



CICLO DI WEBINAR SUI NUCLEI TEMATICI DELL'EDUCAZIONE CIVICA

Prevenzione ed educazione alla salute: bisogni formativi e di riorganizzazione del SSN

PROF.SSA MARGHERITA FERRANTE

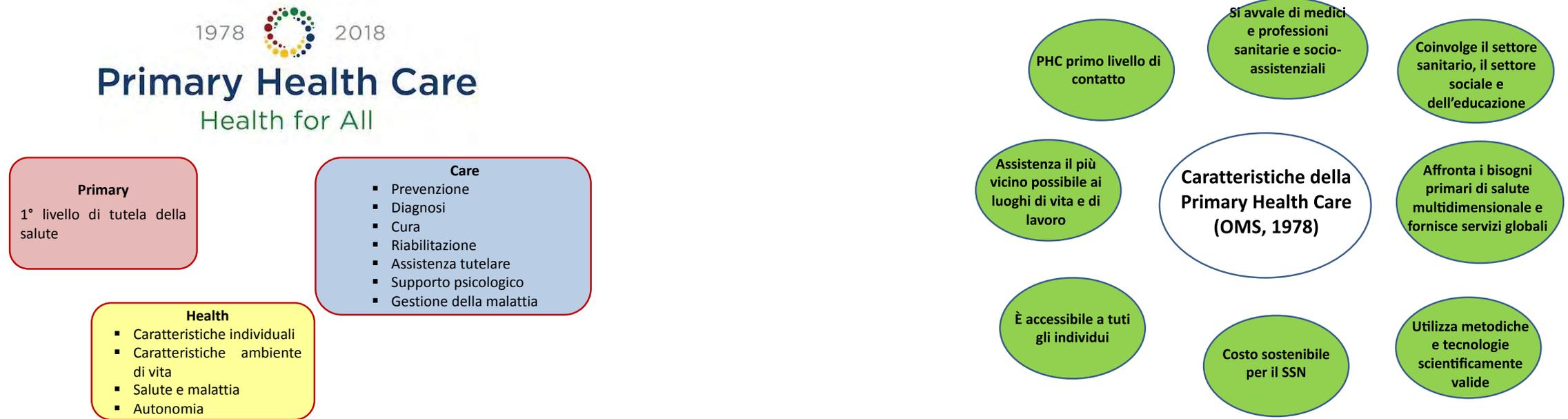


Professore Ordinario di Igiene Generale e Applicata - Università degli Studi di Catania

Direttore UOC Igiene Ospedaliera Policlinico «G. Rodolico-San Marco» Catania

Responsabile RTI CT-ME-EN

L'educazione alla salute e all'assistenza, l'educazione terapeutica, la promozione del coinvolgimento del cittadino e dell'assistito (e, se opportuno, della sua famiglia) nel suo percorso di salute, in modo che sia sempre più protagonista e dunque efficace nel gestirlo, hanno un'importanza fondamentale in tutte le **azioni di prevenzione e di primary health care**, nonché nella gestione delle cronicità.



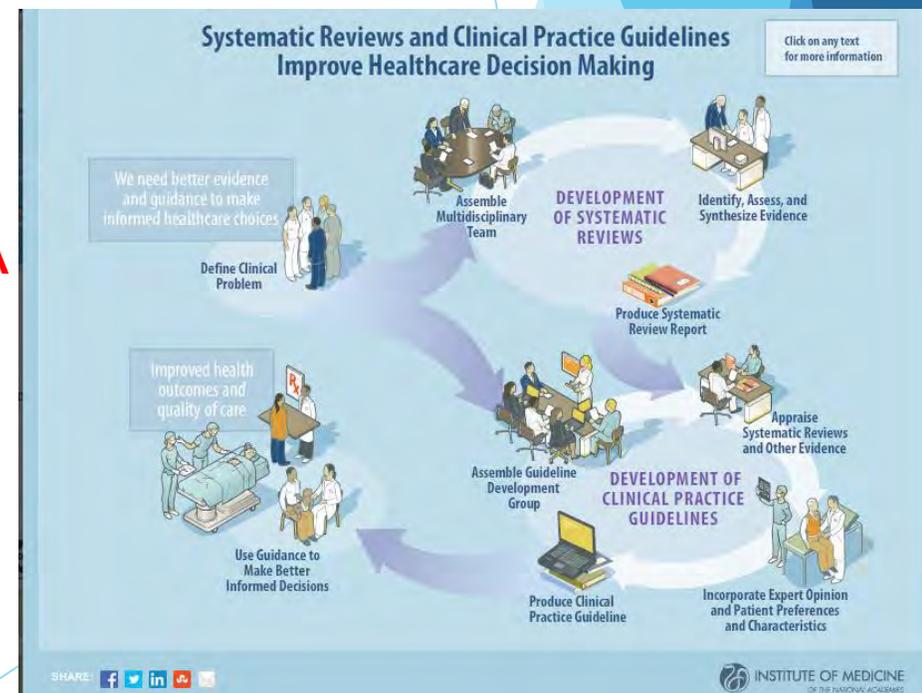
La necessità di orientarsi su questi temi nasce dalle mutate caratteristiche sociodemografiche della popolazione, che hanno profondamente trasformato gli scenari epidemiologici, impegnando la Sanità Pubblica nell'interpretazione delle tendenze e nell'identificazione degli strumenti gestionali adeguati per la tutela della salute. È infatti prioritaria, per i servizi sanitari, la sfida di affrontare l'imponente impegno che la **cronicità** rappresenta, in quanto **maggior voce di spesa che assorbe il 70% delle risorse**, interessando più del **30% della popolazione**. L'aspettativa di vita in continua crescita richiede modelli assistenziali più efficaci per venire incontro ai bisogni della popolazione con malattia cronica e/o condizioni di fragilità.

Questo nuovo approccio rappresenta in primo luogo una conquista culturale, in corso di realizzazione mediante l'ampio dibattito sull'empowerment e il self-engagement della persona, sulla medicina ed i servizi patient-centered, ma richiede al contempo nuovi modelli organizzativi.



Sviluppare la morale degli individui, proporre una nuova pratica manageriale, in cui i soggetti (soprattutto i leader) possano esprimere "l'equilibrio del potere" che è espressione di relazioni orientate verso la reciprocità, il coinvolgimento, la gestione delle contraddizioni e delle conflittualità.

FARE EMPOWERMENT PER UNA SANITA' MIGLIORE

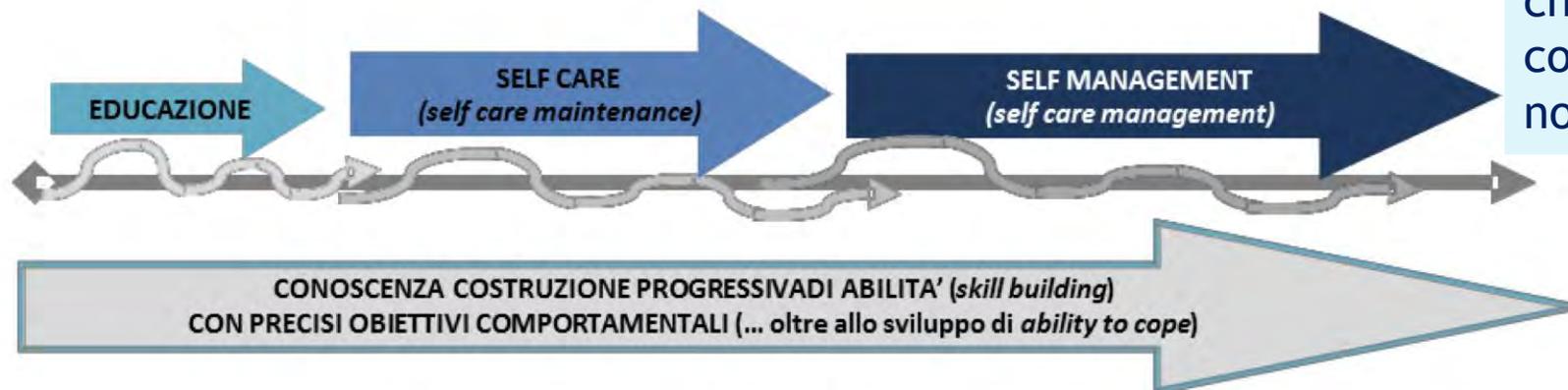


Percorsi Assistenziali che siano strumenti di Empowerment

PERCORSO ASSISTENZIALE



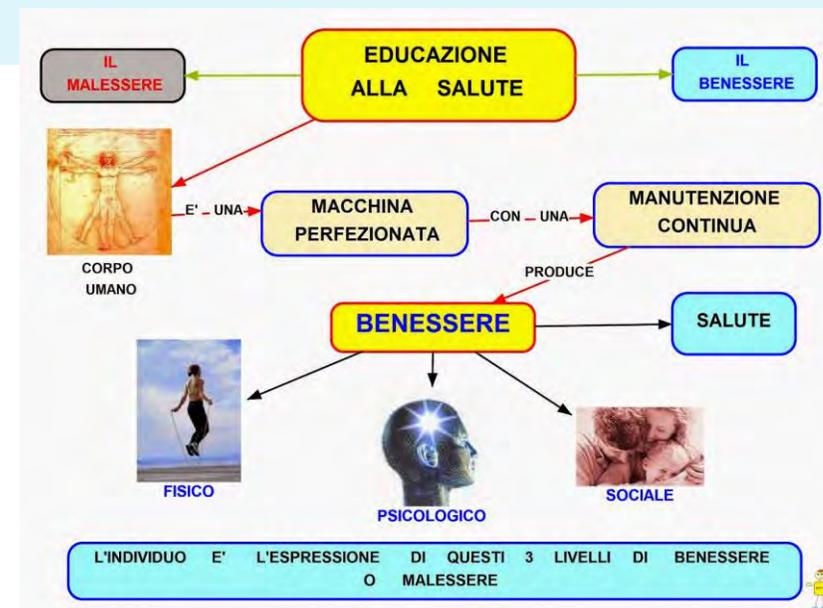
EMPOWERMENT E AUTOCURA



La partecipazione attiva dell'assistito nel salvaguardare il suo patrimonio di salute, sia egli sano o portatore di malattie croniche, diventa elemento chiave in un'ottica di sostenibilità del sistema, rappresentando un driver di efficientamento fondamentale, che le politiche sanitarie e i conseguenti modelli manageriali non possono trascurare.

Diviene fondamentale, quindi, che tutti i cittadini, sani o con condizioni di rischio o con malattie croniche o con compromissione dell'autonomia personale, ricevano una vera e propria educazione alla salute. Tuttavia, per giungere a loro, il tramite sono proprio i professionisti della salute: operatori di sanità pubblica; medici e pediatri di famiglia; medici specialisti ambulatoriali e ospedalieri; infermieri domiciliari, ambulatoriali e ospedalieri; farmacisti; terapisti della riabilitazione; nutrizionisti; ostetriche domiciliari, ambulatoriali e ospedaliere; assistenti sociali; assistenti sanitari; amministrativi dei front office dei servizi socio-sanitari...in altre parole, tutti gli operatori della salute, nessuno escluso!

Per far ciò, però, bisogna fornir loro di orientamenti e strumenti perché svolgano sistematicamente attività di educazione alla salute e di educazione terapeutica, superando il *modus operandi*, ancora diffuso tra gli operatori, che mira al solo approccio curativo e ritiene, nei fatti, privi di efficacia gli interventi tesi a migliorare gli stili di vita ed il coinvolgimento dell'assistito e della famiglia nel processo di cura: puntare cioè ad un nuovo ruolo da vivere come parte integrante e fondamentale dell'attività professionale, nella consapevolezza che anche il tempo dedicato all'informazione, alla comunicazione e alla relazione con la persona assistita è efficiente tempo di cura e di presa in carico.



PROMOZIONE DELLA SALUTE, EDUCAZIONE ALLA SALUTE ED EDUCAZIONE TERAPEUTICA

IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO E CULTURALE

“[...] ciò che oggi distingue le nostre vite da quelle dei nostri antenati non sono gli strumenti che usiamo o le regole che governano le nostre società, ma il fatto che siamo di gran lunga più numerosi, viviamo più a lungo, abbiamo una salute migliore, siamo più colti ed istruiti, un numero enormemente più basso di noi è denutrito, disponiamo di più tempo e denaro per altre attività e, quando non siamo soddisfatti del luogo in cui viviamo, possiamo spostarci altrove: trasferirsi non è mai stato così facile ed economico”

(Naim, La fine del potere, 2013).

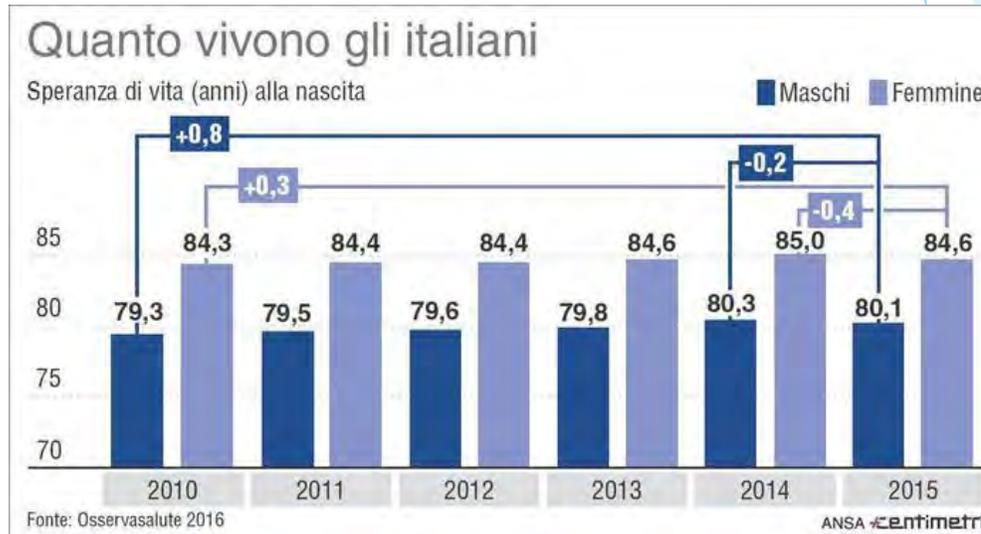
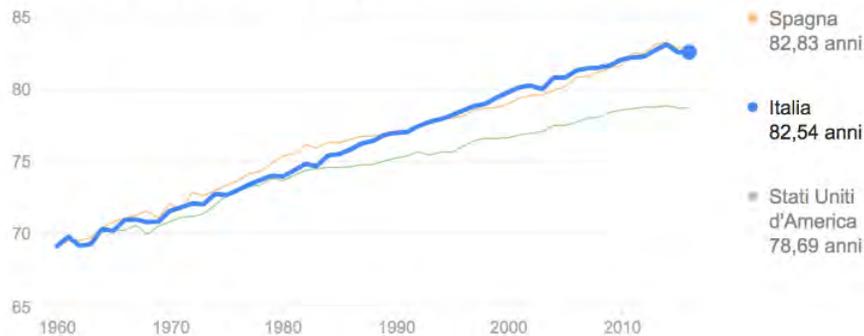


Questo complessivo miglioramento, testimoniato recentemente anche dai sostanziali progressi raggiunti a livello mondiale nei “millennium development goals” (United Nations, 2015), è particolarmente evidente nel nostro paese, anche se con alcune peculiarità, sia epidemiologiche che culturali.

L'Italia è uno dei paesi più longevi al mondo. Ad oggi, infatti, la speranza di vita alla nascita è intorno agli 83,2 anni (81 per gli uomini, 85,3 per le donne) (Istat, 2019) (82 media 2020) e le più recenti proiezioni ISTAT ci dicono che nel 2050 oltre il 34% degli Italiani avrà varcato la soglia dei 65 anni. Al mondo, pochi Paesi presentano un'aspettativa di vita alla nascita superiore alla nostra e, secondo i dati OCSE, solo Giappone e Germania hanno una percentuale di anziani superiore a quella dell'Italia (OCSE, 2017).

Italia / Speranza di vita

82,54 anni (2016)



Ma non è stato sempre così. Circa 150 anni fa, in Italia si viveva in media 10 anni di meno rispetto alla Francia e 16-17 anni di meno rispetto alla Svezia. Ma negli anni successivi, la vita media dei cittadini italiani è cresciuta ad un ritmo sostenuto, raggiungendo prima e superando poi, la maggior parte dei Paesi leader in questo campo.

Tuttavia, a quest'allungamento dell'aspettativa di vita ha corrisposto un altrettanto impressionante calo delle nascite, tanto che l'Italia è oggi tra gli ultimi paesi al mondo quando si guardano gli indicatori di natalità: le coppie italiane hanno in media 1,3 figli, contro l'1,7 della media dei paesi OECD, valori ben al di sotto dei 2,1 considerati necessari al ricambio generazionale (ISTAT, 2017).

Rai News

ITALIA

Per la prima volta saldo negativo tra nati e morti nella Ue

In Europa nascite inferiori alle morti nel 2015. In Italia il tasso di natalità più basso

Condividi: 157 Tweet G+ 1

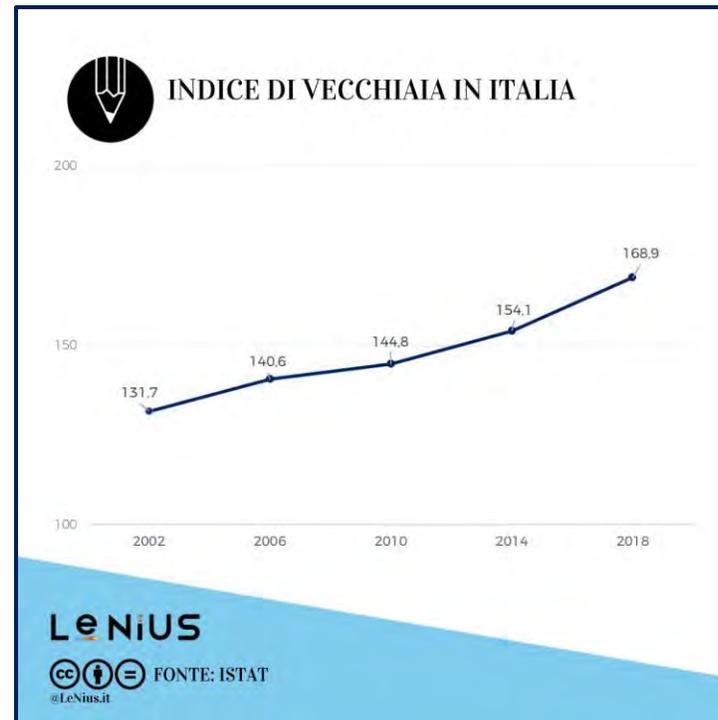
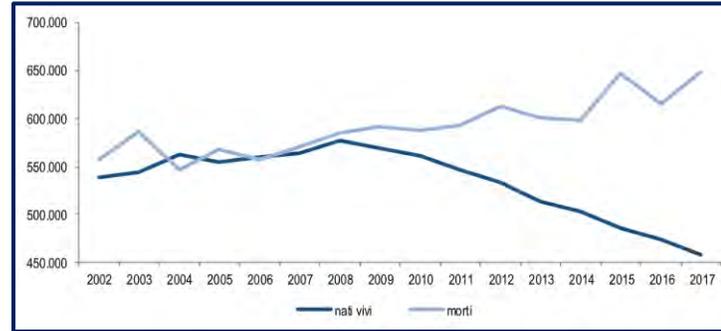


08 luglio 2016

Lo scorso anno l'Italia è risultata il paese con il tasso di natalità (8 x mille) più basso tra quelli dell'Unione europea, secondo i dati Eurostat. Complessivamente, nei 28 paesi dell'Unione, nel 2015 la popolazione è cresciuta passando da 508,3 a 510,1 milioni. Ma ciò, osserva Eurostat, è avvenuto solo grazie agli immigrati poiché tra i residenti le nascite (5,1 milioni) sono state inferiori alle morti (5,2 milioni).

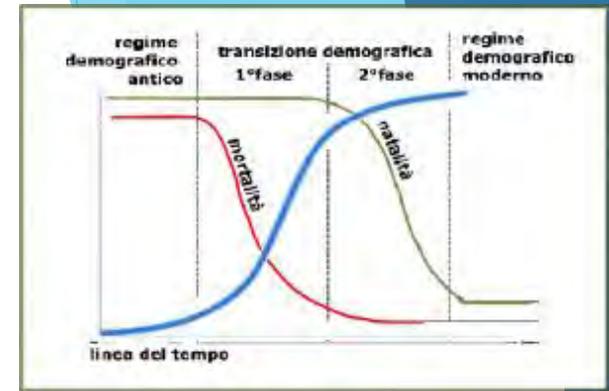
E' la prima volta che si registra un saldo negativo nati-mortalità nella Ue. A guidare la classifica, Francia e Germania...

