

INFERMIERISTICA DI COMUNITÀ

DOTT.SSA LAURA DE BIASIO

A.A. 2025/2026

DOVE NASCE L'INFERMIERE DI FAMIGLIA?



HEALTH 21 – OMS 1998

Documento di politica sanitaria degli Stati Membri della Regione Europea Oms

Definisce i 21 obiettivi per il 21° secolo

Ha 2 scopi principali:

- La promozione e la protezione della salute lungo tutto l'arco della vita
- La riduzione dell'incidenza delle malattie e delle lesioni principali e il sollevo dalle sofferenze che causano

3 valori di fondamento etico

- ✓ La salute come diritto umano fondamentale
- ✓ L'equità nella salute e la solidarietà nell'azione all'interno delle nazioni e tra i suoi abitanti
- ✓ La partecipazione e la responsabilità per lo sviluppo della salute

OBIETTIVO 15 – *L'integrazione del settore sanitario*

In molti Stati Membri è necessaria una **maggior integrazione** del settore sanitario con particolare attenzione all'**assistenza** sanitaria di **primo livello**

Al centro dovrebbe collocarsi un **INFERMIERE di FAMIGLIA** adeguatamente formato in grado di consigliare sugli stili di vita, sostegno alla famiglia e servizi di assistenza domiciliare.

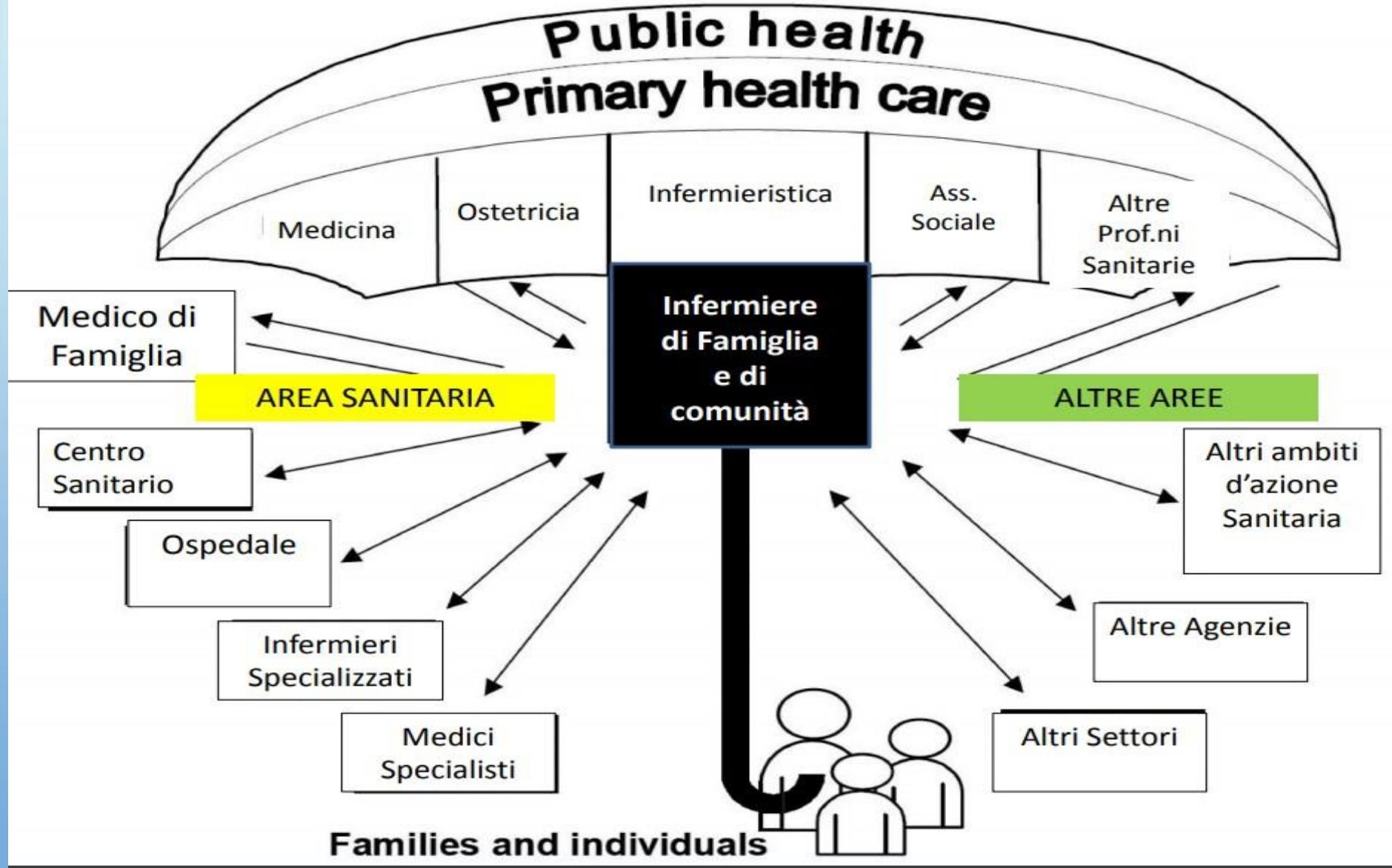
Servizi più specializzati dovrebbero essere offerti da un medico di famiglia che assieme all'infermiere, dovrebbe interagire con le strutture della comunità locale sui problemi di salute

Dovrebbe essere prerogativa di ciascun cittadino la **libertà di scelta di queste due figure**, che dovrebbero occuparsi anche del sostegno attivo all'autocura

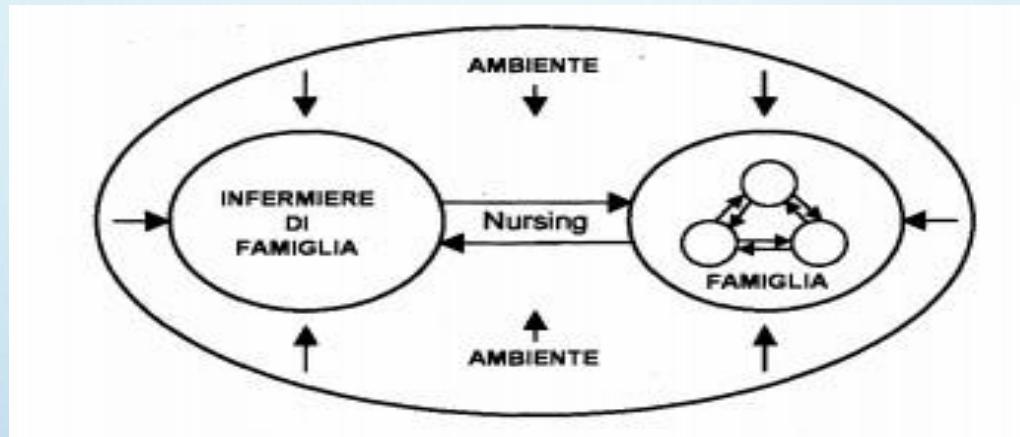
Tale approccio svilupperebbe la prevenzione delle malattie e delle lesioni e fornirebbe il **trattamento precoce ed efficace di tutte quelle persone che non necessitano di assistenza ospedaliera**

L'assistenza di secondo e terzo livello dovrebbe essere di sostegno all'assistenza di primo livello

L'infermiere di famiglia e i suoi ambiti



INFERMIERE DI FAMIGLIA E L'AMBIENTE



L'Infermiere di famiglia deve conoscere:

- il loro ambiente domestico e familiare,
- il lavoro o le condizioni di lavoro
- l'ambiente sociale o fisico



possono avere un peso considerevole sulle loro malattie

Se i problemi non sono riconosciuti e/o male interpretati → ERRORI e RITARDI

Perché l'infermiere di famiglia e di comunità?



