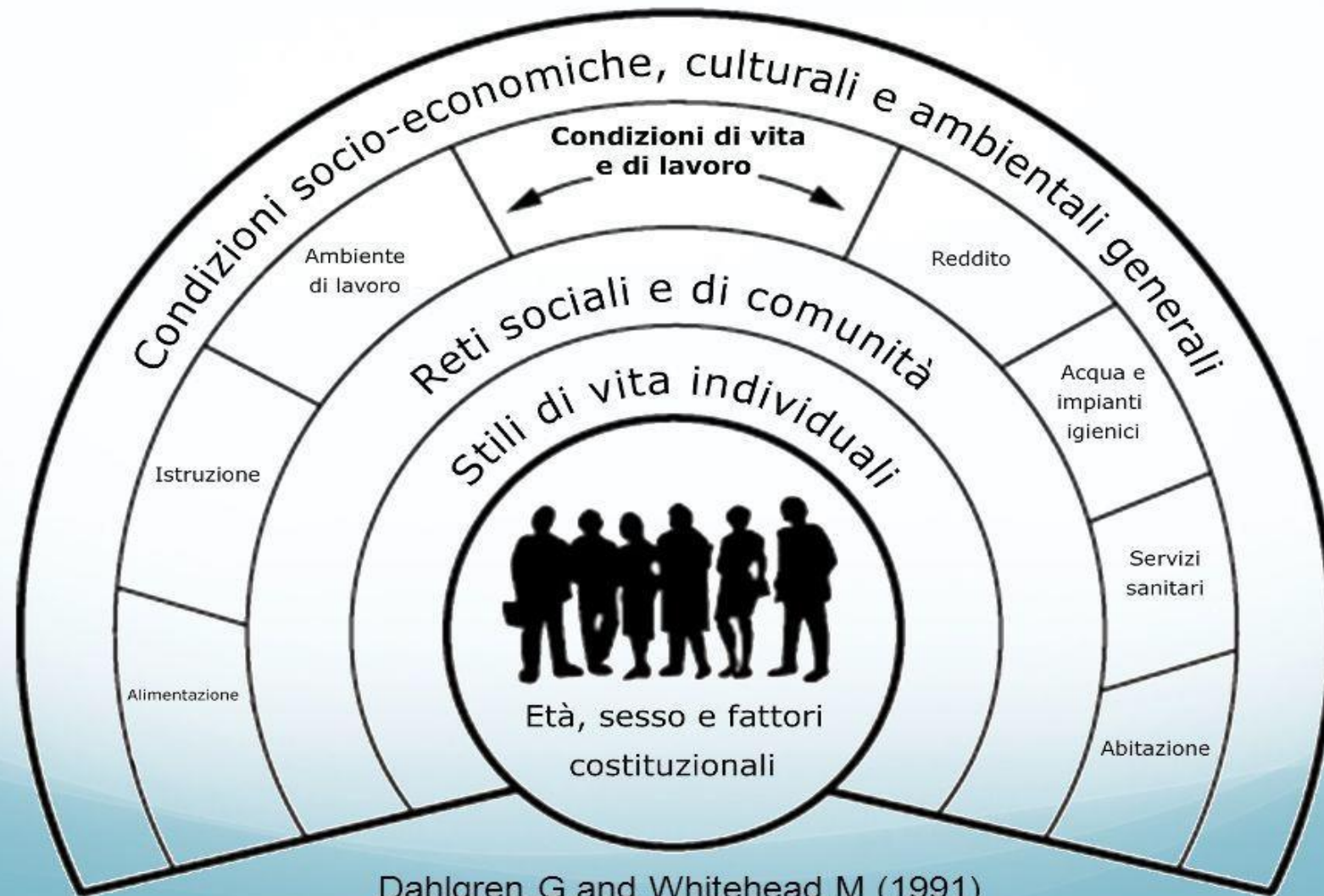


INFERMIERISTICA DI COMUNITÀ

Dott.ssa Laura De Biasio

a.a.2025 - 2026

I determinanti della salute



Dahlgren G and Whitehead M (1991)

LA SALUTE E':

E' un bene individuale

E' dato per acquisito

Si rivaluta quando viene a mancare

Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo (10 dicembre 1948 Assemblea Generale delle Nazioni Unite) - art.25 comma 1 sancisce:

“ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà.[...]”.

1) **modello bio-medico scientifico**

Impostazione meccanicistica centrata sulla ricerca di nessi causali tra malattie e le cause patogene Fine '800 – metà '900

Salute = corretto funzionamento dell'organismo

2) **modello bio-psico-sociale**

Dagli anni '70

Salute = stato di benessere condizionato da fattori biologici – psicologici del soggetto e dalla sua interazione con l'ambiente fisico e sociale

3) **modello dell'interazione**

Salute centrata sull'uomo come unità fisica – psichica e sociale

Le 3 componenti sono immerse nell'ambiente e da questo influenzate:

- ambiente interno → biologico – genetico
- ambiente esterno → naturale e sociale modificato e modellato dall'uomo stesso

Public Health: definizione

"... LA SCIENZA E L'ARTE DI PREVENIRE LE MALATTIE, PROLUNGARE LA VITA E PROMUOVERE LA SALUTE E L'EFFICIENZA ATTRAVERSO LO SFORZO ORGANIZZATO DELLA COMUNITÀ PER LA PULIZIA DELL'AMBIENTE, IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI TRASMISSIBILI, L'EDUCAZIONE DELL'INDIVIDUO NELL'IGIENE PERSONALE, L'ORGANIZZAZIONE DI CURE MEDICHE E SERVIZI INFERMIERISTICI PER LA DIAGNOSI PRECOCE E IL TRATTAMENTO PREVENTIVO DELLA MALATTIA, E PER LO SVILUPPO DEL MECCANISMO SOCIALE PER ASSICURARE A TUTTI UNO STANDARD DI VITA ADEGUATO PER IL MANTENIMENTO DELLA SALUTE, QUINDI ORGANIZZARE QUESTI BENEFICI IN MODO DA CONSENTIRE A OGNI CITTADINO DI REALIZZARE IL SUO DIRITTO DI NASCITA DI SALUTE E LONGEVITÀ.«

Charles-Edward Amory Winslow (1877 – 1957)

Source: Yale School of Public Health

SANITÀ PUBBLICA

OBIETTIVI DELLA SANITÀ PUBBLICA

- PROTEGGERE E MIGLIORARE LA SALUTE DELLE POPOLAZIONI
- IMPLEMENTANDO CON POLITICHE – PROGRAMMI ED INTERVENTI → PREVENZIONE – PROMOZIONE – GESTIONE DELLE EMERGENZE SANITARIE

ELEMENTI ORGANIZZATIVI DELLA SANITÀ PUBBLICA

- STRUTTURA E FUNZIONAMENTO SISTEMI SANITARI
- ALLOCAZIONE DELLE RISORSE
- PIANIFICAZIONE E GESTIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CONTROLLO MALATTIE

PROMOZIONE DELLA SALUTE



PREVIENE L'EMERGERE DI FATTORI DI RISCHIO QUANDO NON SONO ANCORA PRESENTI IN UNA POPOLAZIONE

EDUCAZIONE



PROMOZIONE

Attraverso il rafforzamento delle capacità e competenze degli individui

Azioni politiche per modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche

EDUCAZIONE ALLA SALUTE



AZIONI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

INTERVENTI POSITIVI PER IL
MANTENIMENTO DELLO
STATO DI SALUTE E
BENESSERE

PER PROMUOVERE AMBIENTI
DIVITA E LAVORO SALUTARI

PER POTENZIARE LE
CAPACITA' DI DIFESA E
RESISTENZA INDIVIDUALI

PER PROMUOVERE
INTERVENTI DI POLITICHE
SOCIALI ED ECONOMICHE

FINALITA' DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Come si persegue la promozione della salute?



Empowerment Azione sociale in cui le persone – le organizzazioni – le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite		
Empowerment individuale: * Convinzione soggettiva * Consapevolezza critica * Partecipazione	Empowerment organizzativo Processi e strutture che aumentano la partecipazione	Empowerment di comunità Azioni collettive per migliorare la qualità di vita e costruire «comunità competenti»

Nina Wallerstein ha proposto la seguente definizione di Empowerment: “È un processo dell’azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenze sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l’equità e la qualità di vita”. (HeN-WHO, 2006)

processo multidimensionale che aiuta le persone a sentirsi in controllo della propria vita = maggior stima di sé e un maggior senso di autodeterminazione

tutte le persone sono dotate di risorse e devono essere valorizzate

empowerment organizzativo è una “forma” di empowerment che si applica alle risorse dell’azienda = implica l’esistenza di una cultura organizzativa che punta a mettere le persone nelle condizioni di svolgere il proprio lavoro al meglio delle proprie possibilità, accrescendone l’autostima, il senso di autoefficacia e di autodeterminazione

PREVENZIONE

La prevenzione è un insieme di attività, azioni ed interventi attuati con il fine prioritario di promuovere e conservare lo stato di salute ed evitare l'insorgenza di malattie.

Istituto Superiore di Sanità
(ISS)

PREVENZIONE PRIMARIA



VACCINAZIONI

PREVENZIONE SECONDARIA



SCREENING

PREVENZIONE TERZIARIA



LIMITARE I DANNI

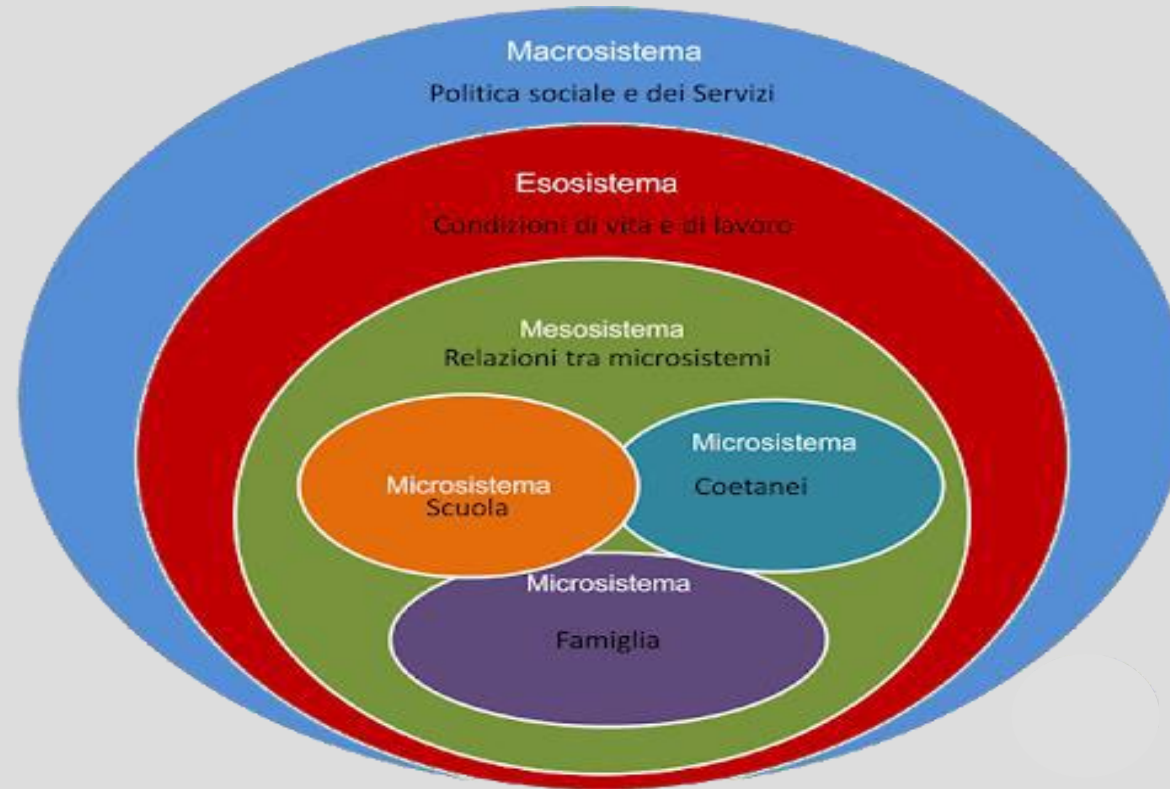
Azione di variabili inerenti il contesto sociale-culturale e la sua organizzazione

L'Individuo è un sistema complesso composto da una molteplicità di parti che nella sua stessa organizzazione racchiude l'insieme dell'organizzazione degli eventi e della relazione tra le parti

L'individuo e l'ambiente sono sistemi che si influenzano e si modellano mutuamente

I cambiamenti dell'uno sono in risposta ai cambiamenti dell'altro

I livelli di Bronfenbrenner



la crescita di un individuo non avviene in isolamento, ma è il risultato dell'interazione dinamica tra il **soggetto** e i **molteplici sistemi ambientali** che lo circondano.

Quali sono gli indicatori chiave di Healthy Days

Quali sono gli indicatori chiave degli Healthy Days

1. Percentuale di persone che giudicano il proprio stato di salute buono o molto buono
2. Percentuale di persone che giudicano il proprio stato di salute cattivo o molto cattivo
3. Media dei giorni in cui la persona non è stata bene dal punto di vista fisico
4. Media dei giorni in cui la persona non è stata bene dal punto di vista mentale
5. Media dei giorni non in salute (ottenuta sommando i giorni cattivi dal punto di vista fisico con quelli cattivi dal punto di vista mentale, con un tetto massimo di 30 per persona), in cui la persona non è stata bene dal punto di vista fisico o mentale
6. Media dei giorni con limitazioni nelle attività della vita quotidiana
7. Media dei giorni in salute (ottenuto sottraendo i giorni non in salute a 30), in cui la persona non è stata bene dal punto di vista fisico o mentale
8. Percentuale di persone che dichiarano di non essere state bene dal punto di vista fisico, per 14 giorni o più, negli ultimi 30 giorni
9. Percentuale di persone che dichiarano di non essere state bene dal punto di vista mentale, per 14 giorni o più, negli ultimi 30 giorni (Frequent Mental Distress)
10. Percentuale di persone che dichiarano di aver avuto limitazioni di attività per 14 giorni o più, negli ultimi 30 giorni



Sorveglianza PASSI



Diversamente da altre scale di misura della qualità della vita, l'output del set *Healthy Days* non è ottenuto con complicati sistemi di punteggio. Gli unici punteggi complessivi sono: l'indice dei "giorni non in salute" e l'indice dei "giorni in salute", una misura positiva preferibile in alcuni contesti.

Così, le persone interessate a queste misure (pianificatori, amministratori, politici) possono comprenderle immediatamente. I dati, di solito, sono aggregati a livello di popolazione con medie e percentuali per identificare le differenze tra i gruppi e i cambiamenti nel tempo.

Riferendosi agli ultimi 30 giorni, questi indicatori si prestano bene a misurare cambiamenti nel tempo della qualità della vita, ed è quindi possibile individuare trend, andamenti stagionali e modifiche drammatiche, come quelle che per esempio possono verificarsi a seguito di disastri naturali.

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE

Per acquisire ulteriori informazioni utili per la programmazione di interventi di sanità pubblica, è stata poi elaborata una versione più ampia del modulo - 10 domande in più: Hrql-14

Queste domande indagano specifiche componenti della qualità della vita come:

- i sintomi avvertiti nei giorni di non completo benessere → dolore, depressione, ansia, mancanza di sonno e vitalità
- aspetti dello stato funzionale → come la presenza, la causa principale e la durata di limitazioni nelle normali attività quotidiane, → il bisogno di aiuto per compiere attività connesse alla cura di sé

Leggi sul sito dei Cdc il [set completo delle misure Healthy Days](#) - denominato CdC Hrql-14



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

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 XX 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 familiari
- * Riduzione rete parentale
- * Cambiamento tipologia lavoro - precarietà

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




- ❑ **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

PERSONA CON MALATTIA CRONICA

- ✓ Gestione a lungo termine e aumento della domanda di cura e assistenza
- ✓ No lunga ospedalizzazione per la gestione della malattia
- ✓ Necessità di collegare la persona all'organizzazione sanitaria  che facilita la comunicazione
- ✓ Garantire una buona quotidianità → sul controllo dei sintomi, bassi effetti collaterali delle terapie, inclusione sociale
- ✓ Mantenere una buona tenuta emotiva e psicologica



- ▶ 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)

APPROCCIO ALLE MALATTIE CRONICHE



IL PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ – PNC

- a. E' un'iniziativa promossa dal Governo Italiano per affrontare il crescente impatto delle malattie crónico-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**



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

PATOLOGIE

Malattie renali croniche (MRC) e insufficienza renale cronica (IRC)

Malattie reumatiche croniche: artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva

Malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn

Malattie cardiovascolari croniche: insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco)

Malattie neurodegenerative: malattia di Parkinson e parkinsonismi

Malattie respiratorie croniche: BPCO e insufficienza respiratoria cronica (IRC)

Insufficienza respiratoria in età evolutiva

Asma in età evolutiva

Malattie endocrine in età evolutiva

Malattie renali croniche (MRC) in età evolutiva

INDICATORI DI MONITORAGGIO

- % 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
- % di popolazione diagnosticata precocemente (secondo quanto previsto dalle linee guida)
- % di professionisti coinvolti in un PDTA
- % di soggetti con diagnosi entro 6 mesi dalla comparsa della sintomatologia
- % di studi sui modelli di integrazione sociale e transizione in ambito pediatrico
- % di soggetti in assistenza domiciliare
- % di soggetti seguiti a domicilio e in teleassistenza
- % 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
- % 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
- Numero di ricoveri/giornate di degenza/assistito
- Numero di riacutizzazioni respiratorie: assistito/anno
- % di soggetti curati al proprio domicilio
- Numero di ricoveri/giornate di degenza/assistito
- Numero di riacutizzazioni: assistito/anno
- % di soggetti con asma grave curati al proprio domicilio
- Numero di soggetti in assistenza domiciliare
- Numero di ricoveri per complicanze
- Numero di corsi di formazione sulle patologie endocrinologiche
- Numero di riacutizzazioni: assistito/anno
- % 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

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

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, 2018).

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)*

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

**Linee guida per la predisposizione
del Piano di Zona (PDZ)**

Con riferimento alle diverse aree di intervento si confermano gli obiettivi e gli indirizzi già presenti nei diversi atti di programmazione che la Regione ha emanato negli ultimi anni.

AREA MINORI E FAMIGLIA (LR 49/93; LR 17/00; LR 20/04, art. 21; DGR 1891/02, allegato C, scheda 3, obiettivo 2; DGR 399/04, cap. 3.3)

AREA DISABILITA' (LR 17/94; LR 41/96; DGR 1507/97; DGR 655/99; DGR 399/04; DGR 2831/02; DGR 4194/02)

AREA ANZIANI (LR 26/96; LR 10/98; LR 3/02 (art. 5, c. 30); LR 19/04 (art. 3, c. 4); LR 24/04; DGR 688/99; DGR 1891/02; D.P.Reg. 0126/02; D.P.Reg. 0302/02; D.P.Reg. 034/03

AREA DIPENDENZE (LR 57/82; DGR 4021/99; DGR 3178/02)

AREA DISAGIO E MARGINALITA' SOCIALE (LR 33/88, art.22, comma 4; DGR 1891/02; LR 1/04, art. 3, comma 1):

Legge regionale 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.