- L'Italia e il crollo nascite, 150mila abitanti in meno
- Crollo delle nascite in Italia, aumenta la popolazione di anziani: picco di mortalità dal dopoguerra
- Istat: in Italia popolazione a crescita zero. Saldo nascite-morti negativo di quasi

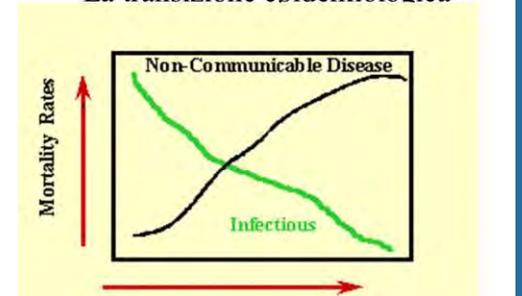


Se si considera anche il crescente numero di giovani italiani che emigrano all'estero in cerca di condizioni lavorative migliori (Solipaca, 2014) ci si rende facilmente conto di come il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, testimoniato dal progressivo incremento dell'indice di vecchiaia (38,9% nel 1961, 92,5% nel 1991; 154,1% nel 2014; 207,1% nel 2030; 257,9% nel 2065), sia particolarmente marcato nel nostro paese (ISTAT, 2015). Solamente i flussi migratori in entrata, particolarmente incrementati negli ultimi anni, stanno contrastando questo fenomeno, disegnando per il futuro, in assenza di un repentino cambiamento nei trend finora descritti, un'Italia anziana e multi-etnica.

Il passaggio da alta a bassa mortalità e fertilità che ha accompagnato lo sviluppo socio-economico degli ultimi anni è associato anche ad uno spostamento delle principali cause di malattia e morte. In altre parole, la cosiddetta “**transizione demografica**” è inevitabilmente associata ad una “**transizione epidemiologica**”, caratterizzata dal declino delle malattie infettive ed acute (comunemente associate con condizioni di vita più disagiate, povertà e limitato accesso a servizi come avviene nei paesi in via di sviluppo) e dall’importanza emergente di malattie croniche e degenerative, comprese le malattie cardiovascolari, oncologiche, neurodegenerative e metaboliche (Poscia, 2015).

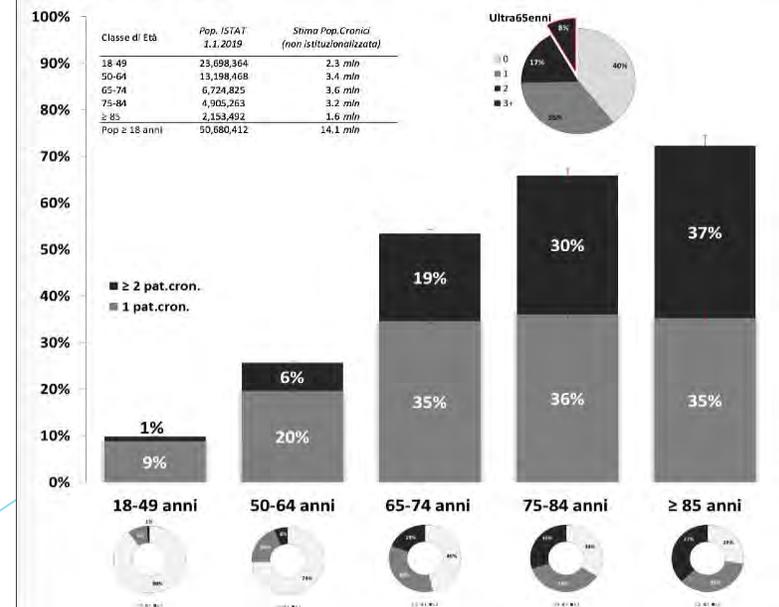


La transizione epidemiologica



Come prevedibile visto l’invecchiamento della popolazione, negli ultimi venti anni la proporzione di Italiani affetti da almeno una malattia cronica è aumentata dal 35 al 39%, mentre la proporzione di soggetti affetti da almeno due malattie croniche è aumentata dal 18 ad oltre il 20%. In valori assoluti questo significa un incremento di circa 3 milioni di pazienti con almeno una malattia cronica, di cui circa 2 milioni con almeno due patologie croniche (Ricciardi, 2015). Le malattie o condizioni croniche più diffuse sono: l’ipertensione (17,4%), l’artrosi/artrite (15,9%), le malattie allergiche (10,7%), l’osteoporosi (7,6%), la bronchite cronica e l’asma bronchiale (5,8%), il diabete (5,3%) (ISTAT, 2016). C’è poi il problema della demenza che, colpendo nelle sue varie forme oltre 1 milione di persone, pone l’Italia tra i 10 Paesi al mondo con la più alta prevalenza della malattia (Prince, 2013).

Patologie Croniche riferite nella popolazione residente in ITALIA
 PASSI 2015-2018 (18-69enni) e PASSI d’Argento 2016-2018 (ultra65enni)
 Prevalenze e relativi IC95%



È quindi necessario introdurre il concetto della qualità della vita che sembra correre parallelamente a quello alla quantità. Infatti, secondo i dati ISTAT, gli anni che un italiano medio può trascorrere in buona salute sono rimasti 10 in meno di quelli complessivi di vita. Erano 70 nel 2000, quando l'aspettativa di vita era intorno agli 80 anni, e sono oggi circa 73. La principale responsabilità di questi 10 anni vissuti con disabilità è da imputare proprio alle patologie croniche, in particolare alle malattie cardiovascolari, ai disturbi muscoloscheletrici, ai disturbi neurologici, alle patologie neoplastiche e al diabete che, complessivamente, hanno comportato, nel 2016 rispetto al 1990, un aumento di un anno vissuto con almeno una malattia (*Years Lived with Disability* o *YLD*) ogni 100 anni (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2017). Se ci si concentra poi sui soggetti anziani, vediamo che le principali patologie ad impattare sulla qualità della vita degli over 70 sono le malattie cardiovascolari (che rispondono di circa un 30% degli anni di vita aggiustati per disabilità (DALYs), le neoplasie (circa un 20%) e poi, in ordine decrescente, i disturbi neurologici e muscoloscheletrici, il diabete e altri disturbi endocrini, le malattie respiratorie croniche e le altre malattie croniche.



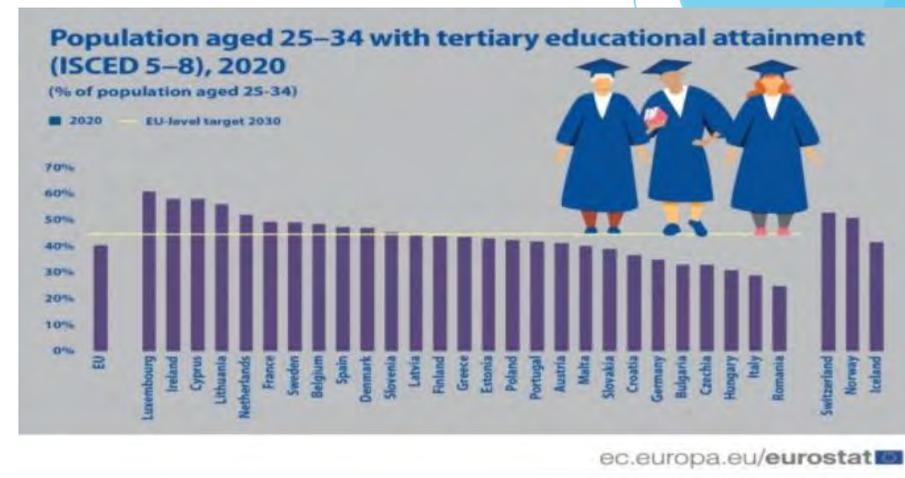
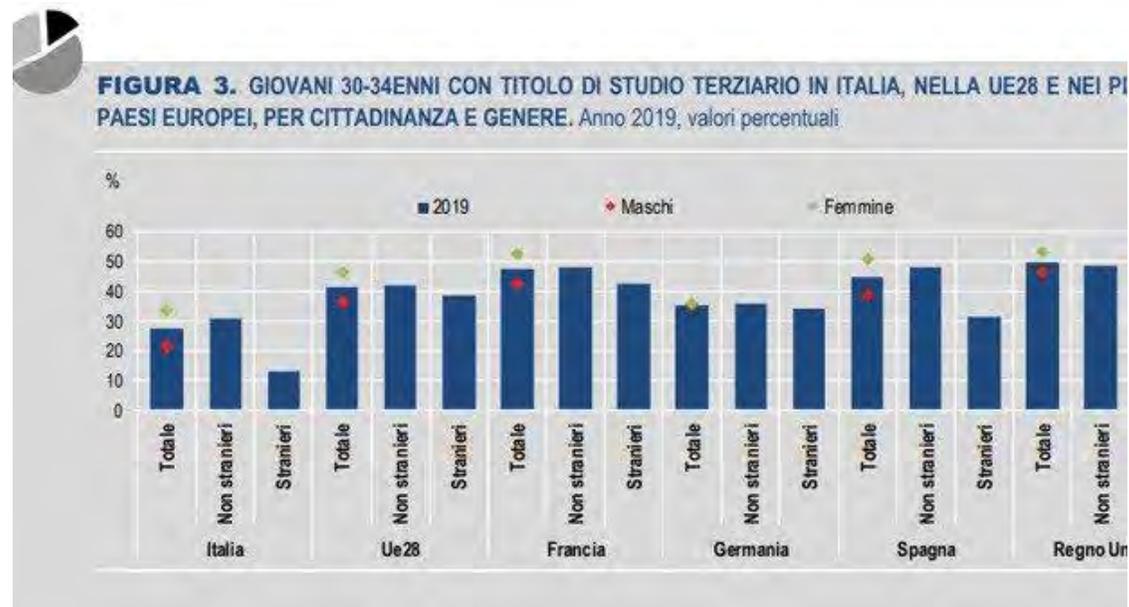
► Sir Muir Gray, Chief Medical Officer del Servizio Nazionale Inglese, ricorda però da alcuni anni che non si deve confondere il processo biologico naturale dell'invecchiamento - caratterizzato da cambiamenti fisici, psicologici e sociali - con quello di diventare malato. La perdita della salute in età avanzata è il risultato dell'effetto combinato di cause intrinseche ed estrinseche: mentre il corpo umano subisce un declino funzionale naturale, vi è un effetto cumulativo dell'esposizione a stili di vita e fattori ambientali che contribuiscono alla patogenesi delle malattie (Gray, 2015).

► Questa considerazione implica come conseguenza fondamentale che molte delle patologie croniche si potrebbero efficacemente prevenire contrastando i fattori di rischio comportamentali legati al fumo, alle abitudini alimentari non salutari, alla sedentarietà, all'obesità e al consumo eccessivo di alcol. Già solamente i primi 4 fattori sono implicati nel meccanismo causale della stragrande maggioranza delle malattie croniche e, con l'unica eccezione del fumo di sigaretta, significativamente in calo negli ultimi anni, si presentano con una prevalenza preoccupante nel nostro paese (Tabella 1).

Tabella 1. Prevalenza dei principali fattori di rischio modificabili in Italia. Anno 2015 (Fonte: Solipaca, 2017)

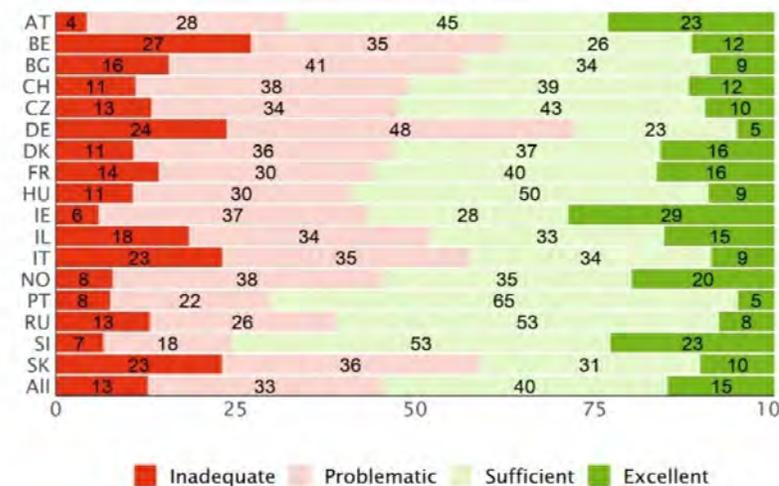
Fattore di Rischio	Popolazione di riferimento	Prevalenza
Fumo	Fumatori over 14	19,6%
	Ex Fumatori over 14	22,8%
Consumatori a rischio (Criterio ISS) di Alcol	Popolazione 11-17 anni	19,0%
	Popolazione 18-64 anni	13,6%
	Popolazione over 65	20,8%
Consumo di Frutta e Verdura - 5 o più porzioni al giorno	Popolazione over 3	5,4%
	Popolazione 6-11 anni	24,9%
Sovrappeso	Popolazione over 18	35,3%
	Popolazione over 18	9,8%
Obesità	Popolazione over 18	9,8%
Attività Fisica - Nessuno Sport	Popolazione over 3	39,9%

Se da un lato l'invecchiamento della popolazione e la crescente multimorbilità aumentano la pressione dei bisogni e della domanda di salute, dall'altro i cittadini sembrano mostrare una scarsa attenzione alla tutela della propria salute ed al mantenimento di stili di vita salutari improntati alla prevenzione. Su questo punto gioca un ruolo fondamentale il livello culturale del Paese che, stando ai risultati di vari studi, appare spesso subottimale.



Non va meglio se si parla di **“health literacy”**, ovvero delle abilità cognitive e sociali che motivano gli individui e li rendono capaci di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni in modo da promuovere e preservare la propria salute.

Percentage of respondents by categorical level of General HL as measured by the HLS19-Q12, for each country and the mean for all countries



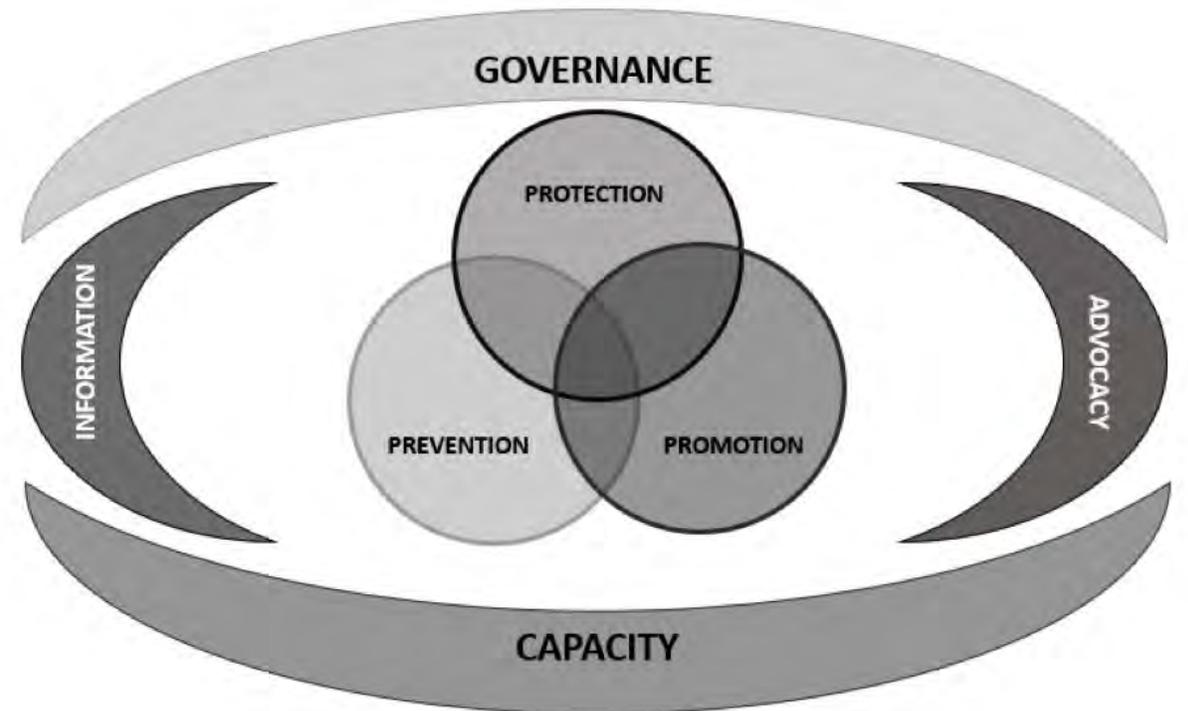
Source: HLS19 Consortium

INFORMAZIONE, PROMOZIONE E EDUCAZIONE ALLA SALUTE: DALLA PROSPETTIVA PROTETTIVA A QUELLA PREVENTIVA

Stando al più recente tentativo di definire il ruolo, le funzioni, le competenze e i requisiti formativi per operare in ambito di sanità pubblica, la World Federation of Public Health Association (WFPHA) ha realizzato la prima “**Global Charter for the Public’s Health**”, ovvero una cornice che consenta ai sistemi di sanità pubblica di comunicare, confrontando le loro capacità e migliorando le proprie performance attraverso azioni sistematiche (Lomazzi, 2016; Moore, 2016). La carta è costituita da un gruppo di 3 servizi “core” e di 4 funzioni abilitanti.

Tra i servizi “core” della *public health* c’è la “promozione”, ovvero tutto ciò che ha a che fare con le disuguaglianze, i determinanti ambientali, sociali ed economici, la resilienza, la cultura (comportamentale e sanitaria), l’approccio *life-course* e i contesti della salute.

Questo “servizio core” occupa storicamente un ruolo di primo piano in sanità pubblica, anche se con una profonda trasformazione che merita di essere brevemente ripercorsa seguendo l’evoluzione del concetto stesso che lo definisce e che è ancora oggi oggetto di riflessione.



Dall'educazione sanitaria alla promozione della salute

Antonio Seppilli nel 1958 definiva l'educazione sanitaria come *“un intervento sociale, che tende a modificare consapevolmente e durevolmente il comportamento nei confronti dei problemi della salute. Essa presuppone la conoscenza del patrimonio culturale del gruppo e la focalizzazione dei suoi interessi soggettivi, e richiede la rimozione delle resistenze opposte dal gruppo all'intervento”* e, qualche anno dopo - nel 1970 - come *“un processo di comunicazione interpersonale, diretto a fornire le informazioni necessarie per un esame critico dei problemi della salute ed a responsabilizzare gli individui ed i gruppi sociali nelle scelte che hanno effetti - diretti ed indiretti - sulla salute fisica e psichica dei singoli e della collettività”* (Ficarra, 2013).

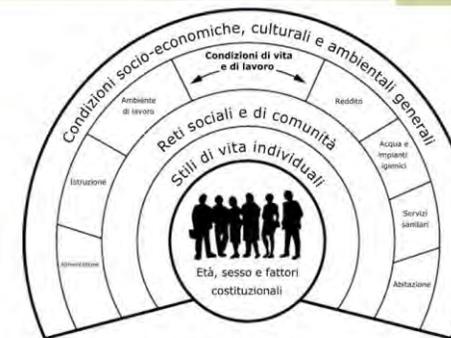
Nel corso del tempo, però, il concetto di **“Educazione alla Salute”**, si è evoluto, ed **“Educare alla Salute”** non significa più **“informare/insegnare/prescrivere”** autorevolmente su temi più o meno rilevanti; si tratta, invece, di **intervenire precocemente** sui comportamenti determinanti nell'insorgenza delle patologie e di fornire le motivazioni, le abilità e la fiducia necessarie per intraprendere azioni volte a migliorare la salute. L'Educazione alla Salute cerca quindi di trasformarsi da una pratica mirata alla diffusione di contenuti e conoscenze tecniche, spesso limitata a singole patologie, ad un intervento preventivo finalizzato ad accrescere la consapevolezza dell'individuo e a conseguire obiettivi globali di salute attraverso un approccio educativo complesso, multidisciplinare e fortemente basato sul processo comunicativo (Ficarra, 2013). Infatti, nel suo glossario l'OMS definisce l'educazione alla salute (**health education**) come **“l'insieme delle opportunità di apprendimento consapevolmente costruite, che comprendono alcune forme di comunicazione finalizzate a migliorare l'alfabetizzazione alla salute, ivi compreso l'aumento delle conoscenze e a sviluppare life skills che contribuiscano alla salute del singolo e della comunità”** (WHO, 1998).

È importante evidenziare che, sempre secondo l'OMS, l'educazione alla salute riguarda anche “la comunicazione delle informazioni riguardanti le condizioni sociali, economiche ed ambientali che hanno un impatto sulla salute, così come i fattori di rischio individuali ed i comportamenti a rischio, nonché l'utilizzo del sistema sanitario”, implicando la fattibilità politica ed organizzativa delle diverse tipologie di interventi che agiscono sui determinanti di salute sociali, economici e ambientali.

La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità.
(OMS, 1948)

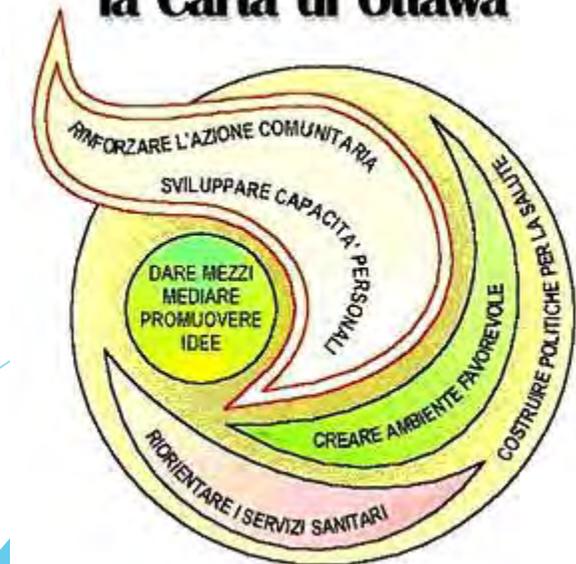
Quest'attenzione ai determinanti di salute è quello che rende l'educazione alla salute una delle attività alla base della “**promozione della salute**” (*health promotion*), intesa nella Carta di Ottawa come “il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla” (WHO, 1986). La promozione della salute rappresenta quindi un processo sociale e politico globale, che oltre alle azioni specifiche dell'educazione alla salute sui singoli individui, comprende anche azioni volte a modificare concretamente le condizioni sociali, ambientali ed economiche, così da attenuarne l'impatto sulla salute del singolo e della collettività.