Fattore chiave



L'invecchiamento della popolazione



Aumento delle patologie croniche

Aumento delle richieste ai servizi sanitari e sociali

Solitudine → poca o nessuna rete di aiuti



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

1° Messaggio chiave

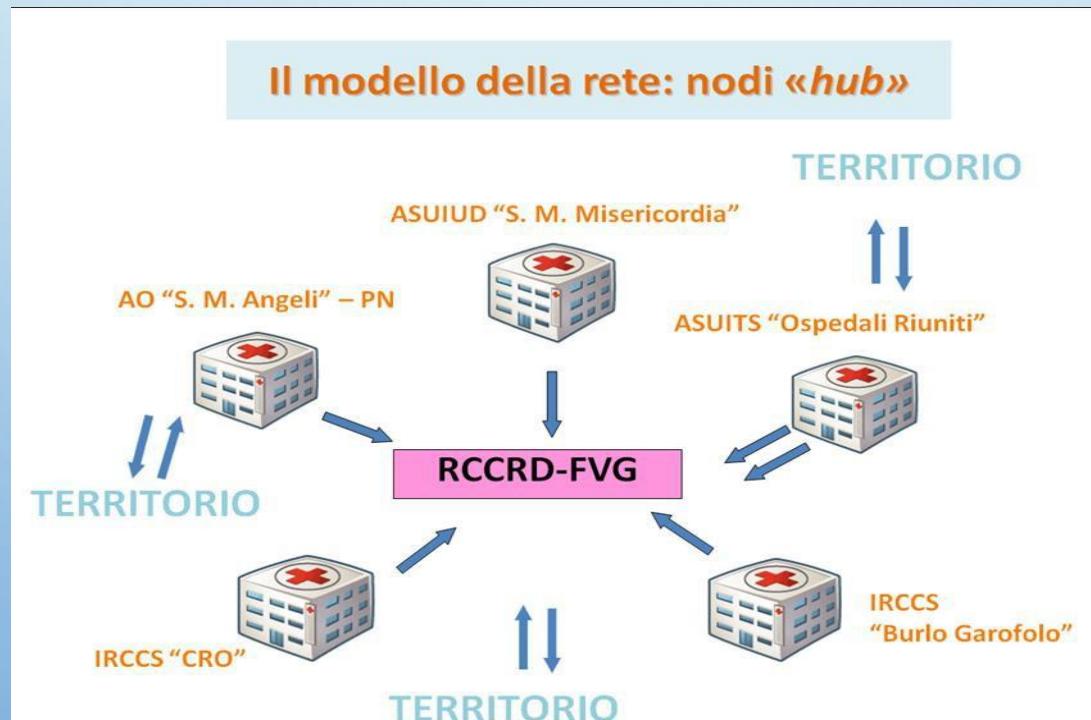
coinvolgere /responsabilizzare tutte le componenti → dalla persona al macrosistema salute



Un diverso modello integrato ospedale/territorio

2° 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



Un sistema di cure centrato sulla persona

3° 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

4° Messaggio chiave

- Valutazione orientata sul paziente-persona
- Valutazione sugli esiti raggiungibili
- Valutazione sul sistema sociosanitario



Le cure domiciliari

5° Messaggio chiave

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



PERCORSO ASSITENZIALE



PERCORSO ASSISTENZIALE DIFFERENZIATO

Fase 1 Selezione

DIAGNOSI

SELEZIONE DEI PAZ.
E ADESIONE
INFORMATA
ALLA GESTIONE
INTEGRATA



Fase 2 Presa in carico

REGISTRAZIONE
APPROFONDIMENTO
DIAGNOSTICO
SPECIALISTICO

STADIAZIONE
PIANIFICAZIONE
DEL FOLLOW-UP

Fase 3 Gestione del piano di cura

EDUCAZIONE
TERAPEUTICA E ALL'AUTOGESTIONE

ADI

- FOLLOW-UP PREVALENTEMENTE
A CARICO DEL MMG
- FOLLOW-UP INFERMIERISTICO
con Educazione per abilità di base

