

COVID 19

Dal sito del ministero della salute.

La sindrome respiratoria acuta grave Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) è il nome dato al nuovo coronavirus del 2019. COVID-19 è il nome dato alla malattia associata al virus. SARS-CoV-2 è un nuovo ceppo di coronavirus che non è stato precedentemente identificato nell'uomo. I coronavirus sono virus che circolano tra gli animali e alcuni di essi infettano anche l'uomo. Alla stessa famiglia di virus della Sindrome Respiratoria Acuta Grave (SARS) ma non è lo stesso virus. I virus che causano sia COVID-19 che l'influenza stagionale vengono trasmessi da persona a persona e possono causare sintomi simili, ma i due virus sono molto diversi e non si comportano allo stesso modo. Nonostante il tasso di mortalità per influenza stagionale sia relativamente basso, le persone che muoiono per influenza sono molte perché ogni anno un numero elevato di persone contraggono la malattia. A differenza dell'influenza, per COVID-19 non esiste un vaccino né un trattamento specifico. Inoltre sembra essere più trasmissibile dell'influenza stagionale. Poiché si tratta di un nuovo virus, nessuno ha un'immunità pregressa, il che significa che l'intera popolazione umana è potenzialmente suscettibile all'infezione da SARS-CoV-2.

Il nuovo Coronavirus responsabile della malattia respiratoria COVID-19 può essere trasmesso da persona a persona tramite un contatto stretto con un caso probabile o confermato. Le attuali evidenze suggeriscono che il SARS-CoV-2 si diffonde da persona a persona:

- in modo diretto
- in modo indiretto (attraverso oggetti o superfici contaminati)
- per contatto stretto con persone infette attraverso secrezioni della bocca e del naso (saliva, secrezioni respiratorie o goccioline droplet).

Le misure preventive sono pertanto quelle di mantenere una distanza fisica di almeno un metro, lavarsi frequentemente le mani e indossare la mascherina. Le persone malate possono rilasciare goccioline infette su oggetti e superfici (chiamati fomite) quando starnutiscono, tossiscono o toccano superfici (tavoli, maniglie, corrimano). Toccando questi oggetti o superfici, altre persone possono contagiarsi toccandosi occhi, naso o bocca con le mani contaminate (non ancora lavate). Questo è il motivo per cui è essenziale lavarsi correttamente e regolarmente le mani con acqua e sapone o con un prodotto a base alcolica e pulire frequentemente le superfici. Alcune procedure mediche possono produrre goccioline droplet molto piccole (chiamate nuclei di goccioline aerosolizzate o aerosol) che sono in grado di rimanere a lungo sospese nell'aria. Quando tali procedure mediche vengono condotte su persone COVID-19 positive in strutture sanitarie, questi aerosol possono contenere SARS-CoV-2. Le goccioline di aerosol possono potenzialmente essere inalate da altre persone se non indossano adeguati dispositivi di protezione individuale. Pertanto, è essenziale che tutti gli operatori sanitari che eseguono queste procedure mediche adottino specifiche misure di protezione respiratoria, compreso l'uso di adeguati dispositivi di protezione

individuale. Nelle aree in cui tali procedure mediche vengono eseguite non dovrebbero essere autorizzati visitatori.

Il "Contatto stretto" (esposizione ad alto rischio) di un caso probabile o confermato è definito come:

- ✓ una persona che vive nella stessa casa di un caso COVID-19
- ✓ una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso COVID-19 (per esempio la stretta di mano)
- ✓ una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso COVID19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati)
- ✓ una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso COVID-19 in assenza di DPI idonei
- ✓ un operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei

Per contact tracing (tracciamento dei contatti) si intende l'attività di ricerca e gestione dei contatti di un caso confermato COVID-19. Si tratta di un'azione di sanità pubblica essenziale per combattere l'epidemia in corso. Per aiutare ad interrompere la catena di trasmissione è necessario limitare i contatti con persone COVID19 positive, lavarsi frequentemente e accuratamente le mani, mantenere il distanziamento fisico di almeno un metro e indossare una mascherina.

Gestione dei casi. Sulla base delle circolari e ordinanze ministeriali, le Autorità sanitarie territorialmente competenti devono applicare ai contatti stretti di un caso COVID-19: -un periodo di quarantena con sorveglianza attiva di 14 giorni dall'ultima esposizione al caso, oppure -un periodo di quarantena con sorveglianza attiva di 10 giorni dall'ultima esposizione con un test antigenico o molecolare negativo effettuato il decimo giorno.

Le attività infermieristiche territoriali riorganizzate per il COVID 19.

- Contact tracing (indagine epidemiologica)
- Gestione del prelievo delle cellule mucosali per la ricerca molecolare del COVID 19 su tampone naso-faringeo. Tamponi Drive in. Tamponi nei luoghi di rientro da territori ad alta incidenza (aeroporti, stazioni, ecc). Tamponi nelle comunità con focolai.
- Sorveglianza delle persone isolate
- Incontri informativi di prevenzione

Sono ancora da chiarire alcuni aspetti come: la concentrazione del virus necessaria per la trasmissione, le vie di trasmissione, i fattori specifici che determinano la trasmissione asintomatica e pre- sintomatica.

LE CURE PRIMARIE (Primary Health Care)

Nel 1978 l'OMS convoca ad Alma Ata, la Conferenza Internazionale sulle Primary Health Care.

Dichiarazione di Alma ATA (OMS 1978)

La Conferenza ribadisce con forza che la salute, stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità, è un diritto umano fondamentale e riafferma che il raggiungimento del maggior livello di salute possibile è un risultato sociale estremamente importante in tutto il mondo, la cui realizzazione richiede il contributo di molti altri settori economici e sociali in aggiunta a quello sanitario. Le persone hanno il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla progettazione e alla realizzazione dell'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno. I Governi sono responsabili della salute dei propri cittadini. La Conferenza produce un documento finale, ricco di raccomandazioni, e il messaggio più forte e significativo è contenuto nella definizione stessa di CURE PRIMARIE: *“l'assistenza sanitaria di base (cure primarie) è l'assistenza sanitaria essenziale fondata su dei metodi e delle tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie nella collettività attraverso la loro piena partecipazione, a un costo che la collettività e i Paesi possono permettersi ad ogni stadio del loro sviluppo nello spirito di auto-responsabilità e di autodeterminazione. L'assistenza sanitaria di base fa parte integrante sia del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) di cui è il perno e il punto focale. È il primo livello con cui gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il SSN avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano. Coinvolge tutti i settori e gli aspetti correlati allo sviluppo nazionale e della comunità e richiede lo sforzo coordinato di tutti questi settori.”*

Gli indirizzi politici della Conferenza si possono sintetizzare nei seguenti punti: - L'attenzione all'equità deve rappresentare il cuore delle strategie sanitarie; -Le decisioni che riguardano i servizi sanitari devono essere fatte con il coinvolgimento delle comunità, sia per motivi di giustizia che al fine di garantire servizi appropriati e accettabili; -Le strategie sanitarie devono incorporare un approccio preventivo, accanto a quello curativo.

Il nuovo contesto epidemiologico: -L'invecchiamento della popolazione -La transizione epidemiologica e le malattie della “terza fase” -La “cronicità” e non autosufficienza nuova dimensione dell'assistenza -La de-tradizionalizzazione della società (famiglia, identità, reti sociali).

Determinanti della salute.