TESTOVIGENTE dal 14/05/2024

1. Il Piano di zona (PDZ) è lo strumento fondamentale per la definizione del **sistema integrato degli interventi e servizi sociali del territorio di competenza dei Comuni associati negli ambiti territoriali**. Il PDZ costituisce inoltre mezzo di partecipazione degli attori sociali al sistema integrato.
2. Il PDZ è definito in coerenza con la programmazione regionale ed è **coordinato con la programmazione locale in materia sanitaria, educativa, formativa, del lavoro, culturale, abitativa e dei trasporti e nelle altre materie afferenti alle politiche sociali**.
3. **Il PDZ** è informato ai principi di responsabilità, solidarietà e sussidiarietà e **deve garantire un sistema efficace, efficiente, capace di produrre promozione, prevenzione, cura, tutela e inclusione sociale**, anche attraverso il coinvolgimento delle risorse locali di solidarietà e di auto-mutuo aiuto.

4. Il PDZ definisce in particolare:

- a) l'analisi del bisogno;
- b) gli obiettivi di sviluppo, tutela e inclusione sociale e i relativi indicatori di verifica;
- c) gli obiettivi di sistema dei servizi e le priorità di intervento;
- d) le modalità organizzative dei servizi;
- e) le attività di tipo integrato previste dagli articoli 55, 56 e 57;
- f) le risorse necessarie a realizzare il sistema integrato degli interventi e servizi sociali locali e le quote rispettivamente a carico dell'Ente del Servizio sanitario regionale territorialmente competente e dei Comuni necessarie per l'integrazione sociosanitaria;
- g) le modalità di coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali;
- h) le modalità di collaborazione tra servizi e soggetti impegnati nelle diverse forme di solidarietà sociale;
- i) le forme di concertazione con l'Ente del Servizio sanitario regionale territorialmente competente, per garantire la cooperazione nell'ambito delle aree ad alta integrazione sociosanitaria;
- j) le forme e gli strumenti comunicativi per favorire la conoscenza e la valutazione partecipata dei cittadini in merito alle attività, alle prestazioni e ai servizi disponibili, compresa la redazione, da parte degli enti e organismi gestori, del bilancio sociale

5. Il PDZ può prevedere progetti di comunità riguardanti azioni e attività di prevenzione sociosanitaria e di promozione di adeguati stili di vita, diretti a gruppi a rischio sociale o sanitario, nonché a fasce di popolazione interessate da problematiche connesse ai cicli vitali dell'individuo e della famiglia.

6. Il PDZ è definito dai Comuni associati di cui al comma 1, con il concorso dell'Ente del Servizio sanitario regionale territorialmente competente, delle Aziende pubbliche di servizi alla persona, e di tutti i soggetti di cui all' articolo 1, comma 4, della legge 328/2000 attivi nella programmazione, nell'organizzazione e nella gestione del sistema integrato a livello locale. In particolare è assicurato il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore di cui all' articolo 4 del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106), nonché delle organizzazioni dei cittadini e delle loro associazioni.

7. Il PDZ è approvato con accordo di programma, promosso dal Presidente dell'Assemblea dei sindaci del Servizio sociale dei Comuni e sottoscritto dallo stesso, dai sindaci dei Comuni dell'ambito territoriale di pertinenza e, in materia di integrazione sociosanitaria, dal Direttore generale dell'Ente del Servizio sanitario regionale territorialmente competente. È sottoscritto altresì dai Presidenti delle Aziende pubbliche di servizi alla persona e dai soggetti di cui all' articolo 1, comma 4, della legge 328/2000, i quali partecipano alla conferenza finalizzata alla stipulazione dell'accordo di programma e concorrono all'attuazione degli obiettivi del PDZ con risorse proprie.

TERZO SETTORE

insieme di enti privati non profit che operano per finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, svolgendo attività di interesse generale

Esempi di enti del Terzo settore:

- Organizzazioni di volontariato (ODV)
- Associazioni di promozione sociale (APS)
- Imprese sociali (incluse le cooperative sociali)
- Enti filantropici
- Società di mutuo soccorso
- Associazioni sportive dilettantistiche
- Organizzazioni non governative (ONG)

GLI ATTORI DEL PIANO DI ZONA



DEFINIZIONE DI SERVIZIO SOCIALE

SECONDO IL D. LGS. 112/98 – ART. 128

«il complesso delle attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi gratuiti e a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia»

Il sistema sociale **PLANIFICA** alla pari del sistema sanitario

Il sistema sociale **GARANTISCE** alcuni diritti sociali → LEP sociali o LIVEAS

Il sistema sanitario **GARANTISCE** alcuni diritti essenziali → LEA

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Il sistema sociale **PIANIFICA** alla pari del sistema sanitario

Il sistema sociale **GARANTISCE** alcuni diritti sociali → LEP sociali o LIVEAS

Il sistema sanitario **GARANTISCE** alcuni diritti essenziali → LEA

LEPS (Livello Essenziale delle Prestazioni Sociali) –

Ambiti territoriali Sociali

La L. 234/2021 articolo 1 comma 170 (finanziaria 2022) ha approvato sei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) prioritari e uno di questi è costituito dai “Servizi sociali per le dimissioni protette”.

Il «Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023» definisce le **dimissioni protette** come: «un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o simile ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale.»

Il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024 (DPCM 3/10/2022) testualmente afferma che si devono considerare LEPS:

- a.1 l'assistenza domiciliare sociale;
- a.2 assistenza sociale integrata con i servizi sanitari;
- a.3 soluzioni abitative, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione;
- a.4 adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona”; ...

In tale quadro il LEPS deve garantire:

l'assistenza domiciliare sociale: Interventi di supporto alla persona nella gestione della vita quotidiana e/o con esigenza di tutela, al fine di garantire il recupero/mantenimento dell'autosufficienza residua, per consentire la permanenza al domicilio il più a lungo possibile e ritardando un eventuale ricorso alla istituzionalizzazione, attraverso un sostegno diretto nell'ambiente domestico e nel rapporto con l'esterno.

l'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria. La formulazione del Piano nazionale non autosufficienza 2022-2024 non è abbastanza esplicita ma il punto evidenzia la necessità di integrare l'assistenza domiciliare sociale con quella sanitaria al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale.

soluzioni abitative...;

adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza”. Il telesoccorso è costituito da un'installazione di un terminale sul telefono di casa, che mette in collegamento la persona 24 ore su 24 con una centrale operativa in grado di attivare un intervento immediato in situazioni di necessità. È necessario che il gestore metta a disposizione personale presente 24 ore su 24 presso la sede della centrale operativa, in grado sia di ricevere le telefonate ed attivare gli opportuni interventi sia di effettuare telefonate “monitoraggio” ai soggetti in carico.

LEA

Dimissioni protette da LEA a LEPS... il telesoccorso

LEPS

- Legge regionale 26 luglio 1996, n°26 (Disciplina del servizio di telesoccorso- tutt'ora vigente), art 4 prevede che il servizio afferisca al complesso delle attività integrate rivolte agli anziani di competenza del Distretto [...]
- Legge regionale 19 maggio 1998, n. 10 (Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all'articolo 15 della legge regionale 37/1995 in materia di procedure per interventi sanitari e socio-assistenziali), che agli articoli 23 e 31 individua il telesoccorso-telecontrollo tra le forme di intervento in cui si esprime il sistema dei servizi sociosanitari integrati a favore delle persone anziane [...]
- Delibera della Giunta Regionale n. 1265/2024, che determina il numero e la ripartizione delle utenze per Azienda [...]
- Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023, cap 2, modalità operative di accesso, pag n°62 Telesoccorso: Installazione di un terminale sul telefono di casa, che mette in collegamento la persona 24 ore su 24 con una centrale operativa in grado di attivare un intervento immediato in situazioni di necessità. È necessario che il gestore metta a disposizione personale presente 24 ore su 24 presso la sede della centrale operativa, in grado sia di ricevere le telefonate ed attivare gli 3 opportuni interventi sia di effettuare telefonate "monitoraggio" ai soggetti in carico [...]
- Legge di bilancio 2022, art 1 c. 159 recita che fermo restando quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017[...] i servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane, sono erogati dagli ATS, [...] compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza [...]
- il Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022 – 2024 prevede, alle voci "assistenza domiciliare sociale" e "assistenza sociale integrata con i servizi sanitari" e ai contenuti "servizi di telesoccorso e teleassistenza" quali obiettivi del percorso assistenziale integrato:
- 2022 la costituzione del sistema unitario dei punti di accesso nell'ambito territoriale sociale e nell'ambito territoriale sanitario; Il protocollo operativo di funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.
- 2023 strumenti unitari per la valutazione preliminare condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Accordo di programma di funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.
- 2024 l'adozione di "Strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. protocolli operativi di funzionamento dell'Unità di valutazione multidimensionale comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.



sistema sociale e sanitario

home / aree tematiche / sistema sociale e sanitario / "sicuri a casa": servizi di teleassistenza domiciliare in fvg

SISTEMA SOCIALE E SANITARIO

SISTEMA SANITARIO

SISTEMA SOCIALE

SERVIZI

ASSISTENZA DOMICILIARE E RSA

> "Sicuri a casa": i servizi di teleassistenza
e telesoccorso domiciliare

TARiffe E RIMBORSI

ASSISTENZA SANITARIA ALL'ESTERO

PROGETTI EUROPEI

ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE

ASSISTENZA FARMACEUTICA

AREA OPERATORI



ASSISTENZA DOMICILIARE E RSA

"SICURI A CASA": I SERVIZI DI TELEASSISTENZA E TELESOCORSO DOMICILIARE

*Sono servizi della Regione rivolti alle persone anziane o fragili
che desiderano essere seguite e protette restando a casa
propria.*

INDICE DEI CONTENUTI

- > Teleassistenza
- > Telesoccorso
- > Telecompagnia
- > Custodia chiavi
- > Agenda farmaci
- > Consegna farmaci

CONTATTI

Servizio programmazione e sviluppo
dei servizi sociali e dell'integrazione e
assistenza sociosanitaria

Arianna Andreiasic

indirizzo

TRIESTE - Via Cassa Di Risparmio, 10

telefono

0403775532

e-mail

arianna.andreiasic@regione.fvg.it

posta certificata

salute@certregione.fvg.it

normativa

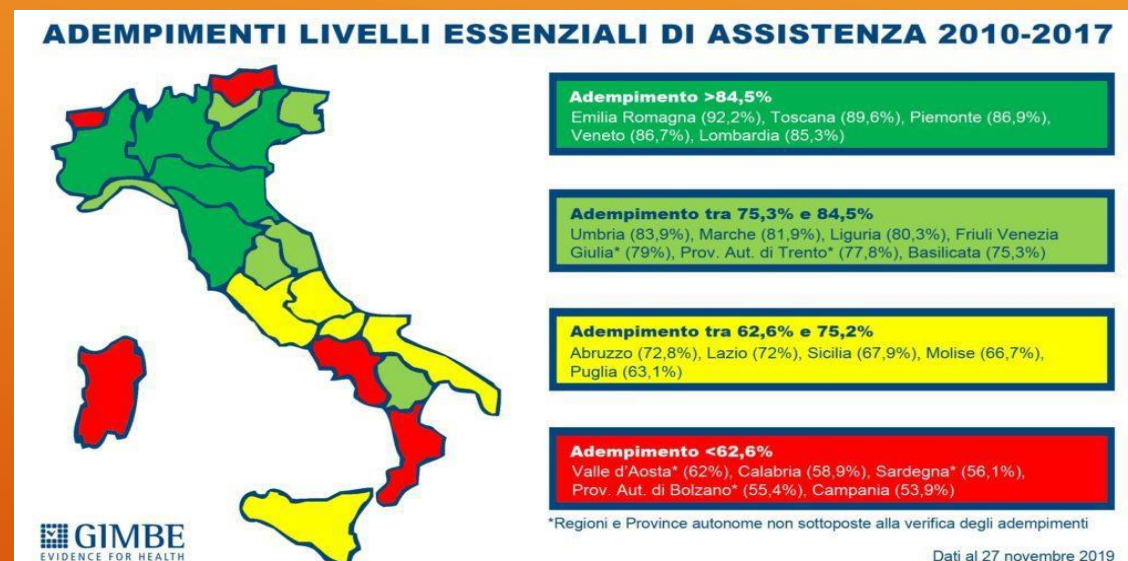
PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2020 - 2025

- sostenere l'interazione organizzativa, funzionale, operativa di tutte le risorse interne ed esterne al sistema sanitario, a partire dal Dipartimento di prevenzione
- rafforzare il sistema di monitoraggio e valutazione dei processi e dei risultati

Il PNP 2020-2025 si propone, inoltre, di guidare e accelerare il processo di attuazione del LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017)

Il DPCM individua tre grandi Livelli:

- 1) *Prevenzione collettiva e sanità pubblica*
- 2) *Assistenza distrettuale*
- 3) *Assistenza ospedaliera*



LEA (Livello Essenziale di Assistenza)

L'Art. 22 del DPCM 12.1.2017 che disciplina i LEA declina le funzioni e i livelli di **assistenza domiciliare**. L'Azienda sanitaria accerta il bisogno clinico, funzionale e sociale del paziente attraverso:

1. Idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona.
2. La definizione del Progetto di assistenza individuale» (PAI) sociosanitario integrato.

In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, il LEA si articola nei seguenti livelli:

1. Cure domiciliari di livello base;
2. Cure domiciliari integrate (ADI) di I livello;
3. Cure domiciliari integrate (ADI) di II livello;
4. Cure domiciliari integrate (ADI) di III livello;

erogate interamente a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN) per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera e per una quota pari al 50% dei costi relativi all'aiuto infermieristico e all'assistenza tutelare professionale nei giorni successivi.

a) livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello basesono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA (I)) inferiore a 0,14.

b) cure domiciliari integrate (ADI) di I^a livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo o medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso ... richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI).

c) cure domiciliari integrate (ADI) di II^a livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso....richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI)

d) cure domiciliari integrate (ADI) di III^a livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativopersone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver.....richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI)

Coefficiente di intensità assistenziale

un indicatore che sostanzialmente misura la frequenza degli accessi nel periodo di presa in carico

Il CIA si ottiene dal **rapporto** tra numero di Giornate Effettive di Assistenza (GEA) e numero di Giornate di Cura (GdC), ovvero **tra il numero di giornate in cui viene eseguito almeno un accesso al domicilio e il numero totale di giornate di presa in carico**

COME PRENDERE IN CARICO LE PERSONE AFFETTE DA MALATTIE CRONICO DEGENERATIVE?



MODELLI CHE CARATTERIZZANO LE CURE DI COMUNITÀ

MODELLO CONCETTUALE

- Struttura teorica composta da concetti e relazioni
- Per aiutare a spiegare, prevedere un fenomeno o un campo di studio

MODELLO PROFESSIONALE

- Insieme di linee guida, competenze e valori etici e standard pratici che definiscono l'identità dei professionisti sanitari
- Serve per orientare la formazione, la pratica clinica e la ricerca

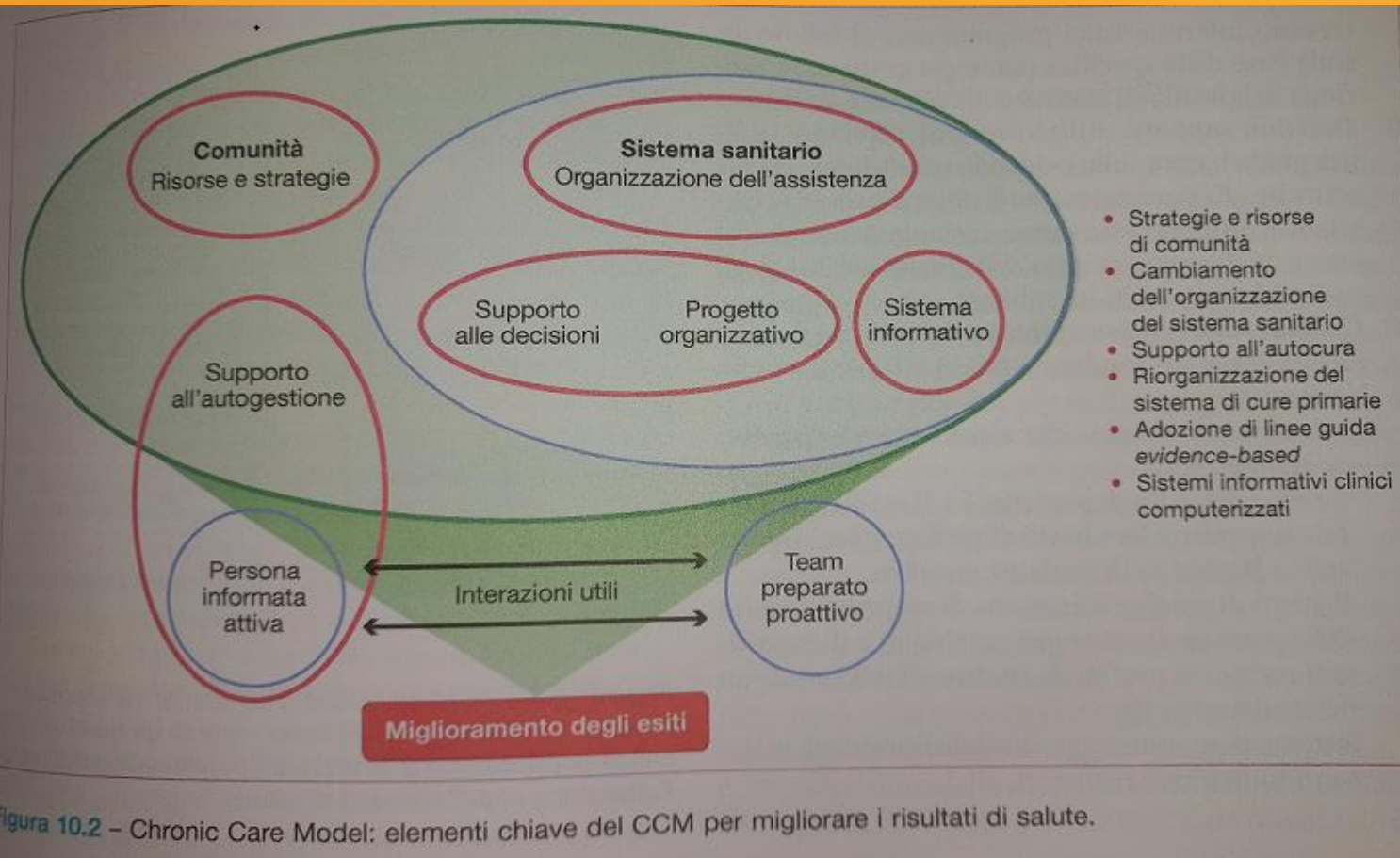
MODELLO ORGANIZZATIVO

- Insieme di pratiche, procedure e politiche che determinano come vengono erogati i servizi sanitari
- Include la strutturazione dell'assistenza, la gestione delle risorse, l'organizzazione del personale e l'impiego della tecnologia
- Il modello guida il funzionamento delle strutture sanitarie → efficienza – qualità delle cure

