

Analisi del contesto del contesto territoriale e definizione delle strategie di intervento

Casa della salute di Santhià (IT)

Distretti Sud e Urbano di Novara (IT)

Comprensorio ALVAD-Locarno e Vallemaggia (CH)

REPORT WP 3 - TASK 3.2

Definizione dei livelli di cura e strategie di intervento

Gruppo di lavoro

Prof.ssa Cesarina Prandi (SUPSI)

Dott.ssa Daiana Campani (UPO)

Dott.ssa Silvia Pazzi (UPO)

INDICE

Introduzione	3
Piano di lavoro task 3.2	4
Obiettivo generale della task 3.2	4
Obiettivi specifici	4
Descrizione sintetica delle attività	5
Descrizione del gruppo di lavoro	5
Materiali e metodi	6
Risultati	7
Sintesi operativa	10
Conclusioni	11
Riferimenti bibliografici	12
Allegati	13

INTRODUZIONE

Da una prima analisi del contesto epidemiologico (task 3.1) emergono bisogni di salute comuni ai due versanti della frontiera, in particolare un incremento della popolazione over 65 anni (23-27% del totale), degli indici di vecchiaia e dipendenza, e dell'incidenza del numero di malati cronici. Inoltre, si registra un aumento di erogazione delle prestazioni di carattere sanitario e di consumo dei servizi (es. accessi al Pronto Soccorso) in particolar modo verso chi presenta maggiori condizioni di fragilità. L'invecchiamento avanzato, la presenza di polipatologie croniche, l'isolamento sociale e geografico sono tra i fattori individuati nelle realtà territoriali come maggiormente associati alla fragilità dell'anziano e di interesse prioritario, al fine di identificare quali potrebbero essere gli ambiti di intervento insieme agli attori da coinvolgere.

Il quadro fornito giustifica l'interesse comune dei partner di poter sperimentare modalità assistenziali proattive, multidisciplinari, finalizzate a favorire la permanenza dell'anziano al domicilio il più possibile in buona salute.

Nella task 3.2 sono stati coinvolti i seguenti partner di progetto:

ALVAD – Associazione Locarnese e Vallemaggese di Assistenza e cura a Domicilio: Servizio di assistenza e cura domiciliare, di diritto pubblico, attivo sul territorio del Canton Ticino (Svizzera), nella zona urbana di Locarno e valli limitrofe.

Azienda Sanitaria Locale (ASL) NOVARA: Servizio pubblico locale della zona provinciale di Novara. L'ASL partecipa al progetto coinvolgendo i Distretti sud e urbano.

ASL VERCELLI: Servizio pubblico locale della zona provinciale di Vercelli. L'area di sperimentazione identificata sono i comuni che afferiscono alla Casa della Salute di Santhià.

Tutti i partner che hanno partecipato alla task 3.2 hanno beneficiato della condivisione delle esperienze da loro svolte, individuandone criticità ed elementi positivi. In particolare, 1) l'esistenza di percorsi di gestione della cronicità, ma non per tutte le patologie croniche e non per il paziente multipatologico, potenzialmente più a rischio di complicanze, 2) l'adozione aziendale di sistemi di identificazione della popolazione, ma diversificati e prevalentemente su determinanti di salute provenienti dai flussi informativi aziendali, che non intercettano i bisogni di tipo sociale e sanitario se l'utente non ha effettuato almeno un accesso ai servizi. Ancora, 3) modelli di assistenza infermieristica familiare virtuosi, che

seppur differenziati necessitano di una formazione continua rispetto alle buone pratiche di cura, 4) l'esistenza di sistemi di monitoraggio al domicilio consultabili in remoto, che però non consentono attualmente di rilevare compromesse capacità di self-management individuale.

PIANO DI LAVORO TASK 3.2

Il piano che segue è stato definito all'inizio delle attività relative alla Task 3.2 allo scopo di organizzare e definire strategicamente le linee di azione e di lavoro da svolgere per raggiungere gli obiettivi prefissati, che sono stati preventivamente condivisi e approvati dai partner e dal Comitato di Pilotaggio (CdP) del progetto.

Obiettivo generale della task 3.2

L'attività ha previsto l'identificazione congiunta di un sistema unico di stratificazione dei bisogni e dei livelli di cura. Le strategie d'azione associate ed erogate dagli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC) sono state individuate con un'analisi della letteratura e discusse con i principali stakeholder e partner, al fine di integrare le attività nella rete dei servizi esistente, rispondere ai bisogni della popolazione anziana in modo continuativo, e individuare in che modo la tecnologia può facilitare la presa in carico. Il focus degli interventi è stato dettato dai bisogni espressi dai partner e orientato all'empowerment familiare e individuale negli ambiti di gestione della malattia, promozione e prevenzione di situazioni di rischio per l'anziano.

Obiettivi specifici

- Identificare il modello/framework di riferimento, dove si collocano e realizzano gli interventi
- Identificare la popolazione beneficiaria dell'intervento a partire dall'esperienza del territorio (organizzativa, professionale, assistenziale, manageriale);
- Definire gli ambiti di intervento, le componenti e gli attori coinvolti.