“L'INSIEME DEI FATTORI PERSONALI, SOCIOECONOMICI E AMBIENTALI CHE DETERMINANO LO STATO DI SALUTE DELLE SINGOLE PERSONE E DELLE POPOLAZIONI”.

I determinanti strutturali definiscono la posizione socio-economica delle persone nelle gerarchie di accesso alle risorse. Sono le cause che interagiscono su fattori causali più direttamente legati all'insorgenza delle malattie: i determinanti intermedi delle malattie.

- *Determinanti intermedi:* Condizioni materiali (accesso all'acqua potabile, al cibo, riscaldamento, infrastrutture, ecc) - Condizioni socio-ambientali e psicosociali - Comportamenti individuali (fumo, alimentazione, attività di vita, alcool, uso di sostanze, ecc) - coesione sociale (qualità e quantità delle relazioni sociali) - fattori biologici non modificabili (età, sesso, patrimonio genetico) - Sistema Sanitario.

I determinanti della salute possono presentarsi come fattori protettivi o come fattori di rischio.

L'ASSISTENZA SANITARIA PRIMARIA comprende almeno:

- l'educazione sui principali problemi di salute e sui metodi per prevenirli e controllarli;
- l'assistenza sanitaria materna e infantile, compresa la pianificazione familiare;
- la fornitura dei farmaci essenziali;
- richiede e promuove al massimo l'autonomia dell'individuo e della comunità e la partecipazione alla progettazione, organizzazione, funzionamento e controllo dell'assistenza sanitaria primaria stessa, usando appieno le risorse locali, nazionali e le altre disponibili; per questo fine sviluppa, attraverso un'adeguata educazione, la capacità delle comunità a partecipare;
- l'assistenza sanitaria primaria dipende dagli operatori sanitari, comprendendo di volta in volta i medici, gli infermieri, le ostetriche, il personale ausiliario e gli operatori di comunità, come pure dalle figure professionali tradizionali quando necessario: essi devono essere adeguatamente preparati, dal punto di vista sociale e tecnico, a lavorare come una squadra per la salute e a rispondere ai bisogni di salute espressi della comunità.

AZIONI DA PROMUOVERE PER SVILUPPARE UN BUON SISTEMA DI CURE PRIMARIE:

- realizzare, in accordo ai principi di equità costitutivi della dichiarazione di Alma Ata, universalità di accesso alle cure, partecipazione della comunità e strategie di approcci ai problemi di tipo multi settoriali;
- prendersi carico dei problemi sanitari più importanti della popolazione rafforzando le funzioni sanitarie del sistema pubblico;
- impegnarsi e sforzarsi per il miglioramento continuo della performance del sistema.

PAROLE CHIAVE

UGUAGLIANZA (EQUALITY) parità dei diritti umani e individuali.

DIVERSITA' (DIVERSITY) eterogeneità degli esseri umani e molteplicità delle variabili in base alle quali l'eguaglianza può essere valutata.

EQUITA': giustizia sostanziale che tiene conto delle particolarità e delle differenze.
DISCRIMINAZIONE: trattamento diverso (di solito peggiore) in base a specifiche caratteristiche dell'individuo o del gruppo di popolazione.

Attraverso l'**INCLUSIONE** si garantiscono i diritti, la valorizzazione della diversità e si ha un processo di responsabilizzazione.

Esiste evidenza scientifica che dimostra come sistemi sanitari che si affidano maggiormente alle cure primarie hanno: una minore mortalità per tutte le malattie, più facile accesso ai servizi in caso di necessità, migliore qualità di cura, un focus maggiore sulla prevenzione. Tutto questo con costi minori e miglior appropriatezza rispetto a sistemi incentrati sulle cure specialistiche. Il nuovo approccio all'assistenza primaria privilegia il principio della: "medicina d'iniziativa", "dell'assistenza centrata sul paziente", del "ChronicCare Model" (CCM) e dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA).

- **MEDICINA D'INIZIATIVA**: si basa sull'anticipazione degli interventi rispetto al possibile manifestarsi degli eventi clinici di riacutizzazione. Si prefigge come obiettivo quello di prevenire/ritardare il deterioramento clinico del pz, evitare l'accesso improprio al PS e le riammissioni in ospedale, la promozione della salute (agire sui determinanti che contribuiscono alla comparsa di patologie croniche a più larga diffusione) e l'empowerment del pz.
- **ASSISTENZA CENTRATA SUL PZ**: non ci si occupa più della patologia ma del singolo pz nella sua globalità.
- **CHRONIC CARE MODEL**: ha lo scopo di favorire un approccio **PROATTIVO**. È composto di 6 elementi: risorse della comunità, organizzazioni sanitarie, supporto al Self Management, organizzazione del team, supporto alle decisioni, sistemi informativi. Il Population Management condivide con il CCM premesse, strategie e risultati attesi. È un'infrastruttura composta da: servizi sanitari e sociali, risorse della comunità, linee guida e sistemi informativi. È presente una stratificazione della popolazione in 3 livelli di necessità. È un modello di assistenza medica dei pz cronici. È un modello assistenziale che non porta più il pz verso l'ospedale ma il sistema salute verso il cittadino con l'impiego di strutture come le **CASE DELLA SALUTE** e la maggiore erogazione di prestazioni e la presenza di **MDB** e infermieri di famiglia. Ha lo scopo di ottenere un pz informato che interagisce con un team preparato e proattivo per ottenere cure primarie di qualità, un'utenza soddisfatta e un miglioramento dello stato di salute.
- **PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA)**: sono l'implementazione locale delle linee guida e delle raccomandazioni scientifiche di buona pratica clinica. Permettono alle aziende sanitarie di delineare la migliore sequenza di azioni da effettuare o il migliore percorso praticabile, all'interno della propria organizzazione relativamente alle risorse disponibili.

LE CASE DELLA SALUTE.

Le case della salute sono un luogo nel quale il cittadino dovrebbe trovare le cure primarie e le risposte ai suoi bisogni di salute. Le Case della Salute sono strutture sanitarie e socio-sanitarie facilmente riconoscibili e raggiungibili dalla popolazione di riferimento in cui viene garantito l'accesso e l'erogazione dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria, socioassistenziale, da parte di comunità di professionisti, multiprofessionali e interdisciplinari che operano secondo uno stile di lavoro orientato a programmi e percorsi integrati e alla sanità di iniziativa. Si pongono come obiettivi: l'accessibilità, la valutazione del bisogno e l'appropriatezza della risposta, che avviene 12/24 h, la presa in carico secondo il paradigma della sanità d'iniziativa, i percorsi multidisciplinari, con l'integrazione tra ospedale-territorio e sanitario-sociale e la partecipazione della comunità. Il sistema delle Case della Salute si basa su principi di: equità, sanità di iniziativa, appropriatezza-sicurezza-continuità delle cure e sostenibilità.

L'ambulatorio infermieristico all'interno delle Case della Salute si occupa della sanità d'iniziativa, ovvero: identificare le persone ritenute a rischio assieme ai medici di medicina generale (MMG), contattare i pz, accogliere e prendere in carico a livello multiprofessionale, follow-up attraverso il monitoraggio, educazione strutturata (selfcare-empowerment-corretti stili di vita) al singolo-caregiver-gruppo, continuità assistenziale (case manager).

