

Glossario di Medicina di Comunità

Assistenza Sanitaria Primaria e suoi principi
E' la traduzione corretta del termine *Primary Health Care* del WHO (care=curare prendersi cura della persona). Meno corretto è il termine Cure Primarie che focalizza l'attenzione sulle "cure" tralasciando il concetto di "prendersi cura".

E' ampiamente descritta dal WHO in numerosi Documenti (Alma Ata 1978 , Health for All 1991 , Primary Health Care. Now more than ever 2008).

E' intesa dal WHO come il primo livello di contatto del cittadino con il sistema sanitario, basata sul principio della equità, su metodi e tecnologie scientificamente valide (affidabilità) e socialmente accettabili (accettabilità), resa accessibile a tutti gli individui, alle famiglie e alle comunità, con la loro piena partecipazione e ad un costo sostenibile.

E' basata sui servizi globali delle aree sanitaria, sociale, della educazione e di tutti gli altri settori dello sviluppo nazionale (industria, edilizia, lavori pubblici, comunicazioni...), nonché sui servizi informali di comunità (cittadini singoli, famiglie, gruppi di auto aiuto, volontariato...). E' supportata al bisogno dai servizi ospedalieri di secondo e terzo livello.

E' erogata nei servizi territoriali ambulatoriali, residenziali, semiresidenziali, domiciliari, hospice) da numerosi professionisti (medici e delle varie professioni sanitarie e sociali, cittadini singoli e in gruppi) che concorrono con le proprie competenze a garantire ai pazienti una risposta unitaria e integrata ai bisogni multidimensionali di salute attraverso la creazione di équipes multiprofessionali coordinate e integrate al bisogno con le équipes dell'ospedale.

- L'ASP è basata su un modello clinico-assistenziale-organizzativo di cui sono aspetti peculiari
- Mission: garantire assistenza globale (promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura riabilitazione, assistenza tutelare, supporto psicologico, counselling)

Vision: sono i principi della assistenza che riguardano la persona e la sua famiglia, l'approccio alla salute, l'offerta dei servizi.

Sono principi della ASP

1. Accessibilità e Fruibilità : possibilità per tutti i pazienti che ne hanno bisogno di utilizzare i servizi, per costo e ubicazione
2. Accettabilità : rispondenza della assistenza ai valori etici ed umani
3. Adeguatezza e competenza delle risorse umane : rispondenza degli operatori dal punto di vista quantitativo e qualitativo (professionalità,

formazione) ai bisogni dei pazienti

4. Centralità della persona : è la vision etica dell'approccio al paziente nel contesto della sua famiglia, con particolare riferimento al paziente complesso (paziente a complessità sanitaria e/o socio-assistenziale e/o familiare). Il paziente è posto al centro di un sistema di servizi sanitari e socio-assistenziali organizzati per rispondere ai suoi bisogni multidimensionali di salute attraverso le tappe dell'approccio bio-psico-sociale
5. Adeguatezza delle risorse materiali : rispondenza degli impianti tecnologici e delle forniture dal punto di vista quantitativo e qualitativo ai bisogni dei Pazienti
6. Affidabilità delle procedure : rispondenza degli interventi sanitari e socio assistenziali a requisiti scientifici e di buon livello tecnico-operativo
7. Appropriatezza di utilizzo dei servizi : rispondenza dei singoli servizi ai bisogni specifici dei pazienti: Servizi di 1° livello (ASP) per bisogni primari; servizi di 2° livello (Ospedale) per bisogni non risolvibili a livello territoriale; servizi di 3° livello (Ospedale ad alta specializzazione) per bisogni richiedenti alta tecnologia
8. Appropriatezza della risposta dei servizi ai bisogni di salute della persona". E' necessario, per ogni persona:
 - rilevare i bisogni secondo metodi e strumenti scientifici (WHO)
 - valutare le risorse disponibili (sanitarie, sociali, 3° settore)
 - stendere un piano assistenziale individuale a partenza dai singoli bisogni con indicazione delle risorse e dei processi (setting assistenziali, operatori compresa famiglia e 3° settore, processi di cura e assistenza)
 - verificare periodicamente gli effetti di cure e assistenza sul salute, autonomia, qualità di vita, soddisfazione
9. Coordinamento : collegamento fra procedure assistenziali erogate da servizi diversi (Distretto, Ospedale, Comune...) o fra operatori diversi attraverso un sistema organizzativo predefinito
10. Comunicazione : diffusione delle informazioni fra gli operatori dei servizi e fra operatori e paziente- famiglia
11. Continuità di cura e assistenza : successione delle prestazioni sanitarie, sociali e socio-sanitarie erogate nei servizi in rete per rispondere ai bisogni sociali e sanitari del paziente dal momento della emergenza del bisogno fino all'esaurimento dello stesso. Può essere di breve, media, lungo assistenza. Richiede comunicazione clinico-assistenziale fra i servizi attraverso appropriati sistemi cartacei o informatizzati