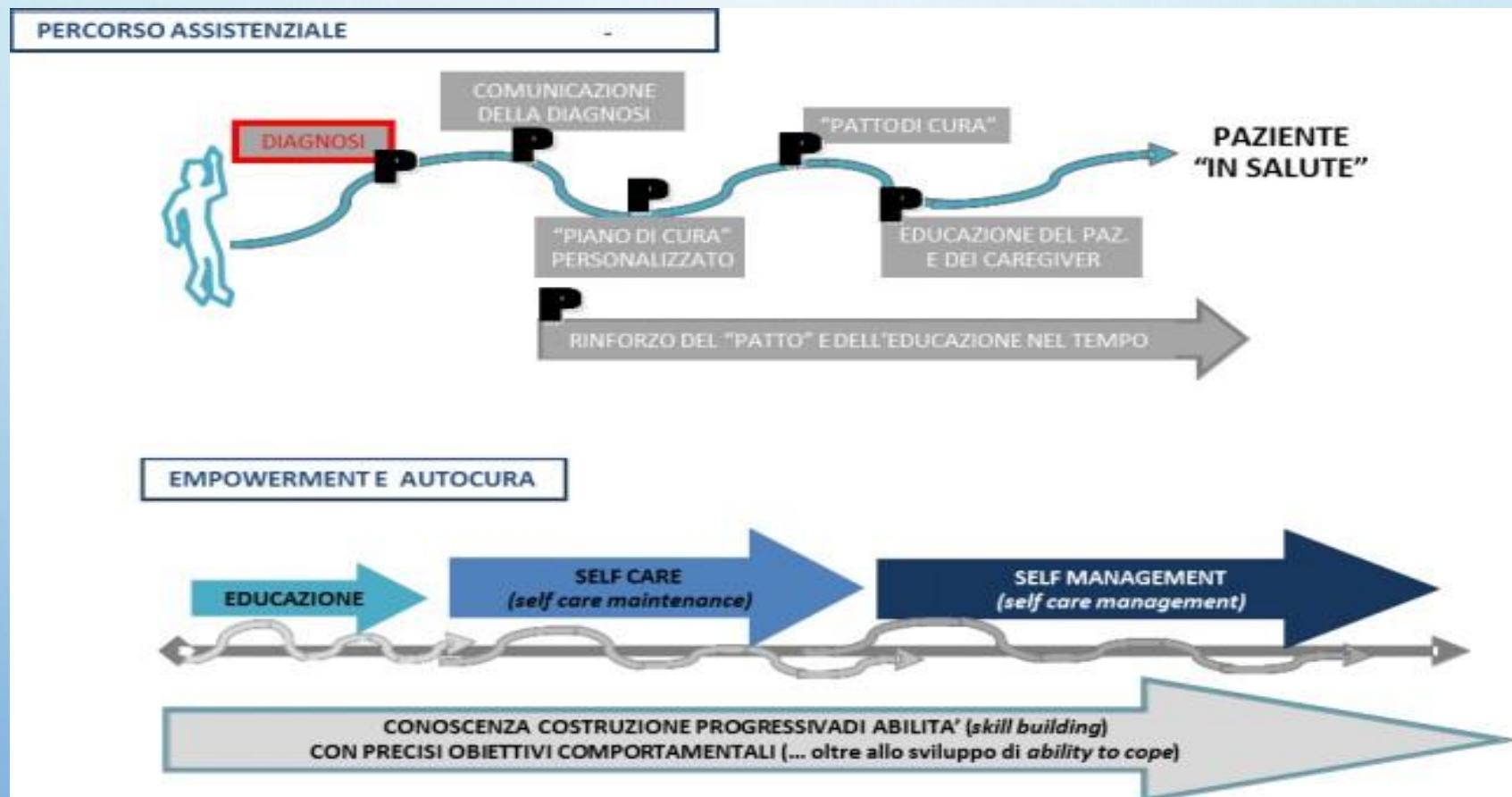
- FOLLOW-UP CON MAGGIORI CONTRIBUTI
SPECIALISTICI (HT)
- FOLLOW-UP INFERMIERISTICO CONCISE
MANAGEMENT
e con Educazione per abilità complesse

Strategie
diversificate

PAZIENTI A BASSO
CARICO ASSISTENZIALE

PAZIENTI A MEDIO-ALTO CARICO
ASSISTENZIALE

Percorsi Assistenziali che siano strumenti di Empowerment



INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Le cure domiciliari



cinque obiettivi principali

1. l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale
2. la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure
3. il supporto alla famiglia
4. il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione
5. il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale



INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ IFEC O IFOC

Il DM 77/2022 porta una definizione di IFeC o IFoC

«professionista a capo dei processi infermieristici a livello familiare o comunitario. La sua presenza continuativa e proattiva garantisce l'assistenza infermieristica agendo in sinergia e con i professionisti del territorio»

L'intervento dell'IFeC avviene:

- Livello Individuale e Familiare
- Livello comunitario

Il TARGET di utenza del modello organizzativo dell'IFeC

- Popolazione complessiva rappresentata dalle persone sane
- Persone portatrici di malattie croniche a basso rischio, con autonomia funzionale conservata
- Persone affette da patologie croniche con danni d'organo ancora contenibili
- Popolazione non autosufficiente

La presa in carico deve essere INTEGRATA:

- Team Multiprofessionale
- Patto di Cura → tra utente e professionisti con la visione di un accordo collaborativo per stabilire obiettivi di cura e piani di trattamento personalizzati



Visione di appropriatezza dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali

Il Patto di Cura è altamente raccomandato dal Ministero della Salute → crea una convivenza migliore con le condizioni croniche

Dalla *Delibera della Regione FVG 1484 2022*



Figura 8. Stratificazione dei livelli di necessità assistenziale correlati ai livelli di rischio della popolazione.
Modificata da: Department of Health, Government of United Kingdom, per concessione del Kaiser Permanente.
Modificato e aggiornato 2021 da Pellizzari M, Pordenon M.



Le funzioni di *Health Coach* e di *Population Wide Management*

Definizione e competenze specifiche: l'IFoC con la funzione di *Health Coach* (HC) agisce nel contesto della comunità civile rappresentata dalla popolazione sana al fine di promuovere la salute attraverso la partecipazione attiva da parte della comunità addestrando/formando dei leader informali appartenenti alla comunità affinché si realizzhi la formazione tra pari per determinati target di utenza.

Le competenze specifiche per entrambe le funzioni sono orientate alla comunità e ad interventi di promozione e di mantenimento della salute. La funzione è prevalentemente di tipo educativo, i professionisti che agiscono entrambe le funzioni diventano attori del territorio al servizio della comunità per la promozione del benessere e della salute delle persone e dei gruppi.

Target d'utenza: popolazione sana e a potenziale rischio di esposizione a malattie croniche presente nei principali luoghi di vita e di lavoro tra cui ad esempio le scuole, le associazioni culturali, sportive, di volontariato, le imprese di beni e di servizi.

Setting: luoghi di vita e di lavoro nella comunità in un territorio di riferimento.

Indicatori: per misurare l'efficacia degli interventi attuati, gli indicatori possono essere riferiti a modifica dei determinanti alla salute come ad esempio gli stili di vita, la riduzione di incidenti nella comunità in relazione al *setting* di intervento.

Health Coach: obiettivo promuovere la salute coinvolgendo attivamente i cittadini e formando leader per la formazione tra pari

Population Wide Management: incoraggia stili di vita salutari. E' un'attività svolta anche dagli Assistenti Sanitari



La funzione di *Disease Manager*

Definizione e competenze specifiche: l'IFoC *Disease Manager* (DM) collabora alla presa in carico proattiva attraverso **follow-up** delle persone portatrici di una malattia cronica con iniziale **danno d'organo e autonomia funzionale conservata**. L'obiettivo della presa in carico è quello di **rafforzare l'autocura della persona e l'autogestione** della malattia attraverso un approccio sistematico ed *evidence-based* alle patologie croniche e mediante un sistema di interventi coordinati e di comunicazioni/informazioni con il paziente che generano un impatto positivo sul livello di *compliance* e gestione della patologia. L'IFoC DM contribuisce alla realizzazione dei percorsi di diagnosi e terapia dei malati cronici inseriti in un apposito registro di patologia.

L'esercizio di questa funzione richiede competenze specifiche che attengono alla presa in carico proattiva, al follow-up, al monitoraggio clinico, all'educazione terapeutica. La sua funzione è volta

28

principalmente a rafforzare l'autocura come capacità di adattamento e di auto-gestione della persona con malattia cronica, nell'ottica dell'*empowerment* al fine di trasmettere conoscenze e competenze alla persona e ai suoi familiari affinché riescano a gestire nel miglior modo possibile i problemi di salute e prevenirne le complicanze.