La delibera regionale prevede diverse tipologie di CdS, che si distinguono in base alle dimensioni:

- ✓ PICCOLA- vengono garantite nelle 12h accoglienza e orientamento, funzioni amministrative come le prenotazioni, la valutazione del bisogno e l'assistenza di MMG, infermieri, ostetrica e sociale.
- ✓ MEDIE/GRANDI- oltre quelle erogate dalle CDS piccole, vengono erogate funzioni di supporto (punto prelievi, distribuzione farmaci,...), la promozione della salute, l'assistenza alla donna, la famiglia e ai giovani, insieme all'assistenza per la salute mentale.

È importante sottolineare che i bisogni delle persone non sono riconducibili a uno specifico servizio e quanto sia importante la collaborazione tra i diversi professionisti nelle diverse realtà che si possono notare nelle CDS medie/grandi.

Il percorso della popolazione nelle CDS si divide in 3 tappe:

- ACCESSO- può avvenire in diverse modalità tra le quali il punto di accoglienza e orientamento rispetto alle varie attività e le loro funzionalità. È una funzione in cui gli aspetti relazionali e comunicativi sono importanti.
- VALUTAZIONE DEL BISOGNO- bisogna visionare la persona nella sua globalità senza trascurare nessun dettaglio e orientarla verso la risposta adeguata – un'azione svolta dall'unità di valutazione multidimensionale.
- AREE INTEGRATE DI INTERVENTO- le attività nelle CDS sono strutturate secondo aree integrate di interventi secondo livelli crescenti di intensità assistenziale. In

ogni area ci sono dei percorsi, programmi e progetti secondo uno stile di lavoro per equipe multi-professionale e multi-disciplinare.

La complessità è una variabile da considerare sempre lavorando sul territorio e nella comunità. È importante rispondere ad essa attraverso l'integrazione e garantendo la continuità assistenziale. È importante lavorare in rete, attraverso persone diverse che godono ognuno di una propria autonomia e realizzano attività/scambi di info per un obiettivo comune. Lavorare in rete significa anche lavorare con reti informali (insieme di relazioni interpersonali- caregiver, famiglia e società), creare legami, opportunità e comunicazione nei vari servizi della rete formale (medici, infermieri, prof. Sanitari...). Si inserisce, così, una nuova visione del lavoro da svolgere che metta in primo piano l'intervento globale per risolvere il problema: l'INTEGRAZIONE. Quest'ultima può essere:

- ISTITUZIONALE: tra componenti sanitari e sociali- rete come modello politico
- GESTIONALE: tra i servizi e i centri che fanno funzionare le organizzazioni di servizi e distribuiscono le risorse- rete come sistema organizzativo.
- PROFESSIONALE: tra i professionisti che costituiscono la rete- rete come modello organizzativo. L'integrazione professionale può manifestarsi come: annessione, adattamento reciproco e accettazione, scambio e generazione.

L'integrazione istituzionale e gestionale si muove a livello:

- Regionale: integrazione intersettoriale delle risorse necessarie per garantire equità di accesso e servizi di qualità adeguata.
- Interaziendale: per evitare duplicati di servizi e razionalizzare le risorse.
- Intraaziendale: integrare i piani di attività delle organizzazioni delle diverse unità operative.
- Singolo servizio: organizzare la produzione di processi orientati a soddisfare le esigenze degli utenti.

Esempi di reti istituzionali e organizzative: SISTEMA DEI CENTRI HUB E SPOKE. È una modalità di organizzazione indicata per quei servizi caratterizzati da basso volume di attività o uso di alta tecnologia- concentrazione della produzione in centri di eccellenza (HUB) dai centri periferici a minor specializzazione (SPOKE) che si occupano della selezione e del trasferimento presso centri di alta specializzazione per pz che superano la soglia di complessità.

RIFORME.

- Legge 833/78: istituzione del SSN e delle USL
- Legge 502/92: costituzione delle aziende sanitarie (ASL e AOsp) e investimento a livello regionale
- Legge 229/99: individua il distretto come una delle macrostrutture aziendali che governa la domanda sanitaria e la produzione dell'assistenza primaria nel realizzare dei servizi territoriali. Ha funzione di committenza e programmazione.

DISTRETTO SANITARIO. Rappresenta il luogo dell'assistenza primaria, dell'integrazione, della continuità assistenziale, di promozione della salute, prevenzione, cura e riabilitazione, della partecipazione istituzionale e dell'inclusione dei cittadini. Rappresenta l'articolazione fondamentale dell'AUSL; è un luogo in cui ad una espressione di bisogno, individuale o collettivo, corrisponde una risposta adeguata, valorizzando tutte le risorse cliniche disponibili, evitando sia le ridondanze che le carenze di offerta assistenziale.

I momenti essenziali della funzione di garanzia del distretto sono:

- ✓ **INDIRIZZO:** individuazione delle tipologie di pz e definizione degli standard di garanzia
- ✓ **GESTIONE:** attenzione dei percorsi clinico-assistenziali e del conseguimento dei risultati
- ✓ **VALUAZIONE:** monitoraggio e valutazione dei percorsi e dei risultati conseguiti

I dipartimenti territoriali sono: sociosanitari, di sanità pubblica, di salute mentale e dipendenze patologiche e di cure primarie. Le cure primarie sono erogate dai dipartimenti di cure primarie presenti in ogni AUSL, a loro volta organizzati in nuclei di cure primarie. È integrato con la rete di servizi sociosanitari e sociali per assicurare la continuità delle cure, assistenza del medico di famiglia, domiciliare e agli ammalati di AIDS.

Le cure primarie raffigurano il paradigma dell'iniziativa con il quale si orienta: la promozione attiva della salute, il rafforzamento delle risorse personali (autocura e family-learning) e il coinvolgimento del sociale a disposizione dell'individuo (specie se affetto da malattie croniche/disabilità). Il ruolo dell'infermiere nelle cure primarie è quello di promuovere la salute, fare prevenzione, educazione e assistenza sanitaria di base. L'infermiere deve avere anche competenze di tipo clinico, relazionale, educativo e di adattare metodologie operative a situazioni multiple. Sul territorio l'infermiere si trova negli ambulatori infermieristici e di gestione delle patologie croniche, offre assistenza domiciliare, al consultorio per l'educazione a corretti stili di vita, creazione di percorsi e facilitazione della dimissione.

CASE MANAGEMENT. È una metodologia di gestione dell'assistenza sanitaria, crea un processo collaborativo che accetta, pianifica, implementa, coordina, valuta opzioni e servizi per incontrare i bisogni di salute individuali attraverso la comunicazione e la disponibilità di risorse per promuovere risultati efficaci in termini di qualità/costo. Il case-manager è colui che gestisce uno o più casi a lui affidati, con un percorso predefinito, in un contesto spazio-tempo definito. Ha il compito di facilitare il corretto uso dei servizi, monitorare gli indicatori assistenziali, promuovere l'autocura ed effettuare un'assistenza diretta.

Il territorio risponde, quindi, ai bisogni della cronicità (: bassa complessità clinica ed elevata intensità assistenziale) mentre l'ospedale ai problemi di acuzie ed emergenze (: elevata complessità clinica).

DIMISSIONE. Criteri di dimissibilità: cure non più adeguate/necessarie, decisione multidisciplinare, valutazione delle necessità post dimissione, pz/famiglia informata e pronta. Si parla di DIMISSIONE PROTETTA in riferimento a quel processo di passaggio organizzato di un pz da un setting di cura ad un altro che si applica al pz fragile, spesso affetto da più patologie, limitazioni funzionali e/o disabilità. La dimissione protetta NON è una dimissione precoce dal ricovero rispetto ai tempi di degenza.