MODELLI ORGANIZZATIVI

CHRONIC CARE MODEL - — *prof. Wagner e colleghi*

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



La cura delle malattie croniche ha bisogno di un'azione sistemica e coordinata con coinvolgimento degli stakeholder

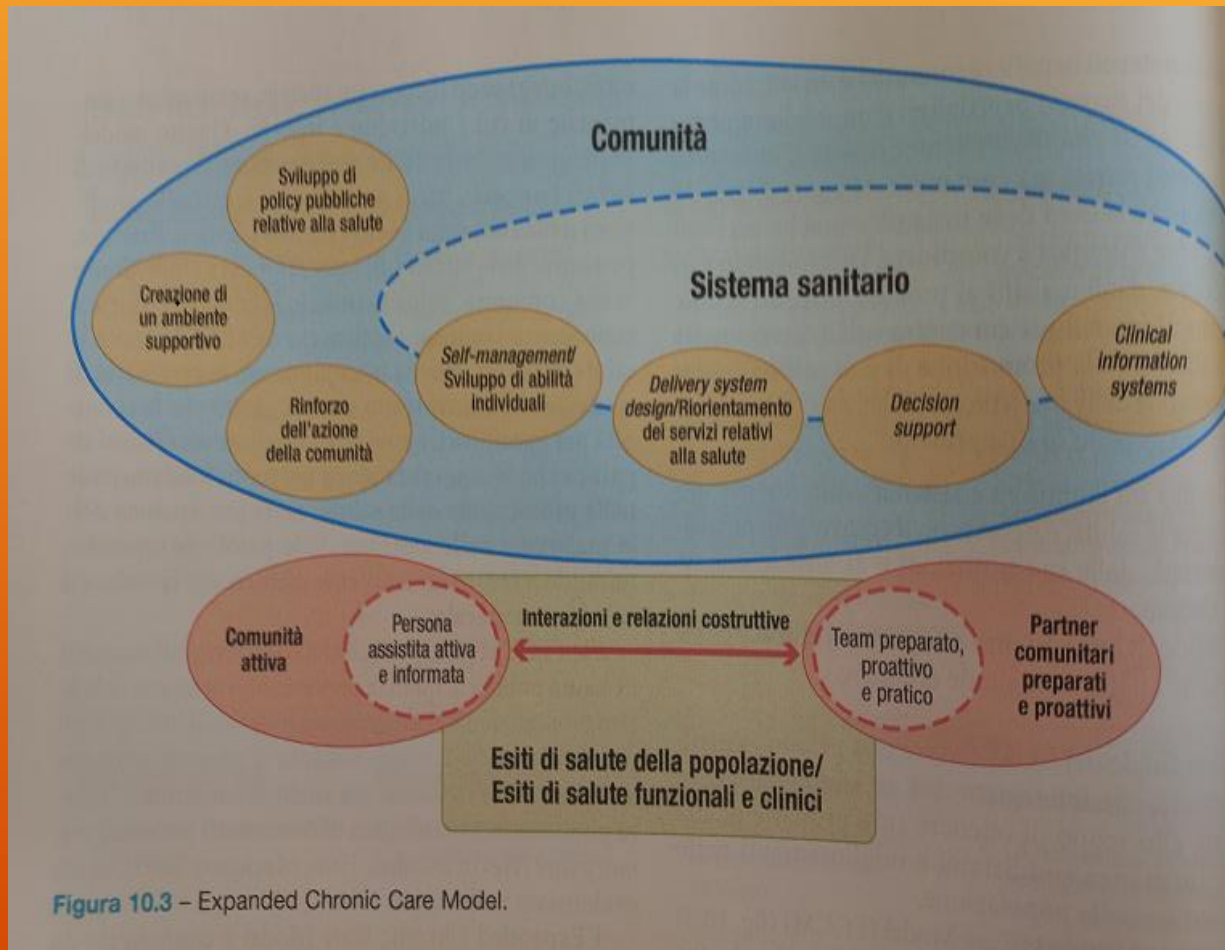
Due principi:

- Alleanza tra comunità e sistema sanitario
- Sviluppo di un'assistenza efficiente ed efficace



PERSONA INFORMATA CHE
INTERAGISCE CON UN TEAM
PREPARATO E PROATTIVO

EXPANDED CHRONIC CARE MODEL



- Versione avanzata del modello originale
- Ha in sé una comprensione approfondita dei Determinanti sociali della salute
- Integra il contesto sociale, economico e ambientale in cui l'individuo è inserito
- Approccio del modello con un sistema interconnesso tra comunità e soggetto
- Gli outcome verso le persone, comunità e intera popolazione



PREVENZIONE PRIMARIA COLLETTIVA
DETERMINANTI DI SALUTE

MODELLO ORGANIZZATIVO A RETE

Impostato su COLLABORAZIONE TRA DIVERSI NODI → ospedali – cliniche e servizi di comunità
Flessibilità

I modelli a rete :

- ✓ Hanno la capacità di gestire processi specializzati e hanno la governance sui processi di cura
- ✓ Hanno reti di connessione tra le parti dell'organizzazione che sono sistemi vitali autoregolati
- ✓ I nodi o collegamenti, permettono una maggiore flessibilità e rapidità decisionale

Esempi di nodi sono:

- ☐ Infermieri di famiglia e di comunità
- ☐ Punto Unico di Accesso (PUA) o Punto Unico Integrato (PUI)



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

MODELLI PREDITTIVI E DI STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE

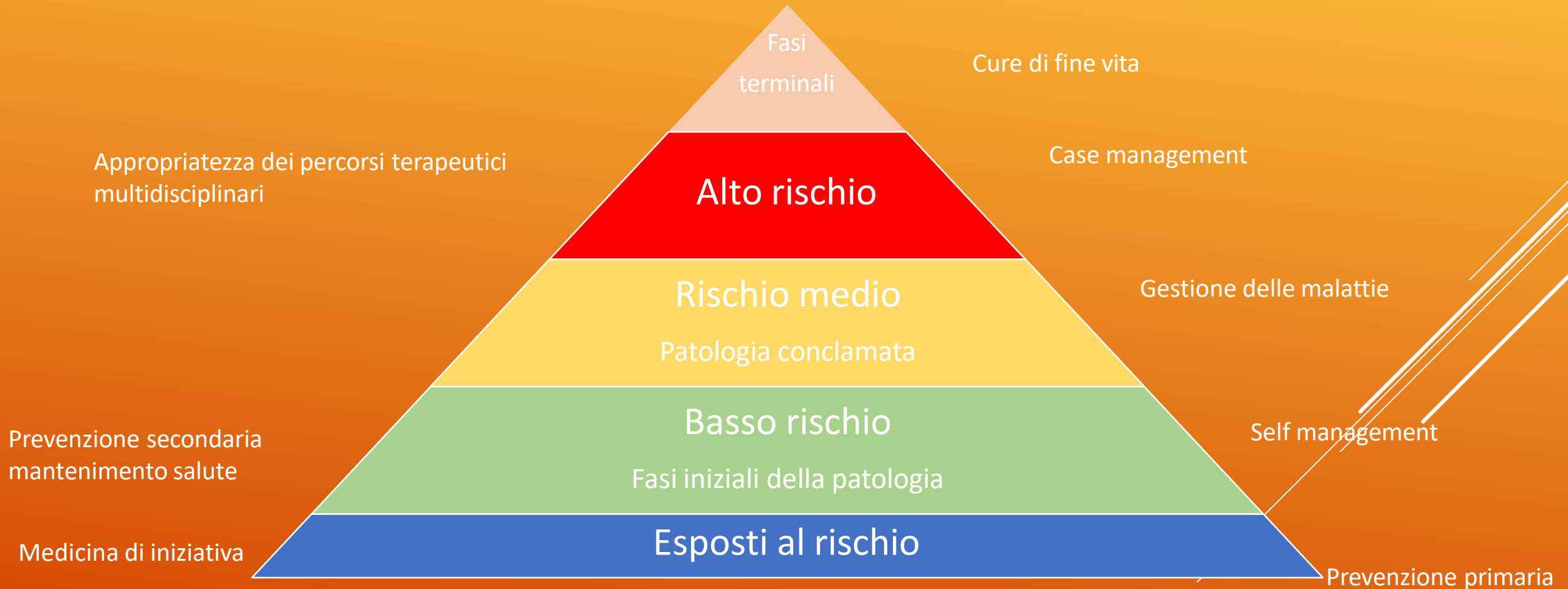
Si basano su algoritmi e tecniche di machine learning che analizzano grandi volumi di dati clinici e non clinici per identificare schemi e tendenze che possono indicare un rischio elevato di condizioni mediche o esiti avversi

Il modello Kaiser Permanente ha integrato il Chronic Care Model con un focus sulla stratificazione del rischio

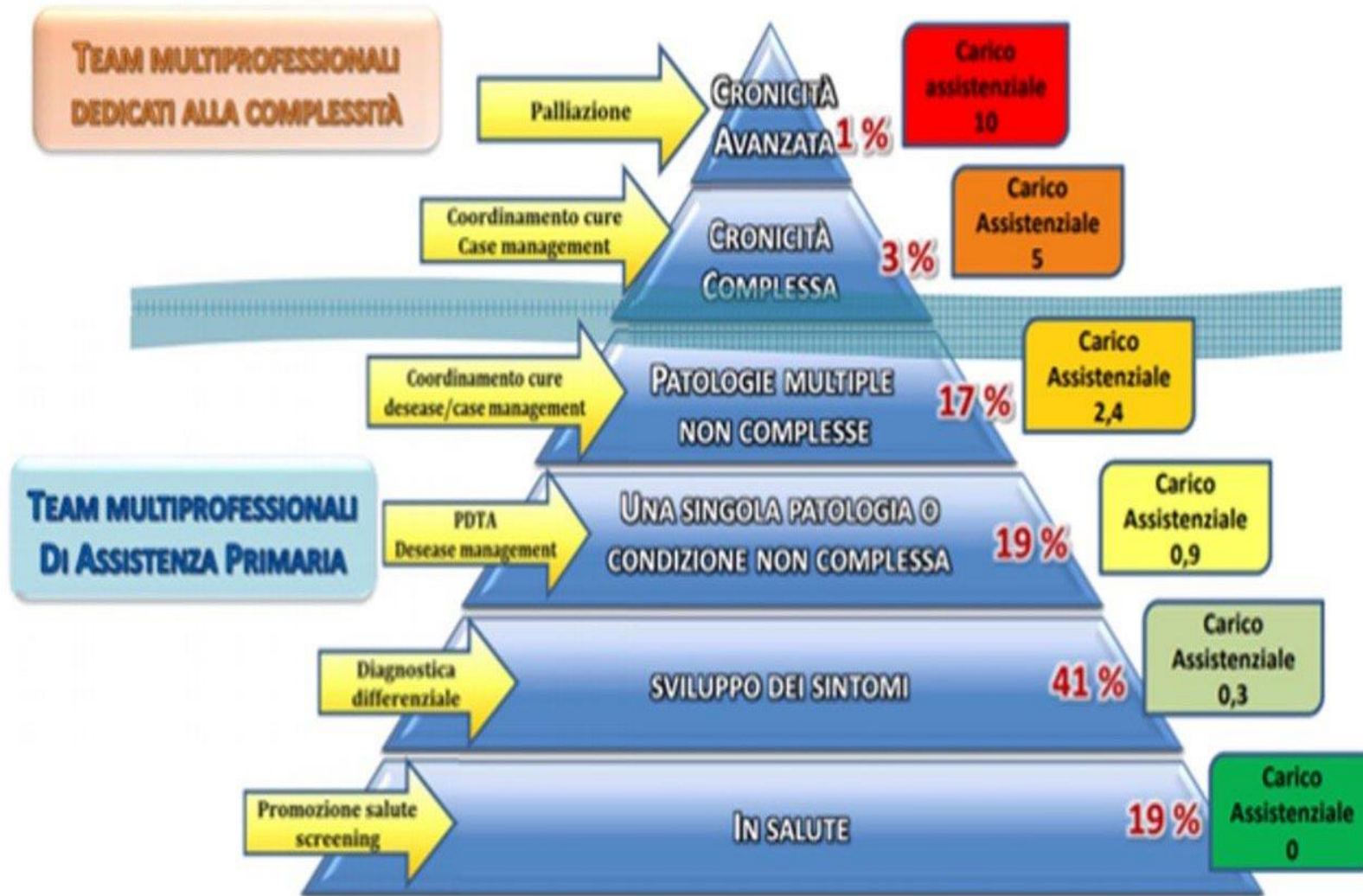
La stratificazione considera le combinazioni di diagnosi sia acute che croniche in un individuo → per allocare le risorse sanitarie in modo allineato ai bisogni di salute
→ promuove un cambio di approccio da «reattivo» a «proattivo»

ESEMPI NEL MONDO – 2

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



Adjusted Clinical Groups – gruppi omogenei per complessità assistenziale



ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER L'ASSISTENZA

Daniela Pendenza
Dottore in Scienze Biologiche e Magistrale in Biotecnologie Mediche
Università degli Studi dell'Aquila
Enrico Pendenza
Direttore Unità Operativa Complessa di Medicina Riabilitativa Ospedale
di Tagliacozzo (AQ)

Keywords:
malattie croniche, fragilità, modello bio-psico-sociale,
chronic care model, transitional care

Corresponding author:
Dott. Enrico Pendenza
Email: ependenza@libero.it

Contributions:
the author(s) made a substantial intellectual contribution,
read and approved the final version of the manuscript, and
agreed to be accountable for all aspects of the work.

Conflict of interest:
the author(s) declare no potential conflict of interest.

Ethics approval and consent to participate:
not applicable.

Patient consent for publication:
not applicable.

Funding:
none.

Availability of data and materials:
data and materials are available
from the corresponding author upon request.
Received: 28 May 2025
Accepted: 23 June 2025

IL CHRONIC CARE MODEL:
NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO DI INTEGRAZIONE
OSPEDALE-TERRITORIO PER PAZIENTI CRONICI

Gli elementi della transitional care potrebbero assicurare una migliore gestione del paziente in transizione, riducendone significativamente il rischio di un nuovo ricovero (Tab.3).

TAB. 3 TRANSITIONAL CARE: IL PERCORSO DEL PAZIENTE NELLA "TRANSIZIONE"		
INTERVENTI IN OSPEDALE	INTERVENTI DI "TRANSIZIONE"	INTERVENTI SUL TERRITORIO
Istruzioni sul self management	Consegne tra clinico ospedaliero e territoriale	Supporto telefonico
Istruzioni al caregiver	Cure primarie tempestive	Visite domiciliari
Riconciliazione terapeutica	Attivazione servizi assistenziali e sociali del territorio	Tele monitoraggio (dove necessario)
Determinazione delle necessità assistenziali	Gestione dei casi	Supporto psico- educazionale
Pianificazione follow-up	Riunioni team professionale	Rivalutazione necessità assistenziali

Gli obiettivi del modello di transitional care sono finalizzati a:

- a) supportare lo staff ospedaliero nel gestire il processo di dimissione nei tempi giusti;
- b) diminuire le riammissioni negli ospedali;
- c) garantire la continuità assistenziale;
- d) assicurare l'educazione degli assistiti-caregiver;
- e) promuovere la sicurezza nella continuità delle cure ⁽⁶⁾.

I TRE LIVELLI FONDAMENTALI DELL'ASSISTENZA SANITARIA

I LIVELLI SONO
INTERCONNESSI
TRA LORO



Il **primo livello** di contatto dei cittadini con il Sistema Sanitario

MMG – PLS – IFeC – altri prof. San
Coordinano l'assistenza con i servizi di cure secondarie e intermedie



Cure secondarie: per fare diagnosi e il trattamento di malattie complesse e sono fornite da specialisti

Cardiologi – oncologi – ortopedici ecc



Cure intermedie: tra le cure primarie e secondarie

Erogate in diversi setting: strutture residenziali per anziani – ospedale di comunità – centri diurni - RSA



OBIETTIVI:

- AIUTANO A RIDURRE I RICOVERI OSPEDALIERI
- MIGLIORANO LA QUALITÀ DI VITA
- GARANTIRE UN'ASSISTENZA PERSONALIZZATA E COORDINATA

DECRETO BALDUZZI – D.L. 158/2012

«Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute» RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE (ART. 1)

Promozione della medicina territoriale → ruolo strategico alle cure primarie

Rafforzamento dell'assistenza sanitaria sul territorio:

multiprofessionale, multidisciplinare e multisettoriale
Offerta servizi sulle 12/24 h

Le regioni organizzano l'assistenza primaria secondo:

- ❑ modalità operative monoprofessionali = aggregazioni funzionali territoriali (AFT)
- ❑ forme organizzative multiprofessionali = unità complesse di cure primarie (UCCP) che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Ssn, degli infermieri, delle ostetriche, delle tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria

Visione del Decreto Balduzzi

	AFT AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI	UCCP UNITÀ COMPLESSE DELLE CURE PRIMARIE
Che cosa sono	aggregazioni funzionali di professionisti distinte per MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali	Gruppi di Medici convenzionati MMG, PLS, MCA, Specialisti e altri Professionisti sanitari convenzionati, con eventuali altri operatori per garantire i LEA , presa in carico dell'utente
Obiettivi	obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale e aziendale	Integrazione socio-sanitaria, medicina d'iniziativa , assistenza h. 24 die e 7 gg. su 7
Cosa fanno	<ul style="list-style-type: none"> • condividono GPC buone pratiche, peer review, ricerca... • monitoraggio e verifica obiettivi da parte del Distretto 	<ul style="list-style-type: none"> • erogano prestazioni sanitarie, nell'ambito dei LEA • sono attivate secondo i bisogni della pop., le caratteristiche oro-geografiche e demografiche
Dove operano	<ul style="list-style-type: none"> • nei propri studi e sono individuati in ambito infradistrettuale • adottano percorsi di integrazione con MCA e ospedale 	<ul style="list-style-type: none"> • in sede unica o con sede di riferimento, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale
Come vengono attivate	La Regione, con le OO.SS. individua le AFT entro 6 mesi, tenendo conto, per i MMG, di: pop. ≤ 30.000 ab. e almeno 20 medici	La Regione con le OO.SS. disciplinerà tutti gli aspetti: indennità, incentivi, dotazioni strumentali etc.

IL PRIMO LIVELLO



Il primo livello di contatto dei cittadini con il Sistema Sanitario

MMG – PLS – IFeC – altri prof. San

Coordinano l'assistenza con i servizi di cure secondarie e intermedie



MMG → RUOLO CENTRALE

COLLABORA CON
INFERMIERI –
FARMACISTI –
FISIOTERAPISTI



VISITE DOMICILIARI E
PROGRAMMI DI
MONITORAGGIO
TELEMEDICINA

Decreto Ministro della salute 77/2022

La definizione degli standard organizzativi, qualitativi e tecnologici dell'assistenza territoriale, costituisce la prima *milestone*, in qualità di Riforma, nell'ambito della Componente 1 Missione 6 del PNRR, ma anche il completamento della riforma dei servizi sanitari iniziata con il Regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui al [decreto 2 aprile 2015, n. 70](#).