Descrizione sintetica delle attività

- Programmazione delle riunioni del Gruppo di Lavoro (GdL), sia interne al GdL che con i partner di progetto coinvolti (a partire da Febbraio 2021).
- Revisione della letteratura sulle principali tematiche del progetto, in particolare rispetto agli interventi implementabili.
- Individuazione degli strumenti operativi e organizzativi necessari al lavoro di gruppo a distanza.
- Condivisione dei lavori preliminari con il CdP.
- Creazione di una roadmap al fine di orientare i contenuti del lavoro con gli obiettivi previsti, successivamente organizzati in una flowchart per l'individuazione della popolazione over 65.
- Individuazione della metodologia di ricerca e di analisi del framework.
- Condivisione e discussione delle risultanze con i partner di progetto durante tutta la durata della task.
- Elaborazione di una prima cornice di riferimento per la mappatura degli ambiti di intervento.
- Traduzione in italiano del profilo di competenze dell'infermiere di famiglia europeo (ENhANCE).
- Sviluppo degli strumenti di raccolta dei dati (questionari, focus group) e analisi dei dati emersi a seguito del loro utilizzo.
- Creazione di materiale informativo (presentazioni power point) per la diffusione delle risultanze con i partner.

Descrizione del Gruppo di Lavoro

Nel periodo febbraio- marzo 2021 è stato costituito il GdL nella figura della Prof.ssa Prandi come referente e Visiting Professor presso l'Università del Piemonte Orientale (UPO). Alla Prof.ssa Prandi, si sono affiancate la dottoranda di ricerca Dott.ssa Daiana Campani in qualità di Visiting Research Student e la Dott.ssa Silvia Pazzi in qualità di borsista.

Materiali e metodi

Framework

Il GdL ha utilizzato un framework teorico (Community-based participatory reseach (CBPR)) (Viswanathan et al., 2004), come riferimento per lo sviluppo e conduzione delle attività. La metodologia descritta nel framework richiede di procedere con una prima fase di esplorazione del contesto sperimentale e una seconda fase di coprogettazione con gli attori coinvolti, utilizzando metodi di codecisione e cooperazione. In queste due fasi sono collocate le seguenti attività: sviluppo e perfezionamento degli strumenti di valutazione, reclutamento, inclusione, esclusione, articolazione dell'intervento, contatti con gli stakeholders, diffusione dell'iniziativa (Green, et.al., 2011). Sono stati messi in campo, quindi: l'analisi del contesto, la definizione concertata degli obiettivi, la preparazione del progetto nel dettaglio, l'approvazione del progetto, la simulazione dello svolgimento del progetto e la messa a punto del piano di valutazione (Hovmand & Gillespie, 2010). Per l'approccio inerente la popolazione di riferimento (anziani over 65 fragili) sono state seguite le indicazioni riportate da Isaac e il modello 5M, riportato come Allegato A (Isaacs, 1992; Tinetti, 2016). Rispetto alle competenze degli infermieri di famiglia e di comunità è stato seguito il profilo di competenze di ENhANCE (ENhANCE, 2017).

Strumenti

Il GdL ha utilizzato i seguenti strumenti: a) un questionario, somministrato ai referenti dei territori oggetto della sperimentazione (ASL NO, ASL VC e ALVAD); b) 3 focus group di circa un'ora (1 per ciascuna area di sperimentazione) con conseguente sbobinatura delle registrazioni e analisi delle stesse; e c) un questionario post-focus group inviato a tutti i partecipanti.

Nel dettaglio, i focus group sono stati condotti attraverso un'intervista semistrutturata prestabilita. Le domande che sono state poste ai partecipanti erano basate su quattro macro-temi di interesse per il progetto, ovvero: target di riferimento (beneficiari degli interventi); rete assistenziale; formazione e competenze dell'infermiere di famiglia e comunità; uso e utilità della tecnologia. Si è partiti quindi chiedendo ai partecipanti, quale secondo loro era il target di pazienti over 65 prevalente all'interno del loro servizio.

Dopodichè si è passati a domandare come era strutturata la rete assistenziale formale e informale sul loro territorio e se questa rete era ben conosciuta o se esistevano degli elementi di criticità, per poi domandare quali secondo loro erano le competenze più rilevanti dell'infermiere di famiglia. Per concludere è stato chiesto se la tecnologia poteva essere uno strumento utile, sia per gli operatori sanitari che per i pazienti, al fine di prevenire gli eventi avversi al domicilio e consentire una raccolta dei dati dei pazienti in un unico device a portata di mano. I focus group sono stati registrati e trascritti, per poi essere analizzati facendo emergere gli aspetti in comune tra i partner.

RISULTATI

Lo scopo di questo lavoro era quello di individuare elementi utili alla definizione dell'intervento da implementare, secondariamente descrivere la realtà esistente ed i cambiamenti desiderati, considerando le seguenti quattro tematiche: ambiti di intervento, tecnologia, interventi e formazione.

