

INFERMIERISTICA DI COMUNITÀ

Dott.ssa Laura De Biasio

a.a. 2025- 2026

IL WELFARE - Obiettivi

1

Assicurare un tenore di vita minimo a tutti i cittadini

2

Dare sicurezza agli individui e alle famiglie in presenza di eventi naturali ed economici sfavorevoli

3

Consentire a tutti i cittadini di usufruire di alcuni servizi fondamentali → sanità ed istruzione

I principali passaggi normativi del Sistema Welfare in Italia

- ❑ Costituzione Italiana art. 32 – 1948
- ❑ Legge 833 Istituzione SSN – 1978 → Universalità – Uguaglianza – Equità
- ❑ Legge 68 -1999 → tutela dei diritti delle persone con disabilità
- ❑ Legge 328 – 2000 → riforma del sistema di assistenza sociale in Italia → PDZ (strumento di integrazione sociale)
- ❑ DPCM 29 novembre 2001 → LEA
- ❑ Legge 189 – 2002 → riforma del sistema pensionistico
- ❑ Riforma del lavoro (Jobs Act) → una serie di misure per la flessibilità del mercato e la promozione dell'occupazione

AMBITI CONSIDERATI IMPORTANTI

- ✓ **Assistenza Sanitaria** : il welfare si impegna a garantire un accesso universale e gratuito all'assistenza sanitaria (SSN) + promozione + prevenzione
- ✓ **Protezione Sociale**: il welfare fornisce una rete di sicurezza sociale per le persone che si trovano in situazione di bisogno (Sistema pensionistico, assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, assistenza per la disabilità e altre forme di sostegno economico)
- ✓ **Lavoro e Occupazione**: il welfare sostiene la promozione dell'occupazione e la lotta alla disoccupazione (politiche del lavoro, programmi di formazione professionale, incentivi all'assunzione e misure per favorire la flessibilità e la stabilità del mercato del lavoro)
- ✓ **Politiche familiari**: promozione delle politiche di conciliazione tra vita lavorativa e familiare, sostegno alla genitorialità, servizi di assistenza all'infanzia e sussidi familiari
- ✓ **Inclusione sociale**: obiettivo importante di welfare → Inclusione sociale delle persone in situazioni di disagio, con servizi di supporto (abitazioni sociali, assistenza sociale e opportunità di formazioni e lavoro)
- ✓ **Educazione e Formazione**: promozione di un sistema educativo e formativo inclusivo ed equo garantendo l'accesso all'istruzione di qualità a tutti i cittadini e favorendo l'istruzione permanente e la formazione professionale

NEL XXI SECOLO

COME E' CAMBIATA LA POPOLAZIONE

TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA

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

TRANSIZIONE DEMOGRAFICA

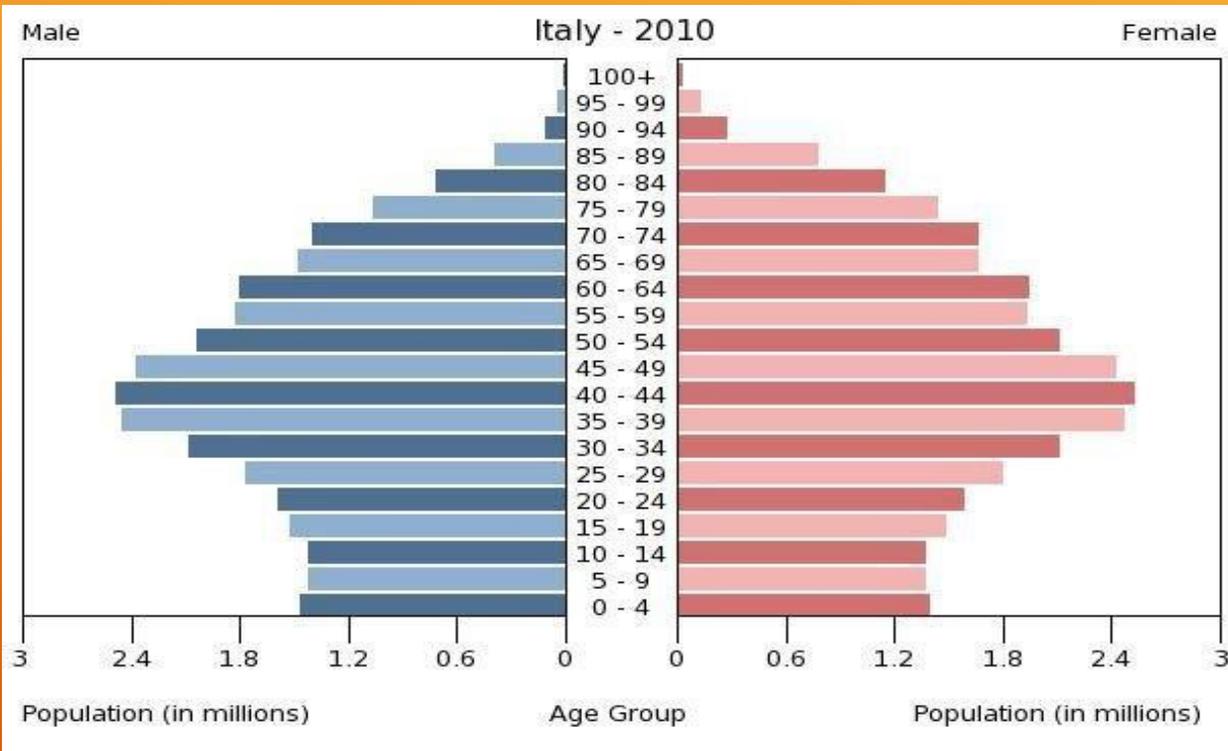
- * Calo delle nascite
- * Allungamento della vita
- * Invecchiamento della popolazione
- * Aumento delle persone immigrate