Il Distretto.

Il documento ricorda che il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL). Come previsto dalla normativa vigente, l'articolazione in distretti della ASL è disciplinata dalla legge regionale, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione/provincia autonoma, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

Nel nuovo disegno dell'assistenza territoriale tracciato dall'Allegato 1 (come detto non prescrittivo), il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. Il Distretto è inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta. All'interno del Distretto possono essere presenti i Consultori familiari e le attività rivolte ai minori, ove esistenti, funzionalmente collegate con la Casa della Comunità *hub* (per le due tipologie di casa della Comunità *hub* e *spoke* si veda *infra*).

Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento.



IL DISTRETTO NELLE CURE PRIMARIE

STRUTTURA AZIENDALE DOTATA DI
AUTONOMIA TECNICO-GESTIONALE
ORGANIZZATIVA E CONTABILE



ATTIVITÀ DELLE PROFESSIONI SANITARIE È
SVOLTA IN **EQUIPE MULTIPROFESSIONALE**
CON LA FINALITÀ DI PRIVILEGIARE LA
CENTRALITÀ DELLA PERSONA IN
COORDINAMENTO CON LE ALTRE
PROFESSIONI SANITARIE

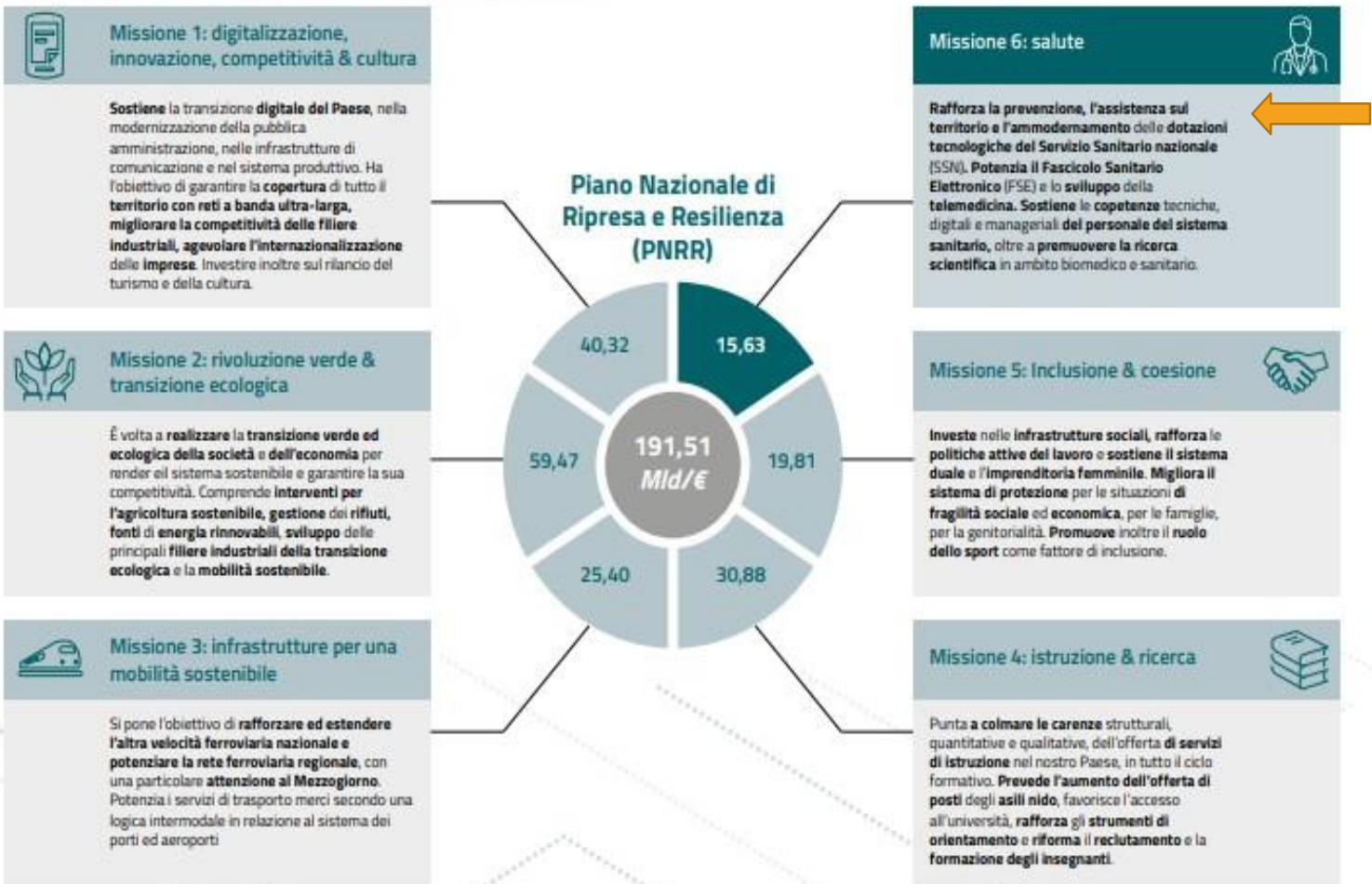


Il PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) è il piano italiano per accedere ai fondi europei del Next Generation EU e rilanciare l'economia dopo la pandemia di COVID-19. Il suo scopo è rendere l'Italia più sostenibile, digitale, equa e inclusiva attraverso una serie di riforme e investimenti ripartiti in sei missioni principali, che includono digitalizzazione, transizione ecologica, infrastrutture, istruzione e ricerca, inclusione e coesione, e salute

MISSIONE 6 - Salute



Le Missioni del PNRR. Fonte: Ministero della Salute



(miliardi di euro)

M6	Salute	PNRR (a)
M6C1	Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale	7,75
M6C2	Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio nazionale	7,88
Totale Missione 6		15,63

Articolazione Missione 6 "Salute" e risorse. rielaborazione su dati estratti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2021-2026

MISSIONE 6 "SALUTE"	RISORSE / MILIARDI EURO
M6C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	
Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima	
Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona	2
Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina	4
Investimento 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	1
TOT. M6C1	7

M6C2: INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

<i>M6C2.1 AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE</i>	7,36
Riforma 1: Riorganizzare la rete degli IRCCS	
Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	4,05
Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1,64
Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	1,67
<i>M6C2.2 FORMAZIONE, RICERCA SCIENTIFICA E TRASFERIMENTO TECNOLOGICO</i>	1,26
Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	0,52
Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	0,74
TOT. M6C2	8,63

Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona

Casa della Comunità: è lo strumento attraverso cui vengono coordinati tutti i servizi offerti, in particolare rivolti ai malati cronici. La Casa della Comunità è la struttura fisica in cui è presente il **punto unico di accesso** alle prestazioni sanitarie e il **team multidisciplinare** di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute in collegamento con gli assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale. L'investimento prevede l'attivazione di **1.350²⁸ Case della Comunità entro la metà del 2026**. Il costo complessivo dell'investimento è stimato in **2,00 miliardi di euro**. Entro il primo trimestre del 2022 è prevista la definizione di uno strumento di programmazione negoziata che vede il Ministero della Salute, anche attraverso i suoi Enti vigilati, come autorità responsabile per l'implementazione e il coinvolgimento delle amministrazioni regionali e di tutti gli altri enti interessati.

Investimento 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)

Ospedali di Comunità: L'investimento mira al potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tale struttura, di norma dotata di **20 posti letto** (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari (ad esempio, quelli al pronto

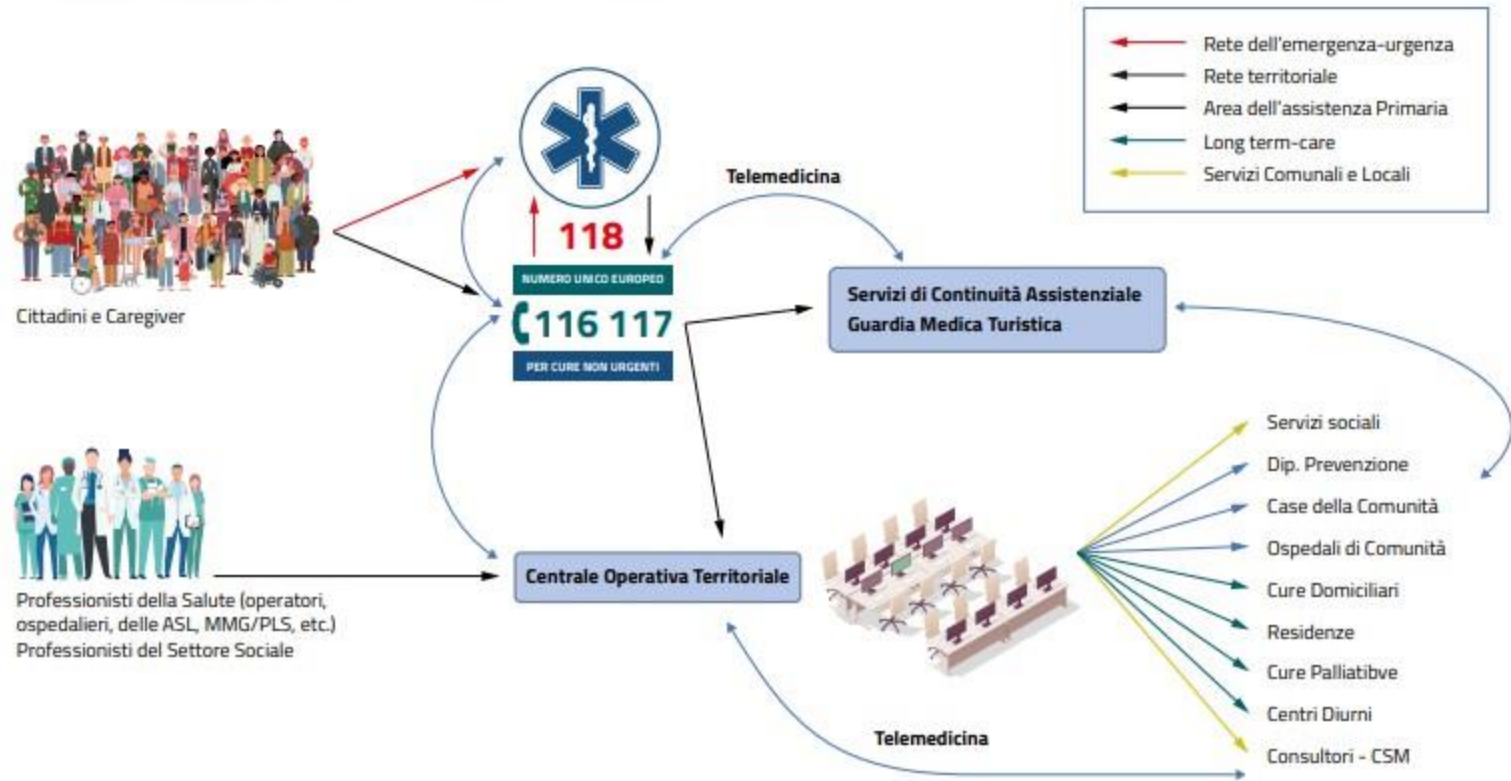
Casa come primo luogo di cura e telemedicina: L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a **prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni.**

L'investimento mira a:

- identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle **tecnologie digitali (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione)**
- realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un **sistema informativo in grado di rilevare dati clinici** in tempo reale.
- attivare **600³⁴ Centrali Operative Territoriali (COT)**, una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.
- utilizzare la **telemedicina** per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche.

Sistema Integrato COT – UVM - 116117

Centrale Operativa Territoriale – UVM – 116117



Il Transitional Care Model⁷⁴ è la funzione delle aziende sanitarie che programma e accompagna il paziente nell'attraversamento dei setting assistenziali con una particolare enfasi sulla rete delle cure intermedie e sociosanitarie.

La funzione di transitional care fa perno sull'utilizzo sistematico di **logiche e strumenti digitali** in tre dimensioni tra di loro complementari:

- l'accompagnamento dei pazienti e dei loro care giver lungo il processo di fruizione dei servizi dei nodi delle cure intermedie e ospedaliere del SSN, segnalando e accompagnando tappe, procedure, tempi e modi, ma anche raccogliendo feed back sia sulla salute, sia sulla qualità dei servizi percepita;
- il coordinamento tra i nodi delle cure intermedie, per programmare i volumi e le transizioni dei pazienti in una logica di raccordo dei dimensionamenti, con l'obiettivo di saturare in modo appropriato la capacità produttiva della rete e dei suoi singoli nodi erogativi;
- il supporto dei professionisti dei singoli setting, che ricevono e alimentano il materiale informativo sui singoli pazienti.

...ospedale (DRG)³⁴. Dopo la proposta nel nuovo millennio del Chronic Care Model^{35 36}, nel 2008 il modello DM è stato ridefinito Population Health Management (PHM), in modo da includere più condizioni e malattie croniche, utilizzando "un unico punto di contatto e coordinamento" e "modelli predittivi tra più condizioni cliniche" compresa "la gestione della terapia e la gestione delle condizioni di salute personali"³⁷.

Le **Centrali Operative Territoriali** assolvono funzioni distinte e specifiche dei distretti, seppur tra loro interdipendenti^{83 78} :

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di cure intermedie o dimissione domiciliare), allocando e prioritizzando le risorse per i pazienti più fragili; specifici sistemi operativi permette infatti alla COT di programmare l'uso di tutte le dotazioni dei servizi del territorio;
- funzione di case manager per i pazienti più fragili accompagnandoli e facilitandone il passaggio da un setting assistenziale all'altro (tracciamento e monitoraggio), sia in fase di downgrading, sia in fase di upgrading dell'intensità assistenziale fino al momento in cui possono tornare autonomamente a domicilio o essere assegnati alla presa in carico della cronicità da parte della Casa della Comunità o dei loro spoke;
- si coordinano e si integrano con la piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della cronicità (PIC) gestita operativamente dalle Case della Comunità, in modo da garantire i necessari raccordi up e down stream, con le cure e i servizi medici dedicati specificatamente alle patologie croniche, che complementano i setting di natura più sociosanitaria e di recupero funzionale (ADI, OdC o RSA), riabilitativi, lungodegenza e ospedalieri.
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFoC ecc.), riguardo alle attività e ai servizi distrettuali.
- monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno e di controllare l'esito dei processi assistenziali delle cure intermedie e socio-sanitarie alla luce degli obiettivi definiti nei PAI dei pazienti.

Le Dimissioni Protette rientrano nelle Missioni 5 e 6 del PNRR:

- M5C2.1- Investimento 1.1.3 Interventi per **rafforzare i servizi sociali a domicilio per garantire la dimissione anticipata e prevenire il ricovero in ospedale** prevede specifici “interventi per rafforzare i servizi sociali a domicilio per garantire la dimissione anticipata e prevenire il ricovero in ospedale”.
- Missione 6 Componente 1 dedica però alcuni interventi a sostegno delle dimissioni protette, seppur non in modo esclusivo. L’investimento 1.2 sulla “casa come primo luogo di cura e telemedicina” prevede **infatti il potenziamento dei servizi domiciliari** attraverso l’aumento del volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni.

Il processo della dimissione protetta, sia dal punto di vista sanitario che socio-assistenziale, è uno dei processi più delicati nella transizione ospedale-territorio nei quali il paziente, spesso anziano, fragile e multimorbido, in questo periodo vulnerabile ad elevato rischio di rericovero, necessita di particolari attenzioni ed una incisiva presa in carico multidisciplinare, multiprofessionale e multidimensionale.

Il paziente, una volta deospedalizzato, non deve essere più curato per la sua malattia acuta, ma preso in carico per la **globalità dei bisogni socio-sanitari cronici**.

- *Come definito dal DM 77 e in coerenza con i percorsi di integrazione sociosanitaria in essere (COT,PUA,CDC,IFOC...) l’auspicabile salto di qualità del modello assistenziale per questo delicato processo, può essere raggiunto solo attraverso una crescente interazione, collaborazione e sinergia tra le diverse funzioni e professionalità presenti nel territorio, quelle specificatamente cliniche e quelle socio-assistenziali.*
- *La piattaforma informatica modulare resa disponibile per l’attivazione delle COT può essere lo strumento per iniziare a costruire una organizzazione sociosanitaria integrata grazie alla quale il reparto di dimissione identifica i bisogni socio-sanitari del malato ed attiva la COT ed i referenti territoriali per una presa in carico precoce del paziente dopo la dimissione.*

Dizionario

comunità

/co 'mu 'ni tà/ sostantivo

femminile I.

Insieme di persone unite tra di loro da rapporti sociali, linguistici e morali, vincoli organizzativi, interessi e consuetudini comuni: la c. nazionale, cittadina; agire nell'interesse della c.; c. umana, la società degli uomini, il consorzio umano; c. di affetti, la famiglia.

2.

Il complesso degli organi sovranazionali istituiti tra i paesi europei per il conseguimento di vantaggi economici e politici, nonché per la realizzazione di un mercato unico di merci, servizi, capitali e lavoratori.

3.

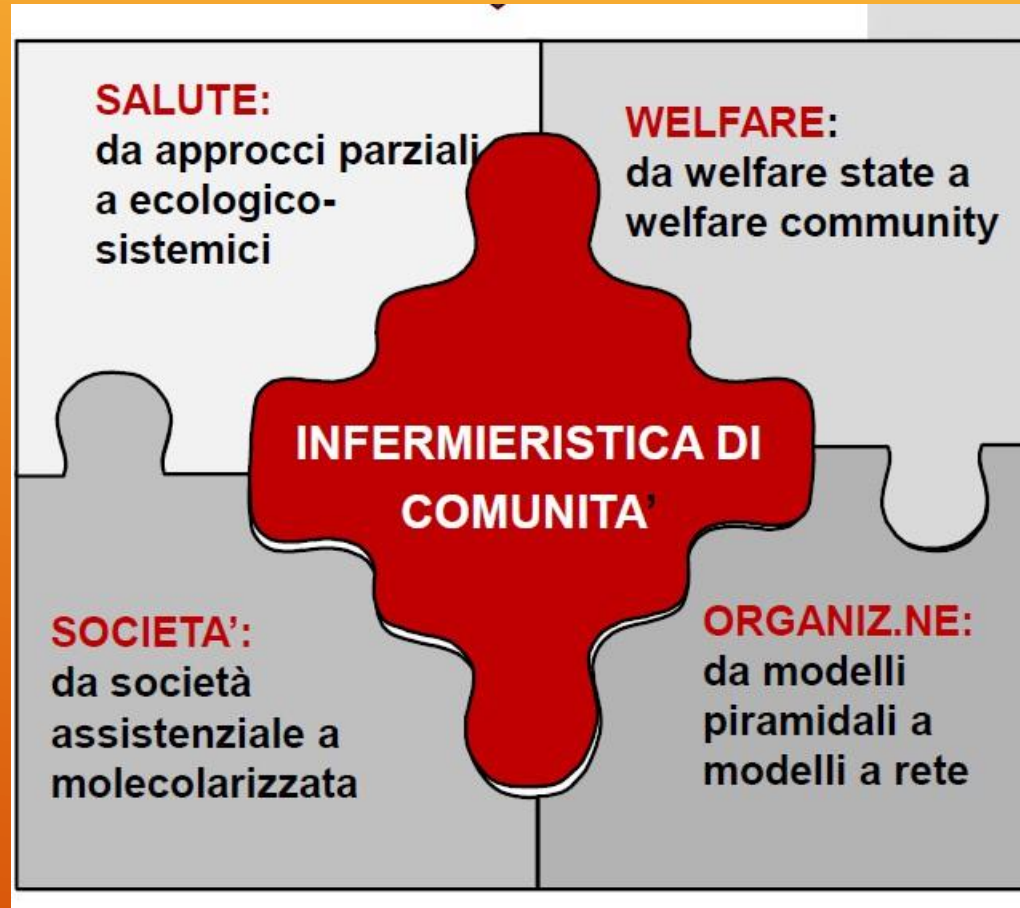
Insieme di persone che hanno comunione di vita sociale, condividono gli stessi comportamenti e interessi; collettività: fare gli interessi, il bene della comunità; c. nazionale, etnica; c. familiare, la famiglia;

comunità in Vocabolario – Treccani

La sociologia cerca di delineare con chiarezza il termine comunità, distinguendolo da quei termini che spesso le vengono associati come società, popolo, popolazione e cittadinanza

Nell'antropologia culturale il termine comunità viene poco utilizzato proprio per la sua complessità di interpretazione, e viene spesso sostituito con i termini popolazione o società MA sono diversi

NELLA VISIONE DELLA SALUTE DELLA COMUNITÀ



WELFARE STATE = sistema socio-politico-economico in cui lo Stato promuove la promozione della sicurezza e sociale

WELFARE COMMUNITY = sistema socio-politico-economico in cui la promozione è condivisa da più attori

CURE DI COMUNITÀ = reti di intervento in cui i soggetti primari e servizi organizzati si parlano e creano

LAVORO DI RETE = per promuovere – garantire – sostenere la comunità

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 sollievo 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.