12. Equità: possibilità di erogare assistenza a tutti coloro che ne hanno bisogno ed in modo proporzionale ai bisogni
13. Efficacia: grado di raggiungimento degli obiettivi fissati, centrati su paziente e famiglia. Gli obiettivi devono essere formulati in termini di: salute, autonomia, qualità di vita, soddisfazione
14. Efficienza: erogazione della assistenza attraverso la ottimizzazione delle risorse umane, materiali, economiche, temporali
15. Globalità dei servizi: servizi di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza tutelare, supporto psicologico
16. Integrazione
 - Integrazione Istituzionale: atto giuridico che sancisce la collaborazione fra Enti. Es. Integrazione Socio-Sanitaria
 - Integrazione Economica: partecipazione economica dei vari Enti a programmi integrati
 - Integrazione Organizzativa e Gestionale: pianificazione di processi assistenziali integrati. Es. integrazione fra ospedale e servizi territoriali (dimissioni ospedaliere protette), integrazione fra medicina generale e medicina specialistica
 - Integrazione Professionale: rapporto lavorativo fra i vari professionisti. Es. Equipe multiprofessionale di AD
 - Integrazione con la Famiglia: rapporto fra professionisti e fami
17. Partecipazione: coinvolgimento attivo di paziente, famiglia, cittadini nella tutela della salute. E' basata sui seguenti aspetti:
 - Informazione e responsabilizzazione
 - Accordi sugli interventi di autonomia di cura e assistenza (self-care)
 - Formazione al self care (Educazione Sanitaria o Educazione Terapeutica)
 - Garanzia di supporto dei servizi
18. Sicurezza: rispetto di tutte le possibili misure per prevenire danni ai Pazienti e agli Operatori
18. Tempestività: rapidità con cui i Servizi rispondono ai bisogni dei Pazienti

Alleanza terapeutica

Termine introdotto in psicoanalisi e psicoterapia per indicare il reciproco accordo che si instaura fra paziente e terapeuta finalizzato al raggiungimento di obiettivi concordati e di metodi da adottare. Si basa su un legame fra paziente e terapeuta fondato sulla fiducia, il rispetto e la collaborazione. Il termine è stato poi allargato a tutti i campi della medicina e può essere riferito anche al rapporto fra paziente/caregiver e professionisti sanitari e socio-assistenziali finalizzato ad ottenere collaborazione nel piano di cura e assistenza. L'alleanza terapeutica si sviluppa attraverso tappe successive che possono essere così

sintetizzate:

1. conoscenza del paziente e della famiglia/caregiver
2. attivazione della partecipazione di paziente/caregiver al self-care
3. formazione di paziente/caregiver al self-care
4. garanzia di supporto attivo dei servizi per paziente/caregiver
5. attuazione degli interventi di self-care da parte di paziente/caregiver

Approccio bio-
psico-sociale

E' l'approccio unitario e globale alla persona considerata nel contesto della sua famiglia. Tiene conto del concetto di salute multidimensionale e propone attività di Equipe multiprofessionale con la partecipazione di paziente, famiglia e comunità. Prevede le seguenti tappe:

1. Valutazione multidimensionale dei bisogni
2. Stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI)
3. Attivazione della partecipazione di paziente e famiglia
4. Erogazione di interventi integrati, continui, globali, con verifica periodica di appropriatezza

Ognuna di queste tappe prevede metodi e strumenti specifici messi in atto dai vari professionisti attraverso interventi sia individuali che di equipe