TRANSIZIONE SOCIALE

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

TRANSIZIONE DEMOGRAFICA

Piramide d'età in Italia nel 2010



ISTAT 2015

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

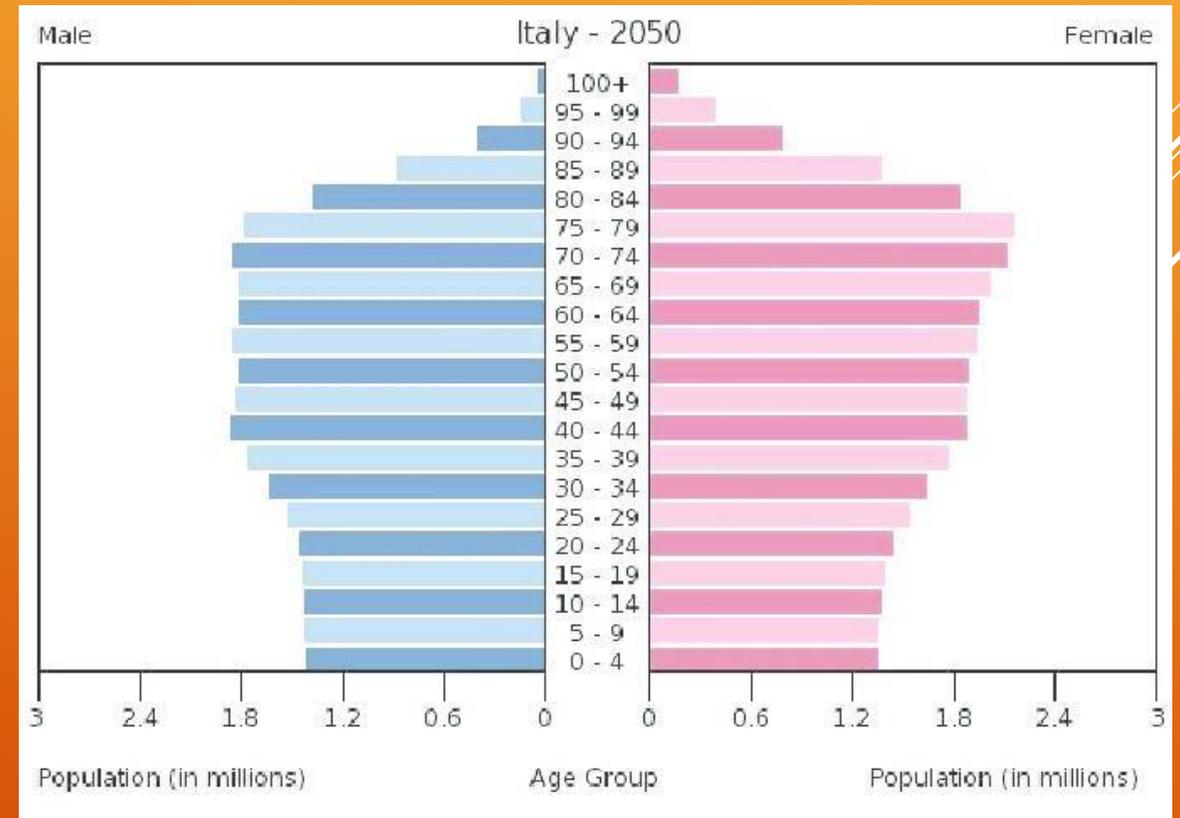
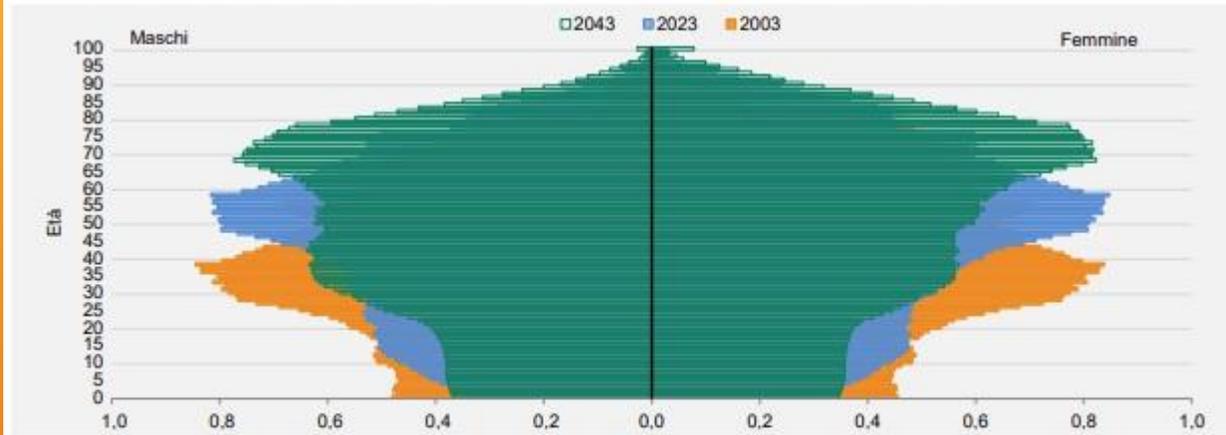


