suo contesto sociale
- Devono essere presenti sistemi informativi evoluti
- Far leva sulla partecipazione comunitaria
- Investire sulla auto-gestione degli assistiti e dei caregivers
- Avere linee guida che tengono conto della co-morbilità
- Team multiprofessionali a gestione integrata

APPROCCIO ALLE MALATTIE CRONICHE



PASSAGGI NECESSARI ALLA PRESA IN CARICO PROATTIVA



SALUTE 2020 - OMS

*«Un modello di politica europea
a sostegno di un'azione trasversale
al governo e alla società a favore
della salute e del benessere»*

I 53 Paesi della Regione Europea hanno approvato un nuovo modello di politica europea per la salute riferito alla Regione denominato Salute 2020 (settembre 2012)

obiettivo il miglioramento della salute per tutti e la riduzione delle diseguaglianze

La politica Salute 2020 si basa su quattro ambiti prioritari di azione:

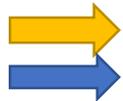
- investire sulla salute adottando un approccio che si riferisce all'intero ciclo di vita e mirando all'empowerment delle persone
- affrontare le principali sfide per la salute della Regione relative alle malattie non trasmissibili e trasmissibili
- rafforzare i servizi sanitari con al centro la persona, le capacità in sanità pubblica e la preparazione, la sorveglianza e la risposta in caso di emergenza
- creare comunità resilienti e ambienti favorevoli

EMPOWERMENT

L'empowerment della popolazione, dei cittadini, dei consumatori e dei pazienti è fondamentale per **migliorare i risultati di salute, la performance del sistema sanitario e la soddisfazione del paziente**

Ambito prioritario 1.

Investire sulla salute → l'intero arco della vita
mirando all'empowerment delle persone



programmi di promozione della salute

- ✓ creare migliori condizioni per la salute
- ✓ aumentare l'health literacy
- ✓ sostenere una vita autonoma, la scelta più sana = la scelta più facile
- ✓ rendere le gravidanze sicure
- ✓ di permettere alle persone di iniziare la propria vita in modo salutare
- ✓ di promuovere la sicurezza e il benessere
- ✓ di garantire la protezione dell'infanzia e dei giovani
- ✓ di promuovere luoghi di lavoro favorevoli alla salute
- ✓ sostenere un invecchiamento in buona salute
- ✓ garantire cibi salutari e un'alimentazione equilibrata durante tutto il ciclo di vita (epidemia di obesità)

IL PNC istituisce una CABINA DI REGIA NAZIONALE

Per:

1. Coordinare a livello centrale l'implementazione del Piano Nazionale Cronicità
2. Monitorare la sua applicazione
3. Monitorare la sua efficacia

Attori della Cabina di Regia:

- Ministero della Salute
- Conferenza Stato – Regioni
- Istituto Superiore di Sanità
- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas)
- Istituto di Statistica (ISTAT)
- FNOMCeO, FISM, IPASVI, FOPI, Ordine Psicologi
- Cittadinanza attiva e Federanziani
- Alcuni esperti nominati dalla precedente compagine governativa
- In carica 3 anni

Il Piano Nazionale della Cronicità (PNC) nasce dall'esigenza di **armonizzare a livello nazionale le attività nell'ambito delle patologie croniche**