L'alternanza di diverse metodologie ha permesso una valutazione più completa e approfondita delle tematiche di interesse, di cui si riporta una breve sintesi:

- Individuazione del modello/framework di riferimento, dove si collocano e realizzano gli interventi (immagine 1 – ambito cadute). Questa flowchart, infatti, presenta una guida per la scelta degli interventi preventivi. L'immagine 2, invece, presenta un algoritmo sequenziale utilizzabile come guida nella valutazione degli interventi implementati.

Cadute

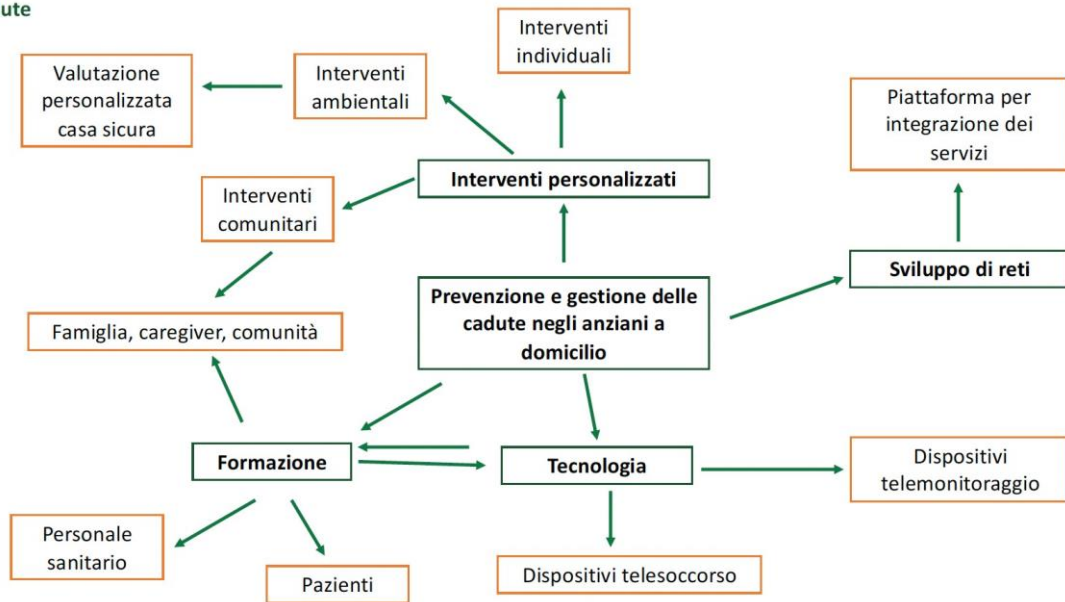


Immagine 1: Flowchart di riferimento

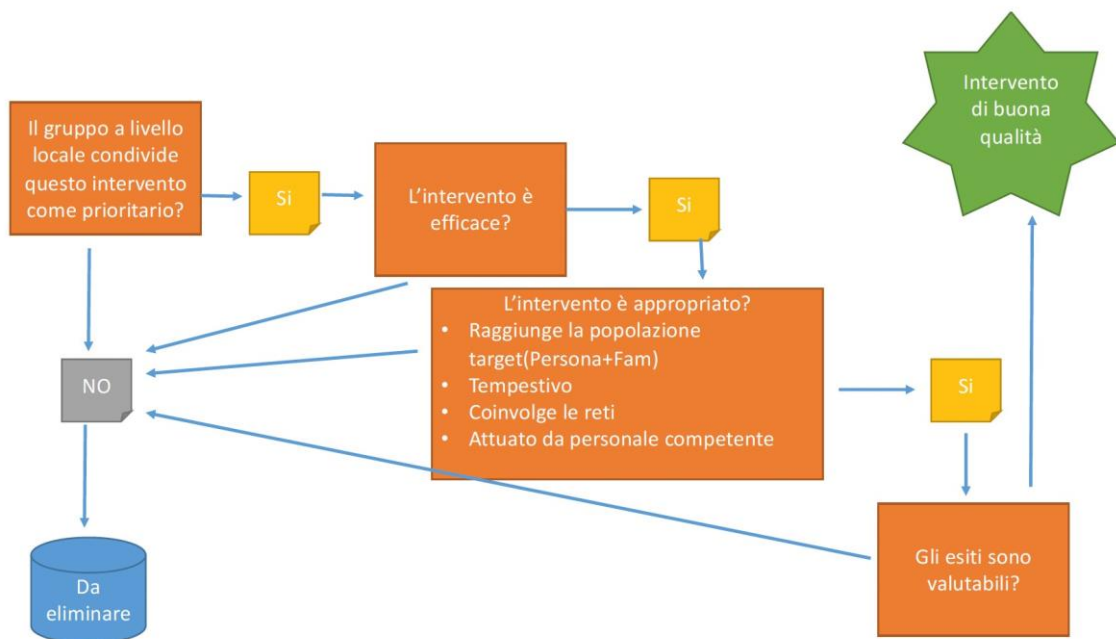


Immagine 2 : Algoritmo sequenziale

- Dai focus group condotti nei tre territori (ASL NO, ASL VC e ALVAD), è emerso un interesse comune per quanto riguarda la formazione e lo sviluppo di competenze e di aggiornamento professionale degli IFeC che dovrebbe svolgersi grazie all'uso di casi clinici. E' emerso che tra gli operatori sanitari coinvolti nel progetto (17 IFeC), 14 su 17 (82%) possedevano un solo titolo di studio post-base; 2 partecipanti avevano due titoli e tre nessun titolo. Dei rispondenti, l'88% (N. 15) riteneva che avere un titolo

di studio post-base fosse utile per l'attività professionale; il 12% (N. 2) ha indicato di non voler rispondere alla domanda.

- Per quanto riguarda gli interventi implementabili, gli aspetti di maggior interesse per gli IFeC risultano essere l'uso della tecnologia e la formazione dell'utenza e dei caregiver (in particolar modo l'educazione e promozione alla salute), mentre la rete assistenziale territoriale è stata identificata come l'aspetto più importante su cui intervenire.
- La maggior parte dei partner sostiene che la telemedicina sia la tecnologia più adatta all'implementazione, oltre che l'introduzione di dispositivi di monitoraggio/prevenzione.
- La popolazione beneficiaria dell'intervento è il paziente portatore di patologia cronica e/o il suo nucleo familiare. Il tipo di patologia di interesse su cui agire, secondo i partner, sarebbe il diabete, citato dalla maggior parte dei partecipanti (aspetti relativi alla BPCO sono ritenuti di interesse per il territorio di Novara). Gli utenti con influenza e/o affetti da Covid-19 potrebbero beneficiare maggiormente di interventi di prevenzione e salute pubblica; per le patologie croniche sono stati invece indicati il diabete mellito e la demenza, oltre al dolore cronico.
- Gli ambiti di intervento, ovvero gli argomenti che potrebbero essere causa di un deterioramento delle condizioni generali, sarebbero le cadute e la malnutrizione, citate da tutti e tre i partner, mentre i determinanti di salute più citati risultano essere la povertà, la sicurezza, il supporto familiare e la coesione sociale.