L' ASSISTENZA DOMICILIARE è la possibilità di fornire presso il domicilio del pz quei servizi/strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere/salute/funzione, attraverso trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, al fine di limitare il declino funzionale. È garantita dal SSN. Le cure domiciliari si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e supporto alla famiglia, erogate dal comune di residenza; sono erogate con modalità diverse in base ai servi territoriali. Il bisogno clinico assistenziale viene accertato tramite strumenti di valutazione multiprofessionali e multidisciplinari, che consentono la presa in carico globale della persona e la definizione di un progetto di assistenza individuale, sociosanitario integrato. L'assistenza domiciliare è un servizio compreso nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), in grado di garantire un'adeguata continuità di risposta sul territorio ai bisogni di salute, anche complessi, ai fini della gestione della cronicità e della prevenzione della disabilità. In relazioni ai bisogni di salute del pz e al livello d'intensità esistono diversi setting:

- Assistenza domiciliare programmata
- Assistenza domiciliare integrata: l'obiettivo principale è la riorganizzazione su base distrettuale dell'assistenza domiciliare integrata, ovvero un sistema di interventi e servizi sanitari offerti a domicilio. Si caratterizza per l'integrazione delle prestazioni offerte, legate alla natura e ai bisogni a cui si rivolge, progettati e gestiti da figure professionali multidisciplinari che condividono obiettivi e responsabilità. Con l'ADI si assiste il pz con patologie trattabili a domicilio evitando il ricorso all'ospedale, per poter mantenere persone non autosufficienti al proprio domicilio e migliorarne la qualità di vita. I destinatari sono: pz con patologie in fase terminale, riacutizzazioni, dimessi o dimissibili e bambini con patologie croniche.
- Ospedalizzazione domiciliare

L'assistenza domiciliare nasce in contemporanea o quasi con lo sviluppo moderno della scienza infermieristica. Florence Nightingale assisteva, infatti, pz poco abbienti a domicilio.

L'assistenza domiciliare si caratterizza per tre diversi livelli di intensità assistenziale:

- LIV 1- Assistenza domiciliare a bassa intensità sanitaria: caratterizzata da una bassa intensità sanitaria e correlata a volte con una elevata intensità e complessità di interventi socioassistenziali.

- LIV 2- Assistenza domiciliare a media intensità sanitaria: richiede di norma, per periodi medio-lunghi, la presenza del medico e di assistenza infermieristica 1/2 volte a settimana. Questa assistenza necessita di una riformulazione periodica e stretta integrazione multiprofessionale.
- LIV 3- Assistenza domiciliare ad alta intensità sanitaria: per pz che richiedono, nel piano personalizzato di assistenza, un intervento coordinato ed intensivo con diversi accessi ogni settimana di tipo medico o con altre figure professionali. La complessità specialistica è una componente essenziale che causa la complessa intensità sanitaria che richiede periodiche verifiche del piano assistenziale per garantire l'assistenza adeguata. Il responsabile terapeutico è il MMG, il quale in caso di elevati livelli di complessità specialistica può integrarsi con specialisti di riferimento.

Il PCAP è il punto di coordinamento dell'assistenza primaria, che indirizza all'assistenza territoriale tutti i casi. Può essere il punto di riferimento per gli altri operatori sanitari che cooperano nel distretto.

La VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE è un processo di tipo dinamico e interdisciplinare volto a identificare e descrivere l'entità/natura dei problemi di salute di una persona non autosufficiente e a caratterizzare le sue risorse e potenzialità. È un approccio globale che attraverso l'uso di scale e strumenti validati consente di individuare un piano di intervento sociosanitario coordinato e mirato al singolo individuo. L'obiettivo è quello di definire in modo complessivo lo stato di salute di una persona non autosufficiente. Esprime, quindi, un giudizio valutativo sulla base di un'analisi delle capacità funzionali e dei bisogni che la persona presenta a vari livelli: fisico, cognitivo, affettivo, sociale.... L'UVM (unità di valutazione multidimensionale) è l'equipe multidisciplinare che ha il compito di definire, attraverso la valutazione multidimensionale, un progetto capace di garantire al pz la risposta più adeguata ai suoi bisogni. Può essere svolto da infermieri, assistenti sociali e altre figure professionali. Vi sono varie tipologie di UVM:

- SEMPLIFICATA (inf+ ass.soc.)- adibita per utenti che hanno bisogno di assistenza domiciliare e/o servizi di supporto alla domiciliarità che prevedono prestazioni sociali e/o sociali a valenza sanitaria per cui è riconoscibile l'onere a rilievo sanitario finanziato dal FRNA. Richiesta per: inserimento in un centro diurno/ RSA di sollievo, SAD o assegno di cura.
- COMPLESSA (inf+ ass.soc.+ spec. del caso+ medico specialista): richiesta per inserimento in un centro diurno specializzato o in un CRA.

PROMOZIONE ALLA SALUTE

Vi è una stratificazione della popolazione in base al livello di rischio:

- Fasi terminali (cura del fine vita),
- Alto rischio (case management, appropriatezza del team multidisciplinare),
- Rischio medio (patologia conclamata, disease management, appropriatezza team multidisciplinare e terapia),
- Basso rischio (fasi iniziali della patologia, self-management, prevenzione secondaria e mantenimento dello stato di salute),
- Esposti al rischio (prevenzione primaria, medicina delle persone sane, anticipatoria).

DETERMINANTI DELLA SALUTE.

La promozione alla salute è un processo che mira a rendere le persone in grado di aumentare il controllo sulla loro salute e sui suoi determinanti (fattori personali, sociali, economici e ambientali). I punti d'azione per la promozione alla salute sono, ad esempio, la costruzione di una politica pubblica

per la salute, il rafforzamento dell'azione della comunità sulla salute, lo sviluppo di abilità personali e la riorganizzazione dei servizi sanitari, ecc. L'AZIONE DELLA COMUNITA' è CENTRALE NELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE. Uno dei fattori necessari alla promozione della salute è l' empowerment.

EMPOWERMENT. Il ruolo delle professioni sanitarie e sociali è quello di sostenere le potenzialità dell'individuo, della famiglia e della comunità, attraverso il raggiungimento dell'obiettivo di auto-efficacia, ovvero la consapevolezza di poter scegliere e influenzare la propria vita e la propria salute. È un processo che, dal punto di vista di chi ne fa esperienza, significa "sentire di avere potere"/ "sentire di essere in grado di fare". Riguarda le persone, le organizzazioni e la comunità. Porta ad acquisire competenze per cambiare il proprio ambiente.

MODELLO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE BASATO SULLA TEORIA della COMUNITY EMPOWERMENT. Persily e Hildebrandt hanno applicato l'empowerment alla salute delle donne nella comunità. Il loro modello prevede 3 concetti:

- **Coinvolgimento della comunità:** è la comunità che possiede il potenziale per migliorare la salute e attraverso il suo coinvolgimento riesce autonomamente a identificare i propri bisogni di salute.
- **Laici o pari:** sono individui, appositamente preparati, che fanno parte della comunità, con lo stesso background delle famiglie e degli individui. La loro profonda conoscenza della comunità permette di raggiungere la popolazione e attivare interventi di promozione alla salute.
- **Salute reciproca:** è il risultato atteso dal modello di empowerment- la comunità raggiunge il benessere potenziale e i professionisti con la popolazione stessa promuovono comportamenti sani.