I determinanti della salute



Dahlgren G and Whitehead M (1991)

la Carta di Ottawa



Carta di Ottawa

La Carta di Ottawa individua tre strategie fondamentali per la promozione della salute:

- ▶ **advocacy**, al fine di creare le condizioni essenziali per la salute;
- ▶ **enabling**, per abilitare le persone a raggiungere il loro massimo potenziale di salute;
- ▶ **mediating**, per mediare tra i diversi interessi esistenti nella società nel perseguire obiettivi di salute.

Queste strategie sono supportate da cinque aree d'azione prioritarie:

- ▶ Costruire una politica pubblica per la salute
- ▶ Creare ambienti favorevoli alla salute
- ▶ Rafforzare l'azione della comunità
- ▶ Sviluppare le abilità personali
- ▶ Ri-orientare i servizi sanitari.

Le strategie e le aree d'azione sono state confermate con la **Dichiarazione di Jakarta**, “Portare la Promozione della Salute nel XXI secolo” anche alla luce delle evidenze che hanno mostrato come gli approcci globali per il miglioramento della salute e quelli che si basano sulla combinazione delle cinque strategie siano quelli più efficaci (WHO, 1997; WHO, 1998). Per la promozione della salute nel XXI secolo la Dichiarazione di Jakarta ha poi individuato cinque priorità:

- ▶ Promuovere una responsabilità sociale per la salute
- ▶ Aumentare gli investimenti per il miglioramento della salute
- ▶ Ampliare le partnership per la promozione della salute
- ▶ Accrescere le capacità della comunità ed attribuire maggiore potere agli individui
- ▶ Garantire un'infrastruttura per la promozione della salute.

Educazione terapeutica

L'educazione terapeutica consiste in una serie di attività educative essenziali nella gestione di condizioni patologiche, condotte da operatori sanitari debitamente addestrati nel campo della formazione (WHO Regional Office for Europe, 1998).

Consiste nell'aiutare il paziente a comprendere la sua malattia e il suo trattamento, aiutandolo a diventare, in collaborazione con gli operatori sanitari, parte attiva nella gestione del suo stato di salute per prevenire le complicanze evitabili e per mantenere e migliorare la sua qualità di vita. Il suo scopo principale è di produrre un effetto terapeutico che vada ad aggiungersi agli altri interventi di comprovata efficacia, contribuendo in questo modo anche a ridurre i costi dell'assistenza a lungo termine, sia per i pazienti che per la società. Si tratta quindi di un processo continuo, integrato nell'assistenza sanitaria, incentrato sul paziente che implica attività organizzate di sensibilizzazione, informazione, apprendimento dell'auto-cura e supporto psicologico a riguardo della malattia, dei trattamenti prescritti, dell'assistenza ospedaliera e negli altri setting assistenziali e di altri aspetti organizzativi.

Volendo sintetizzare l'evoluzione del concetto di educazione sanitaria, si può far riferimento alle “tre generazioni” individuate grazie al lavoro del Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria di Perugia (Modolo, 1995; Modolo, 2006):

- ▶ “prima generazione (delle regole) precettistica-magistrale” basata sulla diffusione di informazioni e di norme
- ▶ “seconda generazione o della persuasione comportamentista”, con attenzione alle motivazioni e alla cultura del gruppo e studio di strategie di convincimento
- ▶ “terza generazione o della partecipazione”, volta al coinvolgimento attivo, ritenendo non sufficiente l'aderenza alle raccomandazioni degli esperti, per assumere in proprio l'azione.

ORIENTAMENTI ISTITUZIONALI SULL'EDUCAZIONE ALLA SALUTE E SULL'EDUCAZIONE TERAPEUTICA: LO STATO DELL'ARTE IN ITALIA

Nel declinare le **10 Essential Public Health Operations (EPHOs)**, ovvero le 10 aree che le Nazioni devono presidiare per assicurare servizi di sanità pubblica all'avanguardia (Jambroes, 2015), l'OMS raccomanda a tutte le Nazioni di rafforzare e sviluppare politiche e servizi di promozione della salute (EPHO 4) integrati e intersettoriali, in particolare nei seguenti ambiti (WHO Regional Office for Europe, 2012):

- ▶ Salute materno-infantile e dell'adolescente
- ▶ Invecchiamento attivo
- ▶ Controllo del consumo di tabacco, alcol e droghe
- ▶ Prevenzione della violenza e degli incidenti (compresa la sicurezza stradale)
- ▶ Promozione dell'attività fisica e della dieta salutare
- ▶ Contrasto all'obesità



In Italia, come previsto dal legislatore e ribadito attraverso il Piano Nazionale di Prevenzione, la promozione della salute e la prevenzione giocano insieme un ruolo di primo piano come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare in particolare alla luce dei trend demografici. Non a caso, il primo macro obiettivo del PNP 2014-2018 prevedeva la riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili attraverso un approccio che comprenda strategie di popolazione (di comunità) e strategie sull'individuo, in linea con gli obiettivi del Programma nazionale **“Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari”**.



guadagnare
salute

rendere facili le scelte salutari

Le aree del programma

- A Guadagnare salute rendendo più facile una dieta più salubre (alimentazione)
- B Guadagnare salute rendendo più facile muoversi e fare attività fisica (attività fisica)
- C Guadagnare salute rendendo più facile essere liberi dal fumo (lotta al fumo)
- D Guadagnare salute rendendo più facile evitare l'abuso di alcol (lotta all'abuso d'alcol)

Questo programma, approvato in Italia nel 2007 sulla scia dell'approccio dell'OMS "Health in all policies", rappresenta una strategia globale finalizzata al contrasto dei quattro principali fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili (fumo, abuso di alcol, dieta scorretta e inattività fisica) attraverso l'attivazione di dinamiche intersettoriali (alleanze con il mondo della scuola, dell'agricoltura, dei trasporti, dell'urbanizzazione, dello sport e dell'industria), al fine di promuovere e favorire corretti stili di vita da parte della popolazione nell'ottica di migliorare la salute e prevenire le principali patologie croniche (Ministero della Salute, 2007).

Gli ultimi Piani Sanitari Nazionali (PSN) hanno riconosciuto alle patologie croniche un particolare rilievo in termini di impatto socio-sanitario, ponendo in primo piano il ruolo dell'educazione alla salute per il miglioramento della qualità dell'assistenza alla persona con cronicità. In particolare con il PSN 2006-2008, tra i vari punti focali dell'azione del SSN si fa esplicito riferimento alla necessità di organizzare meglio e potenziare la promozione della salute e la prevenzione, di potenziare i sistemi integrati di reti a livello nazionale, inter istituzionale (integrazione sociosanitaria) e tra i diversi livelli di assistenza (prevenzione, cure primarie) e di favorire il ruolo partecipato del cittadino e delle Associazioni.

Sanità24 24 ORE

[Home](#) [Analisi](#) [Sanità risponde](#) [Scadenze fiscali](#) [Sanità in borsa](#)

22
Ott
2015

DAL GOVERNO

Che fine ha fatto il Piano sanitario nazionale?

Patto per la salute 2014-2016



Approccio ampiamente ripreso e rilanciato nel **Patto della Salute 2014-2016** che delinea uno scenario organizzativo volto a garantire ancora una maggiore collaborazione ed integrazione tra i professionisti e gli operatori (sanitari, sociosanitari e sociali) per condividere i percorsi assistenziali in un approccio proattivo e di iniziativa, in particolare verso i malati cronici, precedendo il bisogno di salute ed attuando una prevenzione delle complicanze anche mediante la promozione attiva della salute e l'educazione ai corretti stili di vita.

In tale ottica si inserisce il **“Piano nazionale della Cronicità”**, approvato con l'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016, che, sottolineando il valore imprescindibile della prevenzione ai fini della salvaguardia della salute e della sostenibilità del sistema, declina dettagliatamente nell'ambito del sistema assistenziale dedicato ai pazienti cronici l'importanza dell'empowerment, dell'ability to cope, e del self-care (Ministero della Salute, 2016).



Patient engagement

La prima Conferenza di Consenso Italiana per la promozione del Patient Engagement (CCIPE), conclusasi a giugno 2017 con la proclamazione di raccomandazioni condivise per la promozione del coinvolgimento attivo delle persone nei percorsi di assistenza e cura. La Conferenza ha avuto i seguenti obiettivi:

- condurre una mappatura e revisione delle attuali buone pratiche italiane finalizzate alla promozione del patient engagement;
- mettere in dialogo le buone pratiche dal campo con le evidenze scientifiche oggi disponibili nella letteratura internazionale;
- raggiungere un consenso multidisciplinare sulle strategie più efficaci per promuovere il patient engagement.

Le raccomandazioni CCIPE in sintesi

1. Spesso gli interventi per la promozione del patient engagement rischiano di essere troppo frammentati e iper-semplificati: **al fine di aumentare le possibilità di successo di azioni volte a favorire il *patient engagement* è necessario optare per un approccio più sistemico e sistematico, orientato alla promozione di un "ecosistema" che sostenga azioni sinergiche multi-, multi-componenziali e multi-stakeholder.**

2. Al fine di sostenere un approccio più sistematico è auspicabile adottare indicatori di misura e stratificazione del patient engagement: **l'adozione di misure sistematiche del livello di engagement, dei bisogni e delle preferenze dei diversi stakeholders appare cruciale al fine di personalizzare gli interventi e di potenziarne l'efficacia. L'adozione sistematica di indicatori permetterebbe inoltre la misurazione di efficacia degli interventi promossi e la loro ottimizzazione sul piano dell'efficacia clinica e della sostenibilità economica.**

3. È fondamentale "tirare a bordo", supportare e sensibilizzare i professionisti sanitari: coinvolgere i clinici all'interno di questo mutamento culturale e supportarli nell'acquisizione di conoscenze e competenze per la promozione del *patient engagement* risulta fondamentale per passare da una visione "mandatoria" del coinvolgimento del paziente, ad una assunzione consapevole di tale obiettivo come potenziatore dell'azione clinica quotidiana. Importante inoltre motivare i clinici, e "ingaggiarli" lungo tutto il processo.

4. Bisogna valorizzare maggiormente il ruolo dei caregivers e della famiglia del paziente nel potenziare e sostenere il patient engagement: **promuovere l'engagement dei caregivers mediante specifici interventi di educazione costituisce una potenziale risorsa per potenziare l'efficacia dell'intervento terapeutico. Anche i caregivers e la famiglia del paziente vanno emotivamente e praticamente sostenuti. Auspicabile anche una revisione terminologica (à patient and caregiver engagement) che meglio renda conto del complesso sistema di relazioni entro cui il paziente è inserito e che influenza il processo di patient engagement.**

5. La società (e in particolare le reti tra pari) hanno un ruolo cruciale nel promuovere il coinvolgimento attivo del paziente e della famiglia e deve essere coinvolta e sostenuta nel processo: **iniziative di sensibilizzazione sociale, di informazione sul valore del coinvolgimento attivo e delle difficoltà incontrate dai pazienti cronici in questo percorso sono auspicabili. Inoltre l'associazionismo e il volontariato va sostenuto come risorsa cruciale nella promozione del patient engagement.**

6. Le tecnologie possono rendere possibile la costruzione di un "*patient engagement ecosystem*": **le nuove tecnologie per la salute possono giocare un ruolo cruciale nel supportare la sinergia costante tra tutti gli elementi del processo di engagement e gli attori in gioco (*enabling technologies*). Lo sviluppo tecnologico deve però essere orientato dall'approfondita analisi dei diversi fattori soggettivi e contestuali che possono ostacolare o promuovere il processo di *patient engagement*.**

Conseguenze del *Patient Engagement*

• **Facilitazione nella gestione della persona e migliori outcome clinici**: dalla letteratura si evidenzia il ruolo del *patient engagement* nel migliorare la condizione clinica trasversalmente alle diverse patologie (Green, 2010; Munson, 2009; Begum, 2011; Saft, 2008; Stepleman, 2010; Skolasky, 2011; Alexander, 2012). Per esempio, alcuni studi hanno dimostrato come i pazienti più attivamente coinvolti nei loro piani di cura fossero più inclini nel fidarsi dei propri clinici di riferimento (Becker, 2008) e più aderenti alle prescrizioni terapeutiche (Hibbard, 2008); inoltre, sempre Hibbard e colleghi hanno evidenziato una diminuzione di eventi clinici avversi e di ri-ospedalizzazioni. Il Patient Engagement sembra inoltre contribuire al perseguimento di piano di vita sostenibili e all'evitamento di condotte non salutari (Jordan, 2008; Hibbard, 2008; Reid, 2010; Cosgrove, 2013).

• **Miglioramento della soddisfazione e della qualità di vita della persona**: il Patient Engagement emerge dai contributi scientifici come una chiave per favorire la crescita personale e l'integrazione delle persone non solo nell'ambiente sanitario, ma anche nella comunità di riferimento, promuovendo la soddisfazione della persona e favorendo le sue opportunità di azione e di espressione (Martinez, 2009; Heesen, 2011; Bolderston, 2016). Inoltre, il Patient Engagement può contribuire al miglioramento della qualità di vita dei pazienti con l'obiettivo di aumentare il benessere e generare forza e resilienza negli individui che devono affrontare eventi acuti di malattia (Haywood, 2016).

• **Riduzione dei costi sanitari**: il dibattito scientifico sottolinea come il Patient Engagement, in termini di una maggiore sensibilizzazione dei pazienti, di acquisizione di conoscenze e competenze, e di maggiore *empowerment* delle persone con malattia cronica risulta cruciale nel contribuire ad un adeguato bilanciamento tra l'aumento della richiesta di cura e la scarsità delle risorse economiche sanitarie a disposizione (Graffigna, 2016; Laurence, 2014), riducendo i costi diretti e riorientando le risorse esistenti in una gestione più efficace e sostenibile volta ad evitare sprechi economici (Fisher, 2011; Hibbard, 2013).

Patient Health Engagement Model

Il **Patient Health Engagement Model** (PHE-Model) (Graffigna, 2015) offre una chiave teorica di sistematizzazione del processo dinamico ed evolutivo dell'**Engagement** che implica la riacquisizione della capacità di mantenere competenze di progettualità identitarie e di ruolo anche nel corso sanitario e della malattia. In particolare, il raggiungimento di un alto livello di **Engagement** deriva da una serie di riconfigurazioni emotive, cognitive e comportamentali che la persona fa durante il suo percorso sanitario. Il modello descrive quattro posizioni incrementali di **Engagement**: **Black out**; **Allerta**; **Consapevolezza**; **Progetto Eudaimonico**.



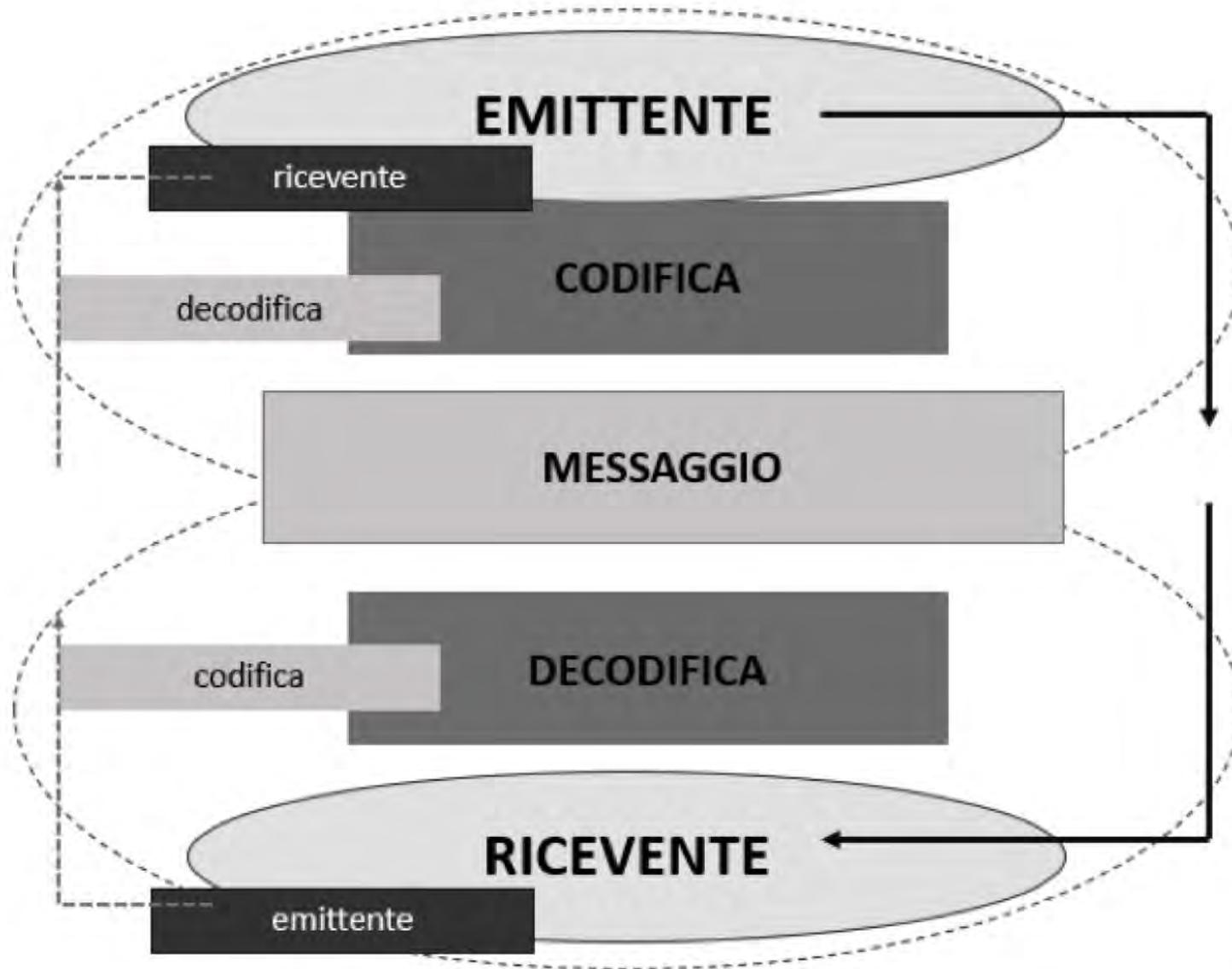
IL COLLOQUIO E LA COMUNICAZIONE

Colloquio e comunicazione non sono innanzitutto sinonimi. Il colloquio è infatti solo uno tra i diversi e possibili tipi di comunicazione. La comunicazione avviene ogni qualvolta, attraverso l'impiego di diversi canali (verbale, non verbale, visivo, uditivo, cinestesico), viene passata un'informazione.

Esistono diverse modalità specifiche di condurre un colloquio in vista di raggiungere specifici e ben definiti obiettivi, che vanno dal raccogliere informazioni all'erogarle:

- il **colloquio anamnestico** ha come finalità principale la raccolta di informazioni cliniche utili al sanitario per prendere decisioni
- il **colloquio educativo**, al contrario, tende a fornire all'assistito informazioni utili per saper agire e prendere decisioni in maniera corretta e consapevole
- il **colloquio di selezione** ha come finalità la raccolta di informazioni circa le abilità, competenze e caratteristiche personologiche dei candidati ad una data mansione, per individuare chi possa maggiormente essere idoneo a ricoprirla
- il **colloquio di sostegno psicologico** serve a fornire all'assistito uno spazio neutro, di discussione e riflessione, dove poter portare pensieri, emozioni e vissuti, da lavorare alla luce di prospettive diverse da quella unica ed univoca del diretto interessato
- il **colloquio motivazionale** è finalizzato a trovare ed alimentare le leve del cambiamento, per spronare e sostenere la persona lungo il percorso, non privo di ostacoli, che va dal pensiero appena abbozzato di voler cambiare, alla decisione di volerlo provare, alla messa in atto e mantenimento della decisione presa.

La comunicazione è un processo interattivo



Promuovere la partecipazione attiva della persona sana nella salvaguardia del proprio patrimonio di salute

Il ruolo dei medici e degli operatori sanitari nel promuovere la partecipazione attiva della persona alla salvaguardia del proprio patrimonio di salute attraverso stili di vita sani e scelte favorevoli, come ad esempio l'adesione alle campagne vaccinali e ai test di screening, è divenuto sempre più complesso e sfaccettato. Spesso il diffondersi di posizioni anti-scientifiche ("fake news" su internet, movimenti organizzati, pseudo-esperti, etc.) operano un'azione di **advocacy contraria** sulla popolazione e inducono il paziente a compiere scelte diverse dalle iniziali convinzioni, spesso suggerite dal proprio medico, andando anche a vanificare molti degli sforzi compiuti dalla Sanità Pubblica.