- Infine, le competenze che secondo i partner sono imprescindibili per l'assistenza territoriale, risultano essere l'analisi sistemica della comunità e della famiglia, il case management della famiglia e delle reti; conoscere e saper applicare i concetti di: azione proattiva, lavoro di rete, engagement, self management, empowerment, sviluppo del capitale sociale.

I risultati ottenuti dai vari lavori di ricerca sono stati puntualmente condivisi con i partner sia tramite l'invio del materiale attraverso email congiunte, sia attraverso la presentazione dei lavori durante le riunioni del CdP. Ai partner è stato richiesto di esprimere costantemente un feedback rispetto a quanto ricevuto via email e ai risultati emersi.

Sintesi operativa

Dalle risultanze del presente lavoro, i partner di progetto stabiliscono di applicare interventi nei seguenti ambiti:

- Locarno: prevenzione/gestione delle cadute nelle condizioni di solitudine;
- Novara: prevenzione/gestione delle cadute;
- Vercelli: solitudine.

Il target dell'intervento è la popolazione anziana residente a domicilio.

I territori di Locarno e Novara intendono implementare degli interventi finalizzati alla prevenzione e gestione delle cadute anche attraverso l'uso di tecnologia come orologi o altri dispositivi indossabili dall'anziano a domicilio.

Gli ambiti di intervento individuati intercettano delle problematiche trasversali ad una molteplicità di anziani fragili, talvolta cronici e pluripatologici, che vivono delle situazioni di isolamento sociale e solitudine. Le conseguenze derivanti dalla mancata prevenzione e gestione da parte dei servizi, hanno ricadute importanti in termini di salute, autonomia e qualità di vita dell'anziano, andando a necessitare di più operatori sanitari attivi e di un investimento di capitale importante, poichè i bisogni sono in aumento. Questi ambiti richiedono quindi un'attenzione specifica e un'analisi dettagliata del campo e degli interventi possibili da attuare, che potrebbero disegnarsi simili o addirittura uguali a livello transfrontaliero.

Le aree presentate possono essere interdipendenti, quindi le azioni intraprese potrebbero intersecare molteplici bisogni, sia per i pazienti, sia per gli operatori sanitari attivi sul territorio. Il modello si adatta comunque alle peculiarità locali dell'infermieristica di famiglia e comunità.

Per ulteriori approfondimenti sui risultati dei focus group, si rimanda alla consultazione dell'allegato B.

CONCLUSIONI

Il presente report si conforma con quanto dichiarato nelle attività di Task 3.2, coerentemente con le attività previste al termine del Task 3.1.