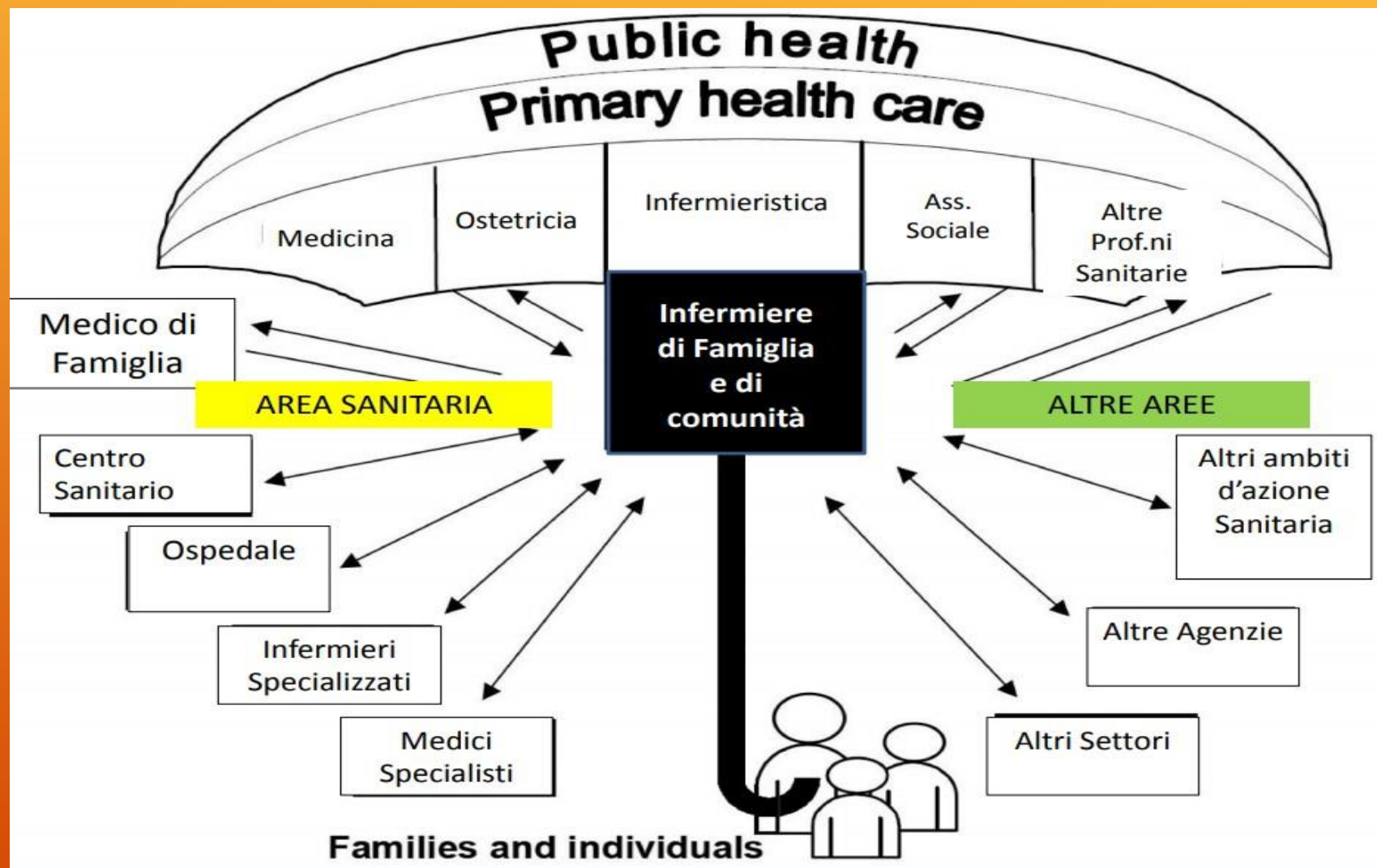
Servizi più specializzati dovrebbero essere offerti da un medico di famiglia che assieme all'infermiere, dovrebbe interagire con le strutture della comunità locale sui problemi di salute

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

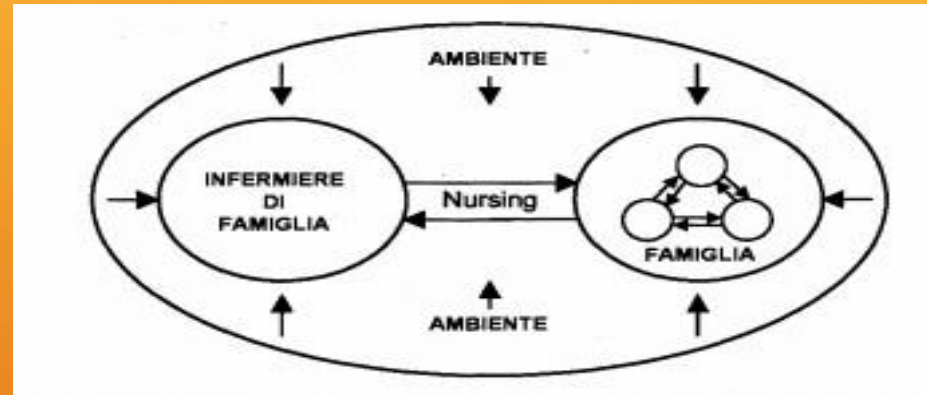
Tale approccio svilupperebbe la prevenzione delle malattie e delle lesioni e fornirebbe il **trattamento precoce** ed efficace **di tutte quelle persone che non necessitano di assistenza ospedaliera**

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?



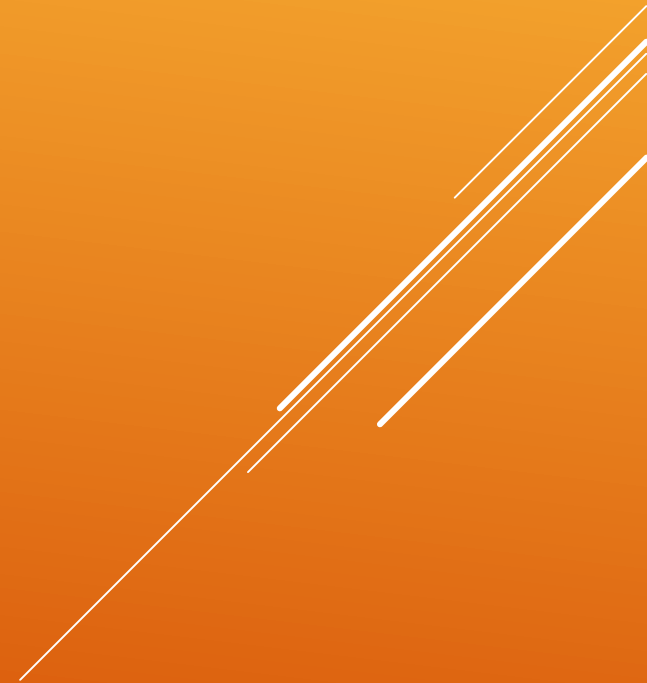
Fattore chiave



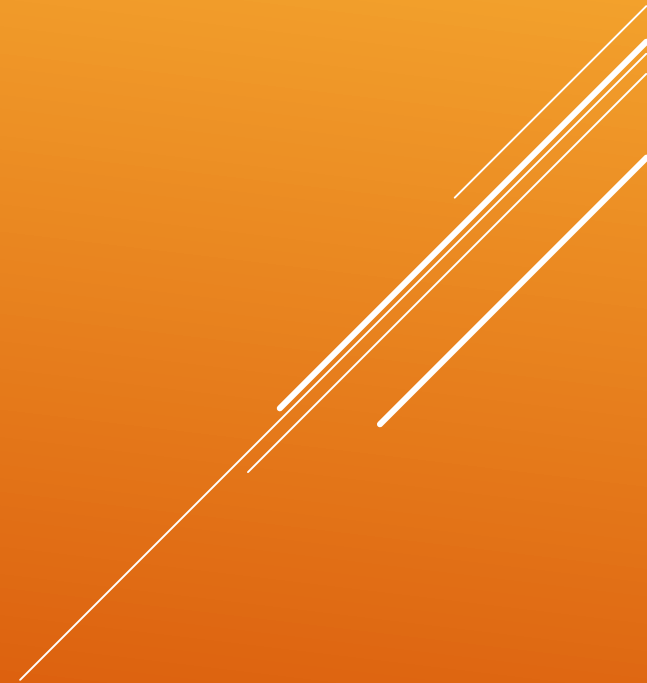
L'invecchiamento della popolazione



Aumento delle patologie croniche
Aumento delle richieste ai servizi sanitari e sociali
Solitudine → poca o nessuna rete di aiuti



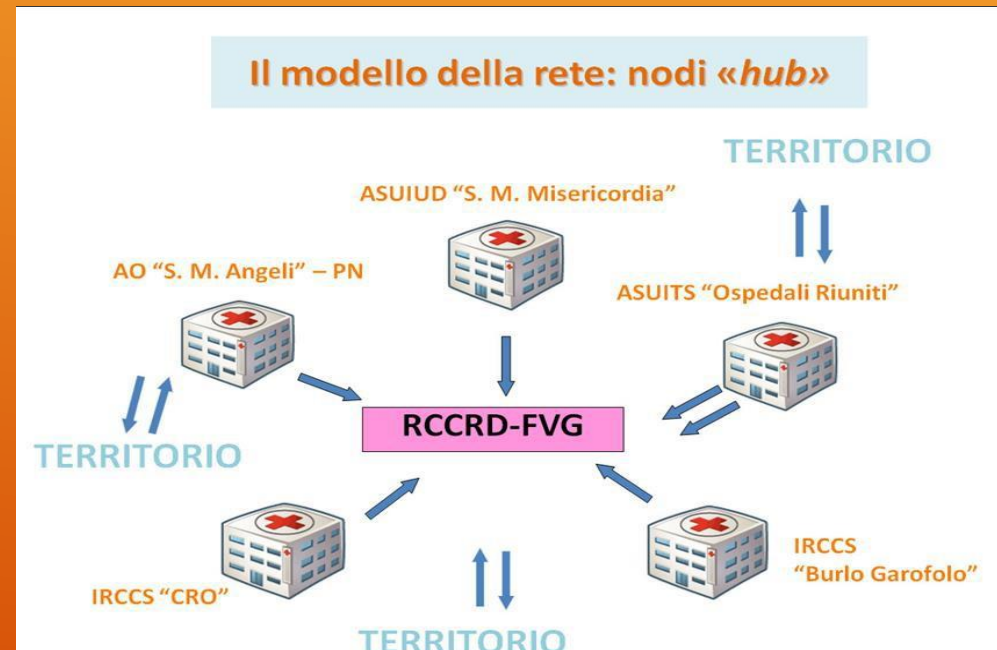
1° Messaggio chiave



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

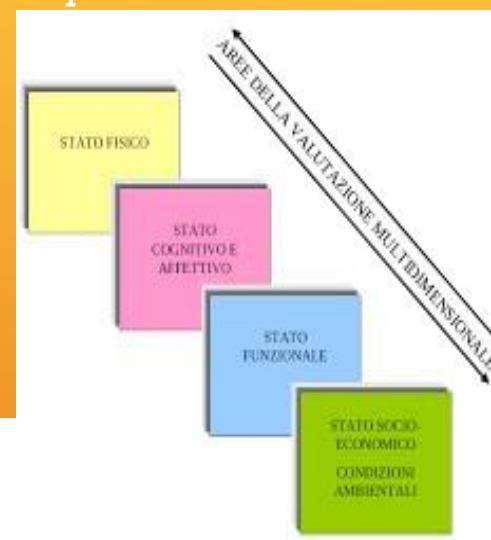
Il paziente “persona” (e non più “caso clinico”), a sua volta esperto in quanto portatore del sapere legato alla sua storia di “co-esistenza” con la cronicità



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



INTEGRAZIONE SOCIO-SANTARIA

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

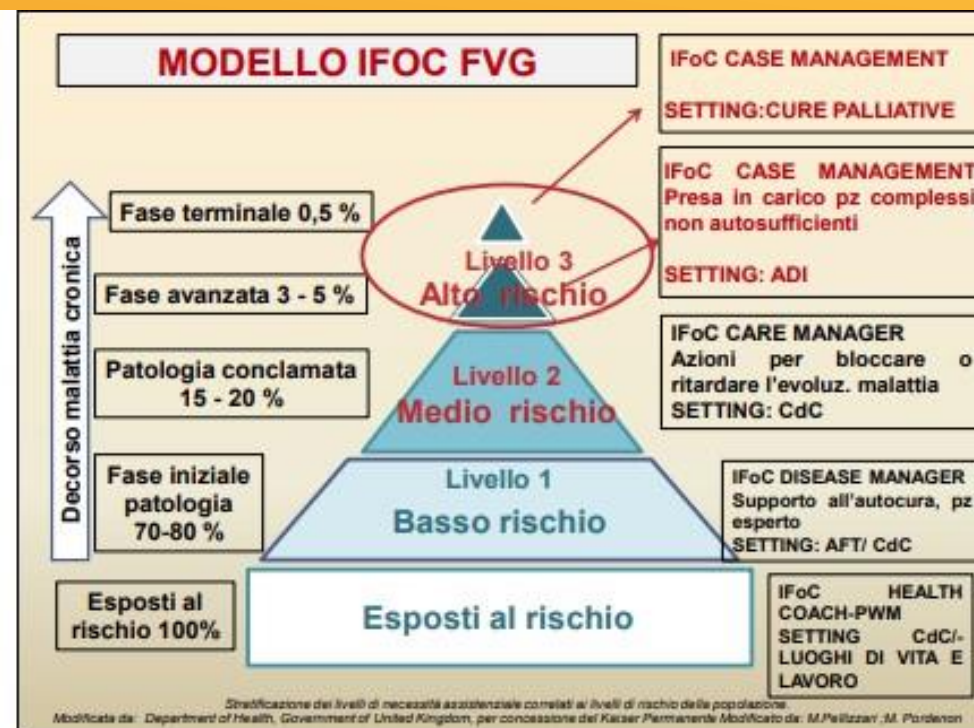


Figura 8. Stratificazione dei livelli di necessità assistenziale correlati ai livelli di rischio della popolazione. Modificata da: Department of Health, Government of United Kingdom, per concessione del Kaiser Permanente. Modificato e aggiornato 2021 da Pellizzari M, Pordenon M.



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 realizzi 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 e 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 il *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 sistemico 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

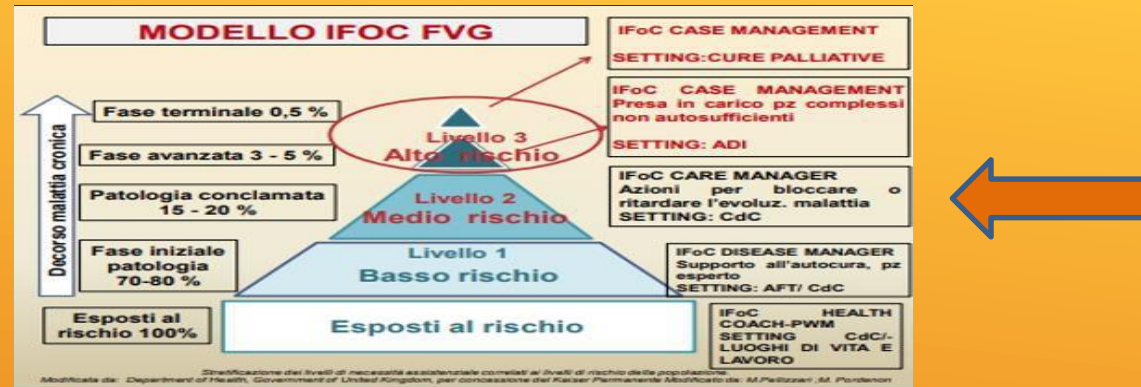
28

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 riassorbe 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, perseguendo l'integrazione multi-professionale. L'IFoC CsM pone al centro il cittadino, i suoi famigliari 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 mobilitazione 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.

Gli elementi chiave di gestione della cronicità



ADERENZA

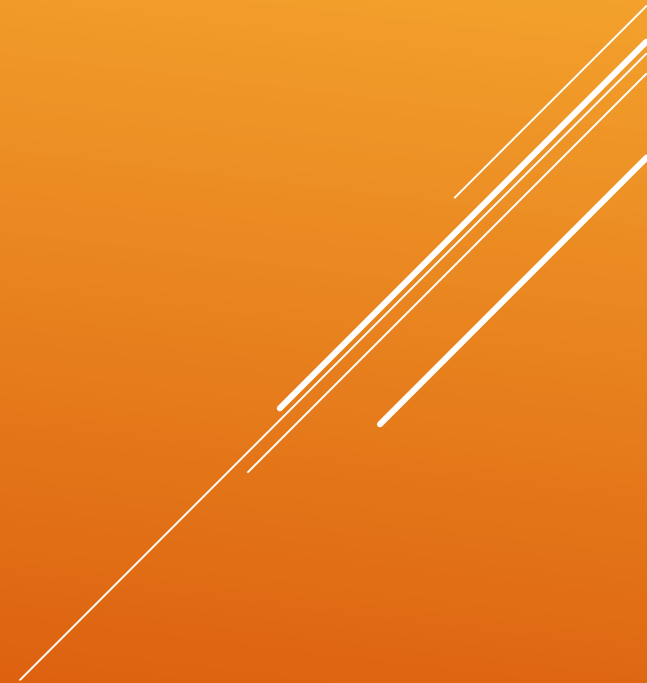
APPROPRIATEZZA

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 morbidità 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.