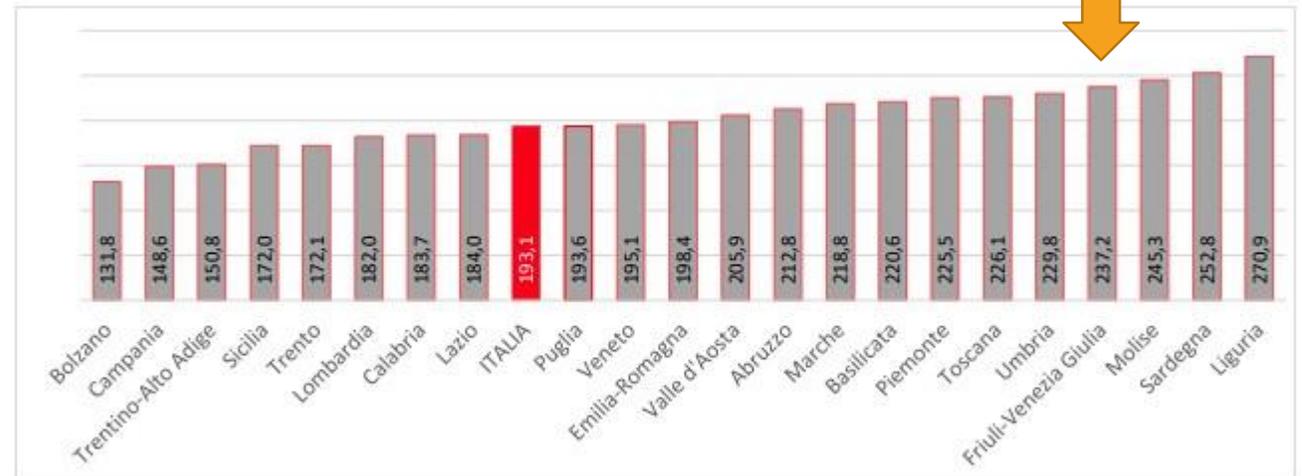
Figura 1. Piramidi delle età al 1° gennaio 2003, 2023 e 2043 (valori percentuali)



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

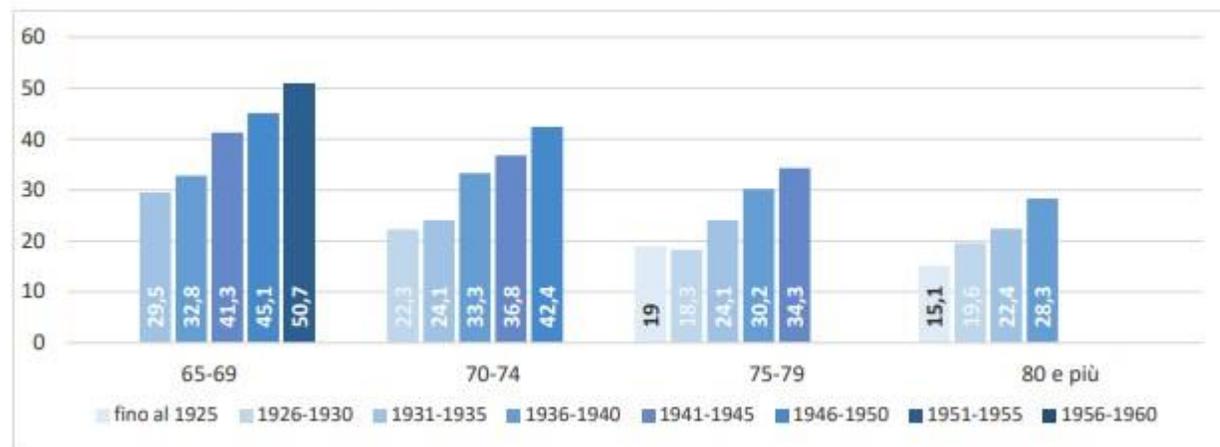
L'indice di vecchiaia misura il numero di anziani presenti in una popolazione ogni 100 giovani, permettendo di valutare il livello d'invecchiamento degli abitanti di un territorio