L'obiettivo del presente report è stato quello di presentare la progettazione, il piano di lavoro condotto e una breve sintesi delle risultanze dei contenuti relativi agli obiettivi di Task 3.2. I risultati del lavoro di task sono stati conseguiti con il coinvolgimento dei partner di progetto al fine di individuare interventi implementabili nella pratica, secondo le finalità di REACtion. Il presente lavoro ha conseguito gli obiettivi prefissati nei tempi previsti e si configura quindi come documento finale utile per la prosecuzione dei lavori come definito nel WP 4 del progetto REACtion. Nella task 4.1 infatti è prevista l'erogazione di percorsi formativi rivolti agli Infermieri di Famiglia e Comunità, al fine di acquisire competenze specifiche in ambito di educazione sanitaria agli anziani e caregiver con lo scopo di migliorare la capacità di self-management individuale e familiare.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Enhance: European curriculum for family and community nurse. (2017). Competencies of a Family and Community Nurse. Disponibile da: <https://www.enhance-fcn.eu/it/profilo-professionale-ecompetenze/>

Green, AE. & Aarons, GA. (2011) A comparison of policy and direct practice stakeholder perceptions of factors affecting evidence-based practice implementation using concept mapping. *Implement Sci*, 7(6), 104-109.

Hovmand, PS. & Gillespie, DF. (2010) Implementation of evidence-based practice and organizational performance. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 37(1), 79-94.

Isaacs, B. (1992). The Challenge of Geriatric Medicine, Oxford University Press, Oxford *Ageing & Society* , Volume 12 , Issue 3 , September 1992 , pp. 409 – 410
DOI: <https://doi.org/10.1017/S0144686X00005213>

Tinetti, M. (2016). Letter to the editor. *CGS Journal of CME*. 6(2). Disponibile da: <http://canadiangeriatrics.ca/2016/11/volume-6-issue-2-editors-response-improving-communicationspeaking-in-plain-language-to-our-patients-and-partners/>

Viswanathan, M., Ammerman, A., Eng, E., Garlehner, G., Lohr, K.N., Griffith, D., Rhodes, S., Samuel-Hodge, C., Maty, S., Lux, L., Webb, L., Sutton, S.F., Swinson, T., Jackman, Whitener, L. (2004). Community-Based Participatory Research: Assessing the Evidence: Summary. AHRQ Evidence Report Summaries. Disponibile da: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11852/>

ALLEGATI

Allegato A

<u>GERIATRIC 5Ms[®]</u>	
<u>MIND</u>	<u>M</u> entation, Dementia, Delirium, Depression
<u>MOBILITY</u>	Impaired gait and balance, fall injury prevention
<u>MEDICATIONS</u>	Polypharmacy, De-prescribing, Optimal prescribing, Adverse medication effects and medication burden
<u>MULTI-COMPLEXITY</u>	<u>M</u> ulti-morbidity, Complex bio-psycho-social situations
<u>MATTERS MOST</u>	Each individual's own meaningful health outcome goals and care preferences.

© Frank Molnar & Allen Huang, University of Ottawa; Mary Tinetti, Yale University

Allegato B - risultati

Formazione

I partner intendono formare 32 operatori le cui caratteristiche sono descritte in **Tabella 2**.

Tabella 2. Caratteristiche degli operatori

	ASL VC	ASL NO	ALVAD
Numero operatori da formare	5	15	12
Profilo	Ifec (5)	Ifec (6), inf distretto (9)	Ifec (6), wound care (2), oncologia (2), cure palliative (2)
Età	47 (età media)	Min 40 max 55	40 (età media, min 32 max 55)
Esperienza	Alta (min 12 max 45)	Alta (min 10 max 20)	Media (min 3 anni)
Attuale impiego	IFeC	Case della Salute, Cure Domiciliari	Territorio

Tra gli operatori partecipanti al questionario post-focus group, 14 su 17 (82%) possedevano un solo titolo di studio post-base; 2 persone avevano due titoli e tre persone nessun titolo.

Le persone in possesso di titolo post-base erano rispettivamente:

- DAS o Master IFeC: 6
- Laurea Magistrale: 1
- Master non specificato: 5
- Corso Regionale IFeC: 1
- DAS cure palliative: 1
- DAS salute mentale: 1
- DAS oncologia: 1
- Specializzazione diabetologia: 1.

Dei rispondenti, l'88% (N. 15) riteneva che avere un titolo di studio post-base fosse utile per l'attività professionale; il 12% (N. 2) ha indicato di non voler rispondere alla domanda.

Dai focus group è emerso un interesse comune per quanto riguarda lo sviluppo di competenze e di aggiornamento tramite l'analisi di casi clinici, consultabile nella tabella 3.