Target d'utenza: persone a bassa complessità assistenziale con malattie croniche non complicate.

Setting: ambulatorio infermieristico e nella fattispecie nelle AFT che insistono all'interno delle Case della Comunità (*Hub e Spoke*), in forte collaborazione con il MMG.

Indicatori: per misurare l'efficacia degli interventi attuati, gli indicatori possono essere riferiti a livelli di compenso della patologia, ricorso ai servizi sanitari, aumento della capacità di autocura, *compliance* terapeutica, aderenza ai PDTA.



La Funzione di *Care Manager*

Definizione e competenze specifiche: l'IFoC con funzione di *Care Manager* (CrM) collabora e assicura la **presa in carico proattiva** attraverso il monitoraggio e il *follow-up* delle persone portatrici di più malattie croniche, della gestione e del coordinamento del processo di cura dei pazienti allo scopo di ritardare il più possibile l'evoluzione verso la non-autosufficienza e l'aggravarsi della malattia. Per le persone incluse in questo livello di rischio con una maggiore complessità assistenziale e una condizione di comorbidità emerge un **forte bisogno di coordinamento** (ad esempio tra la medicina di base e quella specialistica), di presa in carico integrata, di continuità delle cure e di educazione terapeutica. La telemedicina diventa un utile strumento a supporto del processo di presa in carico per la prevenzione delle complicanze e il monitoraggio sullo stato di salute.

Target d'utenza: persone a media complessità assistenziale portatrici di malattie croniche con multimorbidità e danni d'organo presenti ma ancora contenibili e con livelli di autonomia funzionale e capacità di self care conservati.

Setting: ambulatori infermieristici delle Case della Comunità (*Hub e Spoke*), domicilio, servizi ambulatoriali in collaborazione con la medicina di gruppo.

Il driver della funzione di *care manager* sono le cure primarie di equipe. Oltre alla forte integrazione tra professionisti è necessario un coordinamento tra i nodi della rete anche grazie al coinvolgimento attivo del MMG che esercita il ruolo di referente clinico sia per la persona ed i familiari che per tutti i professionisti impegnati nel progetto di salute.

Indicatori: per misurare l'efficacia degli interventi attuati, gli indicatori possono essere riferiti a contenimento e riduzione delle complicanze in relazione alle principali comorbidità, grado di aderenza terapeutica, ricorso ai servizi sanitari, compenso clinico.



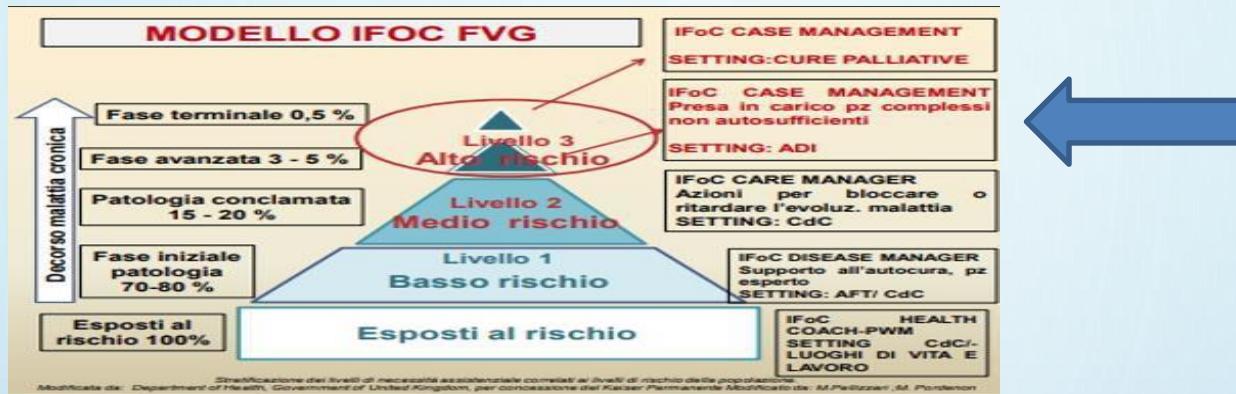
La funzione di *Case Manager*

Definizione e competenze specifiche: l'IFoC con funzione di *Case Manager* (CsM) è il professionista che assorbe le funzioni svolte nei SID e sviluppa la dimensione della proattività e quella sociale dell'assistenza. Assicura l'assistenza infermieristica generale nell'ottica del *self-help* in collaborazione con tutte le risorse formali ed informali presenti nella comunità, perseguitando l'integrazione multi-professionale. L'IFoC CsM pone al centro il cittadino, i suoi familiari e la comunità e li considera all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che lo generavano.

L'IFoC CsM non è solo un erogatore di *care*, ma attivatore di potenziali di *care*, che insistono in modo latente nella comunità e che portati alla luce sprigionano una serie di beni cognitivi, affettivi, emotivi e di legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico. L'infermiere esprime il suo agito professionale non solo nella prestazione, ma nella mobilizzazione di risorse informali che hanno già ricevuto forme di *welfare* e che restituiscono al sistema nuove energie e potenzialità contribuendo allo sviluppo del cosiddetto *welfare generativo*.

Target d'utenza: persone con bisogni complessi, con compromissione dell'autonomia funzionale e/o in stato di terminalità. La funzione assicura la presa in carico per le cure a lungo termine delle persone con malattie croniche in stato avanzato (presa in carico globale della persona e della famiglia nel suo contesto di vita), la creazione di un ambiente terapeutico, la garanzia di seguire nel tempo i problemi e la continuità tra i diversi *setting* di cura.

Setting: Livello ambulatoriale, domiciliare, comunitario.



A livello ambulatoriale l'IFoC CsM eroga l'assistenza a tutte le persone che sono in grado di deambulare e che necessitano di interventi tecnico-prestazionali o di educazione – promozione alla salute. Un elemento logistico ritenuto strategico e irrinunciabile per attivare percorsi di integrazione efficaci è l'ubicazione dell'ambulatorio infermieristico accanto al luogo di attività dell'assistente sociale e del MMG. Ciò facilita il riconoscimento di una sede socio-assistenziale e di conseguenza l'integrazione delle due aree.

A livello domiciliare, l'IFoC CsM eroga l'assistenza a tutti gli utenti che non possono recarsi in ambulatorio per gravi patologie o per difficoltà alla deambulazione che necessitano di assistenza infermieristica ad alta complessità, con carattere di continuità, con bassi livelli di autonomia che abbisognano di periodiche prestazioni sanitarie.