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



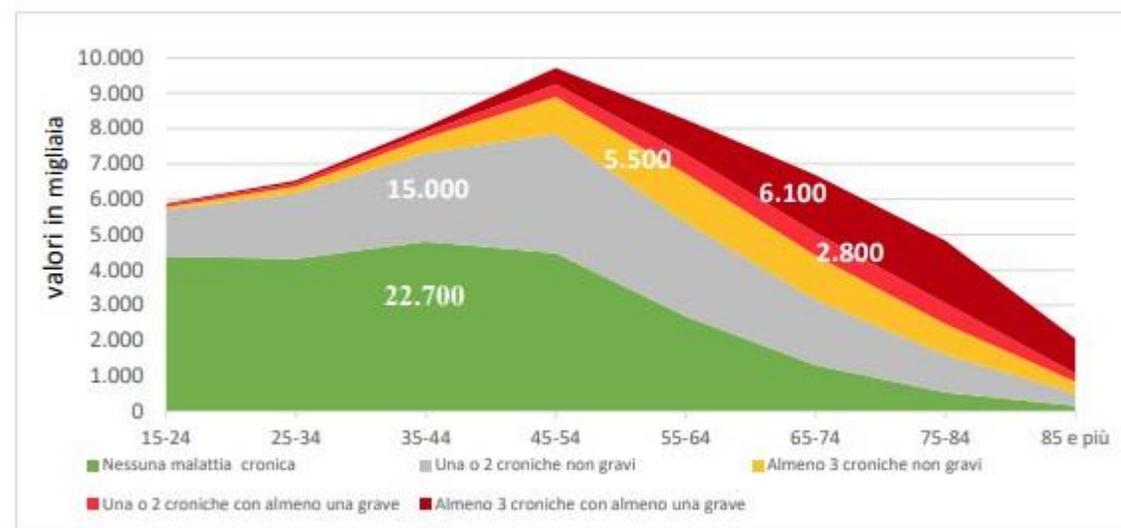
Fonte: Istat, Censimento della popolazione e dinamica demografica. Anno 2023

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)



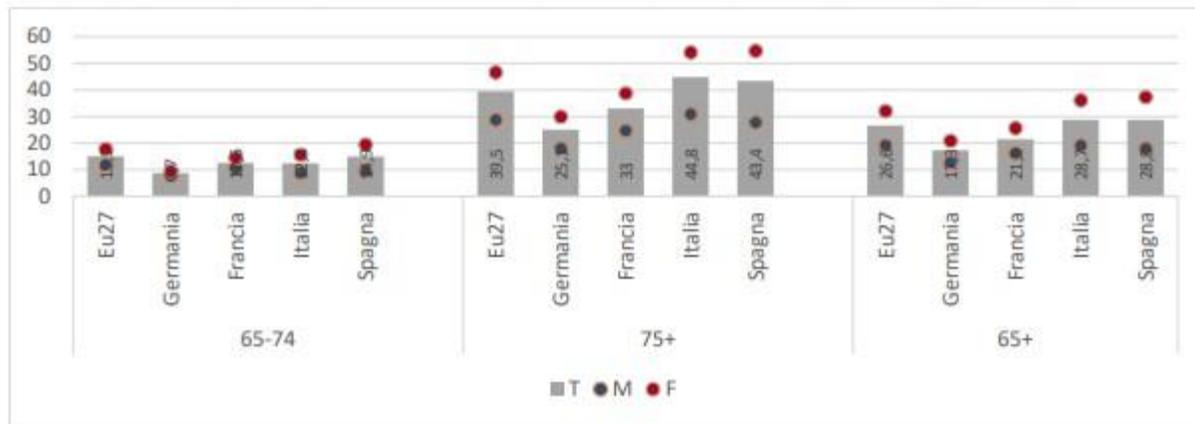
Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana. Anni 2001-2022.

Figura 4. Popolazione di 15 anni e più per presenza di malattie croniche dichiarate, gravità e multimorbilità 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

- **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*

- **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

I CAMBIAMENTI DEMOGRAFICI SECONDO 2 DIMENSIONI:

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 DIVULNERABILITÀ (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.

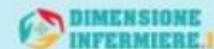
- | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Qual è la data di oggi (giorno, mese, anno)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Che giorno della settimana..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Qual è il nome di 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 sociosanitaria 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;

....