Tabella 3: Interessi comuni emersi dai focus group

Formazione/Competenze
<p>Formazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo di competenze e aggiornamento tramite l'analisi di casi clinici <p>Competenze</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educazione terapeutica

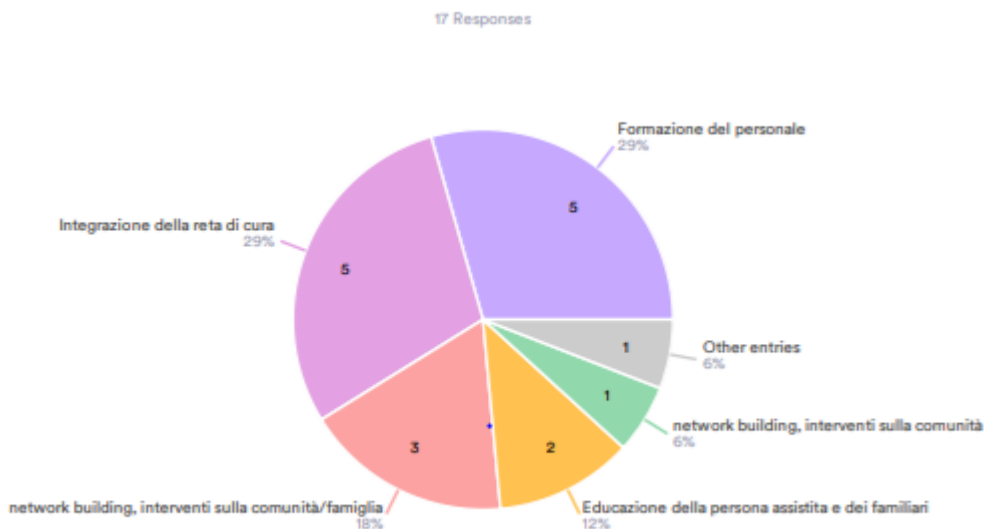
Ambiti di intervento

Nella tabella 4, vengono mostrati gli ambiti di intervento d'interesse per i partner, evidenziando in giallo gli aspetti che sono emersi in comune.

Tabella 4: Ambiti di intervento

	ASL VC	ASL NO	ALVAD
Formazione	X	X	X
Interventi familiari	X (no caregiver)	X	
Tecnologia	X	X	X
Rete	X	X	

Dai focus group, è emerso che gli ambiti di intervento su cui si dovrebbe intervenire, sia soprattutto la rete assistenziale, che viene definita "frammentata", "scarsamente presente sul territorio" e "non in prossimità". I partner hanno esposto inoltre che non ci sono abbastanza servizi adattati al tipo di patologie presenti su quel territorio, che non vengono fatte delle indagini per capire quali nuovi servizi possono essere implementati in base ai bisogni e che non è ben chiaro che figura deve prendere a carico tutto il lavoro di rete, poiché spesso gli obiettivi comuni vanno in contrasto con gli obiettivi degli altri professionisti della salute attivi nel lavoro di rete.



Interventi

Nella tabella 5, vengono esposti gli interventi che sarebbero di maggiore interesse per i partner, secondo quello che è emerso dai risultati del questionario.

Tabella 5: Interventi

	ASL VC	ASL NO	ALVAD
Formazione	X	X	X
Interventi familiari	X (no caregiver)	X	

Tecnologie

Nella tabella 6, si possono analizzare quali tecnologie i partner vorrebbero sperimentare sul territorio, in base alle risposte date al questionario consegnato.

Tabella 6: Tecnologie sperimentabili

	ASL VC	ASL NO	ALVAD
Dispositivi telesalute	X (non telemedicina, non telemonitoraggio)		
Ipad, tablet	X		
Telemedicina		X	X
Misurazione parametri vitali a distanza (telemetria) e/o sistema di sensori al domicilio			X

Dai focus group sono emersi degli spunti in comune, ossia che due su tre partner erano in possesso di un PC in ambulatorio, mentre uno dei tre utilizzava il tablet. Secondo due dei tre partner, sarebbe utile implementare un software in grado di spedire e ricevere in automatico i dati riguardanti i pazienti, con gli studi medici e gli ospedali. Secondo tutti e tre i partner sarebbe utile implementare dei dispositivi di telemonitoraggio dei parametri vitali, in modo da ricevere regolarmente i dati sui valori del paziente, nonostante non si sia presenti al suo domicilio. Tutto questo viene riassunto nella tabella 7, qui di seguito:

Tabella 7: Tecnologie in possesso

Tecnologia
<p>Tecnologia a disposizione</p> <ul style="list-style-type: none"> • PC in ambulatorio <p>Tecnologia implementabile</p> <ul style="list-style-type: none"> • Telemonitoraggio • Trasferimento automatico dei dati clinici tramite software tra servizio domiciliare e ospedale/studio medico

Per quanto riguarda la rete assistenziale (vedi tabella 8), due su tre dei partner hanno rilevato un problema a livello della rete, ovvero che i servizi sono scarsamente presenti sul territorio, mentre uno dei tre partner ha esposto la problematica presente di una rete troppo frammentata.