A livello comunitario, l'IFoC svolge attività trasversali di implementazione dell'integrazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali ed informali presenti sul territorio. La telemedicina diventa un utile strumento a supporto del processo di presa in carico per la prevenzione delle complicanze ed il monitoraggio sullo stato di salute.

Modelli organizzativi – delibera della Regione FVG 1484 2022

		OBIETTIVI	TARGET	ATTIVITÀ	NODI DELLA RETE
FUNZIONI IFoC FVG	Case management	Supportare non autosufficienza	Personne ad alto rischio con pluripatologia e bisogni socio sanitari complessi Autonomia funzionale compromessa	Presa in carico integrata	ADI UDCP Ospedali di Comunità Ambiti Territoriali Sociali
	Care management	Ritardare l'evoluzione della malattia e le complicanze	Personne a medio rischio con pluripatologia Autonomia funzionale conservata	Presa in carico integrata	Case della Comunità Servizi ambulatoriali ADI
	Disease management	Autogestione malattia	Personne a basso rischio con iniziale danno d'organo Autonomia funzionale conservata	Presa in carico proattiva Follow-up Autocura Educazione terapeutica	Case della Comunità AFT Servizi ambulatoriali
	Health coach e Population Wide Management	Promozione salute	Personne sane	Formazione formatori	Comunità Dipartimento di Prevenzione

Tabella 8. Sintesi delle funzioni agite dall'IFoC FVG

Gli elementi chiave di gestione della cronicità



ADERENZA

APPROPRIATEZZA

PREVENZIONE

CURE DOMICILIARI

INFORMAZIONE
EDUCAZIONE
EMPOWERMENT

CONOSCENZA
COMPETENZA



Aderenza alle terapie e strategie per migliorare l'uso sicuro ed efficace dei farmaci

La scarsa aderenza alle prescrizioni del medico è la principale causa di non efficacia delle terapie farmacologiche ed è associata a un aumento degli interventi di assistenza sanitaria, della morbilità e della mortalità, rappresentando un danno sia per i pazienti che per il sistema sanitario e per la società.

Per aderenza alla terapia si intende il conformarsi del paziente alle raccomandazioni del medico riguardo ai tempi, alle dosi e alla frequenza nell'assunzione del farmaco per l'intero ciclo di terapia.

Maggior aderenza significa infatti minor rischio di ospedalizzazione, minori complicanze associate alla malattia, maggiore sicurezza ed efficacia dei trattamenti e riduzione dei costi per le terapie. Com'è ormai noto, la popolazione anziana è quella più a rischio sotto il profilo dell'aderenza alle terapie, specie in compresenza di più patologie. L'Italia è al secondo posto in Europa per indice di vecchiaia, con intuibili conseguenze sull'assistenza sanitaria a causa del numero elevato dei malati cronici. L'aderenza alle terapie è pertanto fondamentale per la sostenibilità del SSN.

L'AIFA è impegnata in Italia e in Europa a promuovere schemi terapeutici efficaci e sicuri e una migliore educazione terapeutica e l'Italia (con l'AIFA), insieme alla Scozia e alla Spagna, guida il Gruppo d'Azione sull'aderenza e la prescrizione costituito nell'ambito della Partnership europea sull'invecchiamento attivo e in salute.

Esistono diverse strategie per migliorare l'uso sicuro ed efficace dei farmaci, e in primis l'aderenza alle prescrizioni, ma la ricerca in questo ambito non fornisce evidenze tali da distinguere in modo convincente quali siano efficaci e quali no.

I ricercatori del Cochrane Collaboration hanno recentemente proposto una panoramica aggiornata (la prima era stata pubblicata nel 2011) di revisioni sistematiche "Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews" che analizzano gli effetti degli interventi attuati nella pratica clinica per migliorare l'efficacia e la sicurezza delle terapie farmacologiche.

Il lavoro riassume le evidenze di 75 revisioni sistematiche pubblicate fino a marzo 2012 su *Cochrane Database of Systematic Reviews* e sul *Database of Abstracts of Review of Effect*, che riguardano sia malattie acute che croniche in popolazioni e contesti differenti e valutano una vasta gamma di strategie per migliorare l'uso dei farmaci, incluso il sostegno per il cambiamento dei comportamenti, la riduzione dei rischi e l'acquisizione di competenze. L'aderenza ai farmaci è l'outcome più comunemente riportato, seguito dalla conoscenza e dai risultati clinici.

Le strategie che sembrano migliorare l'utilizzo dei farmaci comprendono i programmi di auto-monitoraggio e auto-gestione dei medicinali, mentre sembrano promettenti i regimi semplificati di dosaggio e il coinvolgimento diretto dei farmacisti nella gestione dei farmaci. Altre strategie, come ad esempio le prescrizioni di antibiotici in ritardo, strumenti pratici (ad esempio confezioni pro-memoria); istruzioni o informazioni combinate con altre strategie (ad esempio, formazione di competenze di auto-gestione e consulenza) e incentivi finanziari possono avere anche alcuni effetti positivi, ma i dati a supporto sono meno consistenti.

Alcune strategie, come la terapia direttamente osservata, possono essere inefficaci. Altre, come il fornire solo informazioni o istruzioni, producono effetti variabili, essendo poco efficaci per cambiare alcuni risultati (aderenza ai farmaci), pur migliorando la conoscenza, che è fondamentale per le scelte informate sui farmaci. Nonostante il raddoppio del numero delle revisioni incluse in questo aggiornamento – scrivono gli Autori – permane l'incertezza sugli effetti di molti interventi, e le evidenze su ciò che funziona sono particolarmente scarse per specifiche popolazioni, tra cui bambini e giovani e persone con multimorbilità.

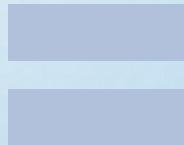


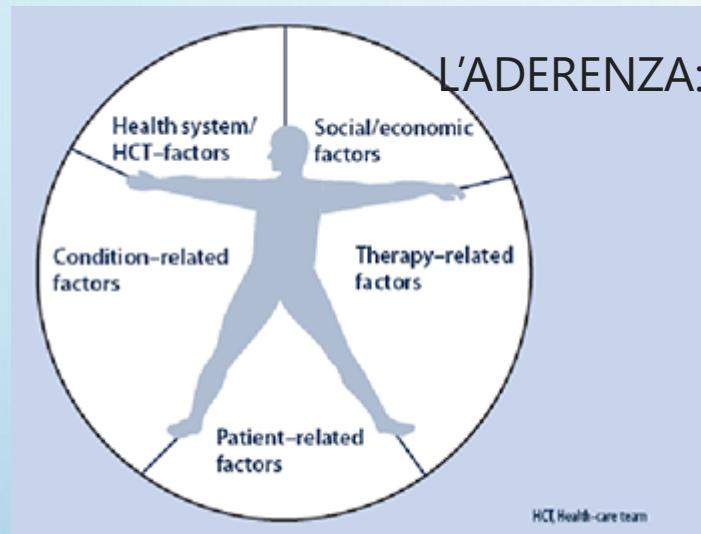
Le cause della mancata o della scarsa aderenza ai trattamenti sono di varia natura e comprendono fattori socioeconomici, fattori legati al sistema sanitario ed al team di operatori sanitari, alla condizione patologica, al trattamento e al paziente. Tra gli esempi più comuni la complessità del trattamento, l'inconsapevolezza della malattia, il follow-up inadeguato, il decadimento cognitivo e la depressione, la scarsa informazione in merito alle terapie.