Dei sani stili di vita permettono una migliore qualità e durata della vita e diminuiscono la spesa sanitaria con un evidente vantaggio socio-economico. Lo **STILE DI VITA** è un modo di vivere basato su modelli di comportamento identificabili, che sono determinati dall'interazione tra le caratteristiche personali dell'individuo, le interazioni sociali e le condizioni di vita socio-economiche e ambientali. Cambiare il proprio comportamento **NON** è facile, molte volte alcune azioni che facciamo sono correlate al "sentirsi bene/star bene/piacere".

- **TABAGISMO E DIPENDENZA.** Il tabagismo è una patologia cronica, un disturbo del comportamento complesso, considerato la risultante dell'interazione tra: ambiente, nicotina e fumatore. La maggior parte delle pubblicità anti-fumo utilizza comici e i messaggi cercano di sdrammatizzare il problema del fumo con toni rassicuranti e scherzosi- la letteratura scientifica non supporta questa impostazione. (La nicotina è la sostanza responsabile della dipendenza da fumo di tabacco). Esistono varie campagne anti-fumo, per esempio la TIPS (prima campagna federale) e la TRUTH (USA). Altri mezzi per promuovere l'anti-fumo sono i **GRUPPI PER SMETTERE DI FUMARE**, ovvero gruppi informati, percorsi di gruppo e l'approccio motivazionale.

L'approccio motivazionale ha uno stile di intervento centrato sul cliente e sull'interazione con esso, volto ad affrontare e risolvere il conflitto di ambivalenza in vista di un cambiamento comportamentale. Ha un obiettivo determinato che indica la direzione del cambiamento (l'abbandono/riduzione dei comportamenti a rischio o disfunzionali); per questo è detto orientato. È fortemente centrato sul cliente perché si occupa delle relazioni fra individuo coinvolto nel processo di cambiamento e il contesto, puntando a sviluppare un'atmosfera empatica, di accoglienza e comprensione, come elemento essenziale per favorire l'assunzione di stili di vita più salutari.

Il **COUNSELING MOTIVAZIONALE** usa tecniche e percorsi originali, attraverso i quali la trasformazione, desiderabile per la persona, viene stimolata e avviata partendo dalla sua visione del mondo e tenendo conto della sua progettualità/ intenzionalità. Si avvale delle risorse disponibili dal soggetto in cambiamento e adotta tecniche incisive per convogliare la sua attenzione ed energia sul desiderio di trasformazione, agendo attivamente. Il conflitto interiore sta alla base dell'ambivalenza nei confronti della scelta e all'autoefficacia del soggetto, rispetto alle possibilità di cambiare. Il counseling motivazionale si è dimostrato particolarmente utile nei casi in cui siano presenti difficoltà a riconoscere la gravità di un problema e nelle situazioni in cui è importante instaurare una relazione collaborativa con utenti poco motivati al trattamento e difficilmente raggiungibili con le tecniche tradizionali. Questa condizione è particolarmente frequente negli interventi sui disturbi da uso di sostanze in cui la negazione del problema e l'ambivalenza rispetto al cambiamento sono caratteristiche assai diffuse. L'apprendimento dei fondamenti dell'approccio motivazionale può costituire un'adeguata formazione di base in grado di guidare operatori, senza specifiche formazioni, nelle relazioni con l'utente. È facilmente integrabile in molte cornici tecnico-

professionali, potendo essere appreso ed applicato da persone già in possesso di una propria teoria e tecnica di riferimento. Gli approfondimenti teorici dedicano ampio spazio ai diversi aspetti della motivazione. Sintesi schematica dei diversi passaggi:

STADI DEL CAMBIAMENTO	COMPITI DELL'OPERATORE
1. Pre-contemplazione	➤ Insinuare il dubbio, aumentare nell'utente la percezione dei rischi e dei problemi legati al suo comportamento.
2. Contemplazione	➤ Bilancia decisionale, evidenziare l'ambivalenza e sostenere l'autosufficienza.
3. Preparazione/ determinazione	➤ Aiutare l'utente a scegliere, proponendogli le diverse possibilità per l'attivazione del cambiamento.
4. Azione	➤ Sostenere l'utente con rinforzi motivazionali nel percorso da lui scelto per l'attuazione del cambiamento.
5. Mantenimento	➤ Aiutare l'utente a identificare e usare strategie che impediscano la ricaduta.
6. Ricaduta	➤ Aiutare l'utente a riavviare i processi di contemplazione, determinazione e azione senza restare bloccato di fronte a quello che può essere avvertito come un fallimento. Sostenere l'autoefficacia.

Approcci efficaci a sostegno della MOTIVAZIONE al CAMBIAMENTO

COSA FARE	COME FARE
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fornire poche essenziali informazioni personalizzate per target. ➤ Rimuovere le barriere. ➤ Assicurare opzioni favorendo l'empowerment dell'utente. ➤ Praticare empatia e ascolto attivo ➤ Dare feedback. ➤ Chiarire gli obiettivi. ➤ Avviare al percorso di cambiamento 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Opuscoli specifici, questionari, test. ➤ Bilancia decisionale. ➤ Diagramma della disponibilità al cambiamento. ➤ Prevedere il tempo necessario e il setting adeguato, NO interferenze. ➤ Avvisi brevi e personalizzati, rinforzi motivazionali. ➤ Definizione dell'obiettivo specifico di salute. ➤ Programmazione dettagliata dei

	primi passi del percorso di cambiamento.
CARATTERISTICHE APPROCCIO MOTIVAZIONALE	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Assegna scarsa importanza alle etichette diagnostiche: l'accentuazione di alcolismo o altre definizioni non sono necessarie ai fini del cambiamento. 2. Sottolinea l'importanza della scelta e della responsabilità individuale nelle decisioni sui comportamenti futuri. 3. Mette in luce le preoccupazioni dell'utente rispetto al cambiamento. 4. Non si oppone alle resistenze che l'individuo ha rispetto al cambiamento. 5. Assume uno stile di comunicazione concentrativo e non confrontazionale, mettendo al centro l'empowerment dell'utente. 6. Usa strategie e principi specifici per contribuire alla motivazione al cambiamento dell'utente. 7. Analizza le percezioni dell'utente senza etichettare o correggere. 8. Favorisce la scoperta di possibili strategie per il cambiamento. 9. Lascia all'utente la scelta migliore per proseguire il cambiamento. 10. Favorisce l'adozione di strategie di problem-solving individuate dall'utente. 	

- **ATTIVITA' FISICA.** Rappresenta una fonte di prevenzione primaria e terziaria. Primaria in quanto l'adozione di interventi e comportamenti sani, come appunto l'attività fisica, sono in grado di evitare/ridurre l'insorgenza e lo sviluppo di una malattia/evento sfavorevole- mira a ridurre i fattori di rischio da cui potrebbe derivare un aumento dell'incidenza di quella patologia. Si parla, invece, di prevenzione terziaria quando ci si riferisce alla prevenzione degli esiti più complessi della malattia, delle complicanze, delle probabilità di avere recidive e della morte. L'attività fisica ha un forte impatto sulla salute in quanto vi è una riduzione della mortalità per tutte le cause e delle malattie osteoarticolari, migliora le funzioni cognitive, regola il ritmo sonno-veglia e riduce problemi ansioso-depressivi, dona quindi una sensazione di benessere generale con un miglioramento della forza, della resistenza, della sicurezza in sé e l'autostima. L'esercizio fisico può essere prescritto come un farmaco ed adattato ad ogni pz (dopo un attenta valutazione se ne prescrive la giusta dose: quale, quanto e quante volte a settimana).
- **ALIMENTAZIONE CORRETTA.** Per valutare una corretta alimentazione si monitora il peso attuale, la circonferenza della vita e Indice di Massa Corporea ($BMI = \frac{kg}{h^2}$). Bisognerebbe inoltre educare a delle raccomandazioni alimentari attraverso l'utilizzo della piramide alimentare.