PROMUOVERE CORRETTI COMPORAMENTI INDIVIDUALI (STILI DI VITA) E L'ADESIONE ALLE CAMPAGNE DI SCREENING PER L'IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

- Dieta equilibrata e attività fisica
- Contrasto al tabagismo
- Contrasto all'abuso di alcol
- La valutazione del rischio cardiocerebrovascolare

PROMUOVERE L'OFFERTA DELLE VACCINAZIONI PER LA TUTELA DELLA SALUTE INDIVIDUALE E COLLETTIVA

Vaccinazioni PNP tabella riassuntiva	
<1 anno	Anti-poliomelitica, anti-difterica, anti-tetanica, anti-pertosse, anti-epatite B, anti-Haemophilus influenzae tipo B, pneumococco, meningococco B, rotavirus
>1 anno	anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite, anti-varicella, anti-meningococco C
adolescenza	Anti-HPV (entrambi i sessi), Men ACWY coniugato
Età adulta (popolazione a rischio e > 65 anni)	Anti-influenza, anti-pneumococco, anti-Herpes Zoster

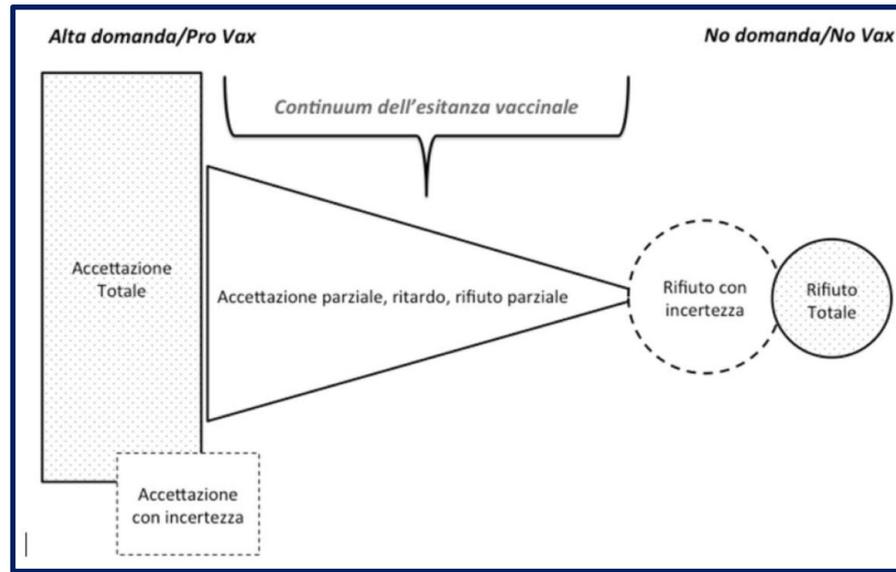
*le dosi booster (richiamo) non sono riportate

MODIFICATA DA MARGHERITA FERRANTE 2022

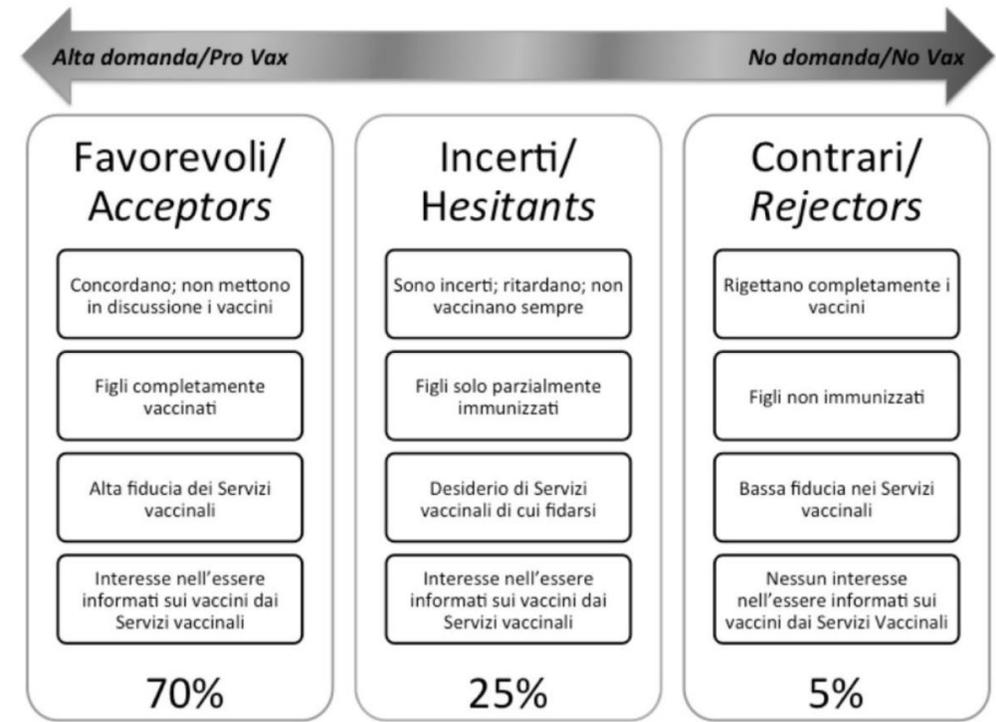
L'OMS, nel 2012, ha istituito un gruppo di lavoro *ad hoc* (SAGE WG) che ha analizzato le componenti dell'esitazione vaccinale, le quali sono state principalmente ricondotte a tre fattori inclusi nel **modello delle 3Cs**:

- **“Confidence”**: problemi di fiducia ad es. verso la sicurezza dei vaccini e verso gli effetti collaterali, nei confronti delle ditte fornitrici, del sistema sanitario e dei suoi professionisti o nelle motivazioni espresse dai policy maker sul bisogno delle vaccinazioni;
- **“Complacency”**: percezione negativa della necessità o del valore dei vaccini e della loro efficacia, mancata percezione dei rischi associati alle malattie prevenibili da vaccino, soprattutto se queste non sono più diffuse, paradossalmente proprio grazie alle vaccinazioni;
- **“Convenience”**: difficile accesso ai servizi vaccinali per diversi motivi (ad es. accessibilità geografica, barriere religiose o linguistiche, cattiva organizzazione del servizio o offerta scadente)

Il continuum dei comportamenti dell'esitanza vaccinale: dall'accettazione completa al rifiuto totale di tutte le vaccinazioni (Modificato da Noni, 2015)



Le attitudini alla vaccinazioni nella popolazione generale (modificata da: Robb Buttler - OMS Europa)



Classificazione delle posizioni genitoriali nei confronti della vaccinazione, indicatori di riferimento, obiettivi e strategie da adottare nel colloquio pre-vaccinale

Posizioni	Indicatori chiave	Obiettivo	Strategie
Accettatori senza dubbio (vogliono vaccinare i figli, non hanno dubbi specifici sulla sicurezza e sulla necessità del vaccino)	Presenti per la vaccinazione quando chiamati	Minore vaccinato e genitori positivi circa la decisione	<ul style="list-style-type: none"> Costruire un rapporto di fiducia Rinforzare la scelta di default
Accettatori prudenti (esprimono piccole preoccupazioni, sperano che non vi siano effetti avversi severi)	Il minore è completamente vaccinato secondo calendario	Minore vaccinato e genitori positivi circa la decisione	<ul style="list-style-type: none"> Dialogo personalizzato utilizzando tecniche di counselling Accettare domande e preoccupazioni Utilizzare descrizioni verbali e numeriche dei vaccini e dei rischi correlati alle malattie Spiegare gli effetti avversi comuni e i rischi rari, ma importanti Affrontare in modo flessibile le esigenze dei genitori
Riluttanti (molto indecisi, esprimono diverse preoccupazioni soprattutto verso i rischi e le notizie relative al vaccino anti-MPR, cercano attivamente informazioni)	In pari o leggermente in ritardo rispetto al calendario	Minore vaccinato e genitori che accettano la decisione	<ul style="list-style-type: none"> Colloquio motivazionale Creare un rapporto di fiducia, sottolineando che il compito degli operatori è quello di fornire loro tutte le informazioni utili Utilizzare fonti di informazione di qualità
Tardivi o selettivi (preoccupazioni sulla sicurezza, necessità e numero di vaccini, cercano attivamente informazioni)	Minore vaccinato completamente o in parte In ritardo rispetto al calendario	Necessità di tempo, probabilità che cambi comportamento	<ul style="list-style-type: none"> Fornire informazioni sui rischi e sui vantaggi Fornire informazioni sull'andamento delle malattie infettive/epidemie in atto nelle zone del mondo non adeguatamente coperte da vaccinazioni Utilizzare fonti di informazione di qualità Prenotare un altro appuntamento per rivedere la discussione e dare tempo per riflettere

Educare alla salute riproduttiva, di genere e nel percorso nascita

LA SALUTE SESSUALE/RIPRODUTTIVA: PROSPETTIVA NAZIONALE ED INTERNAZIONALE

Il concetto di salute sessuale/riproduttiva (***reproductive health***), più correttamente salute in campo riproduttivo, è stato introdotto per la prima volta negli anni 80 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Durante la ***Conferenza sulla Popolazione e lo Sviluppo*** tenutasi al Cairo nel 1994, ne è stata coniata la sua definizione ufficiale, ovvero “***stato di benessere fisico, mentale e sociale, correlato al sistema riproduttivo e alle sue funzioni. Implica che le donne e gli uomini devono essere in grado di condurre una vita sessuale responsabile, soddisfacente e sicura; che devono avere la capacità di riprodursi e la libertà di decidere se, quando e quanto possono farlo***”. Pertanto in associazione al vecchio “***family planning***” viene ufficializzato anche il termine “diritti riproduttivi” che sottende l’impegno per varare politiche per l’eliminazione delle discriminazioni tra i sessi e prevedere forme di tutela specifiche, compresa la salvaguardia dei diritti sessuali.

LA SALUTE E LA MEDICINA DI GENERE – GENDER SPECIFIC MEDICINE

Nel recente documento OMS “***Salute 2020: un modello di politica europea***”, il genere viene riconosciuto fattore determinante ed essenziale in quanto lo stato di salute, il benessere e la sua percezione, la promozione della salute, l’insorgenza delle malattie e il loro decorso, gli approcci terapeutici e la loro efficacia sono diversi tra le donne e gli uomini.



IL MODELLO DI CICLO VITALE E RIPRODUTTIVO DELLA DONNA

La fasi del ciclo vitale della donna in relazione agli eventi /fenomeni riproduttivi

I periodi della vita	Modifiche Approccio bio-psico-sociale
Il periodo prenatale	La donna deve adattarsi a una serie di mutamenti fisici, psicologici e sociali. In particolare, l'immagine di sé modificata può causarle ansia anche riguardo alle eventuali reazioni del proprio compagno. Il divenire genitori implica, pertanto, un adattamento verso questo nuovo ruolo, in particolare se si tratta del primo figlio; i genitori devono trovare un equilibrio economico e sociale, devono rivedere e modificare le loro relazioni, confrontarsi sul modo di allevare il bambino.
Il parto, un momento di transizione verso l'identità materna	Il periodo prenatale include l'esperienza del parto nascita, quale avvenimento naturale dell'esistenza umana. Per moltissime donne la nascita di un figlio, in particolare il primo, rappresenta un'esperienza centrale della propria vita. A prescindere dall'esperienza positiva o negativa il ricordo permane sempre, qualsiasi cosa sia successo. In alcuni casi l'esperienza del parto con i suoi piccoli e grandi avvenimenti può avere un'influenza diversa sull'iniziale rapporto madre-figlio e sul modo con cui verranno vissuti i professionisti che si sono presi cura della donna e del luogo del parto. La natura estrema di questa esperienza fa del parto un evento in cui la donna viene messa alla prova, un rituale che imprime una profonda svolta nella sua vita. Il parto costituisce un momento chiave nella preparazione alla condizione di madre in quanto fa compiere un balzo in avanti per la formazione dell'identità materna.

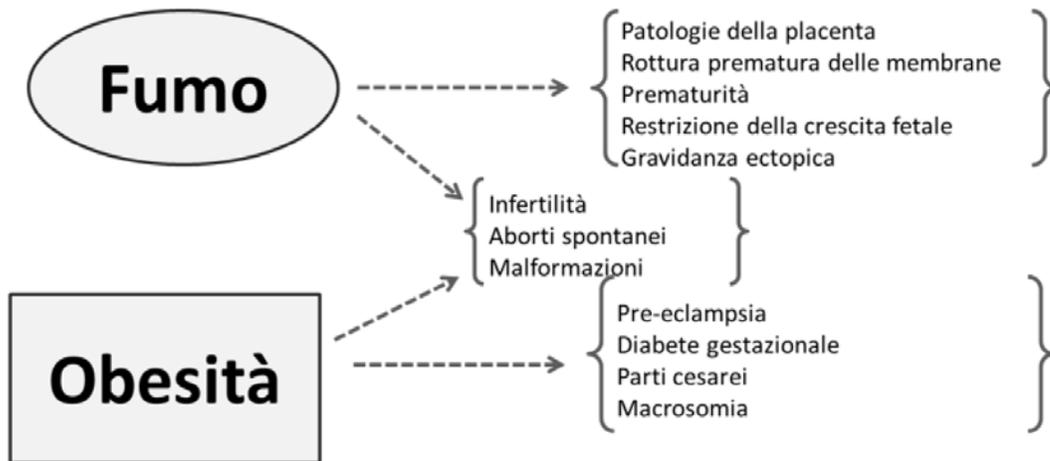
L'adolescenza	Per convenzione si considera adolescenza il periodo compreso tra i 13 e i 19 anni (<i>teenager</i>). Il menarca, ossia la comparsa del primo flusso mestruale che simbolicamente segna anche il cambiamento di status di una ragazza, avviene intorno ai 12 anni, ma può presentarsi anche tra i 9 e i 16 anni. È un avvenimento cruciale per una donna; avviene senza preavviso, o meglio senza segni premonitori. È vissuto in modo positivo dalle ragazze informate e preparate a tale evento, perché hanno la percezione di diventare grandi; diversamente, viene vissuto come una situazione drammatica.
L'età di mezzo (dai 40 ai 65 anni)	Nei Paesi occidentali il periodo compreso tra la menopausa e l'attesa di vita è oggi di circa trent'anni; la maggior parte delle donne deve pertanto confrontarsi con i problemi legati all'invecchiamento. A dispetto della maggiore longevità, però, fra le donne anziane si riscontra, rispetto agli uomini di pari età, un'incidenza significativamente superiore di malattie debilitanti come: fratture da osteoporosi, artrite reumatoide e osteoartrite, ictus, incontinenza urinaria, depressione e cancro. Le malattie cardiovascolari e quelle osteoarticolari sono le cause più frequenti di morbilità delle donne in postmenopausa. Tra i vari fattori in grado di condizionare l'epoca di insorgenza della menopausa sono da includere: cattive condizioni economiche; pessime condizioni di nutrizione; la magrezza; l'obesità; il fumo.

IL COUNSELING PRECONCEZIONALE

Il miglioramento della mortalità e della morbilità neonatale/infantile è stato realizzato nei Paesi sviluppati grazie a un sensibile miglioramento delle condizioni socio-economiche, a interventi di prevenzione e cura dapprima nel periodo infantile e neonatale, successivamente anche in epoca perinatale e prenatale, attraverso un'adeguata assistenza alla gravidanza e un'anticipazione della prima visita ostetrica. Se si considera però che l'organogenesi avviene nelle prime settimane gestazionali, è chiara l'importanza di anticipare una serie di interventi in epoca preconcezionale, per affrontare in maniera appropriata i diversi fattori di rischio che condizionano gli Esiti Avversi della Riproduzione (EAR) (Mastroiacono, 2010; Mastroiacono, 2012)

Figura 1: Interazione tra fattori di rischio e influenza su EAR definiti

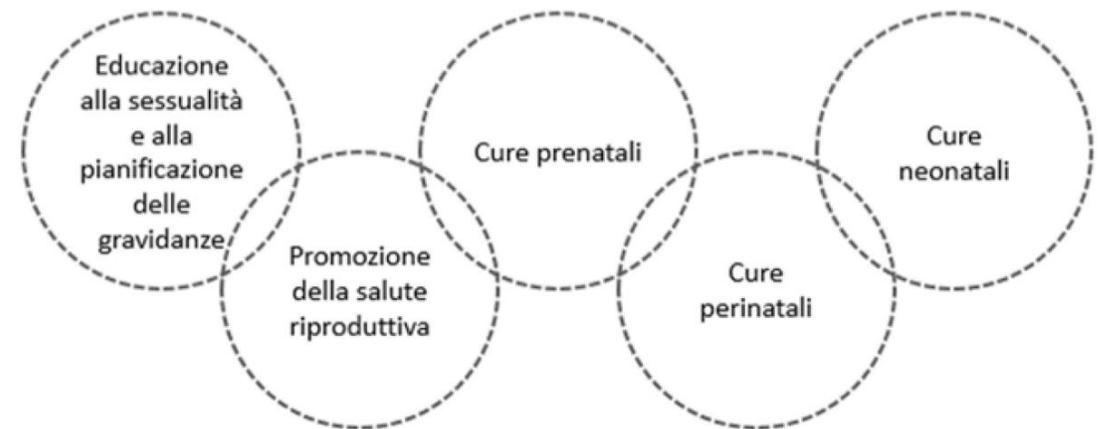
(modificata da Mastroiacono, 2010)



(https://www.aprirenetwork.it/wp-content/uploads/2019/11/FigCap10_n1.png)

Figura 2: Catena degli interventi di promozione della salute materno-infantile

(Modificata da Mastroiacono, 2010)



(https://www.aprirenetwork.it/wp-content/uploads/2019/11/FigCap10_n2.png)

Educare alla salute il genitore con il suo bambino/ragazzo

- L'EDUCAZIONE ALLA SALUTE COME CONTRASTO ALLE DISUGUAGLIANZE

- educare alla salute nei momenti di passaggio: allattamento, svezzamento, prime azioni, prime socializzazioni, ingresso scolastico, adolescenza

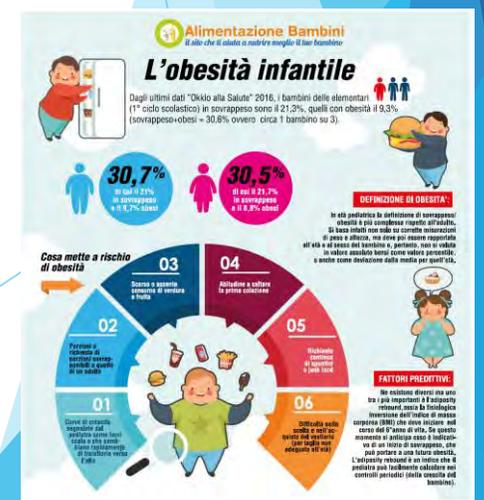
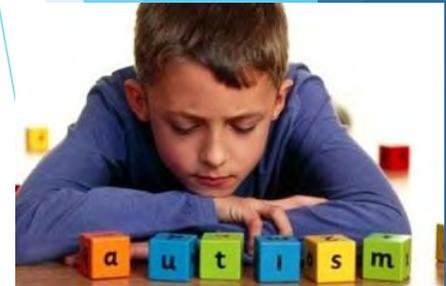
- IL PASSAGGIO AL MONDO DEGLI ADULTI: LA TRANSIZIONE DELL'ADOLESCENTE SANO E CON PATOLOGIA CRONICA

- IL SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA DEL BAMBINO CON: ASMA, EPILESSIA, MALATTIE CRONICHE, MALATTIE RARE, DISABILITÀ GRAVI, NECESSITÀ DI CURE PALLIATIVE

- Asma bronchiale
- Obesità
- Epilessia
- Autismo
- Dermatite atopica

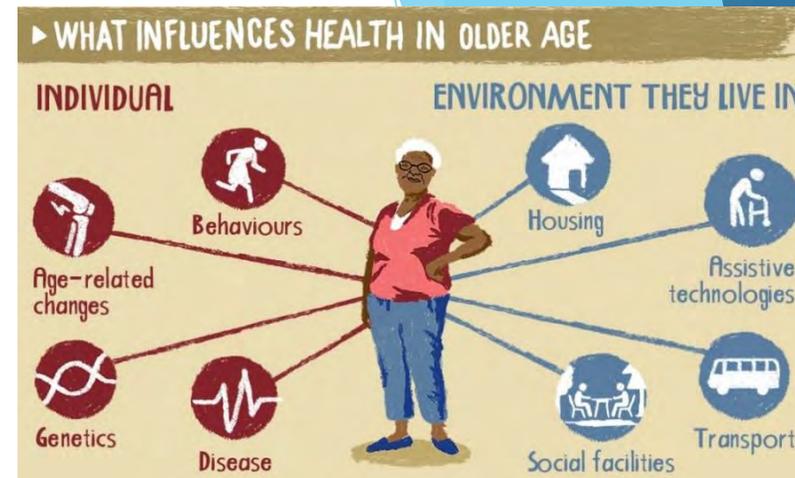
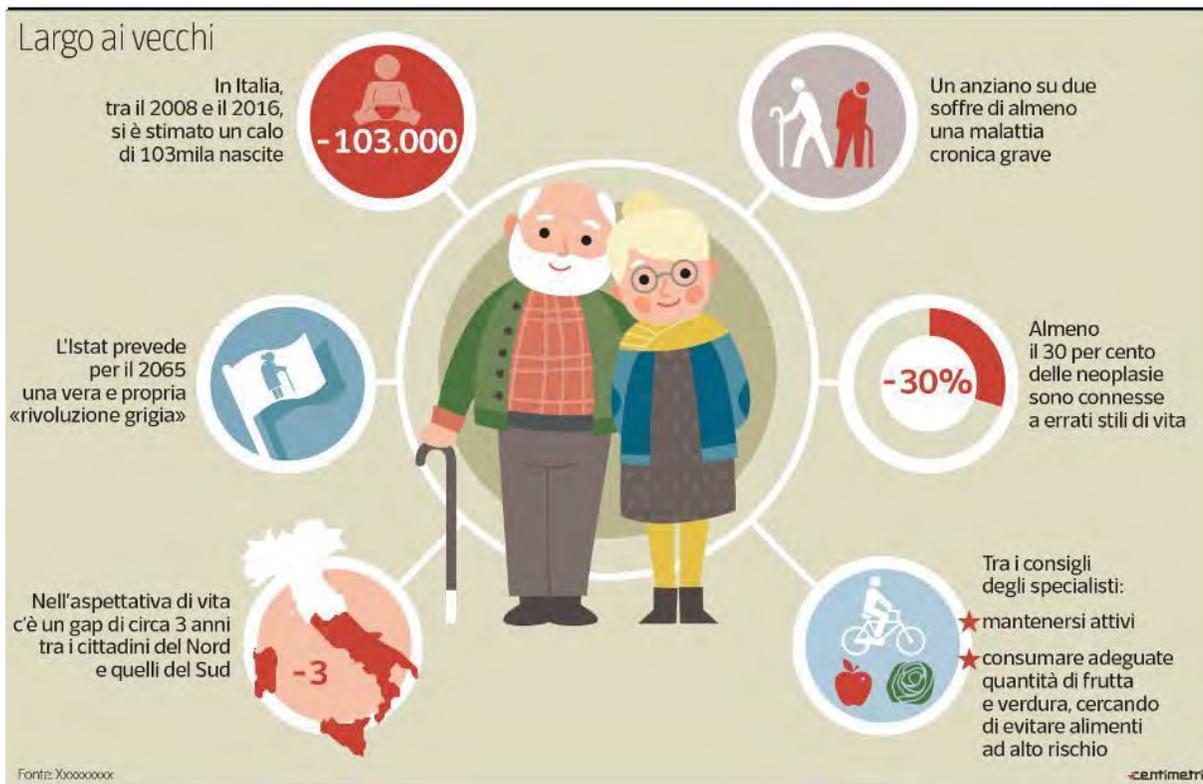
EDUCAZIONE ALLA SALUTE

©Pianetabambini.it



EDUCARE ALLA SALUTE PER INVECCHIARE IN SALUTE

Non è facile invecchiare bene...