Tabella 8: Problematiche riguardanti la rete assistenziale

Rete
<ul style="list-style-type: none"> • Reti formali scarse sul territorio, necessità di sviluppo di reti in prossimità

Tipi di patologia

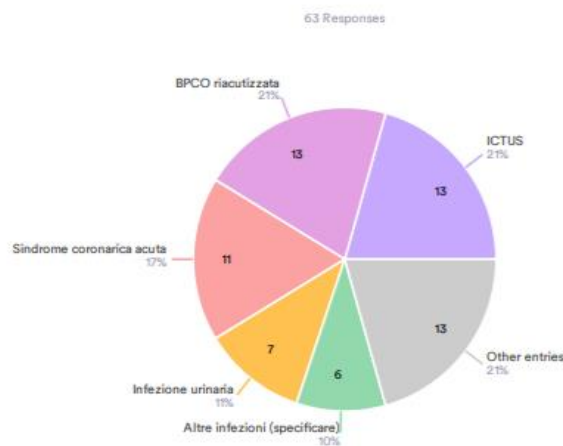
Nella tabella 9, vengono mostrati i tipi di patologia sul quale i partner vorrebbero maggiormente agire, dove il diabete risulta essere la patologia più interessata per la maggioranza.

Tabella 9: Tipi di patologia

	ASL VC	ASL NO	ALVAD
Diabete		X	X
BPCO		X	
Scompenso			X
Azione trasversale sui sani e sulle patologie croniche	X		

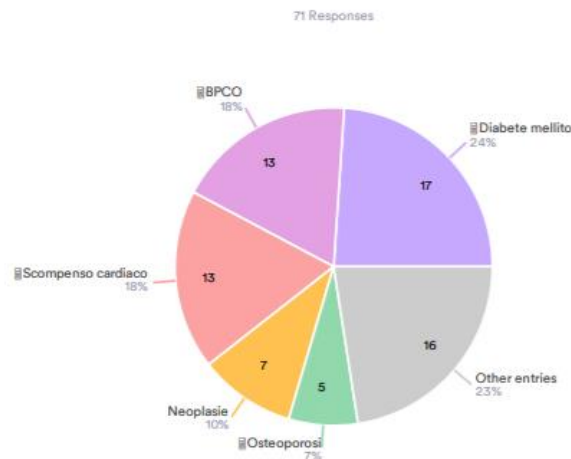
Tra queste patologie acute, quali pensi possano maggiormente beneficiare di interventi preventivi/di salute pubblica?

Altre patologie: influenza (5), Covid (5), tumore (1), scompenso diabetico (2), diabete mellito tipo 1 e 2 (1).



Tra queste patologie croniche, quali pensi possano maggiormente beneficiare di interventi preventivi/di salute pubblica?

Sono state indicate altre patologie: demenze (2); dolori/dolori cronici (artrite, artrosi) (2); tutte le patologie cronic-degenerative, tumorali e cardiovascolari (riduzione disabilità e prevenzione



peggioramento) (1).

Dai focus group non sono emersi dei gruppi di interesse specifici con delle patologie specifiche (ad esempio pazienti diabetici o con BPCO), bensì sono stati citate soprattutto la solitudine e le patologie croniche, come condizioni più frequenti e come indicatori di fragilità negli utenti over 65, visibile nella tabella 10.

Tabella 10: Target prevalente secondo i partner

Target prevalente
<ul style="list-style-type: none"> • Solitudine • Patologie croniche

Domini

Secondo Isaacs (1992), i giganti della fragilità sono delle complicanze che portano l'anziano ad essere dipendente da cure mediche e ad un declino della sua qualità di vita, rendendo un soggetto a rischio di peggiorare le condizioni di cronicità e di necessitare di maggiori cure mediche. Per questo con il termine "domini" s'intendono gli argomenti che potrebbero essere causa, secondo i partner tramite la compilazione del questionario e tramite i focus group, di un deterioramento delle condizioni generali di salute e di conseguenza di esacerbare la cronicità nel paziente anziano. Di seguito, nella

tabella 11, vengono presentati i domini maggiormente citati dai partner, attraverso i questionari. In giallo viene evidenziato il risultato comune tra tutti e tre i partner.

Tabella 11: Domini prevalenti

	ASL VC	ASL NO	ALVAD
Cadute	X	X	X
Malnutrizione	X	X	X
Maltrattamento	X		
Controllo delle malattie trasmissibili e delle infezioni nell'anziano	X		
Screening e campagne di prevenzione dell'anziano	X		
Sicurezza e fattori di rischio dell' ambiente domestico	X		
Aderenza terapeutica		X	

Quanto ritieni che sia importante prevenire le cadute accidentali? 100% molto importante.

Quanto ritieni che sia importante prevenire la malnutrizione? 100% molto importante.

Quanto ritieni che sia importante prevenire il maltrattamento? 94% molto importante.

Altri ambiti di intervento prioritari:

- Povertà (risorse, competenze) (5)
- Sicurezza (paura del crimine) (5)
- Supporto familiare (5)
- Coesione sociale (5)
- Isolamento sociale (1)
- Sedentarietà (prevenzione)(1)
- Corretti stili di vita (contrasto tabagismo, alcolismo, obesità, inattività fisica)(1)
- Aderenza terapeutica (1)
- Idratazione (1).