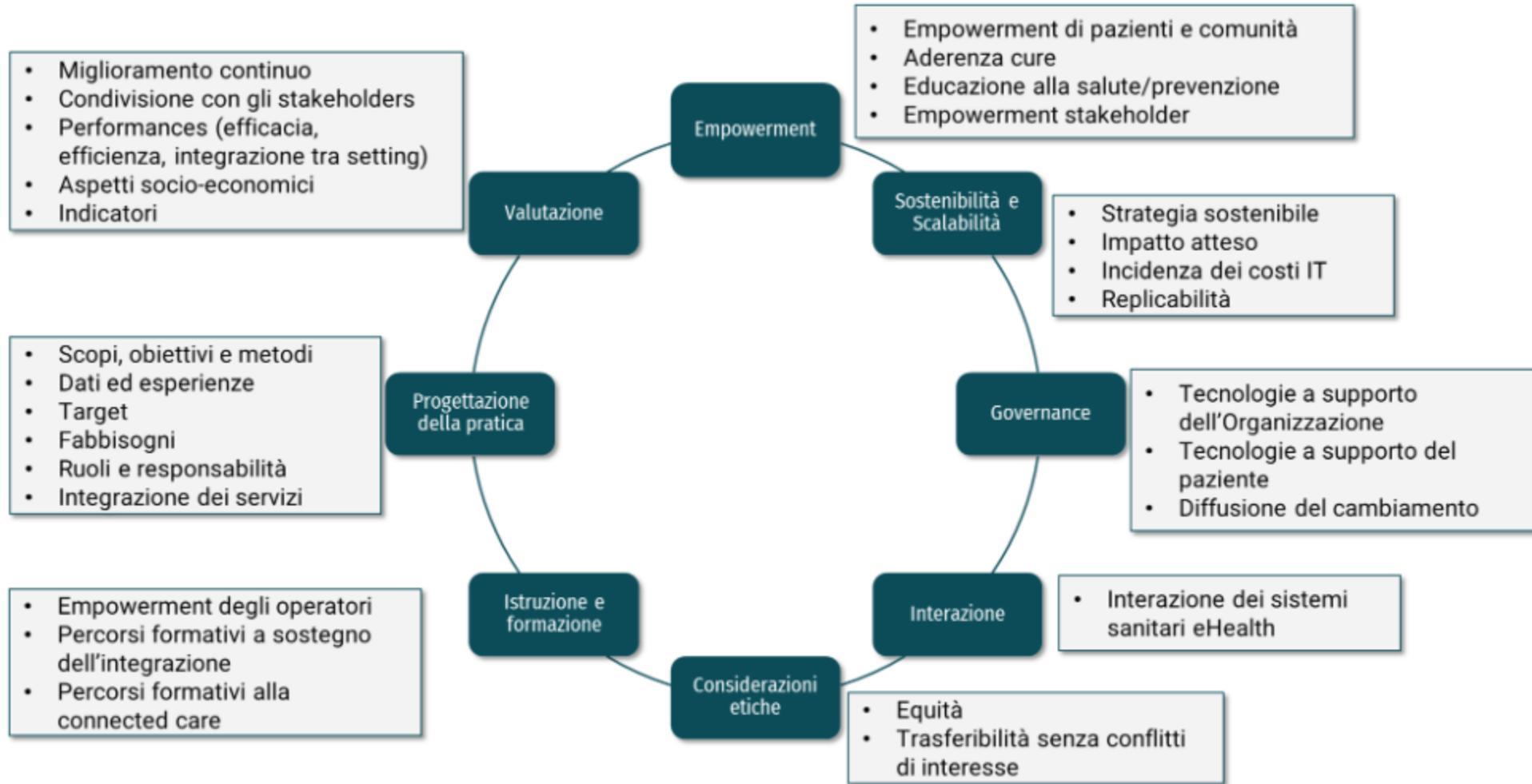
Il documento si compone di due parti:

- 1) **indirizzi generali per la cronicità** in cui vengono indicati la strategia complessiva e gli obiettivi del Piano, proposte le **linee di intervento** ed evidenziati i risultati attesi attraverso i quali migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche.
- 2) **approfondimenti su patologie con caratteristiche e bisogni assistenziali specifici** individua un primo elenco di patologie croniche, per la maggior parte delle quali al momento non esistono atti programmatori specifici a livello nazionale

Il fine è quello di contribuire al **miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale**, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini

<https://osservatoriocronicita.it/index.php/sfide/il-piano-nazionale-cronicita>

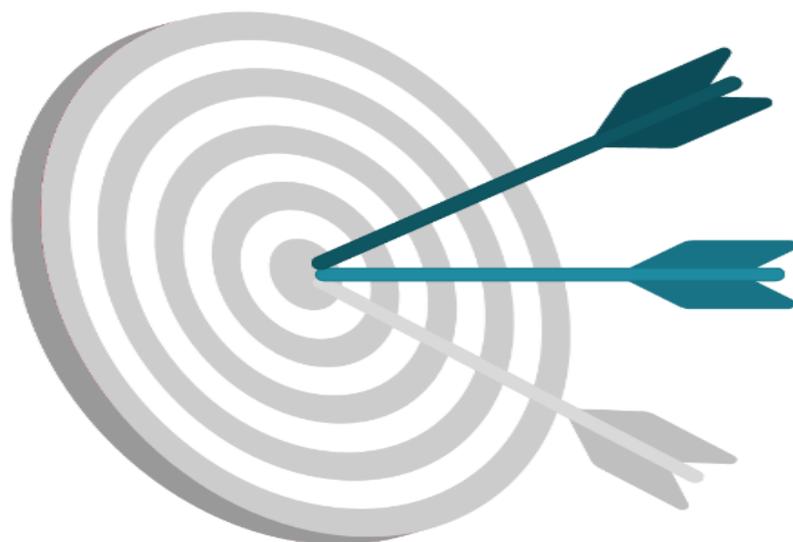
APPROCCIO METODOLOGICO



Linea di intervento 1 - Le buone pratiche

La Linea d'intervento 1 - "Promuovere l'emersione, la raccolta, la conoscenza di buone pratiche"

Realizzata da AGENAS e la Rete dei referenti regionali, dalla durata di un anno, è finalizzata all'approfondimento dei modelli regionali più significativi sul tema della gestione integrata della cronicità con l'utilizzo dell'ICT e all'identificazione di un *core* di aspetti comuni funzionali alla messa a punto di una prima proposta di cassetta degli strumenti da trasferire nelle diverse Regioni.



Obiettivo 1

Promuovere lo sviluppo di capacità e competenze nella definizione di modelli innovativi e sostenibili per l'implementazione del Piano Nazionale Cronicità (PNC) che sfruttino le potenzialità dell'ICT

Obiettivo 2

Promuovere l'individuazione e la scalabilità di nuove pratiche nella sfida alla cronicità con il supporto dell'ICT a livello nazionale e/o regionale

Obiettivo 3

Migliorare l'attività di pianificazione degli interventi e degli investimenti da parte delle regioni per l'attuazione del PNC

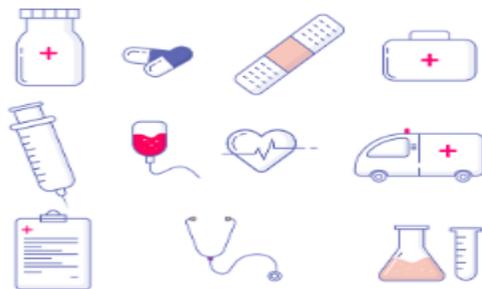
<https://osservatoriocronicita.it/index.php/sfide/linea-di-intervento-1-le-buone-pratiche>

<https://osservatoriocronicita.it/index.php/digital-kit/373-reportage-pa-il-progetto-smart-care-a-trieste-guarda-l-ottava-puntata>

LE ESPERIENZE ANALIZZATE RIPORTATE PER REGIONE

Esempio del Friuli Venezia Giulia

Smart Care



Regione Friuli Venezia Giulia

Obiettivo

Implementare un modello di assistenza domiciliare che, attraverso il ricorso a strumenti ICT, offra ai pazienti ricoverati per una o più patologie croniche, servizi di continuità assistenziale efficaci, integrati e sostenibili

Target pazienti

Assistiti over 65 ricoverati per una o più patologie croniche (tra cui scompenso cardiaco, diabete mellito, BPCO) con necessità di una assistenza integrata domiciliare per 3-6 mesi da parte di un team multiprofessionale