La SANITA' D'INIZIATIVA in Italia è stata avviata a partire dalla Toscana attraverso il progetto "Dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa". Questa prevede una riorganizzazione delle cure primarie valorizzando l'assistenza territoriale e coinvolgendo medici di famiglia, specialisti e infermieri per

tutelare la salute della popolazione nel suo contesto ed evitare il ricorso improprio al ricovero ospedaliero. La partecipazione della comunità e delle associazioni di cittadini è indispensabile per il funzionamento della Casa della salute. La comunità e le associazioni di cittadini hanno un ruolo fondamentale:

- Nell'orientamento e nelle informazioni rispetto alle attività delle CDS e alle loro modalità di accesso e funzionamento;
- Nella rivalutazione dei bisogni e nella definizione di priorità d'intervento;
- Nella valutazione della qualità delle attività erogate;
- Nello sviluppo di progetti di comunità;
- Nella promozione dell'empowerment con particolare riferimento alla gestione delle condizioni croniche (pz competente/pz esperto);
- Nella prevenzione di situazioni di disagio ed emarginazione.

Prima si aspettava che la gente venisse a cercare le cure, ora gli operatori ricercano la comunità.

COLLOQUIO MOTIVAZIONALE. È un approccio basato su evidenze empiriche che si è dimostrato efficace per evitare a superare l'ambivalenza tipica che frena le persone nel realizzare i cambiamenti desiderati e facilitare il processo di cambiamento. Agevola l'operatore nella relazione con l'utente e favorisce il cambiamento.

La promozione della salute è un processo che mira a rendere le persone in grado di aumentare il controllo sulla loro salute e i suoi determinanti. Queste competenze (relazionali, gestuali, affettive e cognitive) della persona sono acquisite attraverso l'empowerment. L'EMPOWERMENT prevede una dimensione personale (sentirsi in grado di.../pensiero critico), dimensione organizzativa (servizi migliori in efficienza e sostenibilità) e dimensione di comunità (coesione ed efficienza/ vicinato, comunità). Nell'ultima conferenza globale sulla promozione della salute (Nairobi, 2009): "L'empowerment individuale e della comunità sono considerati strategie fondamentali per l'implementazione concretamente ed efficacemente la promozione della salute".

Oltre all'empowerment, altri concetti trattati sono:

- **RESILIENZA-** la capacità di adattamento a situazioni diverse, capacità dell'uomo di affrontare, superare e uscirne rafforzati/ trasformati positivamente dalle avversità della vita.
- **ADVOCACY-** "tutela dei diritti delle fasce più deboli di popolazione", insieme di azioni individuali e sociali volte a ottenere impegno/supporto politico, consenso sociale e sistemi di sostegno per un particolare obiettivo/ programma di sostegno. È una pratica professionale che si propone di rappresentare il punto di vista e i diritti degli utenti, sostenendoli nel partecipare alle decisioni che li riguardano.
- **EMPOWERMENT DELLA COMUNITA'**

- **HEALTH LITERACY**- “alfabetizzazione sanitaria”- il grado in cui gli individui hanno la capacità di ottenere, elaborare, capire le informazioni sanitarie e i servizi di base necessari al fine di prendere decisioni adeguate per la salute.

PROGETTO SALUTE 21 (i punti salienti)

* Solidarietà nel settore della salute	* Riduzione del danno da alcool/ droghe/ tabacco
* Equità economica	* Contesti che favoriscono la salute
* La salute comincia con la vita	* Responsabilità multisetoriale della salute
* La salute e i giovani	* Un settore sanitario integrato
* Invecchiare in buona salute	* Gestione della qualità delle cure
* Miglioramento della salute mentale	* Finanziamenti ai SS
* Riduzione di malattie trasmissibili e non	* Sviluppo delle risorse umane
* Riduzione di ferite da violenza/ incidenti	* Ricerca nel campo della salute
* Un ambiente sano e sicuro	* Coinvolgimento
* Una vita più sana	* Politiche e strategie per la popolazione generale

Nel **COLLOQUIO INFORMALE** si punta a scoprire ciò che il pz desidera sapere, si ascolta lasciando che il processo del pensiero del pz segua il suo corso, si valutano i bisogni di informazioni e si crea un clima di dialogo, stando poi accanto al pz durante l'apprendimento.

La **COMUNICAZIONE EDUCATIVA** deve avere particolari caratteristiche: avere un linguaggio adeguato al pz, una comunicazione **NON** verbale efficace, favorire l'ascolto e ottenere dei feedback, in un contesto relazionale che preveda un approccio di counseling.

Il **COUNSELING** è una relazione di aiuto il cui scopo è quello di rendere in grado la persona di prendere una decisione riguardo a scelte di carattere personale o probabili difficoltà che la riguardano. Può avvenire in diversi contesti ed è un approccio usato da diversi professionisti. Carl Rogers affermò che il modo migliore per offrire supporto ad una persona in difficoltà **NON** è quello di dire alla persona cosa fare ma aiutarla a comprendere la sua situazione e ad assumersi la responsabilità delle eventuali scelte. **COUNSELING NON SIGNIFICA CONSIGLIARE MA SUPPORTARE E ORIENTARE.** è un processo di apprendimento che avviene all'interno di una relazione con i suoi aspetti strutturali (contratto, tempo, setting) e interpersonale (empatia e fiducia).

⇒ **CONDIZIONI DI BASE PER UNA RELAZIONE PROFICUA**

- Autenticità e congruenza: apertura e accettazione dell'altro e della sua esperienza + auto-percezione ed ascolto delle proprie emozioni che si vivono nella relazione con l'altro.
- Accettazione incondizionata: partecipazione all'esperienza dell'altro così come la vive senza giudizio, costruire un terreno di stima e di motivazione al cambiamento.
- Empatia: rimandare la nostra percezione dei sentimenti e dei significati emersi.

⇒ SKILLS TECNICO-OPERATIVE

- Saper fare domande (aperte, chiuse, di chiarimento)- le domande possono esprimere giudizi oppure possono esprimere considerazioni personali dell'infermiere e valori che vanno a influenzare il libero processo di autoscienza della persona assistita. Bisogna evitare di formulare più domande nello stesso momento.

La domanda è un invito a ricercare all'interno della persona, presuppone un dare spazio e tempo all'altro per fare questa ricerca interna.

- Riformulare.
- Domande per chiarirsi: cosa intendi dire? Mi spieghi meglio? Quando dici...a cosa ti riferisci? In che modo?

MOTIVARE IL PZ AL CAMBIAMENTO. Nella malattia cronica quando parliamo di motivazione ci riferiamo ad un concetto dinamico che dipende da forze conscie e inconscie che determinano il comportamento del pz. La motivazione ha a che fare con dei processi complessi che riguardano le logiche personali, credenze, esperienze passate che insieme possono interferire con l'attuazione di un progetto terapeutico.

HEALTH CARE MODEL (HCM). Considera i fattori percepiti, i benefici, la gravità, la vulnerabilità, gli ostacoli e come questi condizionano i comportamenti correlati alla salute e alla compliance. Dà importanza a caratteristiche socioculturali e demografiche e di come queste influenzino le credenze, le percezioni e le propensioni al cambiamento. Secondo la teoria cognitivo-sociale di Bandura quando la persona pensa di poter fare una cosa, probabilmente riuscirà a farla con una maggiore facilità di chi pensa di non poterla fare. Ciò è correlato al **LOCUS OF CONTROL**.