ADERENZA TERAPEUTICA

L'OMS la definisce come *Il grado di effettiva coincidenza tra il comportamento individuale del paziente e le prescrizioni terapeutiche ricevute dal personale sanitario curante*





L'ADERENZA: I CINQUE FATTORI INTERAGENTI

- Fattori sociali ed economici
- Fattori legati al Sistema Sanitario
- Fattori relativi alla terapia
- Fattori relativi alla condizione clinica
- Fattori relativi al paziente

Multiple risk factor intervention trial. Risk factor changes and mortality results. Multiple risk factor intervention trial research group. Journal of the American medical association, 1982, 248:1465–1477.

Swain M S, Steckel S B (1981). Influencing adherence among hypertensives. Research nursing and health, 4:213–222.

WOOCAP SU ADERENZA

Quali sono le cose più comuni che influenzano l'aderenza terapeutica nella vostra esperienza

L'aderenza terapeutica

Non c'è un profilo di paziente aderente o non aderente

L'impatto sull'aderenza al trattamento farmacologico:

- la gravità della malattia;
- la presenza e la gravità dei sintomi;
- l'andamento della malattia;
- la storia della malattia (eventuali precedenti trattamenti falliti);
- le comorbidità;
- la percezione del paziente relativamente alla patologia

L'aderenza terapeutica

Fattori correlati all'aderenza:

- la complessità del trattamento (numero di farmaci, numero di assunzioni, modalità di assunzione);
- la durata del trattamento;
- gli effetti collaterali;
- la velocità nella presentazione degli effetti del trattamento;
- il livello di informazione del paziente relativamente al trattamento;
- le aspettative del paziente;
- il timore di dipendenze;
- il sospetto di over prescrizione

L'aderenza terapeutica

Le caratteristiche del medico influenzano la relazione tra medico e paziente.

Perché questa sia efficace il medico deve essere:

- capace di comunicare
- motivato a comunicare
- messo in condizioni di offrire una comunicazione valida e continuativa sull'aderenza.

L'aderenza è influenzata:

- ✓ dal valore che gli individui attribuiscono al trattamento e dalla motivazione a seguirlo: sintomi sufficientemente significativi e percepiti come acuti e trattabili,
- ✓ il trattamento deve offrire una rapida e notevole diminuzione dei sintomi stessi, minimo rischio di potenziali eventi avversi. L'aderenza è più bassa nelle malattie asintomatiche.

La relazione terapeutica

OMS (2003) → visione della qualità ed efficacia

ATMOSFERA
POSITIVA

ESPLORAZIONE DELLE
ALTERNATIVE
TERAPEUTICHE

NEGOZIAZIONE DEL
TRATTAMENTO

DISCUSSIONE DELLA
POSSIBILITÀ DI
ADESIONE

PROGRAMMAZIONE DI
UN FOLLOW UP

Qualche volta dimentica di prendere le pillole per....?	SI	NO
Nelle ultime 2 settimane, ci sono stati dei giorni in cui non ha preso le medicine per.....?	SI	NO
Ha mai ridotto o smesso di prendere le medicine senza dirlo al suo medico, perché si sentiva male quando le prendeva?	SI	NO
Quando viaggia o esce di casa, a volte si dimentica di portare con se i farmaci?	SI	NO
Ha preso ieri le sue medicine per.....?	SI	NO
Quando sente che la sua malattia (es. pressione sanguigna) è sotto controllo, a volte smette di prendere le sue medicine	SI	NO
L'assunzione quotidiana dei farmaci è un vero e proprio disagio per alcune persone. Si sente mai infastidito o sente di avere delle difficoltà nell'attenersi al piano di trattamento della sua malattia (es. pressione sanguigna)?	SI	NO
Le capita di avere difficoltà a ricordarsi di prendere tutti i suoi farmaci per la sua malattia?	SI	NO

Ogni risposta positiva ha un punteggio di 0 ed ogni risposta negativa di 1:

punteggio < 6 : poco aderenti;

punteggio di 6-8: mediamente aderenti;

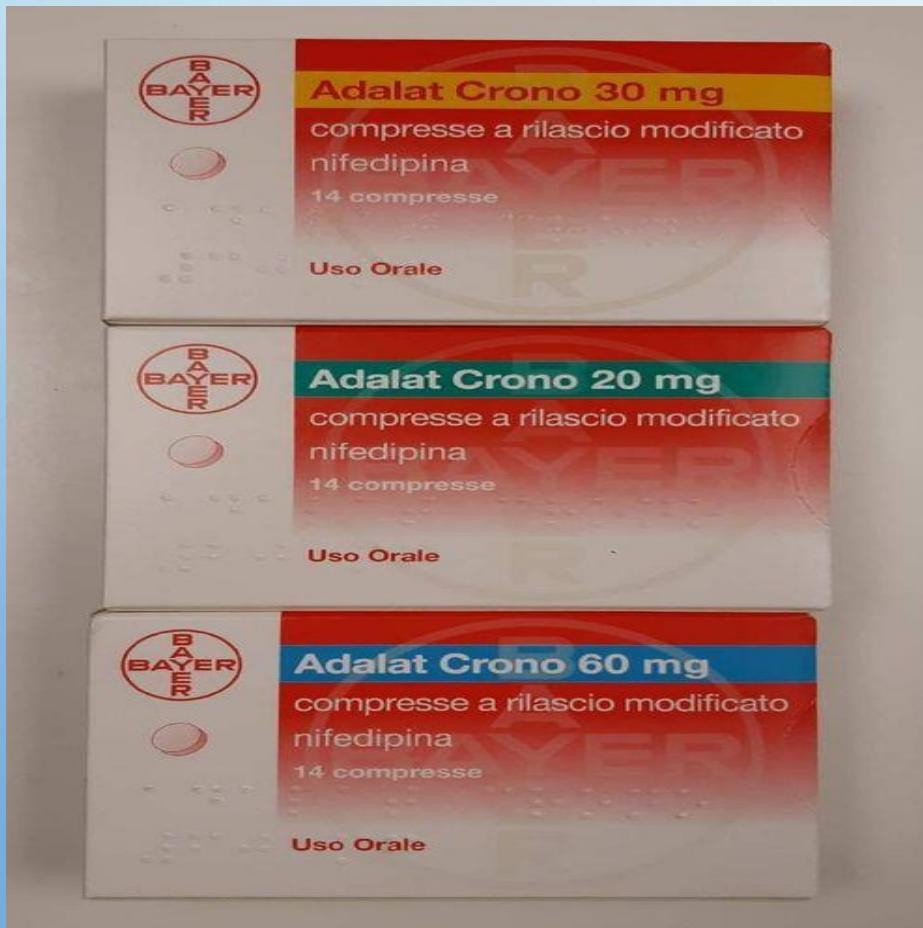
punteggio > 8 :molto aderenti.