Assistenza
Domiciliare

Modello di Assistenza Sanitaria Primaria erogata al domicilio dei pazienti che richiedono lungo-assistenza. Può essere Assistenza Domiciliare Programmata (ADP: solo interventi del medico di famiglia) o Assistenza Domiciliare Integrata (ADI: interventi di più professionisti in relazione ai bisogni). Richiede l'accertamento della sostenibilità della famiglia alla assistenza (basata anche su supporti esterni), della appropriatezza dell'ambiente di vita e presuppone la attivazione della partecipazione del caregiver nella assistenza a seguito di interventi di Educazione Terapeutica. Risulta gradita al paziente ed economicamente sostenibile per i gestori della assistenza

Attività di
equipe
multiprofessionale
intersectoriale
(team-work)

Processo basato su azioni coordinate finalizzate a risolvere problemi di salute multidimensionale, condotto da più persone che lavorano assieme (equipe multiprofessionale) contemporaneamente o in modo sequenziale, in modo formale o informale. Implica: condivisione di obiettivi, rispetto di opinioni diverse, fiducia nelle reciproche competenze, collaborazione fra ruoli diversi, coscienza dei limiti del proprio lavoro se fatto isolatamente, riconoscimento di un coordinatore.

Si parla di "competenza di equipe" per indicare la capacità di lavorare come

collegi piuttosto che secondo la relazione fra superiore e subordinato

Bisogni di salute Problemi riguardanti la salute multidimensionale. Il WHO ha proposta uno strumento per valutare i bisogni di salute (ICF= International Classification of Functioning, disability and health). L'ICF classifica i bisogni in:

- Menomazioni di funzioni e strutture del corpo: problemi di funzioni fisiologiche e parti anatomiche
- Limitazioni di attività e partecipazione: problemi nella esecuzioni di azioni, partecipazione a vita sociale, scolastica, lavorativa, economica
- Barriere ambientali: ostacoli riferiti a ambiente fisico e sociale (abitazione, nucleo familiare, persone che forniscono aiuto, servizi)
- Barriere personali: ostacoli legati a istruzione, professione, esperienze di vita, profilo di personalità

Caregiver Caregiver significa letteralmente “donatore di cure” e indica colui che si prende cura di una persona che necessita di aiuto (malato cronico, anziano non autosufficiente, disabile)

Il caregiver può essere:

1. caregiver informale: familiare (per lo più coniuge o convivente, figlio, nipote, genitore), amico, volontario, persona retribuita dalla famiglia (assistente domiciliare)
2. caregiver formale: professionista dei servizi, amministratore di sostegno

In relazione al caregiver si parla di:

- bisogni del caregiver: il caregiver richiede informazione (stato di salute del familiare, accesso a servizi e benefici economici), sostegno (psicologico, fisico, economico), formazione (addestramento al self-care), riconoscimento (del lavoro svolto, garanzia di essere parte di un progetto assistenziale integrato), garanzie (supporto dei servizi), opportunità (di mantenere il proprio lavoro attraverso flessibilità di orario, permessi retribuiti, congedi, part-time, di avere pause dall'assistenza)
- burden del caregiver: carico assistenziale in termini di tempo impegnato e di prestazioni eseguite che causa difficoltà fisiche, psicologiche, sociali, economiche
- burn-out del caregiver: sindrome di esaurimento psico-fisico che si sviluppa in risposta ad una ininterrotta serie di stress quotidiani

Cargiver competente Caregiver che attraverso interventi di Educazione Terapeutica ha acquisito conoscenze, abilità, attitudini per la auto-gestione di malattie/disabilità. A tal

fine gli operatori devono:

1. Guidare il caregiver a prendere coscienza dei problemi che scaturiscono dalla malattia e dei problemi che nel tempo scaturiscono dal caregiving.
2. Fissare gli obiettivi specifici per la gestione dei singoli problemi.
3. Informare e formare:
 - spiegare le caratteristiche dei singoli problemi e le modalità di gestione (farmacologiche, dietetiche, aiuto...)
 - dimostrare le modalità di gestione: preparare l'ambiente di lavoro e il materiale necessario, eseguire la manovra spiegando cosa si sta facendo
 - fare ripetere: fare eseguire al caregiver in presenza dell'operatore i passaggi e correggere eventuali errori; consegnare istruzioni scritte
 - fare esercitare il caregiver senza l'operatore fino all'acquisizione della sicurezza
 - verificare la acquisizione delle competenze stabilendo criteri di autovalutazione e di valutazione oggettiva (criteri riferiti ad aspetti clinici, biologici, psicologici, sociali, economici)
4. Valutare periodicamente lo stato di salute del paziente
5. Rimodulare la formazione alla evoluzione della malattia.