“Ogni persona che incontri sta combattendo una battaglia di cui non sai nulla. Sii gentile, sempre”.



L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA DELLA PERSONA CON MALATTIA CRONICA STABILIZZATA

Individuazione precoce delle malattie croniche misconosciute

L'individuazione precoce delle malattie si avvale come mezzo principale degli interventi di screening. Lo screening è una strategia utilizzata in una popolazione per identificare la possibile presenza di una malattia non ancora diagnosticata in individui senza segni o sintomi di malattia. Questi possono essere individui con una malattia pre-sintomatica o una malattia già sintomatica ma non ancora riconosciuta.



Presenza di coscienza della condizione patologica individuata e percorso di accettazione

- Negazione
- Rabbia
- Contrattazione
- Depressione e ansia
- Accettazione

Elaborazione del profilo clinico-funzionale della persona

Un piano di Educazione Terapeutica del Paziente (ETP) affetto da una malattia cronica deve essere considerato nell'accezione più ampia di salute ovvero la tensione verso un pieno benessere fisico, psichico e sociale. Pertanto, un piano di ETP deve prendere in considerazione non solo obiettivi clinici ma anche obiettivi funzionali da raggiungere.

La valutazione funzionale può essere eseguita con specifici strumenti rispetto a numerosi ambiti, tra i quali si segnalano, a titolo esemplificativo, i seguenti:

- Qualità di vita;
- Disabilità;
- Rischio Cadute;
- Rischio Piaghe da Decubito;
- Stato nutrizionale;
- Depressione;
- Stato Cognitivo;
- Dolore;
- Specifiche condizioni morbose;
- Comorbidità;
- Valutazione Multi-Dimensionale

Strutturazione dell'educazione terapeutica nel piano di cura individuale e il patto di cura

In base alla definizione dell'OMS (WHO, 1998) un programma di Educazione Terapeutica del Paziente (TPE – Therapeutic Patient Education) aiuta i pazienti ad acquisire o mantenere le competenze di cui hanno bisogno per gestire la propria vita con una malattia cronica nel miglior modo possibile. Rappresenta un elemento basilare nell'ambito della gestione complessiva del paziente.

Gli **obiettivi** della TPE (WHO, 1998) sono:

- l'acquisizione e il mantenimento di competenze di autogestione della malattia (***self-care skills***),
- mobilitazione ed acquisizione delle competenze per la vita (life skills).

Un programma di ETP può essere suddiviso in quattro stadi (HAS, 2007):

- Effettuare una diagnosi educativa;
- Stabilire un programma individualizzato per il paziente con indicazione delle priorità di apprendimento;
- Pianificare ed implementare le sessioni di TPE sia di gruppo che individuali;
- Valutare le competenze acquisite e, nel caso, revisionare il programma.

Protocolli diagnostico-terapeutici - PDTA

È importante identificare uno strumento metodologicamente standardizzato che permetta di migliorare l'operatività di tutte le strutture mediante i seguenti punti:

- ▶ gli obiettivi singoli e quelli comuni
- ▶ i ruoli di ciascuno
- ▶ i tempi di intervento
- ▶ gli ambiti di intervento e i compiti degli operatori



I nuovi scenari demografici e la necessità di garantire la sostenibilità economica del Sistema Sanitario determinano l'esigenza di inserire il cittadino al centro di un PDTA di cui viene garantita la continuità delle cure anche se parti di questo processo possono essere svolte in luoghi diversi, da professionisti diversi e in tempi diversi (Caccia, 2008). L'approccio per PDTA consente la valutazione di consumi (farmaci, accertamenti diagnostici, visite, prestazioni socioassistenziali), di costi e di risultati

“i medici ..conformano le proprie autonome decisioni tecniche a PDTA cooperando in tal modo al rispetto degli obiettivi di spesa”

1996 legge finanziaria art.1 comma 28 -sui tetti di spesa



Tipi di PDTA

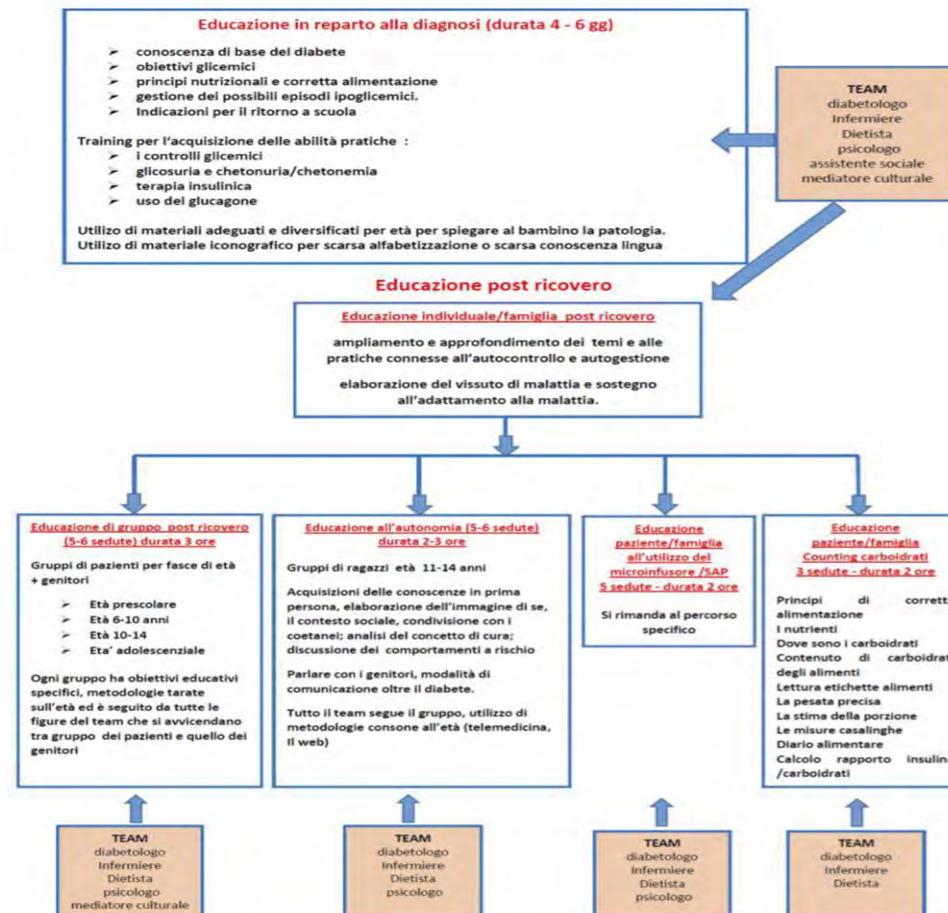
**PDTA
ospedaliero**

**PDTA sia
ospedaliero che
territoriale = PIC**

**PDTA
territoriale**

PPDTA UN INVESTIMENTO PER IL FUTURO E PER LA PREVENZIONE

DISTRIBUZIONE OBESITA' IN ITALIA



Decreto Assessoriale 7 settembre 2015 Adozione Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA).

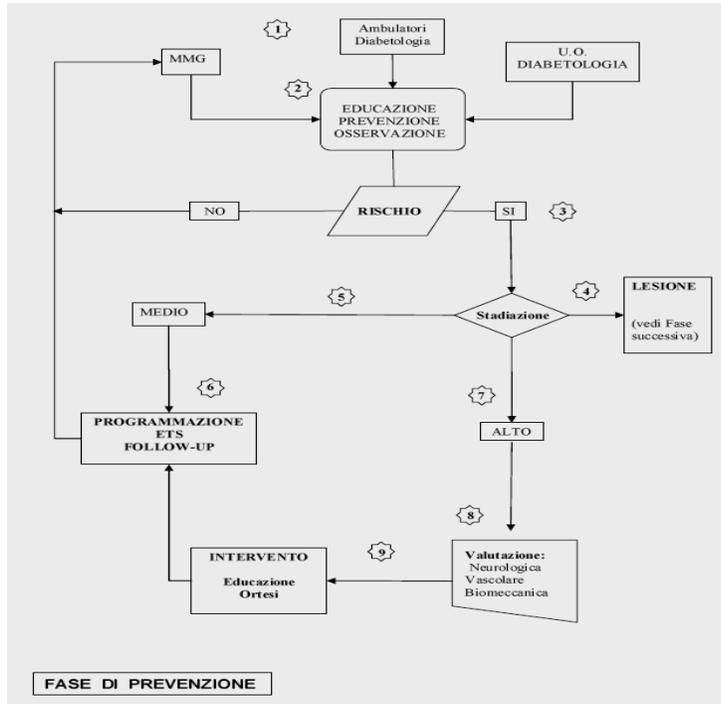
(Sicilia, Gazzetta Ufficiale Regione siciliana 25 settembre 2015 n. 39, S.O. n. 34)

Approvati i seguenti documenti

1. Documento sulla consulenza genetica
2. PDTA relativi alle seguenti patologie/gruppi di patologie:
 - disordini ereditari trombofilici
 - sindromi da aneuploidia cromosomica e sindromi da duplicazione/deficienza cromosomica
 - altre anomalie congenite multiple con ritardo mentale
 - Sindrome di Down.



PDTA del “piede diabetico” nella Fase di Prevenzione e nella Fase di Lesione(Agrigento) Flow-Chart



Prevalenza diabete in Sicilia 290.000

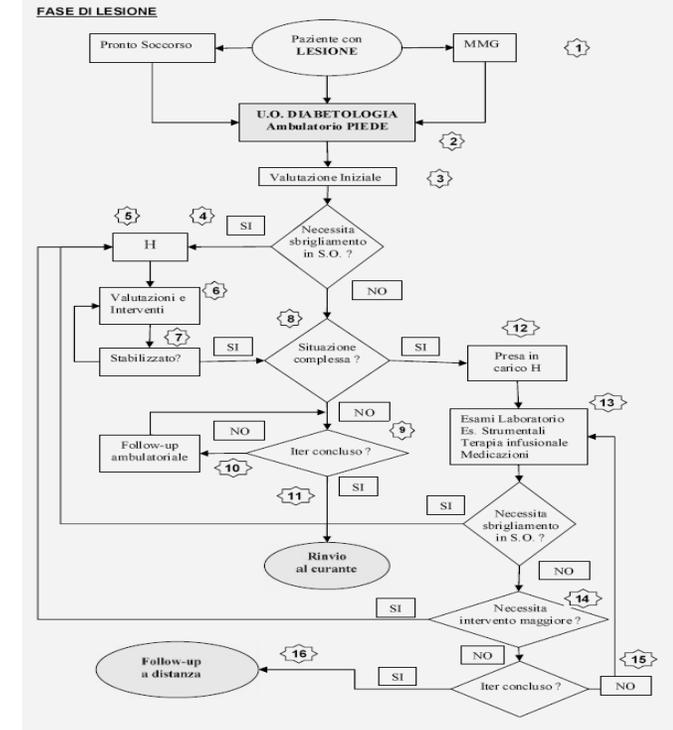
10% diabete di tipo 1.

Ospedalizzazione 46.000 i siciliani portatoti di diabete che, ogni anno, fanno ricorso a ricoveri ospedalieri in regime ordinario per qualsiasi causa, con un picco di ospedalizzazione tra i 60 e i 70 anni.

Asp

**ricoveri ospedalieri Palermo
10.329**

Catania	9.746
Messina	6.746
Agrigento	4.631
Trapani	4.424
Siracusa	3.442
Caltanissetta	2.921
Ragusa	2.699
Enna	1.895



Nella fascia d'età 18-65 anni, il 30% di questi diabetici ha sofferto di almeno una complicanza.

Le più frequenti, la retinopatia diabetica (20%) e la cardiopatia ischemica (15%). Le meno frequenti, nella popolazione siciliana, sono quelle a carico dei reni (4%), l'ictus (3%) e le amputazioni (1%). Nei diabetici dell'Isola, tra i fattori di rischio che aumentano le complicanze e la mortalità figura al primo posto l'obesità e il sovrappeso (74%), poi l'ipertensione arteriosa (52%), alti livelli di colesterolo nel sangue (39%), fumo di sigaretta (36%) .

Dalle rilevazioni periodiche effettuate dalla Regione Sicilia emerge che la A.S.P. AG1 è tra quelle con il maggior tasso di amputazioni dovute a complicanze del Diabete Mellito.

Il Percorso Diagnostico Terapeutico della Malattia Diabetica nel Distretto Sanitario di Alcamo

Obiettivi dichiarati:

1. Rilevazione della prevalenza e evidenziare la patologia misconosciuta
2. Definizione e controllo del RCV (Prevalenza del fumo nei Diabetici , BMI, RCV Assoluto)
3. Instaurare un Efficace follow-up (Prevalenza della Microalbuminuria, Valutazione della creatinina ,Valutazione del Fondo oculare, Valutazione del Colestolo hdl, Valutazione della Pressione arteriosa ,Valutazione della registrazione della Hb A1c in cartella,Valutazione della registrazione dei polsi periferici, Quanti pazienti a Target Pressorio, Quanti pazienti a target hb glicata, Quanti pazienti a target LDL
4. Favorire le modificazioni positive dello stile di vita (Disassuefazione dal fumo, calo ponderale e attività fisica)
5. Terapia farmacologica con antidiabetici orali in soggetti obesi-sovrappeso
6. Ridurre la mortalità (Vaccinazione)

1. **Obiettivo** migliorare la rilevazione della **prevalenza reale** , ridurre i casi di diabete mellito tipo 2 misconosciuto

Indicatore 1	Modalità calcolo	Validità e limiti	Benchmark e/o Standard
% pz Diabetici di tipo 2 prevalenza	n° pz diabetici/n° totale pz assistiti	Dato epidemiologico	Ideale 6-7% LAP 4,5% HS 6%

1. OBIETTIVO: definizione e controllo del RCV

Indicatore2	Modalità calcolo	Validità e limiti	Benchmark e/o Standard
% Registrazione dato fumo nei soggetti diabetici tipo 2 fumo	N° pazienti diabetici tipo 2 con dato fumo registrato \ N° totale diabetici tipo 2	Significato: fattore di rischio CV importante e modificabile; premessa importante per eventuali interventi di disassuefazione	Ideale 100% LAP 90% HS 25,7%
% Registrazione indice 3 di massa corporea (BMI) nei diabetici tipo 2 BMI	N° pazienti diabetici tipo 2 con dato BMI registrato \ N° totale diabetici	Significato: dato indispensabile per iniziare eventuali interventi dietetici e/o preventivi e per impostare la terapia farmacologica (metformina); fattore di rischio CV modificabile.	Ideale 100% LAP 90% HS 53%
% pz con calcolo del R.C.V. 4 RCV assoluto	N° pazienti diabetici tipo 2 con almeno una registrazione del rischio cardiovascolare (CUORE) /totale pazienti diabetici tipo	indica attenzione al problema del rischio cardiovascolare globale ed è indispensabile premessa ad ogni intervento preventiv	Ideale 100% LAP 80% HS ND

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della Insufficienza Renale Cronica Progetto formativo assistenziale condiviso Territorio-Ospedale della Provincia di Trapani 2009

D.A. n. 02186/12

2012 | Serv. 4-DIP/P.S.

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

L'ASSESSORE

"Rete per le emergenze delle malattie cerebro vascolari"

PDTA ICTUS 2014

Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per
l'ictus cerebrale ASP Agrigento

Situazione attuale



Progetto



PDTA A CATANIA

▶ **IL PDTA NEL DOLORE ONCOLOGICO CANNIZZARO CATANIA**

▶ **COME CAMBIA LA NEUROLOGIA: nuovi indirizzi diagnostici, terapeutici ed assistenziali nelle malattie acute e croniche:**

della Sclerosi Multipla, dell'Epilessia, della Malattia di Parkinson, della Cefalea, delle Distonie, delle Neuropatie periferiche, delle Demenze, delle Malattie muscolari, delle Malattie vascolari e delle Malattie rare del Sistema Nervoso Centrale e Periferico.

▶ **IL DISTRETTO AL SERVIZIO DEL PAZIENTE. DAI PTA AI PDTA. PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON PATOLOGIE CRONICHE ASP-CT, 3 ottobre 2015.**



Il corso si prefigge, in collaborazione con i Distretti Sanitari della Asp Catania, di verificare le sinergie di governance, attraverso gli attuali PTA e/o prossime UCCP, allo scopo di attuare tutte le strategie, organizzative e cliniche, con la più ampia collaborazione della medicina generale, degli specialisti ambulatoriali, e le strutture ospedaliere, per mettere in pratica la continuità ospedale – territorio, in modo da garantire ai paziente affetti da patologie croniche, le migliori garanzie di gestione delle loro malattie.



- **POLICLINICO CATANIA**
- **PDTA pazienti con sindromi coronariche**
- **PDTA pazienti con impianti di protesi aortiche**

Definizione di PDTA di area Specialistica	Adozione di un protocollo Diagnostico- terapeutico Assistenziali (PDTA) sul corretto indirizzo dei pazienti con sindromi coronariche acute, candidati a BAC; candidati a impianto di protesi, candidati a sistemi di assistenza ventricolari	Partecipazione ai tavoli tecnici interaziendali - adozione protocollo e condivisione dello stesso in ambito interaziendale	Direzione Sanitaria / Direzioni di Presidio
Definizione di PDTA di area Specialistica	Adozione di un protocollo Diagnostico-terapeutico Assistenziali (PDTA) su impianto transcateretere di protesi aortica, trattamento percutaneo dell'insufficienza mitralica, il trattamento endovascolare degli aneurismi torace - addominali	Partecipazione ai tavoli tecnici interaziendali - adozione protocollo e condivisione dello stesso in ambito interaziendale	Direzione Sanitaria / Direzioni di Presidio

[PPDTA Obesità in età evolutiva » Asp Catania](#)
[PDTA » Rischio Clinico » A.O. Cannizzaro - Catania](#)

Organizzare e misurare la presa in carico dei pazienti cronici nei PDTA

- ▶ L'integrazione professionale e delle cure
- ▶ La programmazione e valutazione dei servizi territoriali