Breve descrizione

Il progetto, che prevede una stretta collaborazione tra Aziende Sanitarie, Servizi comunali per l'eventuale supporto sociale e Associazioni di pazienti, presuppone la creazione di un modello di telemonitoraggio remoto anche attraverso un call center. Ai pazienti viene consegnato un kit, variabile in base al piano assistenziale definito dal team socio-sanitario ed in base alla durata del monitoraggio pianificati. Il kit include un dispositivo che collega i vari pazienti al server, un misuratore di pressione, un pulsossimetro, un ECG ad una derivazione, un tablet, una bilancia, un glucometro, uno strumento di richiesta di aiuto (Help ME), un sensore di parametri ambientali e di movimento. Il modello di assistenza si basa sulla possibilità che il paziente stesso (e/o il suo caregiver) possa essere responsabilizzato (empowerment) al suo ruolo ed acquisisca capacità di automonitoraggio ed autocura

ICT implementata

Implementazione di un modello di telemonitoraggio remoto che prevede un supporto da parte di una società di servizi telematici per la protezione e il monitoraggio delle persone fragili con funzione di call center. E' prevista l'integrazione della piattaforma nel sistema informatico regionale

Validità ai fini Covid-19

Il progetto è rivolto ad utenti over 65 di cui oltre la metà con tre o più patologie croniche, prevalentemente in ambito cardiologico e polmobroncopolmonare, le patologie più a rischio per quanto riguarda il Covid-19. Ridurre le visite ospedaliere o ambulatoriali di pazienti anziani o con patologie gravi - oltre a migliorare la loro qualità della vita evitando, tra l'altro, di esporli ad un potenziale contagio - alleggerisce le strutture sanitarie di lavoro e costi

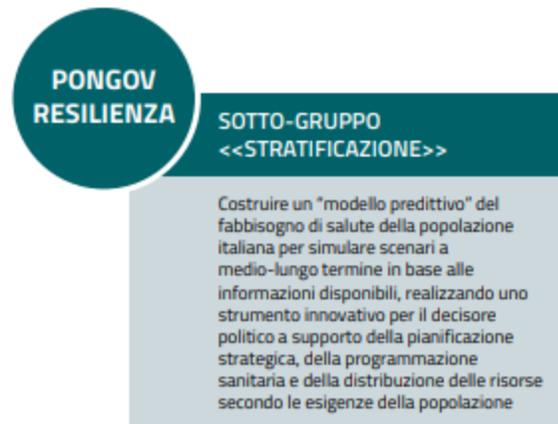
<https://osservatoriocronicita.it/index.php/sfide/linea-di-intervento-1-le-buone-pratiche>

Il 24 gennaio 2018 – seduta di insediamento

Rilevazione delle principali iniziative avviate o programmate dalle Regioni su tre tematiche strategiche per il PNC

- 1) Strumenti di STRATIFICAZIONE della popolazione per le malattie croniche
- 2) Modelli di INTEGRAZIONE tra servizi per la presa in carico della cronicità
- 3) PDTA regionali – in particolare su DIABETE MELLITO adulto e malattie croniche oggetto della II parte del PNC