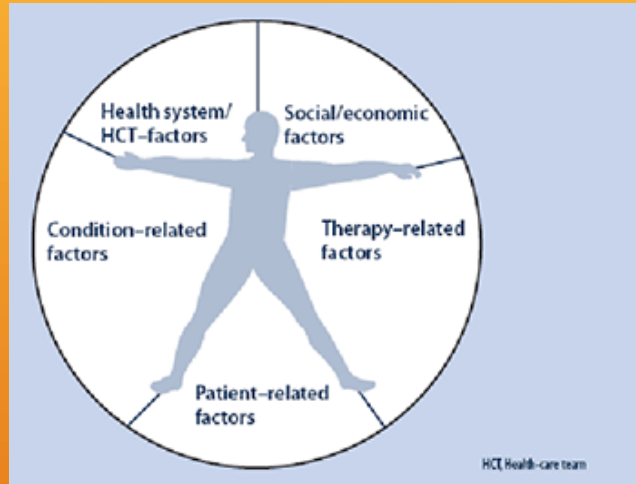


ADERENZA TERAPEUTICA

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.

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



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

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



I BISOGNI POSSONO ESSERE

ESPRESSI

INESPRESSI

LATENTI

REPRESSI

POTENZIALI

STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Scheda VAL.GRAF -

*Strumento di valutazione multidimensionale strutturato e standardizzato
Consente l'identificazione quali-quantitativa dei problemi/bisogni attuali
Consente l'identificazione delle capacità funzionali residue*

Lo strumento è stato sottoposto ad un processo di revisione, di verifica di sperimentazione e di validazione di alcuni indicatori di sintesi:

- *ADL*
- *CPS*
- *DRS*

Questo ha portato alla versione denominata «Val.graf FVG 2019»

Multidimensionale → National Institute of Health (USA)

... una valutazione nella quale i numerosi problemi della persona anziana vengono riconosciuti, descritti e spiegati e nella quale vengono inquadrati le risorse assistenziali e le potenzialità residue, definito il bisogno di servizi e messo a punto un piano coordinato di cura specifico ed orientato per problemi....

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE VAL.GRAF. – FVG

D.G.R. FVG 1389/2003

Per adozione del metodo di valutazione su tutto il territorio regionale

La VAL.GRAF. è strumento strutturato e standardizzato per identificare qualitativamente i problemi/bisogni del soggetto esaminato – le sue capacità funzionali residue così da permettere la pianificazione personalizzata

Dal 2003 ci sono stati diversi processi di revisione

Ultima versione è denominata Val.Graf FVG 2019

La giunta regionale n.92 del 25 gennaio 2019

«Aggiornamento del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf FVG:edizione 2019»

Scheda SLIM EDITION (SE): viene utilizzata per l'inserimento in struttura residenziale e semires.

Scheda RESIDENZIALE (RES): viene utilizzata nelle strutture residenziali

Scheda DOMICILIARE (DOM): viene utilizzata per la presa in carico territoriale

L'algoritmo che determina i profili di bisogno si basa su tre aree principali:

- Capacità funzionali
- Problemi sanitari
- Aspetti cognitivo-comportamentali

Si generano i livelli di intensità di assistenza:

- Nullo
- Lieve
- Moderato
- Grave

Profilo A star

Comprende persone che presentano bisogni complessi a elevatissima rilevanza sanitaria e sociosanitaria, richiedenti trattamenti intensivi – essenziali per il supporto alle funzioni vitali

Aiuto totale per le A.D.L e che necessitano monitoraggi clinici pluriquotidiani di tipo specialistico e di trattamenti terapeutici intensivi a supporto delle funzioni vitali

Es. ventilatori invasivi e non, aspiratori delle secrezioni bronchiali, miscele per la nutrizione e l'idratazione artificiali, comunicatori semplici o ad alta tecnologia

Es. gravissime cerebrolesioni secondarie a danno cerebrale – patologie neurologiche e muscolari ad andamento cronico-degenerativo in fase avanzata – miolesioni secondarie a danno del midollo spinale cervicale – malattie cardio-respiratorie in fase avanzata

Profilo A Comprende persone che presentano per lo più bisogni sanitari a elevata rilevanza associati a bisogni sociosanitari complessi. Persone che necessitano di monitoraggi clinici quotidiani e trattamenti continui, qualificati, specialistici e presentano spesso una severa limitazione della capacità di svolgere le attività di base della vita quotidiana (A.D.L.)

Es. ossigenoterapia a lungo termine, nutrizione enterale, dialisi (emodialisi e dialisi peritoneale), radioterapia e chemioterapia a scopo palliativo, emotrasfusioni periodiche, medicazioni complesse, gestione di stomie, terapie antalgiche complesse con oppioidi maggiori per via parenterale, infusione per via endovenosa di liquidi e/o farmaci

Profilo B Comprende persone che presentano per lo più bisogni sanitari di complessità medio-bassa associati a bisogni sociosanitari di media o alta complessità

Es. somministrazione di farmaci per os, per via intramuscolare e/o sottocutanea, ossigeno terapia intermittente, medicazioni semplici, assistenza riabilitativa non specialistica

Profilo C Comprende persone che presentano per lo più bisogni sanitari di complessità lieve associati a moderati bisogni sociosanitari che possono andare incontro a potenziali precipitazioni funzionali, richiedenti una presa in carico tempestiva

Profilo E Comprende persone che presentano bisogni sociosanitari di grado lieve, nonché bisogni sanitari per lo più lievi od occasionali

PROFILO COMPORTAMENTALE - B: Comprende persone che presentano rilevanti disturbi del comportamento che complicano malattie mentali o quadri dementigeni (indipendentemente dal grado di deterioramento cognitivo) Per questa tipologia di persone sono auspicabili e raccomandati trattamenti di tipo estensivo finalizzati a controllare i disturbi del comportamento.

2.1 RESIDENZE PER ANZIANI DI LIVELLO BASE

2.1.1 UTENZA E CARATTERISTICHE

a) Destinatari

Sono destinate ad accogliere esclusivamente persone con profili di bisogno C e E.

2.2 RESIDENZE PER ANZIANI DI PRIMO LIVELLO

2.2.1 UTENZA E CARATTERISTICHE

a) Destinatari

Sono destinate ad accogliere esclusivamente persone con profili di bisogno B, comportamentale, C ed E.

2.3 RESIDENZE PER ANZIANI DI SECONDO LIVELLO

2.3.1 UTENZA E CARATTERISTICHE

a) Destinatari

Sono destinate ad accogliere prevalentemente persone con profili di bisogno A, B e comportamentale, ma possono anche accogliere persone con profili C ed E.

2.4 RESIDENZE PER ANZIANI DI TERZO LIVELLO

2.4.1 UTENZA E CARATTERISTICHE

a) Destinatari

Sono destinate ad accogliere prevalentemente persone con profili di bisogno A complesso, A, B e comportamentale, ma possono anche accogliere persone con profili C ed E.

La scheda di Valutazione Multidimensionale Val.Graf. FVG SEZIONI

- | |
|--|
| 1. ATTIVITA' QUOTIDIANE |
| 2. COMUNICAZIONE |
| 3. MOBILITA' |
| 4. ATTIVITA' STRUMENTALI |
| 5. ASPETTI COGNITIVI |
| 6. ASPETTI PSICOLOGICI e COMPORTAMENTALI |
| 7. SOCIEVOLEZZA, RAPPORTI CON I FAMILIARI, IL PERSONALE, ATTIVITA' RICREATIVE |
| 8. PROBLEMI ASSISTENZIALI |
| 9. CONDIZIONI PATOLOGICHE ED INTERVENTI |
| 10. PRESENZA E STRESS DEL CAREGIVER (solo per la versione Domiciliare) |

INDICATORI SINTETICI FINALI

DRS

**Depression Rating
Scale**

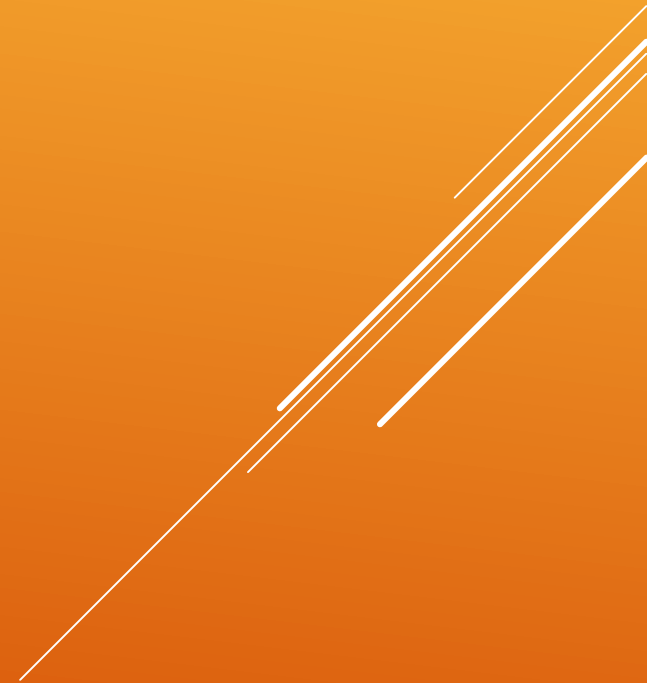
Indice di Katz

PAIN Scale

NORTON

Indice di Barthel

Scheda Valutazione Multidimensionale Cartella Utente - Distretto



Nome utente

CC

SID - Servizio Infermieristico Domiciliare

08/03/1939

Utente

Cartella Clinica

Cruscotto utente

Parametri fisiologici

Diari

Scale

Schede attività

Scale

FILTRA PER 1 Filtro applicato

Abbey Pain Scale

Accertamento multidimensionale

Clinical Dementia Rating Scale (CDR) Estesa

Accertamento multidimensionale

FILTRA PER 2 Filtri applicati

Data	Operatore
14/10/2025 alle 14:24	FRANCESCA
12/08/2025 alle 12:13	LORENA
28/06/2025 alle 15:08	ANDREA

Cardiovascolare

Alimentazione e idratazione

Respiratorio

Eliminazione

Gestione della salute, della sicurezza e efficacia del coping

Gestione dei RISCHI, COMPLICANZE, INTEGRITA' CUTANEA e DEVICE

Pianificazione condivisa delle cure, palliazione e fine vita

Circostanze Valutative

1.1 Motivo *

- ☐ Presa in carico / prima valutazione
- ☐ Rivalutazione per cambio condizioni
- ☐ Rivalutazione a 90 giorni (periodica)
- ☐ Valutazione alla chiusura caso

1.5 Stato civile *

1.6 Attività professionale

Aspetti abitativi, familiari e sociali

2.11 Servizi attivi

2.11.1 Servizio

- ☐ Assenti
- ☐ SID
- ☐ SRD
- ☐ SAD
- ☐ Servizi sociali comunali
- ☐ Presidi a domicilio
- ☐ Telesoccorso
- ☐ Dip. salute mentale
- ☐ Dip. dipendenze
- ☐ Altro

2.12 Fragilità familiare *

2.14 Stress del caregiver: bisogno di supporto per famiglia/caregiver

Funzioni cognitive, comportamentali, somatosensoriale e capacità di giudizio

Gestione del dolore

Attività di vita quotidiana (ADL)

Attività di vita strumentali alla vita in comunità (IADL)

Attività fisica e mobilità

PIANO REGIONALE DI SUPPORTO ALLA POPOLAZIONE ANZIANA FRAGILE 2021- 2023

Fragilità è una sindrome biologica e clinica caratterizzata da riduzione delle riserve e della resistenza allo stress, provocata dal declino cumulativo di più sistemi fisiologici, in conseguenza di fattori biologici, psicologici, sociali



PIANO REGIONALE DI SUPPORTO ALLA POPOLAZIONE ANZIANA FRAGILE

2021- 2023

Sistema articolato su tre livelli di intervento: domiciliare, semiresidenziale e residenziale



Il progetto delle Microaree di Trieste nasce nel 1998 per sviluppare un approccio proattivo ai problemi della comunità e coinvolge piccole aree del territorio dove ASUITs, Comune e ATER collaborano allo sviluppo di comunità che generano Salute. Nate dalla volontà di Franco Rotelli, ex Direttore Generale dell'Azienda per i Servizi Sanitari di Trieste, le Microaree hanno come obiettivo quello di sviluppare una **“*medicina radicata nei luoghi, nelle case, negli habitat sociali della città*”**, con particolare attenzione alle zone con un'alta prevalenza di edilizia pubblica e famiglie a basso reddito. Ogni Microarea ha un'estensione geografica propria, che varia a seconda del contesto socio-territoriale, e presenta una sede centrale, punto di riferimento del quartiere, a cui fa capo un referente (non necessariamente sanitario).

L'esperienza delle Microaree di Trieste, che interessa ad oggi 16 piccole frazioni di dimensione compresa tra i 500 e i 2500 abitanti, si basa sulla creazione di una rete di operatori sanitari presenti in modo continuo nei caseggiati popolari con maggiori problemi di reddito e integrazione sociale.

Gretta – Villa Carsia – Vaticano – Ponziana – Campi Elisi – Cittavecchia – Valmaura – Grego – Giarizzole – Altura – Melara – San Giovanni – Negri – Cumano – Zindis – Soncini Caccia Burlo

<https://www.youtube.com/watch?v=2FUpLIK4d6A>

Strutture residenziali per Cure Palliative – Hospice

- fanno parte della rete di assistenza ai pazienti terminali, per l'assistenza in ricovero temporaneo di pazienti affetti da malattie progressive ed in fase avanzata a rapida evoluzione e a prognosi infausta e per pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di assistenza palliativa e di supporto

RSA

- per pazienti non autosufficienti, a seguito della perdita temporanea dell'autonomia dopo interventi chirurgici e/o traumi che richiedono trattamenti intensivi essenziali per il supporto alle funzioni vitali. Si tratta di interventi di cura complessi ma concentrati nel tempo i cui obiettivi assistenziali sono rivolti alla riacquisizione dell'autonomia perduta o alla acquisizione del maggiore livello di autonomia possibile

NUCLEO PER DEMENZE (tipo Alzheimer)

- sono nuclei specializzati per pazienti con demenza, nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività. Per i familiari dei pazienti dovranno essere previste attività di sostegno : colloqui individuali – gruppi di auto aiuto e sostegno

DOMICILIARITÀ: FONDO AUTONOMIA POSSIBILE

Il FAP è un intervento economico rivolto a persone che, per la loro condizione di non autosufficienza, non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri. Il nuovo regolamento attuativo n. 214/2023 ha unificato i fondi dedicati al sostegno della domiciliarità, per cui afferiscono al FAP anche le persone con gravissime disabilità, compresi i malati di SLA e le persone con grave demenza.

Il FAP viene utilizzato a sostegno delle situazioni di non autosufficienza trattate a domicilio che comprendono:

- Persone non autosufficienti anziane o con disabilità, adulte o minori;
- Persone che usufruiscono di progetti realizzati nel settore della salute mentale o delle dipendenze;
- Minori con patologie oncologiche certificate.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
dati di flusso	7274	7405	8212	8677	9337	9542

DOMICILIARITÀ: SPERIMENTAZIONE DOMICILIARITÀ COMUNITARIA

STRUMENTI DI INNOVAZIONE

LA CURA NEL CONTESTO DI VITA E NELLA COMUNITA' DI APPARTENENZA (COPRODUZIONE DI SALUTE)

L' AMMINISTRAZIONE CONDIVISA : COPROGRAMMAZIONE E COPROGETTAZIONE

LA COPERTURA DELL'ASSISTENZA SOCIOSANITARIA DEFINITA NEI LEA A LIVELLO DOMICILIARE L'INTEGRAZIONE
PROFESSIONALE

UNA MAGGIORE AGGREGAZIONE DI RISORSE – BUDGET DI PROGETTO E BUDGET DI SALUTE

LA REALIZZAZIONE DELLA PIANIFICAZIONE MISSIONE 5 E 6 DEL PNRR

La realizzazione del progetto personalizzato della persona con bisogno complesso è sostenuta da apposito budget integrato, denominato budget personale di progetto, che è costituito dal concorso di risorse economiche e di risorse prestazionali rese da tutte le componenti coinvolte, ivi compresa la persona assistita e la sua famiglia.

Al fine di riorientare i servizi sulla base della centralità della persona e dei suoi bisogni e per sostenere gli oneri di gestione del progetto personalizzato da parte dell'ente del Terzo settore entro il rapporto di partenariato previsto all'articolo 10, nell'ambito del budget personale di progetto **può essere enucleata una quota, denominata budget di salute**, costituita da risorse finanziarie a carico del Servizio sanitario regionale e del Servizio sociale dei Comuni, per finalizzarla a soddisfare il profilo di bisogno della persona, con riconversione delle risorse destinate a servizi istituzionalizzanti o comunque convenzionali a sostegno di percorsi d'inclusione.

[Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 - art. 9](#)



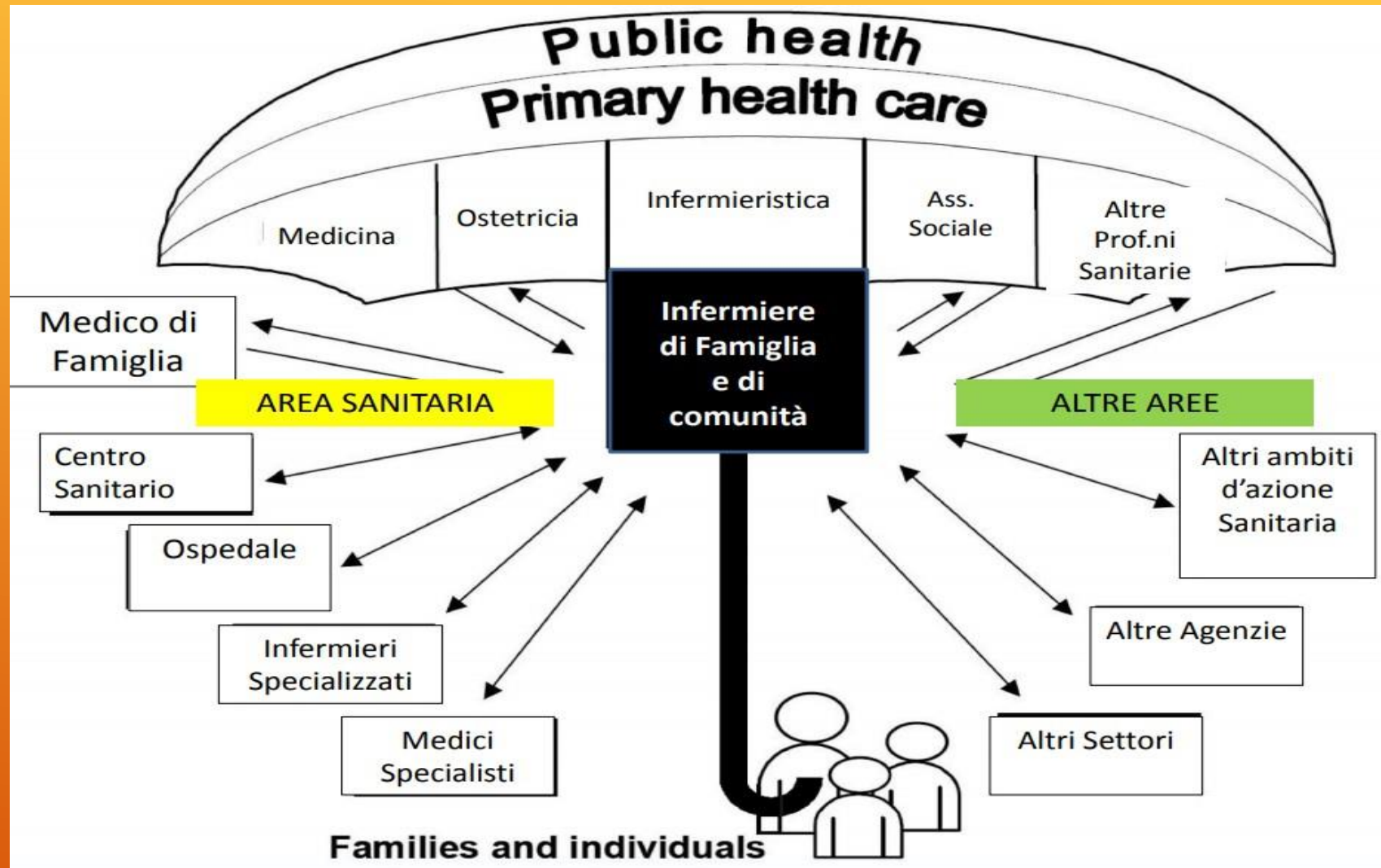
Amministratore di sostegno L. 6/2004

Cos'è?