PDTA SLA e
malattie del
motoneurone

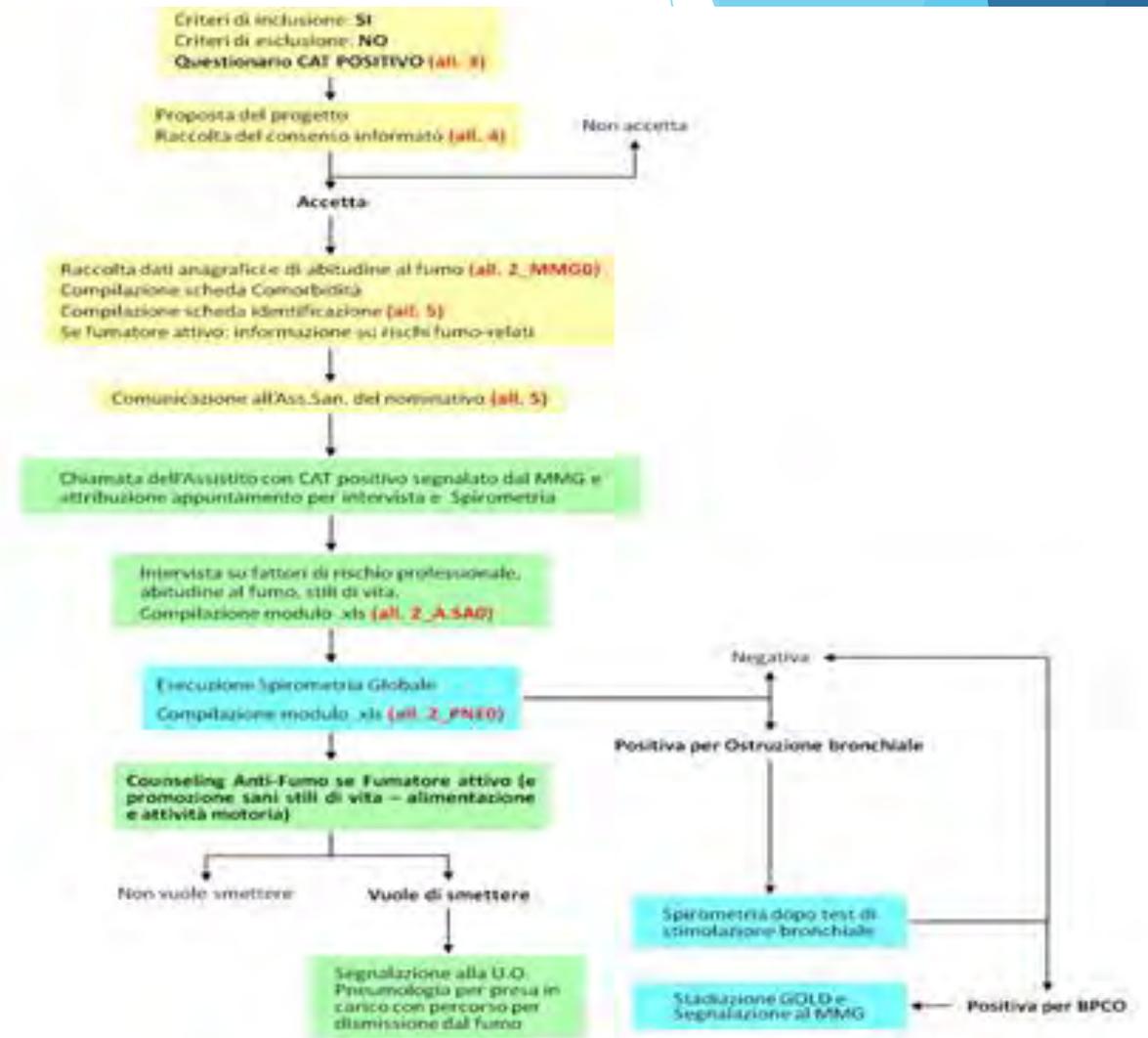


FONTI AZIENDA USL 4 PRATO

PDTA

Le componenti alle quali guardare per garantire continuità assistenziale sono, quindi, essenzialmente:

- ▶ la disponibilità di informazioni sulla storia clinica del paziente,
- ▶ la coerenza dei consumi del paziente rispetto al percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale (PDTA)
- ▶ l'intensità della relazione tra professionista, paziente e famiglia.
- ▶ Il coordinamento e la collaborazione durante il percorso per prevenire comorbidità, aggravamento, complicanze.
- ▶ Il monitoraggio e follow-up del processo (indicatori)



PROMOZIONE DELLA SALUTE E EDUCAZIONE TERAPEUTICA NEI LUOGHI DELLA CURA

CONSULTORI FAMILIARI IN ITALIA

I Consultori Familiari pubblici in Italia sono stati ufficialmente previsti con la legge quadro 405 del 1975 e, già nella quasi totalità delle leggi regionali costitutive di questi servizi in seguito alla sua emanazione, veniva individuato come loro compito prioritario la promozione ed educazione alla salute della donna, della coppia, della famiglia e della comunità con particolare riferimento alla sfera sessuale ed affettiva, alla procreazione libera e consapevole e alla prevenzione delle cause patologiche di ostacolo ad una sana vita sessuale ed alla procreazione.

Multiprofessionalità e cooperazione in consultorio: il lavoro d'équipe

“è un lavoro condotto da un insieme di professionisti aventi un obiettivo in comune che viene affrontato operando in gruppo” (Cavazzuti, 1990).

I CRITERI DI RIFERIMENTO PER L'ATTIVITÀ DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE NEI CONSULTORI FAMILIARI

- Il soggetto e l'ambiente
- Sviluppare le capacità personali
- L'educazione
- Empowerment
- L'approccio Bio-Psico-Sociale

I PASSAGGI FONDAMENTALI PER UNA BUONA AZIONE DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE IN CONSULTORIO

1. Accogliere la persona
2. Ascoltare attivamente
3. Focalizzare il problema
4. Valutare la motivazione al cambiamento
5. Personalizzare l'informazione
6. Prospettare soluzioni e concordare quella o quelle praticabili
7. Concordare un piano per implementare le soluzioni concordate
8. Riassumere e verificare che quanto è stato detto sia chiaro e sia stato compreso dalla persona



Il percorso nascita

I momenti consultoriali del Percorso Nascita

- L'assistenza ostetrica in gravidanza
- I corsi di accompagnamento alla nascita
- La promozione degli stili di vita sani in gravidanza: astensione dal fumo, bevande alcoliche e droghe
- La promozione dell'allattamento al seno
- L'assistenza alla puerpera e al neonato: la visita domiciliare in puerperio e i gruppi di sostegno nel dopo parto

La salute affettiva, sessuale e riproduttiva della donna e della coppia

L'educazione alla salute in ambito consultoriale trova uno spazio particolarmente fecondo nelle attività di:

- Consulenza contraccettiva
- Prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili
- Attuazione di programmi di prevenzione dei tumori femminili: lo screening del cervico-carcinoma, del tumore della mammella e del colon-retto
- Percorso di Interruzione Volontaria della Gravidanza (IVG)
- Consulenza in caso di infertilità
- Consulenza nell'età post fertile
- Prevenzione della violenza di genere
- Promozione degli stili di vita sani

L'educazione alla salute negli adolescenti

Le strategie efficaci e validate scientificamente comprendono:

- Gli interventi di peer education
- Gli interventi basati sullo sviluppo delle competenze di vita o life skills
- Decision Making (capacità di prendere decisioni)
- Problem Solving (capacità di risolvere i problemi)
- Creatività
- Senso critico
- Comunicazione
- Skills per le relazioni internazionali
- Autocoscienza
- Empatia
- Gestione delle emozioni
- Gestione dello stress

CONSULTORI FAMILIARI E POPOLAZIONE IMMIGRATA

Obiettivi del consultorio per contrastare le disuguaglianze nell'accesso alle cure e offrire una adeguata risposta al bisogno di salute degli immigrati

Obiettivo generale:

- tutelare e promuovere la salute della popolazione immigrata femminile attraverso l'adozione di modelli socio-sanitari organizzativamente e culturalmente adeguati ai bisogni di questa fascia di popolazione

Obiettivi specifici:

- individuare e adottare strumenti di indagine epidemiologica della domanda di salute della popolazione immigrata identificata (esempio: gravide) per individuare priorità di intervento (esempio: utilizzare le schede di certificazione di assistenza al parto)
- adottare modalità organizzative per rendere ben visibili i servizi consultoriali, ridurre le barriere burocratico-amministrative, dare informazioni semplici sulle modalità di accesso
- individuare soluzioni organizzative sulla base di indicazioni della normativa nazionale vigente, prevedendone anche la modalità di verifica dell'attuazione
- garantire la gratuità per le immigrate indigenti
- produrre e diffondere informazioni sulle modalità di accesso ai servizi con informative plurilingue presso anagrafi sanitarie, Comuni, Questure, luoghi "sensibili"
- adottare strategie di provata efficacia per l'informazione e l'educazione alla salute alle donne basate sulla pratica della competenza culturale e dell'empowerment del singolo e della comunità
- migliorare l'informazione e la formazione degli operatori sanitari e amministrativi sul diritto all'assistenza sanitaria degli immigrati, attraverso la produzione e la diffusione di una guida all'assistenza sanitaria nei consultori
- individuare e implementare modelli di analisi di valutazione dei servizi, attraverso l'utilizzo di indicatori semplici per descrivere e monitorare l'efficienza dell'offerta assistenziale.

Promuovere la Salute nel Contesto della Pediatria di Famiglia

Il Pediatra Di Famiglia (PDF), o Pediatra di Libera Scelta (PLS), è il medico a cui compete farsi carico della tutela della salute del bambino e dell'adolescente, garantendo, attraverso una convenzione con il servizio sanitario nazionale, un'assistenza sanitaria territoriale gratuita ai minori di età compresa tra zero e 14 anni.



Ci sono diversi programmi di sostegno alla funzione genitoriale, alla prevenzione e alla promozione della salute del bambino, di consolidata esperienza, che richiedono la costruzione di una rete di operatori di diversi servizi, anche non sanitari, che lavorano di concerto per raggiungere gli obiettivi di salute.

I programmi di **Home visiting** (HV) si impegnano, attraverso visite domiciliari programmate già prima della nascita, a tutelare la salute materna e a promuovere il **parenting** positivo, la salute del bambino, il suo sviluppo, il successo scolastico e a prevenire il maltrattamento e la violenza familiare. La progettazione e la costruzione di un programma di **home visiting** richiede, oltre a personale (professionale o volontario addestrato), la presenza di una supervisione che continuamente valuti la fidelity dell'intervento, una raccolta dati continua ed eseguita tempestivamente al fine di un accurato monitoraggio dell'intervento, un'agenzia organizzativa locale e incontri programmati con i rappresentanti della comunità per la verifica delle possibilità di supporto, di sostenibilità e per la qualità, oltre a strutture adeguate per il personale e per la gestione dei dati. Un Policy Statement dell'Accademia Americana di Pediatria richiede al pediatra di essere il primo attore nella fase di progettualità, dal riconoscimento degli obiettivi per la salute materno-infantile alla scelta delle famiglie target, fino alla costruzione di una rete di servizi per il sostegno delle attività.

Educazione terapeutica e riabilitazione

RIABILITAZIONE: LA DEFINIZIONE DELL'OMS (OMS, 2017)

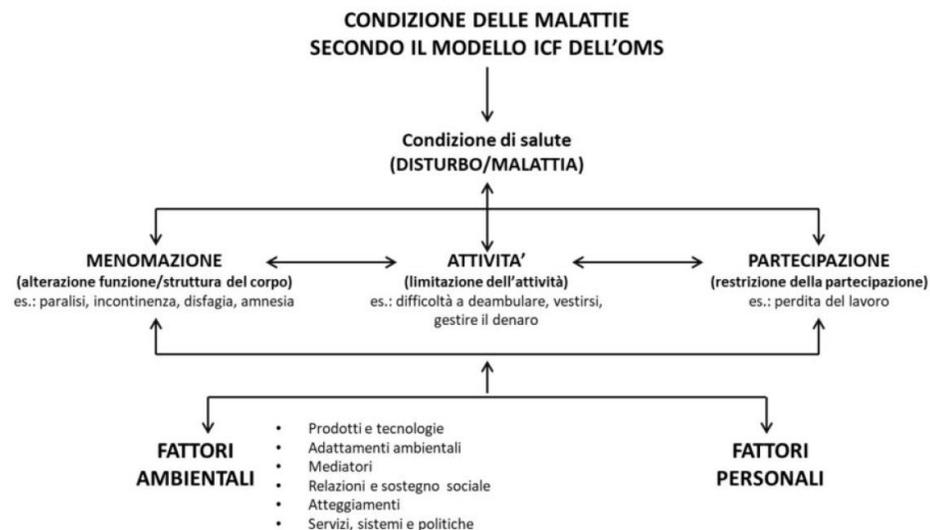
L'OMS definisce la riabilitazione come "un insieme di interventi concepiti per ottimizzare il funzionamento e ridurre la disabilità" in persone che presentano diverse "condizioni di salute", riferibili a malattie acute o croniche, disordini, lesioni o traumi. Si caratterizza per interventi indirizzati alle menomazioni, limitazioni dell'attività e restrizioni della partecipazione, così come ai fattori personali ed ambientali (comprese le tecnologie assistive) che hanno impatto sul funzionamento. La riabilitazione è una strategia sanitaria fortemente centrata sulla persona: i trattamenti tengono conto sia della condizione di salute che degli obiettivi e delle preferenze dei destinatari delle cure.

RIABILITAZIONE: LA DEFINIZIONE DELLE LINEE GUIDA DEL MINISTERO SANITÀ 1998 (Ministero della Sanità, 1998)

La riabilitazione è un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative. Il processo riabilitativo coinvolge anche la famiglia del soggetto e quanti sono a lui vicini. Di conseguenza, il processo riabilitativo riguarda, oltre che aspetti strettamente clinici anche aspetti psicologici e sociali.

Sul piano operativo è utile distinguere fra interventi riabilitativi prevalentemente di tipo sanitario ed interventi riabilitativi prevalentemente di tipo sociale, facenti capo a specifiche reti integrate di servizi e di presidi riabilitativi.

Figura 1: Il modello ICF dell'OMS

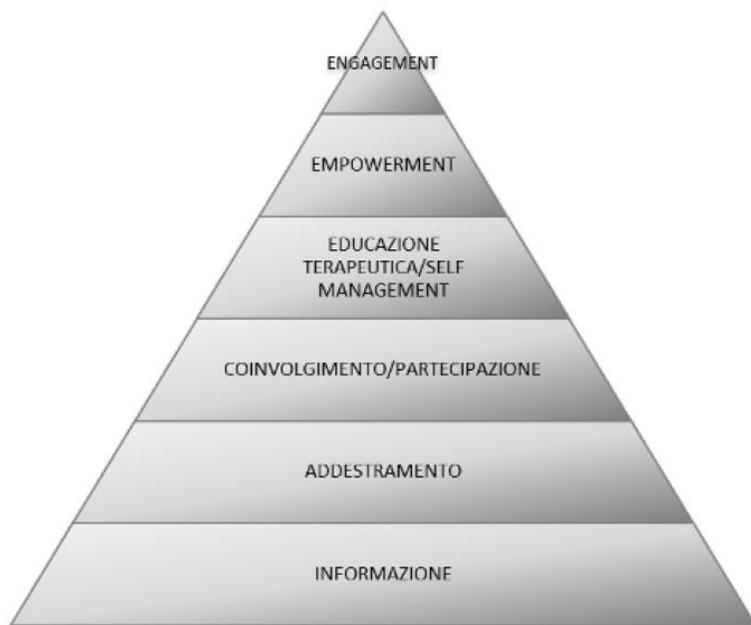


PARTECIPAZIONE DELLA PERSONA E DELLA FAMIGLIA AL PERCORSO

La “**CONDIZIONE DI CRONICITÀ**” è uno stato di alterazione della salute che si protrae nel tempo, usualmente oltre i 12 mesi, dovuta ad una o più situazioni morbose, che di norma comporta limitazioni del funzionamento (disabilità) e necessità di monitoraggio e/o di interventi sanitari prolungati, di tipo continuativo od intermittente.

La/le situazioni morbose che conducono ad una condizione di cronicità possono agire in modo sinergico o indipendente nel tempo, essere reversibili o non reversibili, trasmissibili o non trasmissibili, a decorso ingravescente o stazionario o regressivo, e possono presentarsi in tutte le età.

La **PERSONA IN CONDIZIONE DI CRONICITÀ/DISABILITÀ” (CCD)** è caratterizzata da una condizione di cronicità che determina persistenti limitazioni del funzionamento (disabilità). Tali limitazioni possono essere stabili, ingravescenti o ad andamento remittente, e necessitano di monitoraggio e/o di interventi riabilitativi protratti nel tempo o permanenti.



- **ENGAGEMENT:** ruolo attivo di co-costruzione del percorso di cura insieme ai professionisti sanitari e sociosanitari
- **EMPOWERMENT:** controllo autonomo da parte della persona sul proprio stato di salute o malattia e sugli interventi sanitari, e presuppone un processo di trasferimento di conoscenze e competenze di elevato livello dai professionisti alle persone servite.
- **EDUCAZIONE TERAPEUTICA/SELF MANAGEMENT:** accompagnamento e supporto alla gestione delle menomazioni e disabilità conseguenti alle malattie
- **COINVOLGIMENTO/PARTECIPAZIONE:** individuazione dei problemi, degli obiettivi (goal setting) e dei piani d'azione per il loro perseguimento da parte della persona/famiglia e team riabilitativo
- **ADDESTRAMENTO** ad effettuazione autonoma di attività specifiche e definite come attività di cura di sé, utilizzo di ausilli, gestione di terapia farmacologica, esercizi terapeutici in autonomia...
- **INFORMAZIONE:** cause, caratteristiche decorso della/delle condizioni patologiche; scopi ed effetti delle terapie farmacologiche e chirurgiche e degli interventi riabilitativi; percorsi riabilitativi

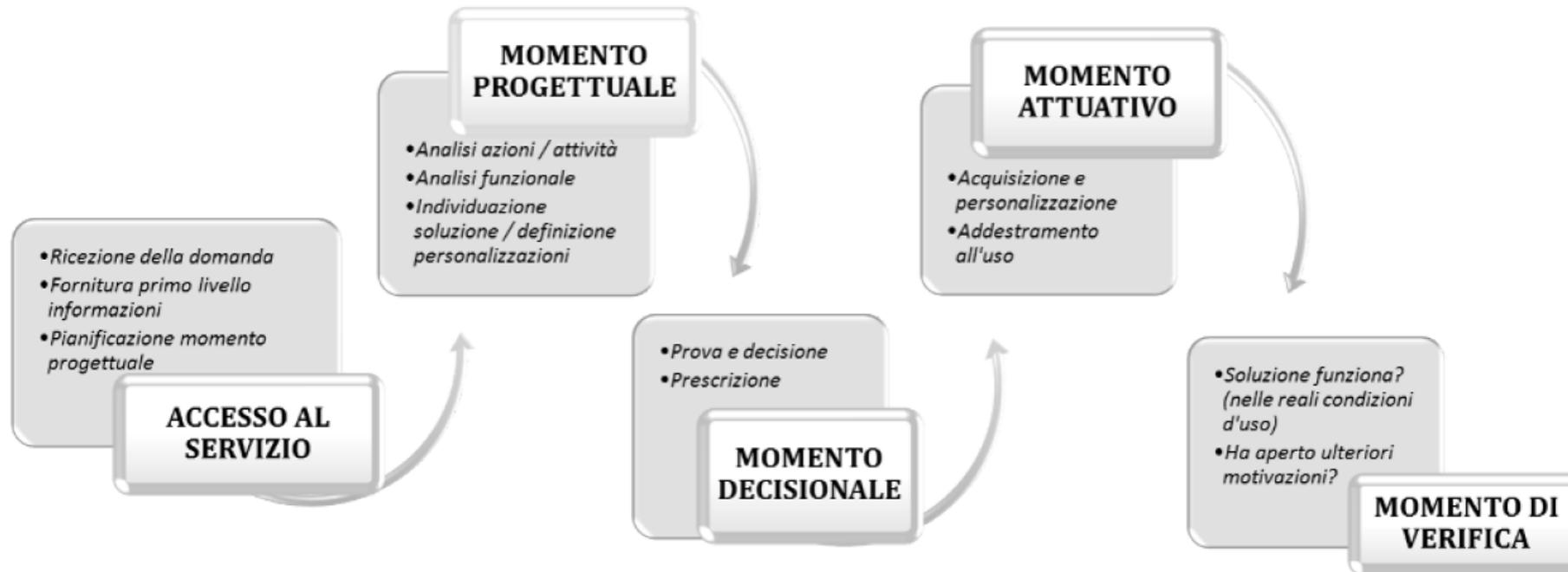
(<https://www.aprirenetwork.it/wp-content/uploads/2021/03/PiramideRiabilitazione.png>)

Categorie di intervento della Medicina Riabilitativa

CATEGORIA	SCOPO	METODOLOGIE DI INTERVENTO
INTERVENTI TERAPEUTICI	Modificare le menomazioni e le limitazioni di attività (disabilità) conseguenti alla patologia rispetto alla storia naturale della malattia	<ul style="list-style-type: none">• metodiche riabilitative di tipo motorio, cognitivo-comportamentale, miste• uso di energie fisiche e di farmaci (per uso sistemico o locale)• tecniche manuali e procedure di tipo interventistico• impiego di ausilli (protesi, ortesi)
INTERVENTI ASSISTENZIALI	Mantenere le migliori condizioni funzionali concesse dalla patologia disabilitante	<ul style="list-style-type: none">• procedure assistenziali effettuate da altre persone o in autonomia (totale o con supporto di altri)• impiego di dispositivi ed ausilli tecnologici• monitoraggio delle capacità funzionali
INTERVENTI INFORMATIVI/ EDUCATIVI	Fornire alla persona/famiglia e ad altre persone rilevanti dell'ambiente di vita strumenti utili alla gestione delle problematiche disabilitanti ed al mantenimento delle migliori condizioni funzionali concesse dalla malattia	<ul style="list-style-type: none">• strumenti e supporti informativi con impiego di vari media• programmi di addestramento ad attività specifiche• programmi di Educazione Terapeutica e Self Management indirizzati a: prevenzione secondaria della disabilità, mantenimento/miglioramento dell'autonomia e performance, gestione dei facilitatori ambientali, adozione di stili di vita adeguati

L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA NEL PERCORSO DI FORNITURA DI AUSILI, PROTESI, ORTESI E NELLA FACILITAZIONE DELL'ACCESSIBILITÀ

Le definizioni di ausilio dello standard internazionale ISO 9999:2007 è la seguente: **“qualsiasi prodotto (inclusi dispositivi, apparecchiature, strumenti, sistemi tecnologici, software) di produzione specializzata o di comune commercio, atto a prevenire, compensare, tenere sotto controllo, alleviare o eliminare menomazioni, limitazioni nelle attività o ostacoli alla partecipazione”**.



(<https://www.apirenetwork.it/wp-content/uploads/2021/03/Protesica.png>)

L'educazione terapeutica nel contesto ospedaliero

Gli effetti e l'impatto per i sistemi sanitari nei prossimi anni potrebbero essere "devastanti" se non si pongono in atto modalità diverse di assistenza e prevenzione. La cura di un paziente affetto da una malattia cronica implica modificazioni profonde nella pratica e nell'organizzazione medica.