Tipi di intervento

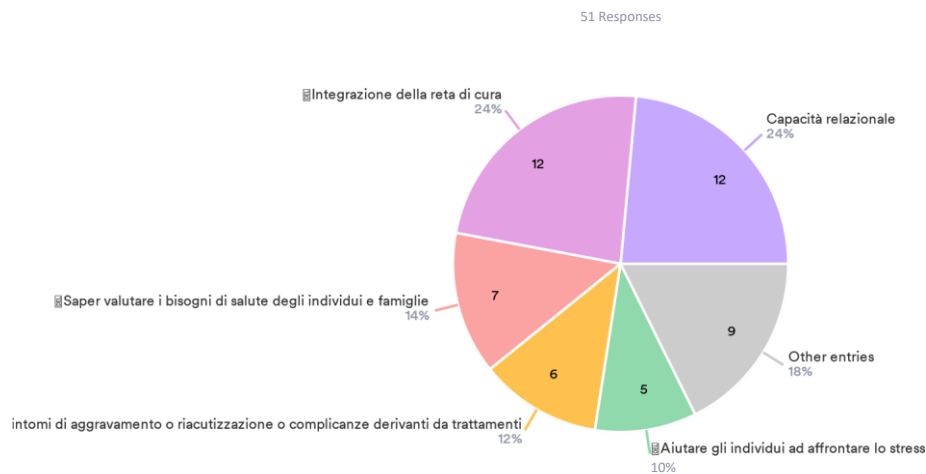
Di seguito, attraverso la tabella 12, vengono presentati i tipi di intervento che i partner vorrebbero mettere in pratica.

Tabella 12: Tipi di intervento

	ASL VC	ASL NO	ALVAD
<ul style="list-style-type: none"> • RUOLO CLINICO: SORVEGLIANZA INFERMIERISTICA, PROMOZIONE DELLA SALUTE FAMILIARE (promozione dell'integrità familiare, mantenimento dei processi familiari, promozione dell'esercizio fisico, gestione dell'ambiente domestico, definizione obiettivi comuni, offerta di informazioni, guida anticipatoria) • RUOLO EDUCATIVO: EDUCAZIONE ALLA SALUTE, EDUCAZIONE SANITARIA, ADDESTRAMENTI ALL'AUTOGESTIONE FAMILY-CENTERED. • RUOLO AVVOCATIVO: PROMOZIONE ISTANZE DELLE FAMIGLIE ASSISTITE NEI CONTESTI ISTITUZIONALI, PROMOZIONE DI GENERAZIONE DI RETI. • RUOLO GESTIONALE: FACILITAZIONE RISOLUZIONE DEI PROBLEMI NELLE ATTIVITA' DI VITA FAMILIARI, ATTIVAZIONE DI RETI E SOSTEGNI ESTERNI. • RUOLO LEADERSHIP: PROMOZIONE E SOSTEGNO DEL CAMBIAMENTO • RUOLO DI RICERCA: UTILIZZO DI EVIDENCE BASED NURSING, RACCOLTA SISTEMATICA DI DATI SULL'APPROCCIO ALLA FAMIGLIA COME SISTEMA, FAVORIRE IDENTIFICAZIONE DEI DETERMINATI FRAGILITA' FAMILIARE. 	X		
<ul style="list-style-type: none"> • EDUCAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE AL SINGOLO E ALLA COMUNITA' • FORMAZIONE DEL CARE GIVER • APPLICAZIONE DEI PDTA 		X	
<ul style="list-style-type: none"> • INTERVENTI CHE MIGLIORINO LE CAPACITÀ DI ASSESSMENT E DI PRESA A CARICO DELLA PROBLEMATICHE PER POTER INTERVENIRE PUNTUALMENTE SULLA CAUSA. 			X

Competenze

Quali ritieni che siano le TRE competenze **imprescindibili** per l'assistenza territoriale:



Quali altre competenze ritieni che debbano essere sviluppate all'interno dei percorsi formativi?

- Analisi sistemica della comunità e della famiglia, case management della famiglia, reti (5)
- Conoscere e saper applicare i concetti di: azione proattiva, lavoro di rete, patient engagement, self management, empowerment, sviluppo del capitale sociale, ecc. (5)
- Intervenire su situazioni critiche
- Competenze che riguardano l'ambito della prevenzione primaria rivolta alla popolazione rispetto ai determinanti di salute/malattia
- Capacità di formulare progetti di prevenzione e promozione della salute
- Analisi della situazione e tempestiva valutazione con azioni efficienti ed efficaci
- Instaurare fiducia nell'utente e nei famigliari
- Educazione, accompagnamento in fine vita
- La formazione, esperienza, capacità critica per saper gestire anche i casi i casi più complessi. Capacità personali, ragionamento clinico ed empatia
- Cure palliative, conoscenza generale di patologia farmacologia e tecniche