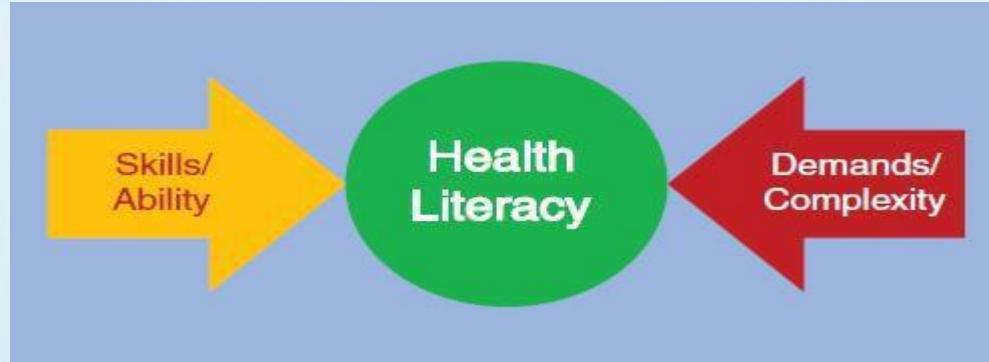
(Morisky, Ang et al., 2008)



Attenzione alle confezioni simili !!!!

Uguali colori e forme per i farmaci equivalenti !!!!



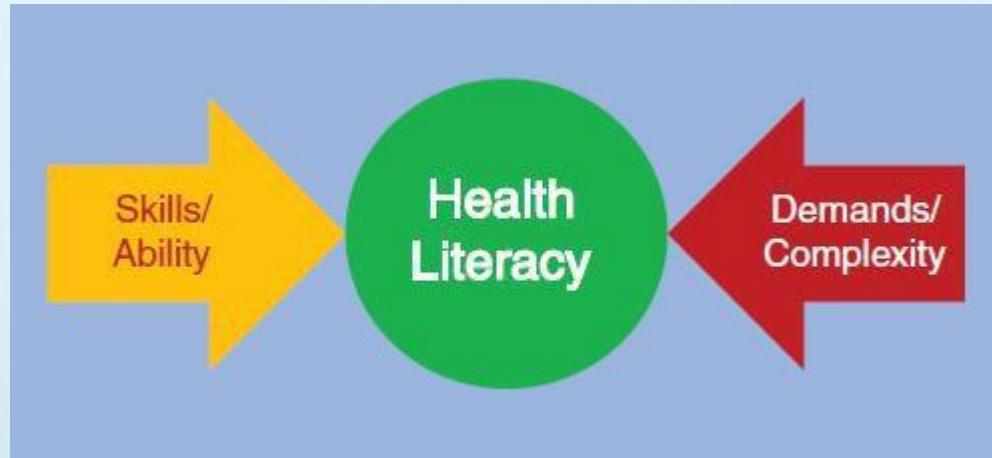


Attività di alfabetizzazione sanitaria rivolti a:

- Bambini e adolescenti
- Persone di culture e lingue diverse
- Persone anziane
- Persone con livello basso di istruzione

Esempi per aumentare la health literacy nelle strutture sanitarie

- Web → i siti sono progettati per essere accattivanti piuttosto che facilmente fruibili
- Telefono → le informazioni registrate vengono date troppo velocemente
- Accesso → le indicazioni non sono chiare
- Orientamento → i cartelli non utilizzano sempre i termini coerenti e di uso comune
- Colloqui → abbondante utilizzo del gergo tecnico



INDICAZIONI OMS PER LA HEALTH LITERACY

RAFFORZARE LA HEALTH LITERACY PER RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE

INVESTIRE NELLA VALUTAZIONE DI CIÒ CHE VIENE MISURATO E FATTO

GARANTIRE UNA VALUTAZIONE COSTANTE

SOSTENERE LA RICERCA PER ESTENDERE E MIGLIORARE LE ATTUALI MISURE IN NUMEROSI CONTESTI



Raccomandazione civica per l'aderenza terapeutica



con il sostegno non condizionato di



Aderenza terapeutica: infermiere primo riferimento del paziente. Fnopi su rapporto Cittadinanzattiva - 2018

Luglio 2018

Fattori esogeni

Alcuni fattori sono strettamente correlati alla patologia e alla condizione clinica della persona. Questi aspetti possono avere un impatto importante sull'aderenza. La popolazione anziana in condizione di cronicità è quella più a rischio sotto il profilo dell'aderenza alle terapie, specie in compresenza di più patologie. La condizione di più patologie nella persona anziana o affetta da cronicità può, infatti, aumentare il rischio di errore nell'assunzione della terapia, specie se la persona è costretta ad assumere un numero elevato di farmaci nell'arco della giornata. Sono frequenti gli errori nell'assunzione della terapia legati al trattamento terapeutico (preparazione difficoltosa, frequenza elevata di assunzione, effetti collaterali numerosi; interazione con altri prodotti/alimenti). Ci sono poi fattori legati al sistema sanitario e alla sua organizzazione (carenza di personale, disorganizzazione nei servizi, poca collaborazione tra professionisti, etc.)

Fattori endogeni

Alcuni attengono alla sfera dei comportamenti. Dal lato del paziente accade spesso che la perizia nel seguire pedissequamente un piano terapeutico sia messa a dura prova dalla scarsa motivazione o dal senso di frustrazione nel non "percepire" esiti e benefici dalle cure.

Ci sono poi altri fattori quali quelli **economici e sociali** che riguardano la "capacità economica della persona" (acquisto delle terapie, accudimento da parte di un caregiver, etc.) ed ancora **motivi organizzativi** (lavoro/turnazione del personale sanitario; tempo dedicato alla relazione di cura; orari di apertura al pubblico, presenza di *case manager*, etc.); **carenze nei servizi** (distanza dal luogo di cura, etc.); **errore o difficoltà di interpretazione della prescrizione** (es. 1/2 cp die) o **fattori legati al trattamento terapeutico** (preparazione difficoltosa, frequenza elevata di assunzione, effetti collaterali numerosi; interazione con altri prodotti/alimenti); carenza o parziale **informazione, educazione**

8.2 L'aderenza alle terapie

L'Atlante delle disuguaglianze di AIFA riporta che i livelli medi di aderenza e persistenza al trattamento farmacologico calcolati a livello nazionale sono in generale poco soddisfacenti, anche se per entrambi gli indicatori si osserva un gradiente decrescente Nord-Sud. In generale, le donne sono meno aderenti rispetto agli uomini per tutte le categorie terapeutiche analizzate, ad eccezione dei farmaci antiosteoporotici. A livello nazionale si rileva che l'aderenza e la persistenza sono maggiori nelle aree meno deprivate; tuttavia, nella maggior parte dei casi l'interpretazione dell'andamento è resa difficile dalla notevole variabilità tra regioni.