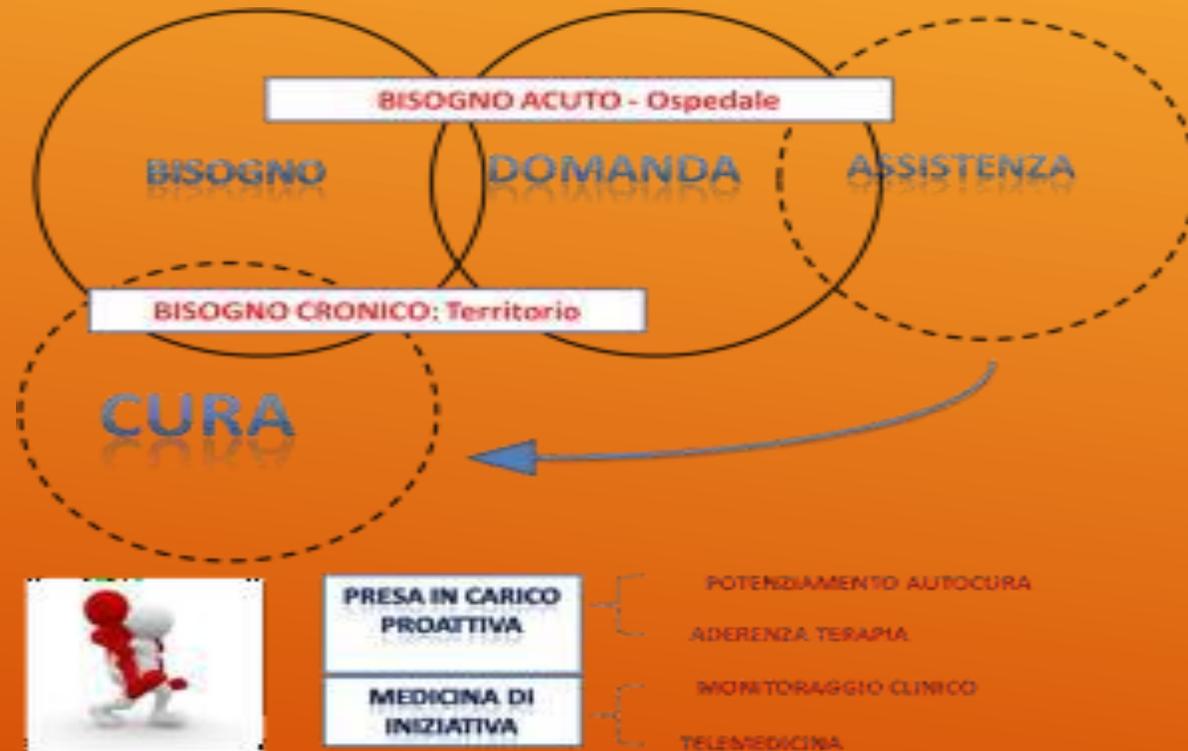


- **MEDICINA DI INIZIATIVA** o **SANITA' DI INIZIATIVA** → un modello assistenziale considerato più idoneo a gestire le patologie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo
Es. di patologie Croniche: diabete, ipertensione arteriosa, BPCO
Es. di fattori di rischio (ipercolesterolemia)

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



- ▶ All'avanzare dell'età le malattie croniche → causa di morbilità, 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)

APPROCCIO ALLE MALATTIE CRONICHE



PASSAGGI NECESSARI ALLA PRESA IN CARICO PROATTIVA



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

IL PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ – PNC

- a. E' un'iniziativa promossa dal Governo Italiano per affrontare il crescente impatto delle malattie cronic-degenerative sulla salute della popolazione
- b. E' un piano strategico e promuove un approccio integrato e centrato sul cittadino
- c. E' un documento programmatico del Ministero della Salute
- d. Ha una visione integrata della gestione della cronicità → approccio multidisciplinare
- e. Si articola in quattro aree di intervento:
 - 1 . **PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE**
 - 2 . **CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA**
 - 3 . **INNOVAZIONE TECNOLOGICA**
 - 4 . **FORMAZIONE E RICERCA**



ELEMENTI CHIAVE DELLA GESTIONE DELLA CRONICITÀ

ADERENZA

APPROPRIATEZZA

PREVENZIONE

CURE DOMICILIARI

INFORMAZIONE

EDUCAZIONE
EMPOWERMENT

CONOSCENZA
COMPETENZA

Elementi comuni nei modelli regionali per la presa in carico delle persone con malattie croniche

Superamento della frammentazione dell'assistenza sanitaria nel territorio

Adozione di modalità operative PROATTIVE

Assistenza organizzata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su diversi livelli di intensità assistenziale

Centralità dell'assistenza primaria

Caratterizzazione e definizione delle funzioni dei diversi professionisti sanitari e non

Definizione di sedi fisiche di prossimità sul territorio

Presenza di sistemi informativi evoluti

Utilizzo di linee guida in grado di tener conto della comorbidità e della complessità assistenziale