La Legge 6/2004 istituisce l'Amministrazione di sostegno: un **istituto a salvaguardia dei "soggetti deboli"**, ovvero di coloro i quali, in conseguenza di disabilità fisiche, psichiche o semplicemente per uno stato di emarginazione sociale presentano **aspetti di fragilità e vulnerabilità nel contesto sociale**.

Con la minore limitazione possibile della capacità di agire del soggetto, l'amministratore di sostegno **si prende cura delle persone prive in tutto o in parte di autonomia**, nel compimento delle **mansioni della vita quotidiana**, mediante interventi sostitutivi o di sostegno temporanei o permanenti.





PRINCIPALI PROBLEMI CORRELATI ALL'INVECCHIAMENTO - 1

RISCHIO DI TRAUMA DA CADUTA

Classe di età 74 – 85 anni

Soggetti fragili affetti da
disabilità motoria

Soggetti fragili affetti da
disabilità cognitive

ISS, 2013

CADUTE ACCIDENTALI

Inciampo –
scivolamento

CADUTE FISIologiche IMPREVEDIBILI

Crisi lipotimiche - TIA

CADUTE FISIologiche PREVEDIBILI

Stato di agitazione
psico motoria –
riduzione della vista –
deambulazione
precara

STRUMENTI PER RILEVARE IL RISCHIO DI CADUTA

SCALA DI TINETTI

Cognome e Nome

N.ro Prog.

Data di compilazione

Equilibrio

1. Equilibrio da seduto

Si inclina, scivola dalla sedia

E' stabile, sicuro

0

1

2. Alzarsi dalla sedia

E' incapace senza aiuto

Deve aiutarsi con le braccia

Si alza senza aiutarsi con le braccia

0

1

2

3. Tentativo di alzarsi

E' incapace senza aiuto

Capace, ma richiede più di un tentativo

Capace al primo tentativo

0

1

2

4. Equilibrio nella stazione eretta (primi 5 sec)

Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco)

Stabile grazie all'uso di bastone o altri ausili

Stabile senza ausili

0

1

2

5. Equilibrio nella stazione eretta prolungata

Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco)

Stabile, ma a base larga (i malleoli mediali distano >10 cm)

Stabile, a base stretta, senza supporti

0

1

2

6. Equilibrio ad occhi chiusi

Instabile

Stabile

0

1

7. Equilibrio dopo leggera spinta sullo sterno

Comincia a cadere

Oscilla, ma si riprende da solo

Stabile

0

1

2

8. Girarsi di 360 gradi

A passi discontinui

A passi continui

Instabile

Stabile

0

1

0

1

9. Sedersi

Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia)

Usa le braccia, o ha un movimento discontinuo

Sicuro, movimento continuo

0

1

2

Punteggio dell'equilibrio

/16

Andatura

10. Inizio della deambulazione

Una certa esitazione, o più tentativi

Nessuna esitazione

0

1

11. Lunghezza ed altezza del passo

Piede dx

Il piede dx non supera il sx

Il piede dx supera il sx

Il piede dx non si alza completamente dal pavimento

Il piede dx si alza completamente dal pavimento

0

1

1

0

1

Piede sx

Il piede sx non supera il dx

Il piede sx supera il dx

Il piede sx non si alza completamente dal pavimento

Il piede sx si alza completamente dal pavimento

0

1

1

0

1

12. Simmetria del passo

Il passo dx e il sx non sembrano uguali

Il passo dx e il sx sembrano uguali

0

1

13. Continuità del passo

Interrotto o discontinuo

Continuo

0

1

14. Traiettorie

Deviazione marcata

Deviazione lieve o moderata, o uso di ausili

Assenza di deviazione e di uso di ausili

0

1

2

15. Tronco

Marcata oscillazione o uso di ausili

Flessione ginocchia o schiena, o allargamento delle braccia

Nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia o ausili

0

1

2

16. Posizione dei piedi durante il cammino

I talloni sono separati

I talloni quasi si toccano durante il cammino

0

1

Punteggio dell'andatura

/12

PUNTEGGIO TOTALE

/28

INTERPRETAZIONE DEL PUNTEGGIO

≥19: basso rischio di caduta

≤18: elevato rischio di caduta

Medico

Autore

Scala Morse

Item valutati	Ingresso	48-72h post-int. chir. /o dopo 5gg dall'ingresso	Variazioni o condizioni/o dopo la caduta
1. Anamnesi di cadute			
Se il paziente è caduto nei tre mesi precedenti all'ammissione o cade per la prima volta durante il ricovero in corso	25	25	25
2. Presenza di patologie a rischio			
Se il paziente è affetto da almeno una delle patologie a rischio (es: cerebrovascolari, cardiache, neurologiche, muscolo-scheletriche diabete, neoplasie, ecc.)	15	15	15
3. Mobilità			
Se il paziente usava o usa le stampelle, il bastone o il deambulatore da solo	15	15	15
Se il paziente cammina senza ausili, aggrappandosi agli arredi	30	30	30
4. Terapia Endovenosa			
Se il paziente deambula con un sistema di terapia endovenosa o infusiva continua	20	20	20
5. Andatura			
Se è debole, cioè se il paziente ha una postura curva pur mantenendo l'equilibrio	10	10	10
Se è pericolosa, cioè se il paziente ha scarso equilibrio, una marcia instabile, un passo strisciante, cammina a gambe larghe	20	20	20
6. Stato mentale			
Se il paziente appare disorientato	15	15	15
TOTALE			

STRUMENTI PER RILEVARE IL RISCHIO DI CADUTA

SCALA CONLEY DI IDENTIFICAZIONE DELLA PERSONA A RISCHIO DI CADUTA

PRECEDENTI CADUTE (domande al paziente - caregiver, infermiere)	SI	NO
C1 - E' caduto nel corso degli ultimi tre mesi?	2	0
C2 - Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
C3 - Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
DETERIORAMENTO COGNITIVO (osservazione infermieristica)		
C4 - Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile.	1	0
C5 - Agitato (definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associata ad agitazione interiore. Es.: incapacità a stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti, ecc.).	2	0
C6 - Deterioramento della capacità di giudizio / mancanza del senso del pericolo.	3	0
TOTALE		

PER LA COMPILAZIONE:

- La scala deve essere compilata all'ingresso della persona rivolgendo le domande della prima parte alla persona stessa, se cosciente, o al caregiver.
- La seconda parte deve essere compilata dallo studente che coglie i dati attraverso l'osservazione.
- Ad ogni domanda è attribuito un valore pari a zero, se negativo, o da 1 a 3 se positivo.
- Per individuare il risultato è necessario sommare i valori positivi.
- La persona è considerata a rischio se totalizza un punteggio uguale o superiore a 2.

SCALA STRATIFY Valutazione del rischio di caduta

(Oliver et al., 1997)

Compilare per tutte le persone assistite in regime di degenza ordinaria entro 24 ore dal ricovero. Compilare nuovamente in caso di cambiamento delle condizioni cliniche e/o caduta, trasferimento, dimissione.

Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi.

1. Il paziente è stato ricoverato in seguito ad una caduta, oppure è caduto durante la degenza? (esame della documentazione)	SI	NO
	1	0
Ritieni che il paziente:		
2. Si presenta agitato? (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associata ad agitazione interiore. Es: incapacità a stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti, ecc.).	1	0
3. Abbia un calo della vista tale da compromettere tutte le altre funzioni quotidiane?	1	0
4. Necessiti di andare in bagno con particolare frequenza? (< 3 ore)	1	0
5. Il paziente ha un punteggio di mobilità corrispondente a 3 o a 4? *(per il calcolo compilare lo schema sottostante)	1	0
Totale		

*Schema per il calcolo del punteggio di mobilità

Per la compilazione dell'item 5 si deve segnalare 1 se il punteggio totale del calcolo corrisponde a 3 o 4; si deve segnalare 0 se il punteggio totale corrisponde ai valori 0, 1, 2 oppure 5, 6.

Il paziente è in grado di:	No	Con aiuto Maggiore	Con aiuto Minore	Indipendente	Punteggio
1) Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare (include il sedersi sul letto)	0	1	2	3	
2) Camminare sul piano (spingere la sedia a rotelle se non cammina)	0	1	2	3	
Totale					

Con punteggio ≥ a 2 considerare il paziente a rischio caduta

Note aggiuntive: ☐ ipoteso ☐ età >65 anni ☐ procedure interventistiche ☐ anemico ☐ sedazione moderata/profonda ☐ diminuita tolleranza all'attività ☐ altro

Se si ritiene in seguito alla valutazione complessiva del paziente che lo stesso sia a rischio di caduta (anche se con score < 2), il paziente è da considerarsi a rischio.

A rischio ☐ SI ☐ NO

Data ... Ora... Firma ...

PRINCIPALI PROBLEMI CORRELATI ALL'INVECCHIAMENTO - 2

RISCHIO DI LESIONI DA
PRESSIONE

FATTORI INFLUENZANTI:

Cute meno elastica
Diminuzione tessuto adiposo
Compromissione mobilità
Metabolismo più lento
COMORBILITÀ VARIE

FATTORI CHE
AUMENTANO IL RISCHIO
DI SVILUPPO LDP

Rischio di malnutrizione
Rischio di disidratazione
Rischio di incontinenza
Rischio di alterazioni cognitive

STRUMENTI PER LA RILEVAZIONE RISCHIO LDP

SCALA DI NORTON modificata secondo Nancy A. Scotts

INDICATORI	1	2	3	4	indice
Condizioni generali: livelli di assistenza richiesti per le ADL(capacità di fare il bagno, di vestirsi, di usare i servizi igienici, mobilità, continenza, alimentazione).	Pessime: totalmente dipendente per tutte le ADL	Scadenti: richiede assistenza per più ADL(piu di due)	Discrete: necessita di assistenza per alcune ADL(max due)	Buone: abile ad eseguire autonomamente tutte le ADL	
Stato mentale: capacità di rispondere alle domande verbali relative al tempo, spazio e persone in modo soddisfacente e veloce.	Stuporoso: totalmente disorientato. La risposta può essere lenta o rapida. Il paziente potrebbe essere in stato comatoso.	Confuso: parzialmente orientato nel tempo, nello spazio e nelle persone. La risposta può essere rapida.	Apatico: orientato nel tempo, nello spazio e nelle persone. con una ripetizione della domanda (non legata all'ipoacusia).	Lucido: orientato nel tempo e nello spazio, risposta rapida.	
Deambulazione: distanza e dipendenza nella deambulazione.	Costretto a letto: confinato a letto per 24 ore.	Costretto su sedia: si muove soltanto con sedia a rotelle.	Cammina con aiuto: deambula fino a quando è affaticato. Richiede l'assistenza di una persona per deambulare. Può usare anche un presidio.	Normale: deambula fino a quando è affaticato. Cammina da solo o con l'uso di presidi (esempio: bastone).	
Mobilità: quantità e movimento di una parte del corpo.	Immobile: non ha indipendenza ai movimenti e al controllo delle estremità. Richiede assistenza per il movimento di ogni estremità.	Molto limitata: limitata indipendenza ai movimenti e al controllo delle estremità. Richiede una maggiore assistenza da parte di un'altra persona. Con o senza	Moderatamente limitata: può muovere o controllare le estremità con una minima assistenza da parte di un'altra persona. Con o senza presidi.	Piena: può muovere o controllare le estremità come vuole. Con o senza presidi.	

SCALA BRADEN

La scala Braden di ideata nel 1985, esamina sei parametri:

- ❑ **Percezione sensoriale**
- ❑ **Umidità cutanea**
- ❑ **Attività (grado di attività fisica)**
- ❑ **Mobilità (capacità di controllare e modificare la posizione del corpo)**
- ❑ **Alimentazione**
- ❑ **Frizione e scivolamento**

indicatori	Variabili p. 4	p. 3	p. 2	p. 1
*percezione sensoriale	non limitata	poco limitata	molto limitata	completamente limitata
umidità	raramente umida	occasionalmente umida	spesso umida	permanentemente umida
**attività	cammina spesso	cammina occasionalmente	in poltrona	allettato
***mobilità	non limitata	parzialmente limitata	molto limitata	assente
alimentazione	eccellente	adeguata	probabilmente inadeguata	molto scadente
frizione - scivolamento		assente	potenziale	presente

*La percezione sensoriale viene intesa come capacità di rispondere in modo adeguato al disagio legato alla compressione.

**Per attività va inteso il grado di attività fisica

***Per mobilità la capacità di cambiare e di controllare le posizioni del corpo.

E' da evidenziare che solo in questa scala viene preso in esame il parametro " frizione- trazione ". Nonostante sia un importante fattore di rischio, spesso viene dimenticato dal medico e sottovalutato dai familiari dell'allettato.

Il paziente, frequentemente, viene spostato dai familiari in modo scorretto e inadeguato, trascinato piuttosto che sollevato con conseguente danno alla cute e alle strutture sottostanti.

Il punteggio da dare a ciascun parametro va da 1 a 4, eccezione fatta per il parametro frizione - trazione che va da 1 a 3.

Un punteggio minore o uguale a 16 è indicativo di rischio.

PRINCIPALI PROBLEMI CORRELATI ALL'INVECCHIAMENTO - 3

RISCHIO DI ERRORI DI TERAPIA (AIFA, 2021)

Il Rapporto sul consumo
di farmaci nella
popolazione anziana in
Italia indica:

POLITERAPIA CHE PUÒ
RIDURRE L'ADERENZA E
AUMENTARE IL RISCHIO DI
INTERAZIONE TRA MEDICINALI

6,6% DEGLI ANZIANI ASSUME 2
o + FARMACI CHE
AUMENTANO IL RISCHIO DI
SANGUINAMENTO
GASTROINTESTINALE

9,5% UTILIZZA FARMACI CHE
POSSONO INCREMENTARE IL
RISCHIO DI INSUFFICIENZA
RENALE

L'uso contemporaneo di 3 o 4
farmaci può aumentare il
rischio di cadute

ERRORI DI SOMMINISTRAZIONE O DI AUTOSOMMINISTRAZIONE

- ❑ ERRORI UMANI quali dimenticanze – distrazioni – incompetenza tecnica – confusione tra le diverse confezioni di farmaci
- ❑ CARENZE ORGANIZZATIVE del processo di somministrazione
- ❑ VIOLAZIONI delle regole – procedure e standard stabiliti (errore di tipologie di farmaci o dosi errate)

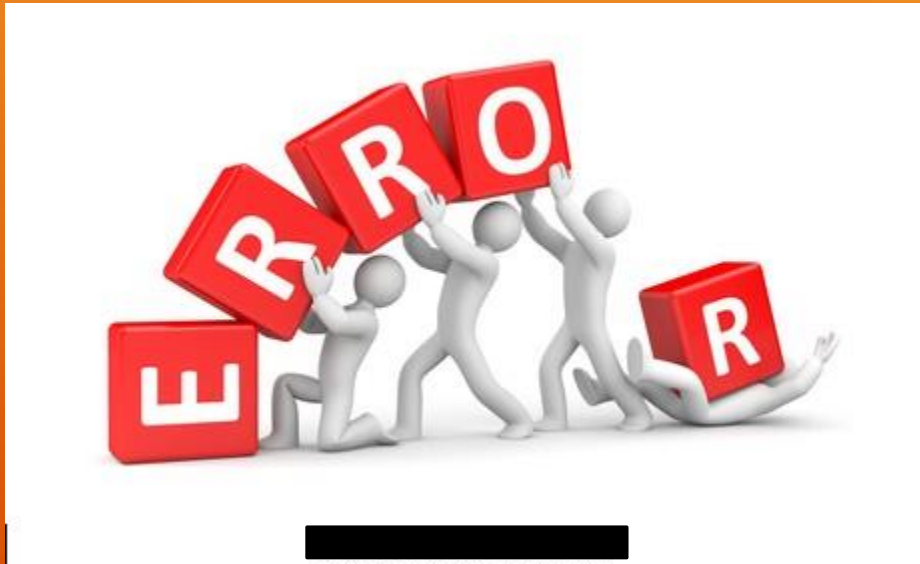


Tabella 3. Scala di Morisky per valutare l'aderenza alla terapia.

1) Le capita a volte di dimenticare di prendere le medicine?	SI	No
2) A volte le persone non prendono le medicine per motivi diversi dalla dimenticanza. Pensando alle ultime 2 settimane, ci sono stati dei giorni in cui lei non ha preso le medicine prescritte?	SI	No
3) Ha mai diminuito la dose o interrotto l'assunzione delle medicine senza avvisare il medico, perché si sentiva peggio quando le prendeva?	SI	No
4) Quando è in viaggio o esce di casa, dimentica a volte di portare con sé le medicine?	SI	No
5) Quando sente che i suoi sintomi sono sotto controllo, smette a volte di prendere le medicine?	SI	No
6) L'assunzione di farmaci ogni giorno è un vero disagio per alcune persone.	SI	No
7) Si sente mai seccato dal fatto di doversi attenere al suo piano di trattamento?	SI	No
8) Quanto spesso ha difficoltà a ricordarsi di prendere tutte le medicine? – Mai/raramente (4) – Una volta ogni tanto (3) – A volte (2) – Spesso (2) – Sempre (0)		

Per le domande da 1 a 7 ad ogni risposta negativa è associato un punteggio pari a 1, per la domanda 8 vedi quanto riportato tra parentesi in tabella. In base al punteggio complessivo ottenuto, le classi di aderenza terapeutica si distinguono in: <6 poco aderente; 6-8 mediamente aderente; >8 molto aderente.