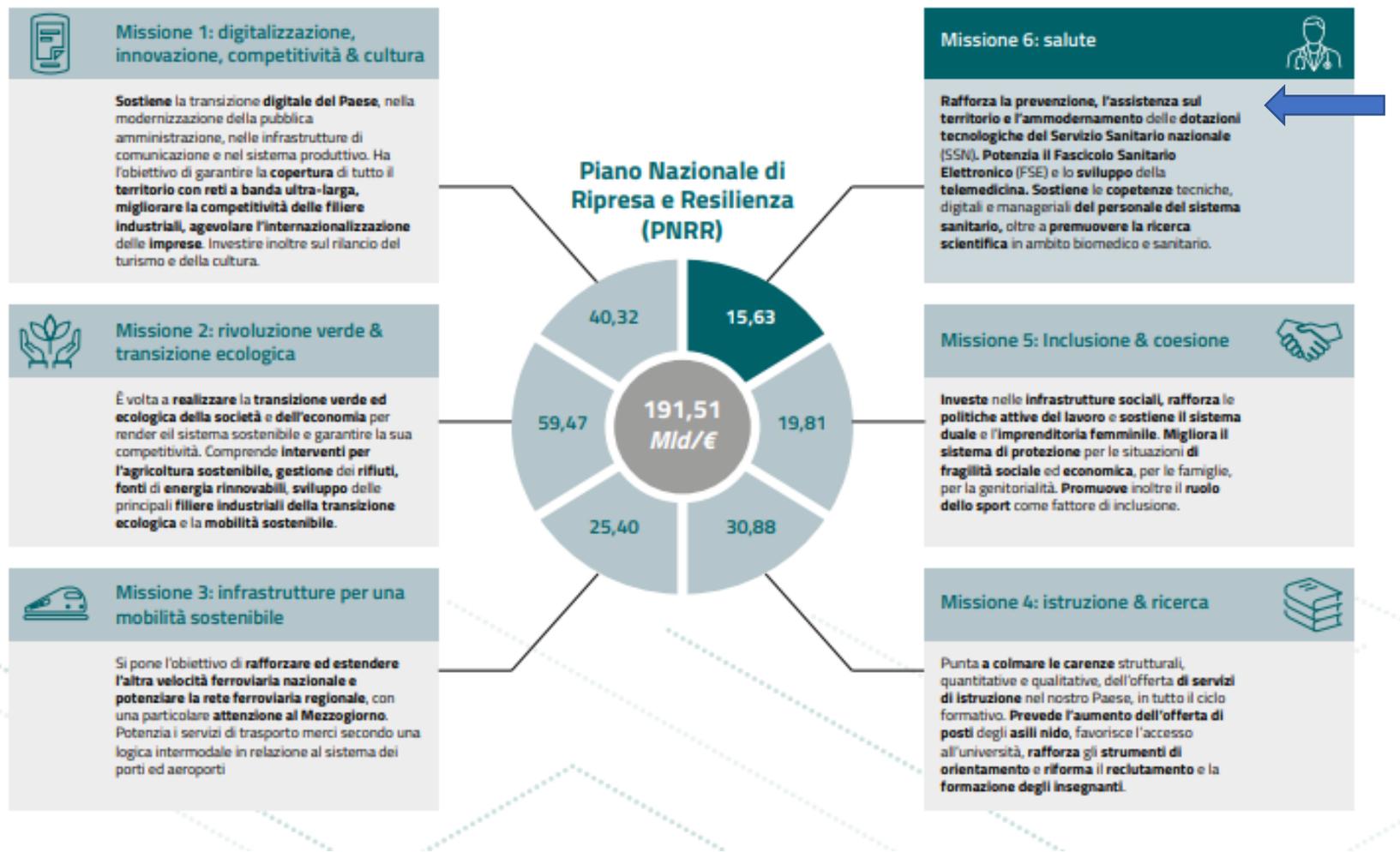
Per la STRATIFICAZIONE



Per modelli di Integrazione



Le Missioni del PNRR. Fonte: Ministero della Salute





PNRR - Salute

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza



Finanziato dall'Unione europea
NextGenerationEU

Cerca



[Home](#) [Come cambia il Servizio sanitario nazionale](#) [Missione salute](#) [Riforme](#) [Investimenti](#) [Bandi e avvisi](#) [Norme e atti](#) [Notizie](#) [FAQ](#)

PIÙ PROSSIMITÀ
INNOVAZIONE
UGUAGLIANZA
Salute

[Scopri di più](#)



Missione salute 2021-2026. A che punto siamo



Milestone totali | 44

34

✓ Raggiunte

Dicembre 2024

10

🕒 Da raggiungere

Entro 2026



Target totali | 58

30

✓ Raggiunti

GIUGNO 2024

28

🕒 Da raggiungere

Entro 2026

Attuazione misure PNRR