Integrazione socio-sanitaria e team multidisciplinari

Investimento su autogestione ed empowerment

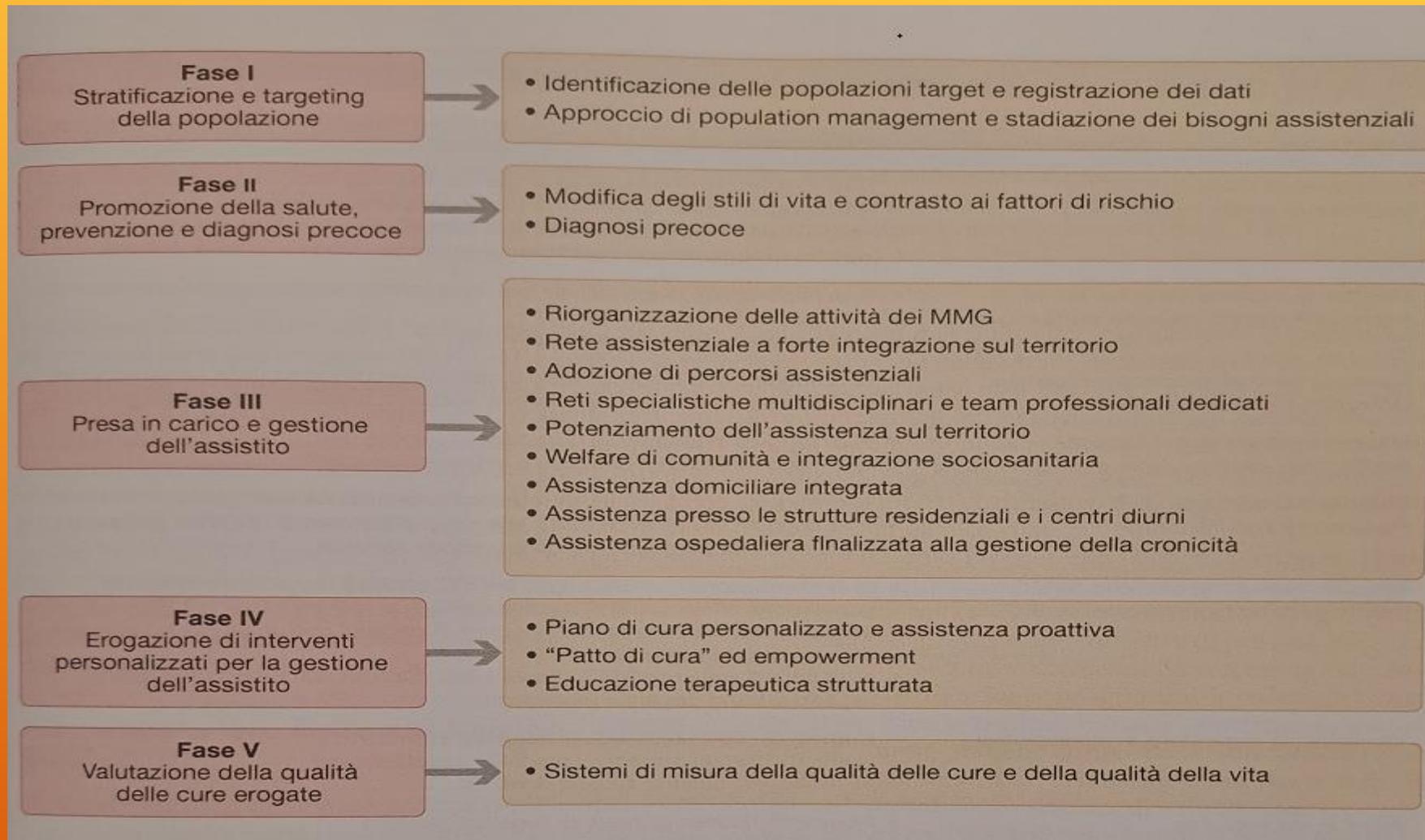
Uniformità ed equità di assistenza ai cittadini

COMPOSIZIONE DEL PNC

- ❑ DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI
 - ❑ INTEGRAZIONE DELLE CURE
 - ❑ POTENZIAMENTO DELLA PREVENZIONE
 - ❑ SVILUPPO DI PERCORSI DI CURA
 - ❑ POTENZIAMENTO DELL'AUTOGESTIONE DELLE MALATTIE
 - ❑ COORDINAMENTO TRA SERVIZI SANITARI E SOCIALI
 - ❑ MONITORAGGIO E VALUTAZIONE
- 

Tabella 8.1 – Indicatori di monitoraggio per le singole patologie considerate dal Piano nazionale della cronicità (PNC, 2016).