- Chi ha un **LOCUS ESTERNO** si sente spesso in balia dell'imprevedibilità e non ricerca delle soluzioni autonome ma si affida agli altri. La motivazione è molto debole e c'è una visione negativa dell'andamento della vita.
- Chi ha un **LOCUS INTERNO** si impegna nella ricerca attiva di strumenti e soluzioni ai suoi problemi siano alla sua portata. Ha alti livelli motivazionali ed è caratterizzato da un approccio strategico alla vita.

Gli individui hanno una tendenza predominante in uno dei due sensi ma sono molteplici le fonti di valutazione. Il ruolo, il tipo di circostanza e le aspettative di volta in volta influenzano il nostro atteggiamento portandolo ad essere arrendevole o determinato. Il locus interno è associato a un massimo numero di

comportamenti protettivi, ma d'altra parte mostrano maggiore indipendenza dal medico a danno del rapporto terapeutico. In generale è stato osservato che chi percepisce maggiore abilità nel controllo degli aventi è in grado di padroneggiare meglio le situazioni stressanti.

Per sviluppare il senso di autoefficacia nel pz:

1. Sviluppare/accompagnare alla performance: dare piccoli obiettivi
2. Mostrare un'esperienza vicaria positiva, come modello
3. Rinforzare positivamente le abilità acquisite
4. Richiedere un feedback sui sintomi ed emozioni vissute durante il percorso terapeutico.

COLLOQUIO MOTIVAZIONALE BREVE. È una metodologia di colloquio che include un intervento sulla motivazione al cambiamento di soggetti con comportamenti a rischio per la propria salute, al fine di ottenere modifiche nel loro stile di vita e mantenere nel tempo comportamenti corretti per la salute. È un metodo direttivo centrato sul cliente, per aumentare la sua motivazione a cambiare attraverso l'esplorazione e la risoluzione dell'ambivalenza rispetto al proprio comportamento. Esso implica, da parte dell'operatore, uno stile comunicativo collaborativo e orientato, con particolare attenzione al linguaggio. Quest'ultimo è progettato per rafforzare la motivazione personale e l'impegno verso un obiettivo specifico, attraverso l'esplorazione delle ragioni personali per cambiare, il tutto in un'atmosfera di accoglienza e sostegno. L'importanza del colloquio motivazionale risiede in particolare nell'approfondimento di tecniche specifiche (formulazione domande aperte e riformulazione opportunamente strutturate) finalizzate ad accompagnare il cliente verso la decisione di cambiare. Il colloquio motivazionale breve è uno strumento pensato per i professionisti della salute che incontrano persone con comportamenti a rischio; si pone come obiettivo quello di incidere sulla loro motivazione e cambiare. Per fare ciò si utilizzano delle strategie:

- Esprimere empatia- ciò non vuol dire identificarsi con l'altro ma implica la comprensione delle sue esperienze e preoccupazioni. Ciò consente all'altro di sentirsi accolto, in un clima favorevole all'espressione dei propri vissuti;
- Sostenere l'autoefficacia- ovvero la fiducia di una persona nella propria capacità di attuare comportamenti prestabiliti, in modo da raggiungere un obiettivo in un tempo determinato. Ciò è utile perché è la fiducia nella possibilità di avere successo che spinge l'individuo a decidere di cambiare. È un'operazione delicata perché non bisogna minimizzare lo sforzo che un cambiamento richiede, né le difficoltà che si possono incontrare.
- Lavorare sulla frattura interiore- è data dalla percezione delle contraddizioni esistenti tra la condizione personale attuale e quella desiderata/ideale. Ciò permette di rivedere e modificare il proprio comportamento ma senza

esagerare. Un livello troppo alto di frattura interiore rischia di essere di ostacolo al cambiamento.

- Aggirare e usare la resistenza- la resistenza relazionale, ossia il comportamento non collaborativo da parte del cliente, può sorgere in ogni momento della relazione con l'operatore quando c'è tensione/disaccordo. È importante saper riconoscere i comportamenti di resistenza e rispondere ad essi senza rafforzarli, evitando di attaccare/difendersi.

ESEMPI DI RESISTENZA

- * Astrazioni: le risposte della persona indicano che non sta seguendo, non presta attenzione/disattenta, le risposte non sono adeguate alle domande, il discorso viene cambiato deliberatamente. La persona manifesta chiaramente di non seguire il discorso.
- * Interruzioni: il pz blocca/interrompe/ si sovrappone all'operatore
- * Falso accordo: il pz esprime sempre un accordo rispetto alle indicazioni del professionista.

Alla base del colloquio motivazionale vi sono specifiche tecniche:

- Praticare l'ascolto riflessivo (su spezzoni brevi o lunghi di colloqui)- il professionista deve sostituire le domande con affermazioni, ossia con ragionevoli supposizioni sul significato di alcune persone o stati della persona. L'affermazione comunica comprensione.
- Riformulare- il professionista prova a ridire/rioffrire le sue stesse affermazioni usando le sue stesse affermazioni/ parole o simili. La riformulazione permette il chiarimento progressivo del contenuto (NO valutazione, discussione, suggerimento). Il focus è sul problema, su come viene vissuto.
- Sostenere e confermare l'altro- devono basarsi su elementi concreti e realistici emersi nella comunicazione/relazione con il pz.
- Uso domande aperte- nel colloquio motivazionale breve è opportuno usare domande aperte ossia domande che non consentono risposte brevi o SI/NO, che non predeterminano la risposta e che, al contrario, centrano l'attenzione sulla persona, facilitano il coinvolgimento dell'altro, incoraggiano a parlare e favoriscono l'approfondimento della comunicazione. L'uso serve per semplificare lo scambio di informazioni. Ciò è possibile con uso di linguaggio semplice e chiaro, ricerca dei riscontri verso l'altro.

La promozione della salute è un processo che mette in grado le popolazioni di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale un individuo/gruppo deve essere capace di: identificare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni e cambiare l'ambiente circostanze o farvi fronte.

FASI DEL PROCESSO DI EDUCAZIONE SANITARIA.

1. Conoscenza del problema

- Studio del problema: incidenza e prevalenza, popolazione interessata, possibili cause e misura preventiva in atto/attuabili
- Identificazione dei bisogni: in base a valori soglia (dato oggettivo studiato) o quelli percepiti/espressi.
- Raccolta dati e informazioni: disponibili e identificazione delle attività già presenti.

2. Definizione degli obiettivi

- Obiettivi educativi generali (ragionevoli e realistici) con unità specifiche (attuabilità, specificità, misurabilità, tempo e risorse)

3. Pianificazione

LIFE SKILLS. Con il termine skills for life s'intendono tutte quelle abilità/competenze che è necessario apprendere per mettersi in relazione con gli altri e per affrontare i problemi della vita quotidiana. La mancanza di tali skills socio-emotive può provocare comportamenti negativi e rischio in risposta allo stimolo (alcolismo, fumo sigaretta,..). Per insegnare ai giovani le life skills è necessario introdurre specifici programmi a scuola o in altri luoghi deputati all'apprendimento. [life skills: capacità decisionale, problem solving, creatività, empatia, autocoscienza, gestione delle emozioni e dello stress]. Metodologia per le life skills: secondo la teoria della psicologia sociale di Bandura "la persona apprende dall'esperienza".