Ipertensione

Il consumo di farmaci antipertensivi in Italia è maggiore negli uomini (170,8 DDD pro capite) rispetto alle donne (141,8 DDD pro capite), con differenze tra regioni in linea con la distribuzione geografica della prevalenza della patologia.

I tassi seguono un andamento in crescita dal terzile meno deprivato a quello più deprivato, in particolare nelle donne.

L'aggiustamento per indice di deprivazione riduce i consumi in misura maggiore nelle donne e nelle regioni meridionali.

L'aderenza è del 57,8% negli uomini e del 48,5% nelle donne mentre la persistenza è del 54,2% negli uomini e del 45,0% nelle donne, senza differenze statisticamente significative per terzile di deprivazione sia all'interno delle regioni che tra regioni.

Ipotiroidismo

Il consumo di preparati tiroidei in Italia è più elevato nelle regioni del Centro-Sud ed è maggiore nelle donne (13,02 DDD pro capite) rispetto agli uomini (3,4 DDD pro capite), coerentemente con l'epidemiologia della patologia. Per entrambi i generi si osserva un consumo maggiore nei soggetti più svantaggiati, con un andamento più marcato nelle donne residenti in alcune regioni del Centro, come Lazio e Marche.

Sia l'aderenza che la persistenza al trattamento osservate nei soggetti che iniziano la terapia sostitutiva con preparati tiroidei sono complessivamente molto basse, in modo più marcato nelle donne rispetto agli uomini: 11,4% donne vs 19,1% uomini per l'aderenza; 17,4% donne vs 23,9% uomini per la persistenza. Entrambi gli indicatori non risultano influenzati dal livello di deprivazione dell'area di residenza.

Ipertiroidismo

Il consumo dei farmaci antitiroidei in Italia è complessivamente basso, con valori più elevati al Sud, coerentemente con l'andamento geografico dell'incidenza della patologia, e nelle donne (0,6 DDD pro capite) rispetto agli uomini (0,3 DDD pro capite). All'aumentare dell'indice di deprivazione il consumo aumenta al Nord e decresce al Centro-Sud. Anche per l'aderenza e la persistenza al trattamento osservate nei soggetti che iniziano la terapia si registrano valori complessivamente bassi: aderenza 52,2% negli uomini e 45,2% nelle donne; persistenza 26,1% per gli uomini e 22,3% nelle donne. Entrambi gli indicatori non sono influenzati dal livello di deprivazione dell'area di residenza.

Diabete

Il tasso di consumo di farmaci antidiabetici in Italia è più elevato negli uomini (21,8 DDD pro capite) rispetto alle donne (15,1 DDD pro capite), presenta un gradiente geografico Nord-Sud ed un gradiente crescente a sfavore dei soggetti residenti nelle aree più deprivate più accentuati nelle donne.

L'aggiustamento per indice di deprivazione riduce il valore dei tassi di consumo, in particolar modo nelle regioni meridionali.

L'aderenza alla terapia è bassa, 37,6% negli uomini e 31,6% nelle donne, ed è più elevata nei soggetti residenti nelle aree meno deprivate, mentre la persistenza ad un anno dall'inizio del trattamento è del 43,2% negli uomini e del 36,8% nelle donne, con differenze per indice di deprivazione meno accentuate. In entrambi i casi il profilo geografico non viene modificato dall'aggiustamento per indice di deprivazione.

BPCO

Il consumo di farmaci per BPCO in Italia è maggiore negli uomini (9,9 DDD pro capite) rispetto alle donne (6,5 DDD pro capite), è variabile tra le regioni e presenta valori tendenzialmente più alti al Centro-Sud rispetto al Nord.

Il tasso di consumo è maggiore nella fascia di popolazione residente nelle aree più svantaggiate. L'aggiustamento per indice di deprivazione porta ad una riduzione dei valori di consumo specialmente nelle province del Sud. L'aderenza è del 36,1% negli uomini e del 30,5% nelle donne, leggermente più elevata nel terzile meno deprivato, mentre la persistenza è del 23,7% negli uomini e del 18,0% nelle donne. Il confronto interno alle regioni nelle differenze tra terzili non permette di definire un pattern univoco e rileva differenze tra regioni per la maggior parte non statisticamente significative.

Asma età pediatrica

Il consumo di farmaci antiasmatici nella popolazione pediatrica in Italia presenta una distribuzione concorde con quella dei dati epidemiologici disponibili sulla patologia: è maggiore nei maschi (2,3 DDD pro capite) rispetto alle femmine (1,6 DDD pro capite), ed è più elevato nel Centro Italia. Inoltre, il consumo è maggiore nei soggetti residenti nelle aree più deprivate, con valori pari a 2,3 DDD pro capite nei maschi e 1,6 DDD pro capite nelle femmine, ma si riduce in quasi tutte le province dopo standardizzazione per terzile di deprivazione, fenomeno leggermente più evidente nelle province del Sud, sia tra i maschi sia tra le femmine.

Fonte: Rielaborazione Salutequità su "Atlante delle disuguaglianze sociali nell'uso dei farmaci per la cura delle principali malattie croniche. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2021"

Gli elementi chiave di gestione della cronicità



APPROPRIATEZZA

«I risultati di un processo decisionale che assume il massimo beneficio netto per la salute del paziente nell'ambito delle risorse che la società rende disponibili»

da Il Manuale di formazione per il governo clinico – 2012

«Utilizzo corretto basato sulle evidenze e/o esperienza clinica e/o buone pratiche, di un intervento sanitario efficace, in paziente che ne possono effettivamente beneficiare in ragione delle loro condizioni cliniche»

APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

«erogazione di un intervento/prestazione in un contesto organizzativo idoneo e congruente, per quantità di risorse impiegate, con le caratteristiche di complessità dell'intervento erogate e con quelle cliniche del paziente»

da Il Manuale di formazione per il governo clinico – 2012

APPROPRIATEZZA CLINICA E HEALTH LITERACY

- Concetti correlati
- Contribuiscono a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria
- Contribuiscono a migliorare il coinvolgimento dei pazienti nella gestione della propria salute



Gli elementi chiave di gestione della cronicità