Rispetto al malato acuto che subisce passivamente, il malato cronico deve essere un soggetto centrale ed attivo nella cura.

L'educazione all'autogestione delle malattie croniche è un processo di facilitazione delle conoscenze, abilità e comportamenti, fondamentale nella cura. Essa ha come obiettivo quello di fare sviluppare la capacità di prendere decisioni da parte della persona con malattia cronica, che a tutti gli effetti farà parte del team di cura, con cui condivide obiettivi di miglioramento dei risultati clinici, dello stato di salute e della qualità di vita. La persona con malattia cronica è una risorsa ineludibile per ottenere il miglior risultato clinico possibile, infatti il 95% della cura è a carico del paziente e della sua famiglia.

Il **Chronic Care Model – CCM** (Wagner, 1998), ormai ampiamente affermato in campo internazionale, propone una visione d'insieme delle variabili fondamentali di un sistema organizzativo orientato a gestire i pazienti con patologia a lungo termine. Il presupposto di questo modello è che, per essere efficaci, efficienti e attenti ai bisogni globali dei pazienti, ogni componente della relazione assistenziale (operatori, pazienti ma anche sistema organizzativo) deve svolgere una funzione ben definita e valutabile.



L'OSPEDALE DEL FUTURO

L'ospedale del futuro, per quanto riguarda la cronicità, sarà “**without walls**” (“senza mura”), con un riequilibrio fra attività in urgenza e attività programmate, un ospedale in cui i medici operano nel territorio per una parte del tempo. I punti forti che riguardano le persone con malattie croniche, sono **la continuità assistenziale, il potenziamento delle relazioni fra medici e altri operatori sanitari e sociali, un appropriato equilibrio fra assistenza specialistica e assistenza coordinata in modo esperto e olistico intorno ai bisogni del paziente; una definizione precisa e realistica delle responsabilità assistenziali** quando il paziente viene trasferito da un set assistenziale ad un altro.

In questa vision, il ruolo del paziente è centrale per garantire una cura efficace e quindi:

- **l'esperienza del paziente** deve essere tenuta in conto al pari della efficacia clinica; l'obiettivo è quello di una assistenza personalizzata (**tailored**, quindi “cucita” sulle esigenze del paziente)
- una **buona comunicazione** con il paziente e riguardo al paziente deve essere la norma
- l'assistenza è organizzata per facilitare **l'autocura e la promozione della salute**
- i **servizi sono personalizzati** per venire incontro alle esigenze individuali dei pazienti, inclusi i pazienti fragili
- tutti i pazienti hanno **un piano assistenziale** che tiene conto delle loro necessità cliniche e assistenziali.



LA QUALITA'

Le Scelte degli operatori sanitari, nello svolgimento dell'attività assistenziale, devono essere orientate all'efficacia clinica (capacità dello specifico intervento di raggiungere un determinato obiettivo di salute).

Tali scelte comportano il consumo di risorse e, conseguentemente, incidono sulla determinazione della spesa sanitaria.

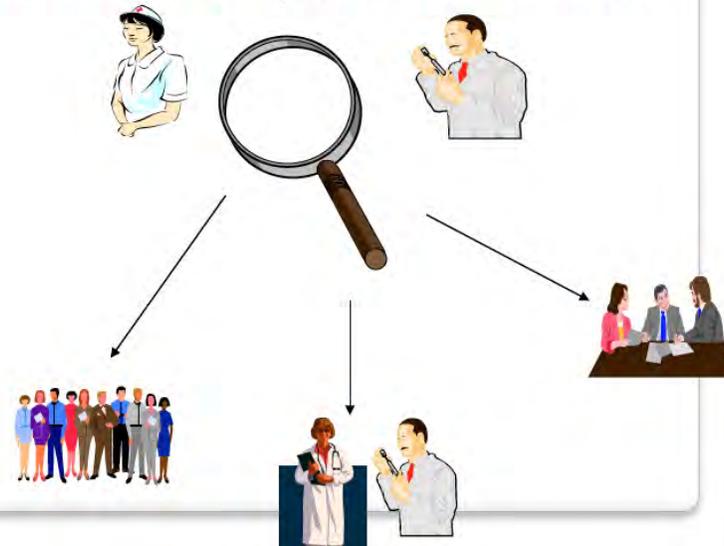
Pertanto occorre, a tutti i livelli organizzativi, una diffusa cultura gestionale che si rivolga alla responsabilità sui risultati sanitari ed economici.

Il concetto di “Qualità ”

L'essenza della Clinical Governance

Realizzare la prospettiva unificante degli aspetti clinici e di quelli economico-gestionali delle prestazioni sanitarie finalizzata ad una gestione attiva degli elementi che determinano la qualità del servizio erogato

Rendersi conto
per
rendere conto

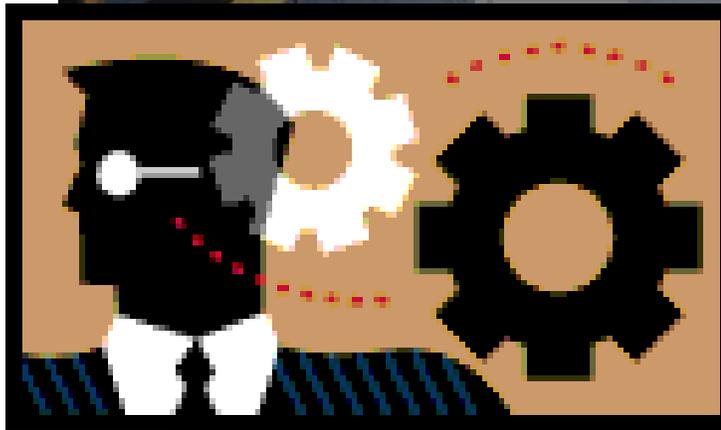


Fare Bene (“Resilienza” dei professionisti della Salute)
Soddisfacendo le esigenze del fruitore

combinare nel migliore dei modi le risorse disponibili al fine di perseguire e raggiungere nel campo della tutela della salute obiettivi di

efficienza (rapporto tra risorse impiegate e risultati ottenuti)

efficacia (rapporto tra risultati ottenuti ed obiettivi predefiniti)



Management in sanità

Funzioni manageriali:

- . organizzazione
- . programmazione
- . controllo
- . direzione (leadership)

Regole

Motivazioni



La ISO e i Sistemi Qualità

Le norme UNI (nazionali) EN (europee) ISO (internazionali) emanano, dal 1987, norme sui sistemi di gestione per la qualità, delle quali una è certificabile da Ente terzo: la UNI EN ISO 29000.

Le norme conosciute con il nome ISO 29000, sono state aggiornate nel 1994 con il nome ISO 9000, fino alle recenti versioni del 2000, del 2005, 2008, 2015.

In ogni versione l'oggetto delle norme è stato notevolmente modificato.

Nelle ultime versioni, ISO 9001:2008, ISO 9001:2015 E ISO 9001:2018, l'attenzione della norma si è spostata sull'EFFICACIA e il MIGLIORAMENTO CONTINUO della gestione per la qualità dei processi aziendali, sul risk management e sulla riverifica.

I SISTEMI DI GESTIONE PER LA QUALITÀ



Processo di valutazione sistematico e periodico svolto da un'agenzia esterna o da un altro organismo, il cui obiettivo è quello di verificare il possesso da parte dei servizi sanitari di requisiti predeterminati relativi alle condizioni strutturali, organizzative e di funzionamento che si ritiene influiscano sulla qualità dell'assistenza.

A seconda del contesto nel quale viene usato, il termine accreditamento assume significati diversi:

Certificazione ISO

Accreditamento istituzionale

Accreditamento professionale/ tra pari Accreditamento di eccellenza

Accreditamento ECM (Educazione Continua in Medicina)

Accreditamento istituzionale (DPR 14/1/97)

L'accREDITAMENTO istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza: ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale, alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

- Sviluppo di requisiti minimi (autorizzazione) per il funzionamento delle organizzazioni sanitarie
- Sviluppo di requisiti ulteriori per tipologia di attività o contesti assistenziali
- Formazione e aggiornamento dei valutatori
- Realizzazione di verifiche alle strutture/servizi
- Attività di formazione e sviluppo da realizzare all'interno

delle organizzazioni con il largo coinvolgimento dei professionisti

ACCREDITAMENTO



Con i D. Lgs. 502/92 e 517/93 è stata introdotta l'**autonomia** legislativa, organizzativa, gestionale, contabile, tecnica e amministrativa delle aziende sanitarie e si è avviato il processo di **aziendalizzazione del Sistema Sanitario**.

Di conseguenza è cambiato anche il sistema di finanziamento: viene remunerato il prodotto finito e non più i fattori produttivi al momento della loro acquisizione; perciò il corrispettivo delle prestazioni viene calcolato in base ad una preventiva classificazione dei ricoveri ospedalieri (DRG). Per migliorare l'efficienza è stato necessario implementare un sistema di **qualità per la sanità**. Oggi si punta all'integrazione di tutte le problematiche attinenti alla qualità, alla sicurezza ed all'ambiente in un **"sistema integrato"**.

**VERSO LA QUALITA'
TOTALE**



Si mira cioè alla gestione “per processi”, ognuno dei quali viene gestito, sulla base di requisiti, che possono essere:

Cogenti (leggi, regolamenti, direttive);

Volontari. Esempi di norme volontarie con i loro campi di applicazione sono:

processi produttivi: ISO 9001;

processi ambientali: ISO 14001;

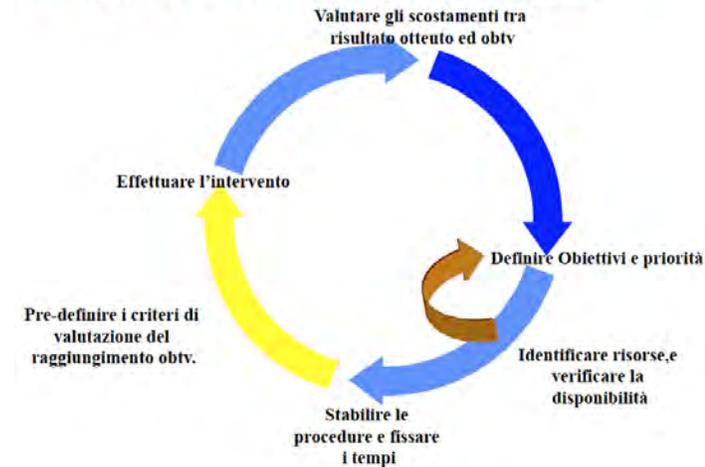
processi di prova: ISO 17025; ISO 15189

processi di safety: OHSAS 18001;

responsabilità sociale: SA 8000;

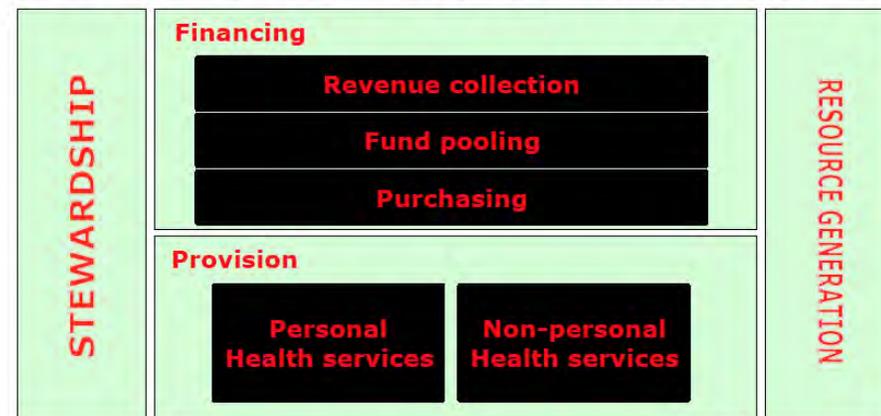
tutto nell’ottica del **MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ**.

La Spirale della Programmazione

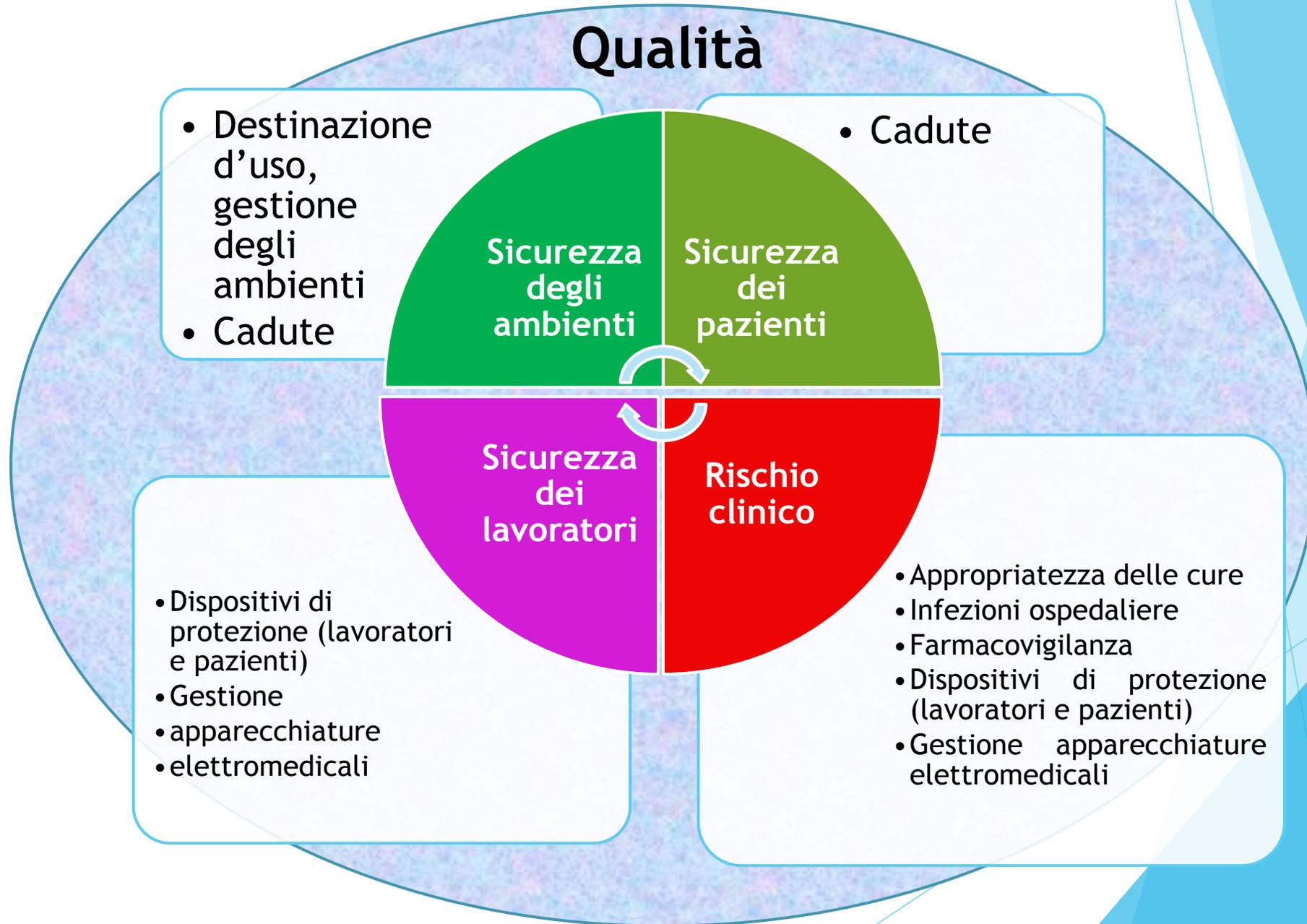


LA QUALITA' TOTALE IN SANITA'

Funzioni del sistema sanitario



Gestione del rischio e sicurezza dei pazienti

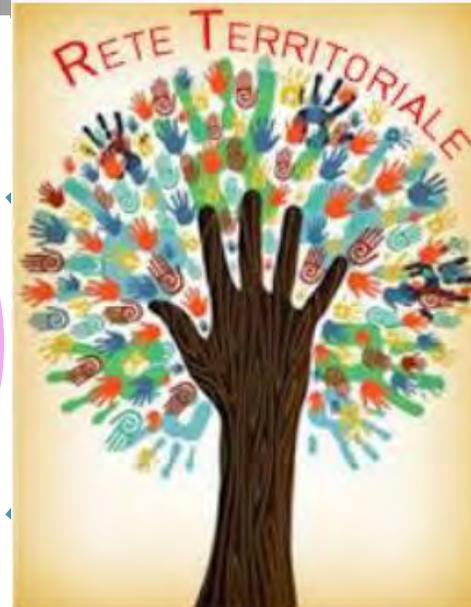


Medicina del territorio



Prestazioni sanitarie di primo livello e pronto intervento che hanno finalità preventive e si presentano come alternativa all'ospedalizzazione.

Servizi ospedalieri
Professionisti
Organizzazione



Rete di strutture
del territorio
Professionisti
Servizi sociali



IL TERRITORIO: la sua **RETE** di **SERVIZI** è il luogo più **APPROPRIATO** per la **GESTIONE** delle **CRONICITA'**

Punti di forza

- Flessibilità degli interventi
- Percorsi assistenziali sostenibili
- Appropriatelyzza e Gradimento
- Accessibilità, Disponibilità e Flessibilità degli operatori

USCA (Unità speciali di continuità assistenziale)

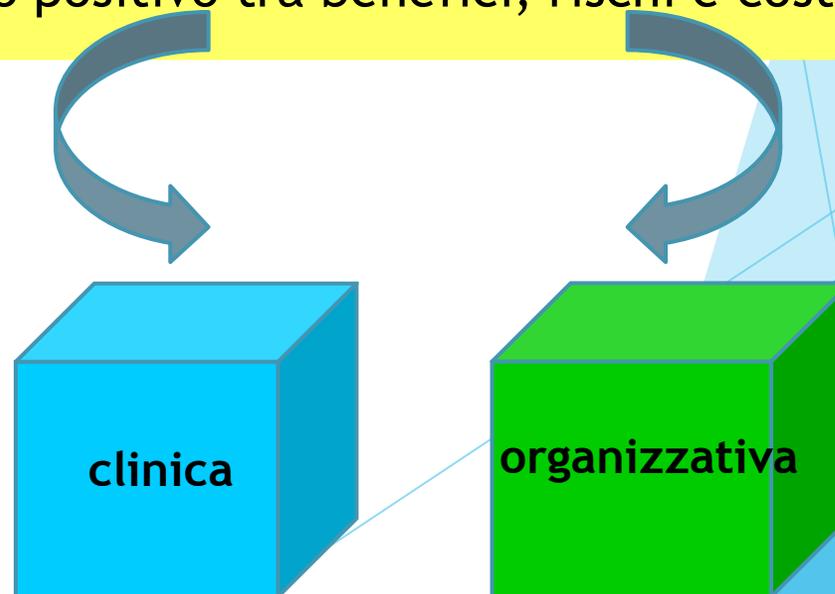
Sono un **team** formato da medici che in questo periodo di emergenza possono essere attivati dai medici di famiglia per eseguire interventi a domicilio per i pazienti affetti da Covid-19.



I principi di Equità e Appropriatelyzza

L'equità si base sull'offrire a tutti l'accesso ai servizi, mediante lo sviluppo di reti di servizio territoriali.