- Metodologia attiva: coinvolgimento diretto dei partecipanti

Brainstorming –Può essere usato per qualsiasi tematica si vuole affrontare in gruppo. Si associa alla parola/stimolo qualunque idea venga in mente: senza censure viene tutto riportato alla lavagna. Rielaborazione di tipo cognitivo con il gruppo. Permette di conoscere le rappresentazioni del gruppo e avviare il confronto e dibattito.

Role playing- Consiste nel far rappresentare alle persone una situazione chiedendo loro di immedesimarsi in un personaggio e di esprimerlo attraverso le parole/gesti e movimenti. Ci si confronta e si elabora l'esperienza.

PEER EDUCATION: educazione tra pari. Indica il passaggio reciproco di informazioni tra persone simili per età/status/esperienza senza che vi sia un approccio di potere. Mira a favorire l'empowerment dei soggetti e a rendere i giovani stessi attori del processo educativo. L'adulto/operatore ha un ruolo di facilitatore dei processi educativi e di formatore di leader. [Definizione del progetto→ selezione dei peer educator→ selezione focus formativo → sessione formativa per i peer educator→ attuazione dell'intervento→valutazione dell'intervento].

PREVENZIONE ALCOOL. Ogni anno sono attribuiti direttamente o indirettamente al consumo di alcool: 10% di tutte le malattie, 10% di tutti i tumori, 63% cirrosi epatiche, 41% omicidi, 45% incidenti totali, 9% delle

malattie croniche e invalidità. Il consumo di bevande alcoliche determina il potenziamento degli effetti all'esposizione professionale ad ogni agente chimico e neurotossici. Complessivamente il 10% dei ricoveri è attribuibile all'alcolismo. In Italia ogni anno circa 40000 persone muoiono a causa dell'alcool per cirrosi epatica, tumori, infarto del miocardio, suicidi, omicidi, incidenti stradali/domestici/lavoro. L'OMS stima che i costi annuali sociali-sanitari legati a problemi collegati all'alcool sono pari al 2-5% del PIL. L'OMS ribadisce che nessun individuo può essere sollecitato al consumo anche moderato di bevande alcoliche, considerando il rischio che l'uso di alcool comporta per l'organismo. Inoltre gli individui che non bevono non possono e non devono essere sollecitati a modificare il proprio atteggiamento.

EDUCAZIONE AI MEDIA. Il consumo dei prodotti mediatici è in grande sviluppo. Un minore passa 2 o più ore al gg davanti ad uno schermo. La navigazione avviene in solitudine senza la supervisione degli adulti. Inoltre i ragazzi aumentano le proprie conoscenze informatiche e gli adulti non riescono a stare al passo. In USA e Canada le scuole prevedono il curriculum di educatore ai media: permette la decodifica delle regole di comunicazione, del linguaggio, le modalità di comunicazione. I media puntano su determinate tematiche (rapporti sociali, sessuali, comportamenti a rischio e alimentazione) che incidono sul benessere e sulla salute soprattutto dei minori. Ogni messaggio proposto dai media è costruito artificialmente e ha fini commerciali (esperienza emotiva diversa dalla realtà). Il linguaggio usato dai media è altamente specifico e ricerca particolari reazioni in cui spettatori diversi comprendono lo stesso messaggio in modi diversi.

GRUPPI DI AUTO-MUTUO-AIUTO. È un momento di incontro tra persone singole/coppia/famiglia unite da uno stesso problema (dipendenza, stato di bisogno, difficoltà generale) per rompere l'isolamento, per raccontarsi le proprie esperienze di vita, per scambiarsi informazioni e soluzioni, per condividere sofferenze e conquiste con l'obiettivo di riscoprirsi, risorsa non solo per sé ma per l'intera comunità. All'interno di un gruppo di mutuo aiuto è importante mantenere le relazioni, considerarsi parte di un sistema ed attenersi alla cultura AMA (solidarietà, rispetto, diversità, empowerment). È importante la condivisione e l'ascolto. Tutti i partecipanti al gruppo sono "HELPER", danno aiuto, e "HELPEE", che ricevono aiuto. L'accesso al gruppo per la persona o per i familiari è gratuito. La funzione dell'operatore non dipende dalla sua formazione professionale, ma ha ruolo di facilitatore all'interno del gruppo.

HELPER

La persona deve voler diventare helper, deve essere in grado di parlare della sua esperienza, condividere sia i successi che i fallimenti, deve aver raggiunto
--

un certo grado di adattamento rispetto al suo problema. Nel processo d'aiuto l'helper deve basarsi sulla sua esperienza personale e non tanto su una sua precedente formazione/training. L'helper deve avere una certa disponibilità di tempo e deve essere una persona che sa prestare attenzione. L'empatia, la capacità di ascolto e di apprendere dalla persona che viene aiutata sono caratteristiche fondamentali che un helper deve avere. Se condivide la propria esperienza può favorire lo sviluppo di uno spirito di solidarietà/amicizia con le persone del gruppo che in particolare attraversano momenti di difficoltà. Importante nel processo di auto-muto-aiuto che venga elaborato il livello di sensibilità ed empatia che costituisce l'elemento determinante per lo sviluppo di una buona relazione e quindi una premessa importante per il livello di aiuto. L'esperienza alla pari, l'interazione faccia a faccia sono elementi caratteristici dei gruppi e anche l'helper viene messo alla prova. La consapevolezza dei propri limiti e la necessità di non sentirsi onnipotenti può sviluppare la necessità di un comportamento responsabile. Il processo di mutuo-aiuto permette ai membri del gruppo di percepire il significato stesso della relazione d'aiuto, che per sua natura è globale e parziale. Percepire l'azione di aiuto significa rivalutare la globalità della situazione e la necessità di una continua ricerca di un nuovo equilibrio e soddisfazione. Il gruppo sviluppa una ricerca continua di mutualità/solidarietà.

ASCOLTARE

È la più significativa abilità di comunicazione che l'helper può sviluppare; è la capacità di porsi in una dimensione di ascolto. Tale capacità dovrà essere sviluppata come capacità di tutto il gruppo per permettere una max accoglienza dei problemi e una loro esposizione più serena.

INFORMARE

1. Il problema- le caratteristiche e la sua evoluzione
2. Difficoltà individuali/familiari- informare sulla similitudine dei problemi ma dell'inevitabilità della degenza
3. Prevenzione dei problemi- info sulle azioni più semplici ed efficaci per affrontare le difficoltà
4. Possibili soluzioni- indicare le possibili soluzioni a diversi problemi senza però avere la pretesa di dare tutte le risposte possibili.
5. Risorse- facilitare l'info sui servizi disponibili per particolari problematiche, le modalità di accesso e di consultazione.

OPERARE NEL GRUPPO

- Ogni persona ha diritto di esprimersi/ascoltare
- Dare la possibilità di presentarsi, farsi un'idea del gruppo
- Chiedere ai membri come hanno affrontato i problemi
- Incoraggiare l'espressione di aspetti sia positivi che negativi
- Sollecitare le persone più silenziose, incoraggiandole
- Partecipare attivamente, esprimendo pareri e proporre soluzioni
- Portare la discussione su problematiche del gruppo (si parla di sé, del gruppo e della famiglia, non di persone assenti)
- Facilitare l'espressione di sentimenti/ situazioni di crisi
- L'helper deve scegliere di far parte del gruppo e trovarsi a suo agio.