PATOLOGIE	INDICATORI DI MONITORAGGIO
Malattie renali croniche (MRC) e insufficienza renale cronica (IRC)	<ul style="list-style-type: none"> • % di soggetti con insufficienza renale cronica sulla popolazione affetta da MRC • % di soggetti affetti da insufficienza renale cronica che non si giovano della terapia dialitica indirizzati alla terapia conservativa • Numero di soggetti con insufficienza renale cronica in teledialisi assistita
Malattie reumatiche croniche: artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva	<ul style="list-style-type: none"> • % di popolazione diagnosticata precocemente (secondo quanto previsto dalle linee guida) • % di professionisti coinvolti in un PDTA
Malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn	<ul style="list-style-type: none"> • % di soggetti con diagnosi entro 6 mesi dalla comparsa della sintomatologia • % di studi sui modelli di integrazione sociale e transizione in ambito pediatrico
Malattie cardiovascolari croniche: insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco)	<ul style="list-style-type: none"> • % di soggetti in assistenza domiciliare • % di soggetti seguiti a domicilio e in teleassistenza
Malattie neurodegenerative: malattia di Parkinson e parkinsonismi	<ul style="list-style-type: none"> • % di soggetti con diagnosi entro i tempi previsti dalle linee guida • % di soggetti inseriti in un PDTA che assicuri l'aderenza alle linee guida e le risposte ai bisogni complessi delle persone assistite
Malattie respiratorie croniche: BPCO e insufficienza respiratoria cronica (IRC)	<ul style="list-style-type: none"> • % di popolazione con BPCO grave e IRC curata a domicilio rispetto alla popolazione affetta da BPCO grave e IRC • % di popolazione inserita in programmi domiciliari che abbia avuto necessità di una o più ospedalizzazioni • % di popolazione con BPCO grave e IRC ospedalizzata e dimessa (SDO) rispetto al trend dell'anno precedente
Insufficienza respiratoria in età evolutiva	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di ricoveri/giornate di degenza/assistito • Numero di riacutizzazioni respiratorie: assistito/anno • % di soggetti curati al proprio domicilio
Asma in età evolutiva	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di ricoveri/giornate di degenza/assistito • Numero di riacutizzazioni: assistito/anno • % di soggetti con asma grave curati al proprio domicilio
Malattie endocrine in età evolutiva	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di soggetti in assistenza domiciliare • Numero di ricoveri per complicanze • Numero di corsi di formazione sulle patologie endocrinologiche • Numero di riacutizzazioni: assistito/anno
Malattie renali croniche (MRC) in età evolutiva	<ul style="list-style-type: none"> • % di soggetti con insufficienza renale cronica sulla popolazione affetta da MRC • Numero di soggetti con insufficienza renale cronica in teledialisi assistita • Numero di soggetti in dialisi domiciliare



Fasi del macroprocesso – PNC 2016

BOX 8.6 – Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA).

Il PDTA consiste in una serie di interventi clinici, caratterizzati da elevata complessità e multidisciplinarietà, rivolti in maniera speciale a determinate categorie di persone affette da patologie croniche e/o complesse. Più in generale, il PDTA è uno strumento organizzativo finalizzato a garantire una presa in carico integrata, di qualità e basata sulle evidenze dell'assistito che soffre di una determinata patologia o condizione clinica. Si osservano diverse definizioni di PDTA, a seconda dell'ente di provenienza. Di seguito se ne mostrano alcune.

- “[...] Sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre alla stessa persona assistita), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l’assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, come per esempio la gravidanza e il parto [...]” (Ministero della Salute italiano, 2018).
- “[...] Un percorso strutturato, basato sulle evidenze, che identifica il gruppo di persone con una determinata patologia o condizione clinica, prevede la definizione di obiettivi di cura condivisi, l’individuazione di percorsi diagnostici e terapeutici appropriati e la valutazione continua dell’efficacia delle cure erogate [...]” (National Institute for Health and Care Excellence – NICE, Regno Unito).
- “[...] Percorso assistenziale strutturato e coordinato che prevede la definizione di ruoli e responsabilità dei diversi operatori sanitari, la definizione di obiettivi terapeutici e l’individuazione di percorsi diagnostici e terapeutici basati sulle evidenze, al fine di garantire una presa in carico integrata e di qualità della persona assistita. L’OMS non ha un documento specifico che definisce il PDTA, tuttavia ha pubblicato una serie di documenti che trattano di argomenti correlati al PDTA, quali la sicurezza della persona assistita, la qualità dell’assistenza sanitaria e la gestione clinica, oltre a un documento intitolato ‘Qualità dell’assistenza sanitaria: un framework per l’azione’. Questo documento include una sezione sulla gestione clinica, che discute l’importanza della creazione di percorsi di cura che siano basati sulle migliori prove e che siano adattati alle esigenze individuali delle persone assistite [...]” (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2019).

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 pazienti/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

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*

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, FOFI, 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**