L'appropriatelyzza identifica un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi



I principi di Equità e Appropriatelyzza

- ▶ **1° criterio :Distinzione tra Presidi e Centri**
- ▶ **2° criterio: La condizione patologica (causa di diverse tipologie di disabilità)**
- ▶ **3° criterio: Tempi di attesa**

1° criterio: Presidi vs Centri

Caratteristiche del pz e dell' intervento riabilitativo	Presidi ambulatoriali	Centri ambulatoriali
Grado di disabilità del soggetto assistito	Disabilità transitorie e/o minimali	Disabilità importanti con possibili esiti permanenti, spesso multiple
Modalità dell'intervento	Prestazioni in seduta singola raggruppabili in uno o più cicli, anche per piccoli gruppi di utenti	Preso in carico globale del soggetto
Metodologia dell'intervento	Singolo programma terapeutico riabilitativo	Progetto riabilitativo personalizzato
Figure professionali coinvolte	Medico specialista fisiatra e fisioterapista	Equipe multidisciplinare

2° criterio:

Presidio

vs

Centro

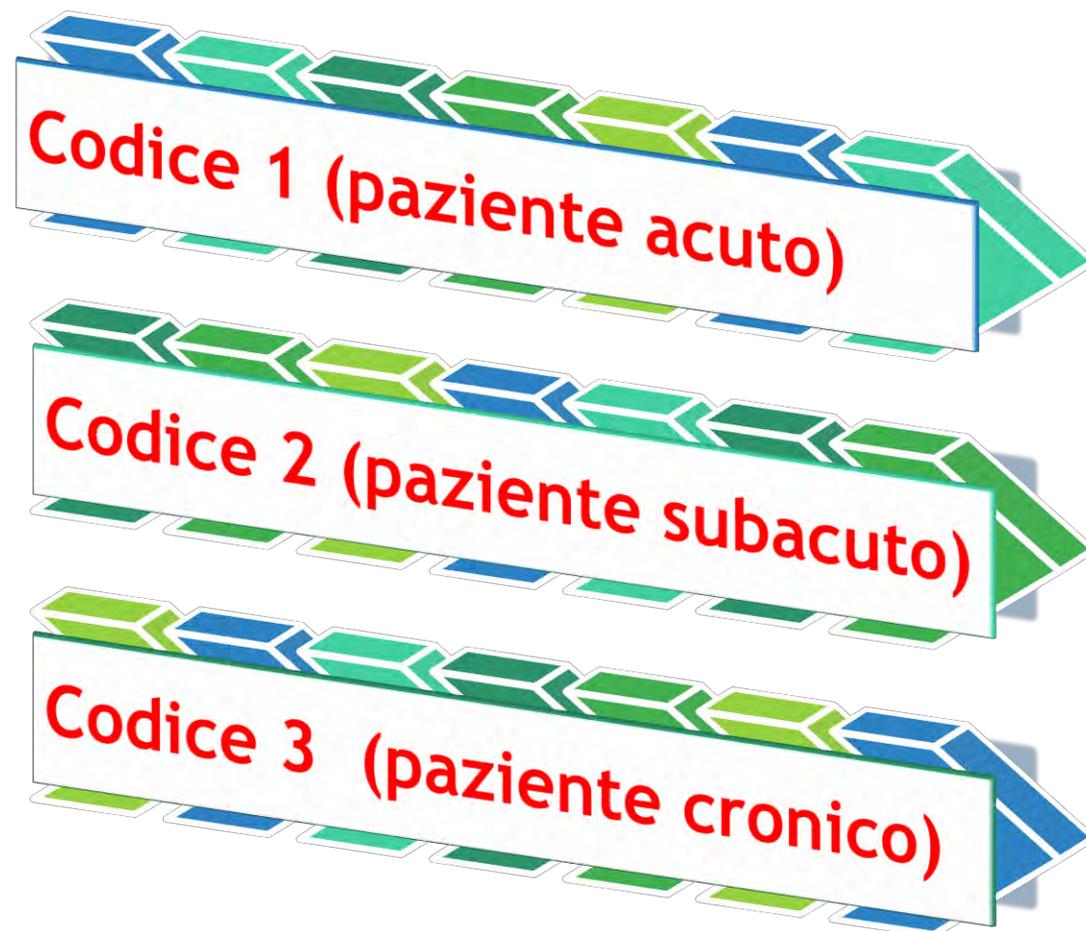


- 🏥 Lesioni del SNC e SNP
- 🏥 Patologie ortopedico-traumatologiche
- 🏥 Artropatie



- 🏥 Lesioni del SNC-SNP
- 🏥 Patologie ortopedico-traumatologiche
- 🏥 Patologie oncologiche
- 🏥 Patologie cardio-respiratorie
- 🏥 Patologie vascolari periferiche
- 🏥 Patologie urogenitali
- 🏥 Artropatie

3° criterio: Tempi di attesa



Massima
priorità

Media
priorità

Assenza di
priorità

INDICATORI IN SANITA'



**Variabile utilizzata per descrivere
In modo sintetico un fenomeno
complesso**

**E' capace di fornire
(attraverso il confronto
con uno standard o
valore soglia)
Informazioni utili per
Prendere decisioni e
Avviare iniziative di
miglioramento**



**“Misura ciò che è misurabile.
Ciò che non è misurabile rendilo tale”**

Galileo Galilei (1564-.-1642)

DPCM 29 NOVEMBRE 2001

DPCM 12 GENNAIO 2017

Priority Setting

Una scelta esplicita delle priorità al fine di evitare:

- le diseguaglianze nell'accesso/erogazione dei servizi
- l'esclusione implicita dei più deboli

**Prevenzione collettiva e sanità pubblica,
Assistenza distrettuale,
Assistenza ospedaliera,**

LEA

Principi

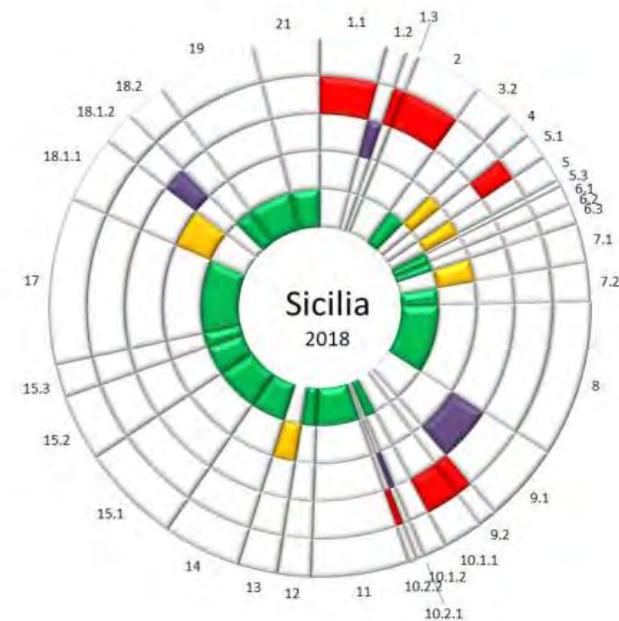
Dignità della persona
Bisogno di salute
Equità nell'accesso
Qualità delle cure
Appropriatezza rispetto
alle esigenze cliniche
Economicità
nell'impiego delle
risorse

**Nuovi
LEA**



LEA - Livelli Essenziali di Assistenza

Punteggi Griglia LEA 2017





Il **Piano Nazionale della Prevenzione** (generato dall'intesa del marzo 2005 tra Ministero della Salute, regioni e province autonome) rappresenta lo strumento fondamentale di pianificazione centrale degli interventi di prevenzione e promozione della salute da realizzare sul territorio.

Vision e principi

- ▶ L'ottica One Health e gli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 dell'ONU
- ▶ Promozione della salute e prevenzione: cardini dell'assistenza primaria
- ▶ Intersettorialità e Salute in tutte le politiche (Health in all Policies)
- ▶ Centralità della persona e delle comunità
- ▶ Approccio life-course, per setting e di genere
- ▶ Efficacia degli interventi ed efficienza del modello organizzativo
- ▶ Equità nell'azione
- ▶ Profilo di salute ed equità



I 6 Macro Obiettivi del Piano

- ❑ Malattie croniche non trasmissibili
- ❑ Dipendenze e problemi correlati
- ❑ Incidenti stradali e domestici
- ❑ Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali
- ❑ Ambiente, clima e salute
- ❑ Malattie infettive prioritarie



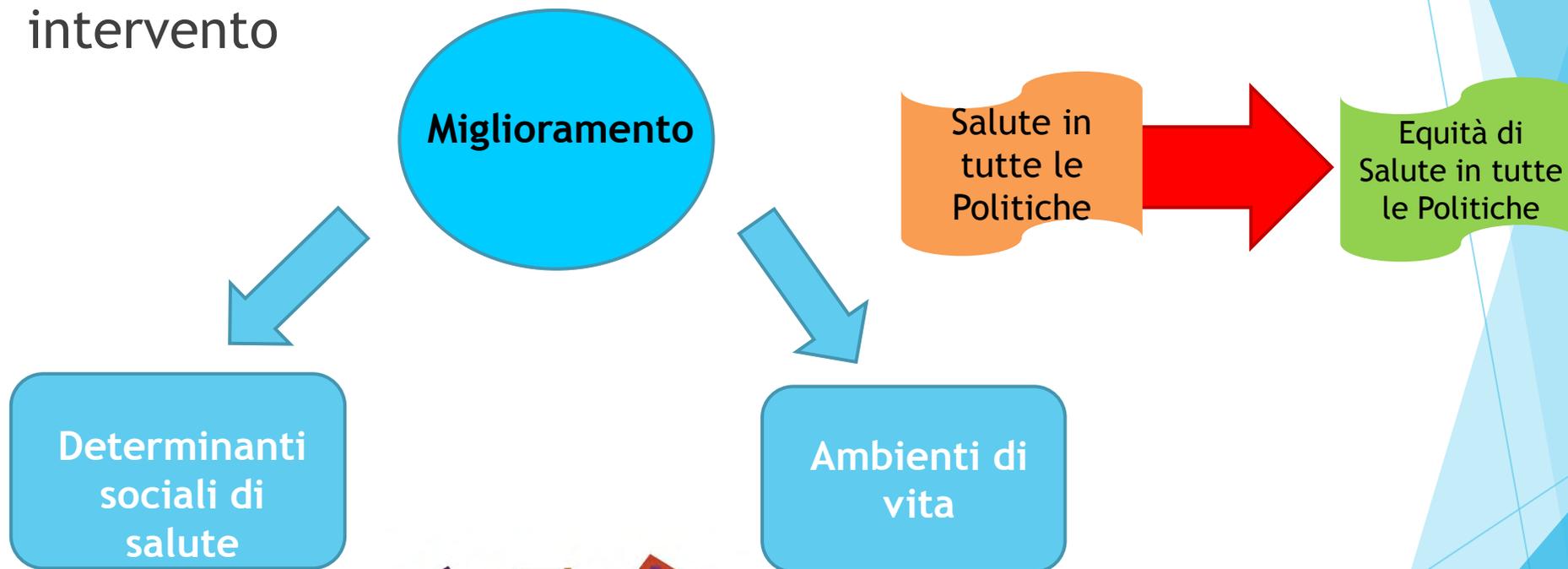
Patto per la Salute 2019-2021. (primo Patto 5/10/2006)

- finanziamento Fondo sanitario nazionale
- Lea
- risorse umane
- mobilità sanitaria
- enti vigilati
- governance farmaceutica e dei dispositivi medici
- investimenti
- assistenza territoriale e medicina generale
- fondi sanitari integrativi
- modelli previsionali
- ricerca
- prevenzione
- revisione del ticket
- partecipazione dei cittadini
- revisione del DM 70/2015.



La Salute in tutte le politiche

La “Salute in tutte le politiche” è l’approccio strategico necessario per ponderare questioni di salute, sostenibilità, promuovere l’equità prima di adoperare una politica o un intervento

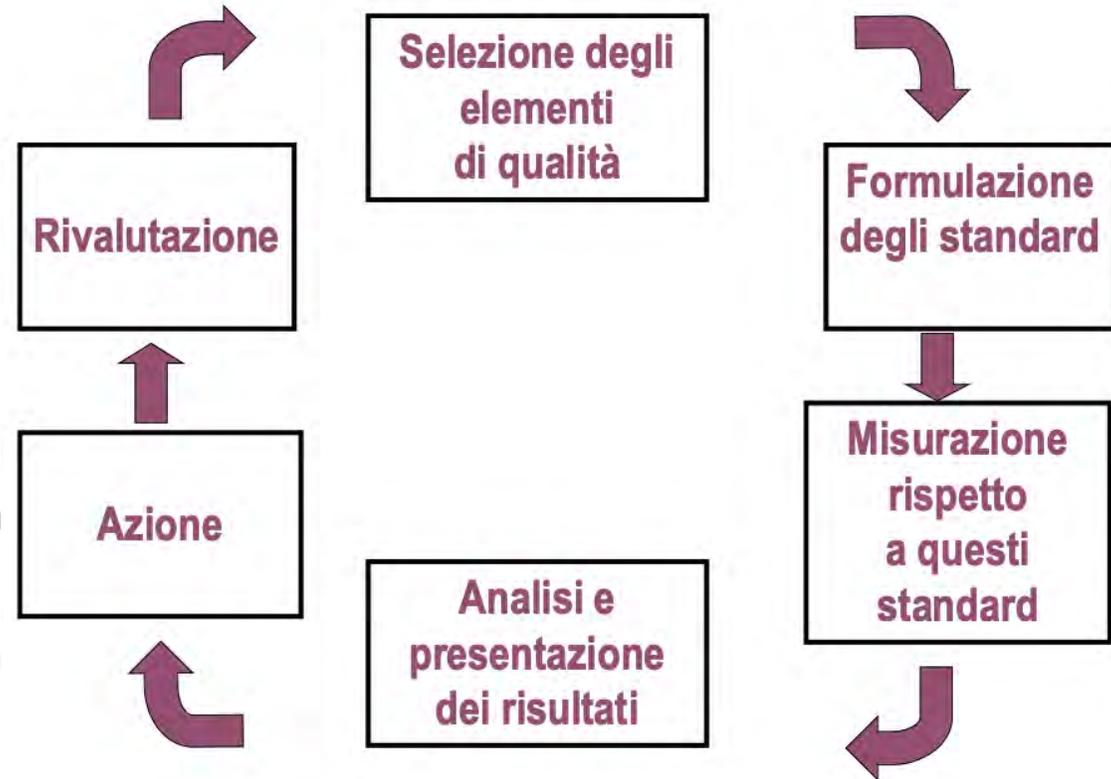


D.Lgs. 27/10/2009, n. 150

Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni. Pubblicato nella Gazz. Uff. 31 ottobre 2009, n. 254, S.O.

ART. 19-BIS. PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DEGLI ALTRI UTENTI FINALI

L'approccio per processi è uno dei principi della qualità richiesto espressamente al punto 4.3 della UNI EN ISO 9004:2000.



RESPONSABILITA' E PARTECIPAZIONE



La trasparenza dei sistemi sanitari nei confronti dei cittadini e dei pazienti e le azioni per promuoverne i diritti;

Le buone pratiche professionali e la promozione dei professionisti;

Le buone pratiche organizzative;

La garanzia di una sanità sicura.

**POLITICHE PER LA QUALITÀ DEI SISTEMI SANITARI
FARE EMPOWERMENT PER UNA SANITA' MIGLIORE**



UMANIZZAZIONE DELLE CURE

ATTENZIONE POSTA ALLA
PERSONA NELLA SUA
TOTALITA' PER IL
SODDISFACIMENTO DI
BISOGNI ORGANICI,
PSICOLOGICI E RELAZIONALI

La persona va intesa
come individuo unico e
insostituibile, simile ma al
tempo stesso diverso da
qualsiasi altra persona

Non esistono malattie
ma malati, ognuno con
la propria individualità
e il proprio vissuto.

Ciascun paziente è
un unicum che
necessita di cura
costante e rinnovata
secondo il percorso
Terapeutico

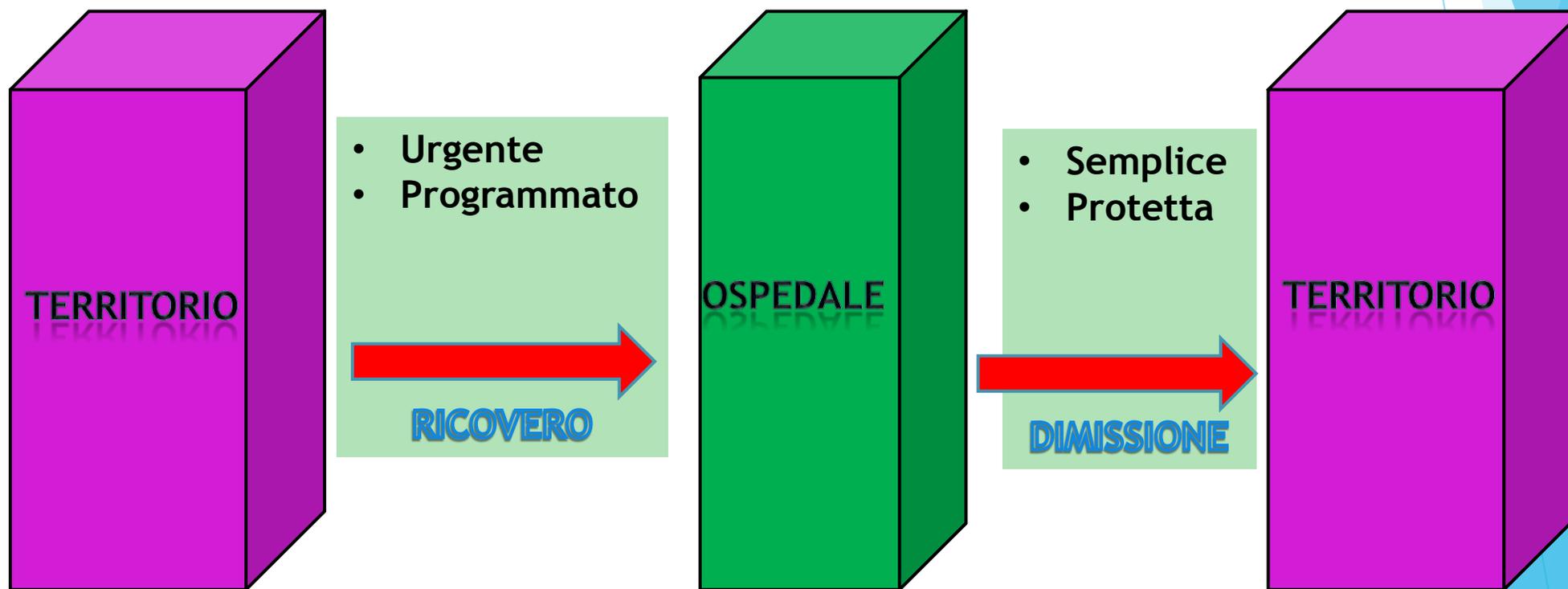
DISUMANIZZAZIONE

In sintesi i fattori più spesso indicati come determinanti nel disumanizzare l'ospedale sono:

- la separazione brutale dall'ambiente familiare;
- le cattive condizioni di accoglienza e di alloggio;
- l'isolamento;
- la spersonalizzazione dei rapporti umani.



Deospedalizzazione



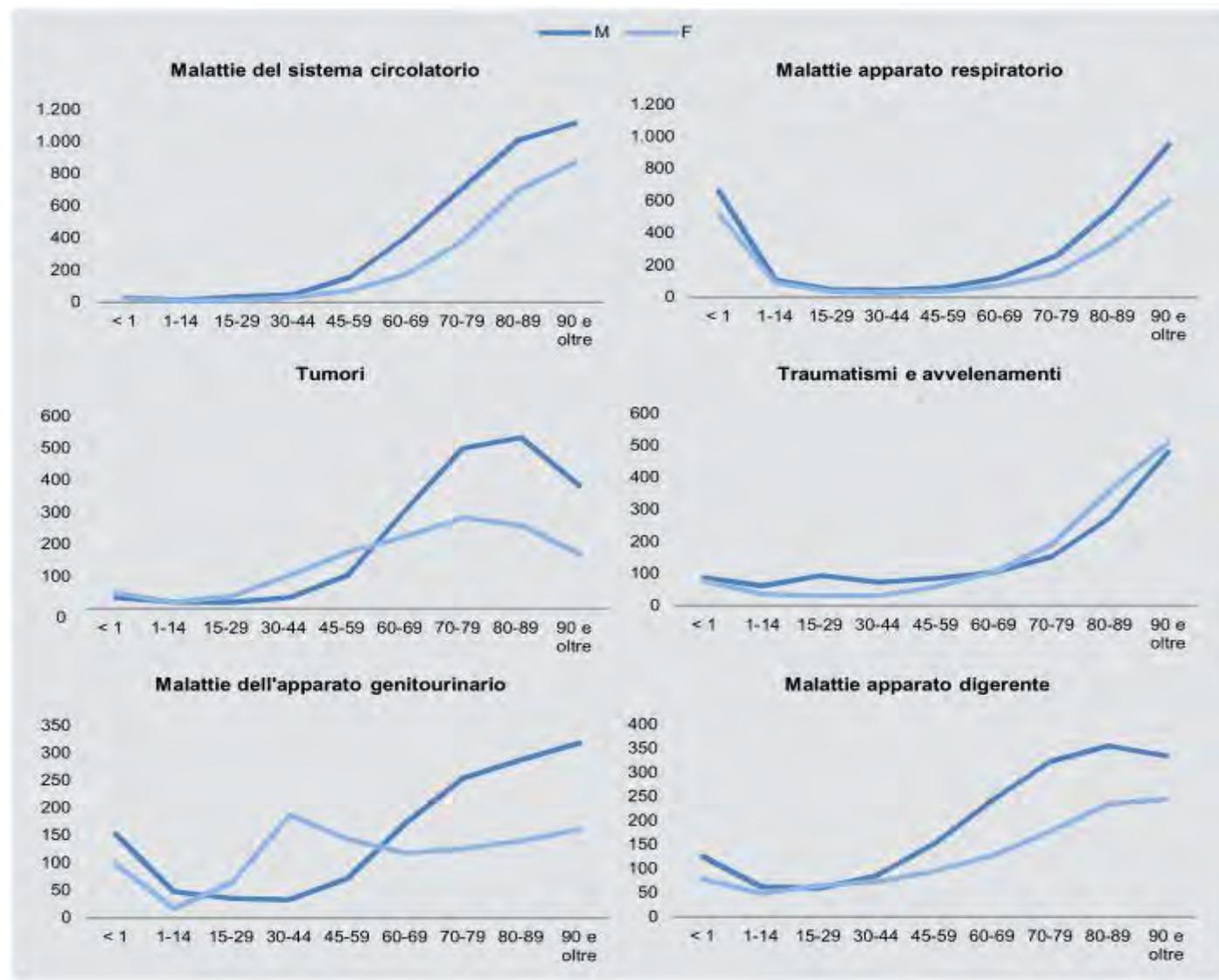
DIMISSIONI PROTETTE PER ETA'



INTERVALLO RICHIESTA - DIMISSIONE



Dimissioni ospedaliere per alcune diagnosi, classe di età e sesso Anno 2018, tassi di dimissione ospedaliera



Verso la deospedalizzazione

**Favorire il
rapporto con
il team
curante**

**Facilitare i
processi
riabilitativi**

**Migliorare la
condizione
ottimale in cui i
pazienti possono
prendere parte alle
decisioni sul
trattamento**

“Education is the most powerful weapon which you can use to change the world.”

(l'educazione è l'arma più potente che puoi usare per cambiare il mondo)

Nelson Mandela



GRAZIE
WE ARE
CONTINUING