DISTURBI COGNITIVI

DECLINO COGNITIVO =

Riduzione o perdita delle capacità cognitive (memoria, attenzione, linguaggio) che permettono alla persona di interagire con il mondo che la circonda.

Possibili cause: sostanze tossiche – alterazioni metaboliche – malattie degenerative che creano disfunzioni cerebrali

DEMENZA =

Condizione di disfunzione cronica e progressiva delle funzioni cerebrali che interferiscono con lo svolgimento delle attività abituali

*Funzioni compromesse: linguaggio
– capacità critica – pensiero astratto – orientamento spazio/temporale*

PIANO NAZIONALE DEMENZE (PND) – MINISTERO DELLA SALUTE 2023

Dal 2014 il Piano è presente per:

- ☐ Promuovere e migliorare gli interventi andando oltre gli aspetti terapeutici per supportare persone e famiglie
- ☐ Formare e sensibilizzare Rete integrata per la demenza
- ☐ Migliorare l'appropriatezza delle cure
- ☐ Ridurre lo stigma verso queste persone

Le scale di valutazione dello stato cognitivo

Mini Mental State Evaluation (MMSE)

Short portable mental status questionnaire (SPMSQ) o Test di Pfeiffer

Global deterioration scale (GDS)

The Clock Drawing Test

Clinical dementia rating scale (CDR)

Milan overall dementia assessment (MODA)

Alzheimer's disease assessment scale (ADAS-COG)

VALUTAZIONE BASATA SUI MODELLI FUNZIONALI DI SALUTE DI GORDON

1. Modello di percezione e gestione della salute

Esempi di domande possibili:

- Ha avuto recentemente sintomi o problemi di salute?
- Ha riscontrato difficoltà nell'aderire ai piani terapeutici?
- Ha mai avuto esperienze negative riguardo a trattamenti medici o terapie?

VALUTAZIONE BASATA SUI MODELLI FUNZIONALI DI SALUTE DI GORDON

2. Modello nutrizionale e metabolico

Metodi di valutazione dello stato nutrizionale

MNA – Mini Nutritional Assessment

MUST – Malnutrition Universal Screening Tool

NRS – Nutritional Risk Screening

GNRI – Geriatric Nutritional Risk Index

Metodi di valutazione grado di

GUGGING SWALLOWING SCREENING (GUSS)

THREE-OZ WATER SWALLOW TEST (WST)

BEDSIDE SWALLOWING ASSESSMENT

TEST DI DANIELS

VALUTAZIONE BASATA SUI MODELLI FUNZIONALI DI SALUTE DI GORDON

3. MODELLO DI ELIMINAZIONE

Eliminazione urinaria

Eliminazione intestinale

4. MODELLO DI ATTIVITÀ E ESERCIZIO FISICO

Esempi di domande

Ha mai avuto cadute in passato? Se Sì, può dirmi come è successo?

Ci sono tappeti od oggetti che potrebbero ostacolare la deambulazione?

Ci sono scale interne nella sua abitazione?

Svolge attività fisica, passeggiate o altro durante la giornata?

VALUTAZIONE BASATA SUI MODELLI FUNZIONALI DI SALUTE DI GORDON

5. MODELLO DI SONNO E RIPOSO

6. MODELLO COGNITIVO E PERCETTIVO

7. MODELLO DI PERCEZIONE DI SÉ E CONCETTO DI SÉ (autostima e relazioni sociali)

8. MODELLO DI RUOLO E RELAZIONI

- ✓ *Relazione tra il caregiver e la persona assistita*
- ✓ *Relazione tra i membri della famiglia*
- ✓ *Relazione tra il caregiver e la comunità*

9. MODELLO DI SESSUALITÀ E RIPRODUZIONE

10. MODELLO DI COPING E TOLLERANZA ALLO STRESS

DEFINIZIONE

Letteralmente = donatore di cura

Vengono designati i familiari – parenti – amici – volontari

Da Eurocarers (Federazione europea delle organizzazioni che rappresentano i caregiver):

«I caregiver sono persone di qualsiasi età che forniscono assistenza a chi è colpito da malattie croniche, disabilità o altra necessità sanitaria o di cure continuative, al di fuori di un rapporto di lavoro formale o professionale»

La Legge di Bilancio 2018 ratificava la definizione come:

«... la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016 n. 76, di un familiare affine entro il secondo grado..., di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata, o sia titolare di indennità di accompagnamento»

Le necessità dei caregiver familiari

Mancanza di riconoscimento e rischio di esclusione sociale	Conciliare assistenza con lavoro e vita personale	Reddito adeguato e sicurezza sociale	Accesso ai servizi (distrettuali)	Accesso alle informazioni e alla formazione	Salute e benessere
Basso riconoscimento sociale	Assenza di tempo	Problemi finanziari, costi dell'assistenza	Mancanza di accesso e supporto	Mancanza di conoscenza	Stress ed esaurimento mentale ed emotivo
Isolamento sociale	Difficoltà a bilanciare assistenza con vita professionale e/o vita personale	Mancanza di sostegno al reddito	Mancanza di servizi flessibili e temporanei	Mancanza di competenze	Onere fisico gravoso
Assenza di voce e rappresentanza politica	Isolamento sociale e solitudine	Mancanza di una assicurazione sociale	Mancanza di servizi a prezzi accessibili e di alta qualità	Ostacoli burocratici	Impatto negativo nelle relazioni sociali

Fonte: elaborazione di BIRTHA e HOL, 2017.

TIPOLOGIE PRINCIPALI DELLE POLITICHE E DELLE MISURE PER I CAREGIVER

Tipi di misure	Definizioni/obiettivi	Misure
Misure di compensazione	Premiare finanziariamente il tempo dedicato all'assistenza o ricompensare tramite i diritti di sicurezza sociale (previdenza)	<ul style="list-style-type: none"> • Indennità di cura per i caregiver; • Prestazioni assicurative/previdenziali; • Sgravi fiscali; • Assegno per l'assistenza agli anziani (se utilizzabile dal caregiver).
Misure di supporto	Aiutare i caregiver a svolgere le loro attività di cura	<ul style="list-style-type: none"> • Informazioni (sui diversi servizi, indennità, soluzioni di supporto disponibili); • Consulenza (sulle decisioni da prendere e sui servizi da utilizzare); • Formazione (competenze necessarie per prendersi cura di un anziano); • Gruppi di sostegno (organizzazione associativa dei caregiver, gruppo caregiver sovvenzionato dalle autorità pubbliche); • Valutazione formalizzata dei bisogni del caregiver (esistenza di procedure di valutazione specifiche per caregiver familiari, supporto psicologico e consulenza da parte di professionisti); • Definizione formalizzata dei caregiver familiari; • Prestazioni sanitarie per l'assistito; • Misure di sollievo (misure che concedono una breve pausa assistenziale al caregiver).
Misure di conciliazione	Interventi per facilitare i caregiver che hanno un lavoro per combinare lavoro e cura	<ul style="list-style-type: none"> • Congedo di cura: breve/lungo; pagato/non pagato; • Possibilità normata di flessibilità lavorativa.

Fonte: Le Bihan et al. (2019) modificato con l'aggiunta delle prestazioni sanitarie.

Inventario del fardello del caregiver (o scala di Zarit)

Principio

La scala di Zarit consente di valutare il carico materiale ed emotivo che grava sul principale caregiver di una persona. Le seguenti 22 domande vi permettono di esprimere ciò che provate e la frequenza di tali sentimenti. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. L'importante è di essere franchi con se stessi e di rispondere con la massima oggettività a ogni domanda.

Potete rispondere da soli alle diverse domande, ma consigliamo di farvi aiutare nell'interpretazione dei risultati e per i provvedimenti che dovranno poi essere attuati. Esistono diverse associazioni che vi potranno assistere a riguardo.

	Domande	Mai	Raramente	Talvolta	Abbastanza spesso	Quasi sempre
1	Ritenete che il vostro familiare pretenda più aiuto di quanto ne abbia effettivamente bisogno?					
2	Pensate che il tempo dedicato al vostro familiare non ve ne lasci abbastanza per voi?					
3	Vi sentite confrontati al dilemma di curare il vostro familiare o dedicarvi alle altre vostre responsabilità (famiglia o lavoro)?					
4	Vi capita di sentirvi imbarazzati dal comportamento del vostro familiare in pubblico?					
5	Vi sentite irritati o irascibili quando siete in presenza del vostro familiare?					
6	Pensate che il vostro familiare abbia un influsso negativo sui rapporti con gli altri membri della vostra famiglia o i vostri amici?					
7	Avete paura di ciò che il futuro riserva al vostro familiare?					
8	Pensate che il vostro familiare dipenda da voi?					
9	Vi sentite tesi in presenza del vostro familiare?					
10	Osservate delle ripercussioni sulla vostra salute in seguito al vostro impegno presso il vostro familiare?					
11	Vi rammaricate di non essere in maggiore intimità con il vostro familiare?					
12	Pensate che la vostra vita sociale abbia risentito del vostro impegno nei confronti del vostro familiare?					
13	Vi sentite a disagio di ricevere amici a casa a causa del vostro familiare?					
14	Secondo voi, il vostro familiare si aspetta che lo accudiate come se foste la sola persona sulla quale poter contare?					
15	Ritenete che, viste le altre spese da affrontare, non disponete di abbastanza mezzi per prendervi cura del vostro familiare?					
16	Pensate che non potrete prendervi cura del vostro familiare ancora per molto tempo?					
17	Sentite di non essere più padroni della vostra vita da quando avete preso in carico il vostro familiare?					
18	Vorreste che qualcun altro potesse occuparsi del vostro familiare?					
19	Credete che non ci sia niente da fare per il vostro familiare?					

20	Pensate che dovrete fare di più per il vostro familiare?					
21	Ritenete che potreste occuparvi meglio del vostro familiare?					
22	Con quale frequenza vi capita di realizzare che le cure dispensate al vostro familiare sono un carico o un fardello?					
	Attribuite dei punti alle vostre risposte: Mai = 0 Raramente = 1 Talvolta = 2 Abbastanza spesso = 3 Quasi sempre = 4					
	Sub-totale (sommate i punti per colonna)					
	Totale finale (sommate i punteggi di tutte le colonne)					

Spiegazione dei punteggi

Il punteggio totale – che è la somma dei punteggi ottenuti per ognuna delle 22 domande – può variare da 0 a 88.

Punteggio totale	Significato	Consigli
un punteggio inferiore o pari a 20	carico debole o inesistente	Tutto bene per voi. Se la situazione dovesse cambiare, compilate di nuovo il questionario.
un punteggio tra 21 e 40	carico leggero	Ancora tutto bene per voi. Non esitate a controllare di tanto in tanto la situazione.
un punteggio tra 41 e 60	carico moderato	Sembrare avere la situazione sotto controllo, ma attenzione potrebbe subentrare improvvisamente la fatica. Non esitate a ricorrere puntualmente a un aiuto.
un punteggio superiore a 60	carico forte	Non aspettate a parlare della vostra situazione e a chiedere aiuto. La vostra salute è a rischio.

IL CAREGIVER BURDEN INVENTORY (CBI): STRUMENTO DI VALUTAZIONE DEL CARICO ASSISTENZIALE

La CBI valuta **5 dimensioni** dello stress:

- carico o burden oggettivo,
- carico o burden psicologico,
- carico o burden fisico,
- carico o burden sociale,
- carico o burden emotivo.

La CBI si compone di 24 affermazioni suddivise in altrettante 5 sezioni, una per ogni aspetto dello stress:

1 - il burden dipendente dal tempo richiesto dall'assistenza (item 1-5 - indicati con la lettera T), che descrive il carico associato alla restrizione di tempo per il caregiver. Gli item sono i seguenti: *Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane; Il mio familiare è dipendente da me; Devo vigilarlo costantemente; Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici); Non riesco ad avere un minuto di libertà dai miei compiti di assistenza.*

2 - il burden evolutivo (item 6-10 - indicati con la lettera S), inteso come la percezione del caregiver di sentirsi tagliato fuori, rispetto alle aspettative e alle opportunità dei propri coetanei. Gli item sono i seguenti: *Sento che mi sto perdendo vita; Desidererei poter fuggire da questa situazione ; La mia vita sociale ne ha risentito; Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente; Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita.*

3 - **il burden fisico** (item 11-14 - indicati con la lettera F), che descrive le sensazioni di fatica cronica e problemi di salute somatica. Gli item sono i seguenti: *Non riesco a dormire a sufficienza; La mia salute ne ha risentito; Il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute; Sono fisicamente stanca.*

4 - **il burden sociale** (item 15-19 - indicati con la lettera D), che descrive la percezione di un conflitto di ruolo. Gli item sono i seguenti: *Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto; I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari; Ho avuto problemi con il coniuge; Sul lavoro non rendo come di consueto; Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno.*

5 - **il burden emotivo** (item 20-24 - indicati con la lettera E), che descrive i sentimenti verso il paziente, che possono essere indotti da comportamenti imprevedibili e bizzarri. Gli item sono i seguenti: *Mi vergogno di lui/lei; Provo del risentimento nei suoi confronti; Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa; Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi.*

E' uno strumento self-report, compilato dal caregiver principale, ossia il familiare o l'operatore che maggiormente sostiene il carico dell'assistenza al malato. Al caregiver è richiesto di rispondere barrando la casella che più si avvicina alla sua condizione o impressione personale

Le minori affidabilità del test si riscontrano a proposito del carico emotivo e sociale.

Consigli utili

Sopportare il carico assistenziale di un proprio caro che acceda alle cure palliative domiciliari può quindi portare conseguenze importanti per il caregiver. Ci sono molte variabili che intervengono nello svolgimento di questa attività come i diversi contesti familiari, i bisogni della persona malata e l'emotività di chi assiste ma è possibile identificare dei consigli di carattere generale che possono aiutare a sostenere più serenamente questo ruolo:

- imparare ad esprimere i propri bisogni
- concedersi alcuni momenti di pausa
- vigilare sulla comparsa dei sintomi del Burden
- non essere troppo severi con se stessi
- condividere le proprie emozioni
- confrontarsi con altri caregiver
- chiedere aiuto ad altre persone che possano sostituire il caregiver per specifici compiti
- riconoscere ed accettare il fatto di aver bisogno di aiuto e supporto

<https://www.fedcp.org/cure-palliative/domiciliari/caregiver>

20 suggerimenti del Moores Cancer Center di San Diego per i caregiver di malati oncologici

1. Concedere a sé e al malato il tempo per adattarsi alla diagnosi	11. Organizzare il tempo con impegni fissi, settimanali e mensili
2. Cercare di guardare al futuro cogliendo i segnali positivi e non solo quelli negativi	12. Aiutare il malato e se stessi a mantenere le abitudini quotidiane; ricordarsi di mangiare e di avere cura di sé
3. Ricordarsi che servono pazienza, flessibilità, coraggio e ironia	13. Concedere spazio anche alle emozioni forti, parlandone con un amico o con uno specialista
4. Comunicare in modo pieno e sincero con il malato	14. Praticare attività antistress (yoga o meditazione)
5. Programmare attività di evasione dalla routine delle terapie, come una cena fuori	15. Concedersi ogni tanto una vacanza, affidando il malato a familiari o a professionisti
6. Parlare del futuro: la speranza è importante	16. Ammettere che è indispensabile modificare in parte la routine
7. Apprezzare il fatto di scoprire capacità interiori spesso insospettate	17. Appoggiarsi a gruppi di sostegno se necessario
8. Scegliere se delegare parte delle responsabilità ad altre persone vicine	18. Prendere tempo per se stessi, per svolgere un'attività gradita o per non fare nulla
9. Ricordarsi che il compito è complicato e che spesso richiede aiuto che va cercato attivamente, non atteso	19. Guardare film e spettacoli divertenti. Il buon umore ha effetti sorprendenti
10. Partecipare alle visite mediche per comprendere bene la situazione	20. Concedersi un supporto religioso se lo si desidera

INDICAZIONI SULLA GESTIONE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO - DEMENZA

INDIVIDUATI 12 DISTURBI – 4 CATEGORIE

- DISTURBI DELL'UMORE → depressione e ansia
- PSICOSI → deliri – allucinazioni
- IPERATTIVITA' → comportamento aggressivo – irritabilità – disinibizione – wandering
- APATIA-EUFORIA - DISTURBI DEL SONNO – DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

INTERVENTI FARMACOLOGICI

INTERVENTI PSICOSOCIALE = necessità di capire l'origine del disturbo (da problemi fisici? da fonti di stress? dal contesto?)

Es: Moniz Cok et al., 2012 indica la modalità denominata ABC – A = antecedent B = behavior C = consequences

A= conoscere quello che è successo immediatamente prima

B= conoscere quando, come, dove è successo

C= conoscere gli effetti provocati dal comportamento

IMPORTANTI I RITMI E I TEMPI DELLA GIORNATA

Le persone con demenza perdono precocemente il senso del tempo

Importante sottolineare lo scorrere del tempo:

- Ritmo luce naturale/buio
- Eventi indicatori di stagioni → temperatura e i cicli delle piante nei giardini
- Comunicare orientando sul mese – sul giorno della settimana
- Creare dei rituali da condividere con la persona per tenerla attiva

Per la notte:

- Rimboccare le coperte riduce i disturbi del sonno Nurs Stand. 2014 Dec 15;29(15):8
- Eliminare tutti i rumori notturni
- Sorveglianza attiva ridotta al minimo, utilizzare le tecnologie di sorveglianza a distanza





La figura del caregiver nell'ordinamento italiano

Dossier n° 141 - Schede di lettura
25 febbraio 2021

Inquadramento normativo

La figura del **caregiver familiare** (letteralmente "prestatore di cura") individua la persona responsabile di un altro soggetto dipendente, anche disabile, di cui si prende cura in un ambito domestico. È colui che organizza e definisce l'assistenza di cui necessita una persona, anche congiunta, e in genere è un familiare di riferimento. Si distingue dal **caregiver** professionale (o badante), rappresentato da un assistente familiare che accudisce la persona non-autosufficiente, sotto la verifica, diretta o indiretta, di un familiare.

Il profilo del **caregiver** è stato riconosciuto e delineato normativamente per la prima volta dalla legge di bilancio 2018 (articolo 1, commi 254-256, [legge n. 205 del 2017](#)), che al comma 255 lo definisce come **persona che assiste e si prende cura di specifici soggetti**, quali:

- **il coniuge o una delle parti dell'unione civile** tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto;

La legge n. 76 del 2016 ha regolamentato le unioni civili e le convivenze di fatto, anche tra persone dello stesso sesso, estendendo ad esse alcune prerogative spettanti ai coniugi. L'unione civile, considerata "formazione sociale" ai sensi degli artt. 2 e 3 della Costituzione, avviene mediante dichiarazione di fronte all'ufficiale di stato civile e alla presenza di due testimoni, mentre sono considerati conviventi di fatto due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale e coabitanti o aventi dimora abituale nello stesso comune.

- **il familiare o affine entro il secondo grado e anche un familiare entro il terzo grado**, nei casi individuati dall'art. 3, comma 3, della [legge n. 104/1992](#), che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, sia non autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, ovvero gli sia riconosciuto un grado di invalidità in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata continuativa, definita come handicap grave ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della citata L. 104;