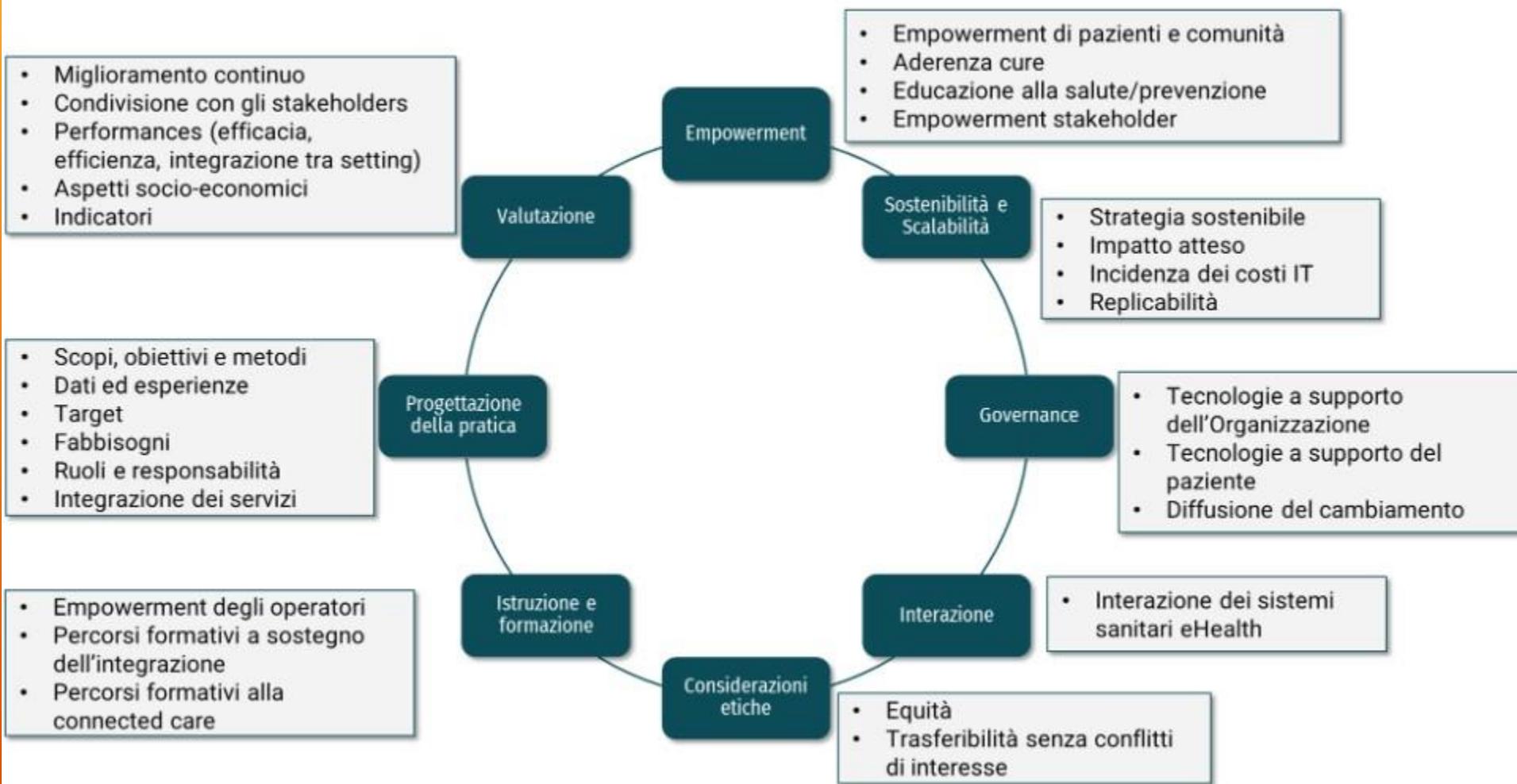
Il documento si compone di due parti:

- 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>

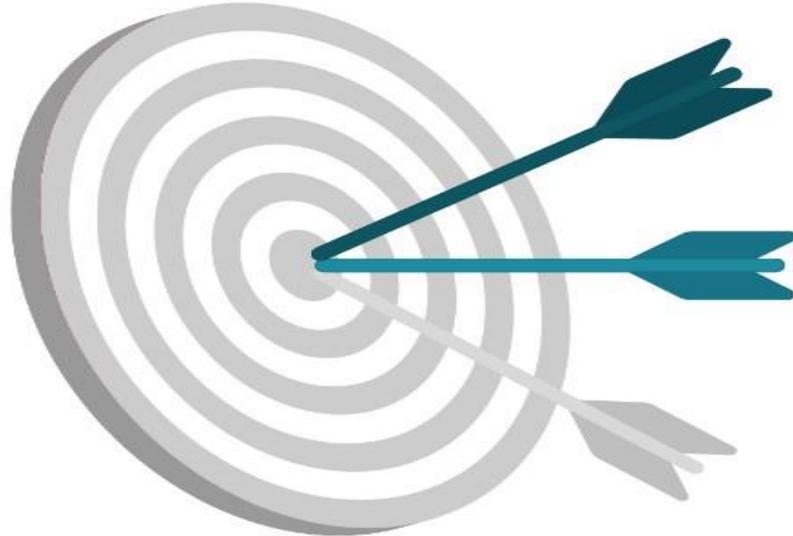
APPROCCIO METODOLOGICO



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

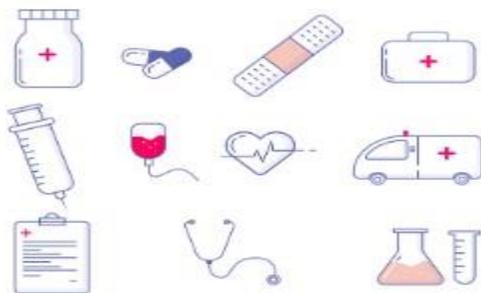
<https://osservatoriocronicita.it/index.php/sfide/linea-di-intervento-1-le-buone-pratiche>

<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