Casa della salute Struttura territoriale di riferimento per la comunità locale per rispondere ai bisogni primari di salute in modo appropriato, tempestivo, integrato, coordinato e continuo e con la partecipazione dei cittadini. Sono obiettivi della Casa della salute:

- garantire la continuità assistenziale e terapeutica per 24 ore e sette giorni su sette
- assicurare un punto unico di accesso dei cittadini alla rete dei servizi e la presa in carico della domanda
- operare per programmi condivisi, sulla base del Programma delle Attività Territoriali del distretto (PAT), del Piano sociale di Zona (PSZ) e del Piano integrato di salute (PIS) laddove adottato
- promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini, soprattutto delle loro Associazioni, assicurando forme di gestione sociale (programmazione dei servizi e valutazione dei risultati) nei vari presidi e servizi.
- ricomporre le separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie, realizzare concretamente l'attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri, terapisti e di integrare operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali.
- organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone
- sviluppare programmi di prevenzione per tutto l'arco della vita, basati

su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini

- sviluppare, tramite il distretto, rapporti di collaborazione con l'ospedale di riferimento sia per l'interdipendenza tra cure primarie, cure specialistiche e diagnostica strumentale che per la definizione di protocolli per accessi e dimissioni programmate
- favorire il controllo collegiale delle attività, e la valutazione degli outcomes interno ed esterno ai servizi
- curare la comunicazione sanitaria a livello micro della relazione terapeutica medico operatore/paziente, a livello meso della comunicazione tra le strutture e a livello macro nei confronti della cittadinanza e della pubblica opinione
- offrire occasioni di formazione permanente degli operatori, con particolare riguardo al lavoro di gruppo.

Case management

Processo gestionale che parte dalla valutazione del bisogno per pianificare, attuare, coordinare, controllare e valutare le attività e i servizi per rispondere ai bisogni e per raggiungere esiti di salute, qualità ed efficienza operativa ed economica

Coordinamento di team multiprofessionale

Processo che mette in relazione fra loro le attività espletate da professionisti diversi secondo obiettivi comuni. Sono compiti del coordinatore:

1. fare la sintesi clinico-assistenziale dei bisogni rilevati in equipe
2. stendere il PAI definito in equipe
3. attivare le risorse previste nel PAI
4. controllare che il PAI venga attuato e che le risorse attivate vengano erogate
5. fare il monitoraggio della salute del paziente, rilevare e comunicare i nuovi bisogni ai professionisti competenti
6. advocacy sanitaria per paziente e mediazione nella relazione con i servizi
7. gestire la comunicazione interprofessionale
8. gestire i conflitti
9. organizzare incontri periodici della equipe

Il coordinatore è anche chiamato Case Manager

Competenza

E' la capacità di eseguire compiti (prestazioni), attività (insieme di più compiti),

funzioni (insieme di più attività) professionali. E' data da:

1. conoscenze (sapere)
2. abilità (sapere fare)
3. attitudini (sapere essere): è la disponibilità personale a capire concetti, interagire con le persone, attuare azioni

Compliance	Adesione di paziente/caregiver alle indicazioni fornite (trattamenti, visite, comportamenti di vita)
Coping	Azioni e atteggiamenti adottati per fare fronte a problemi, difficoltà e cambiamenti
Dimissione Ospedaliera Protetta	Dimissione dall'Ospedale di pazienti che hanno superato la "fase critica" che ha determinato il ricovero, ma che non hanno ancora esaurito lo "stato di bisogno" e per i quali è necessario formulare prima della dimissione un piano di interventi sanitari o socio-sanitari (Piano Assistenziale Individuale) che garantisca la continuità di cura e assistenza nella rete integrata dei servizi territoriali
Disabilità	Termine che raggruppa i bisogni di salute legati a menomazioni di funzioni e strutture e limitazione di attività e partecipazione (WHO)
Educazione terapeutica	<p>Processo educativo finalizzato alla gestione delle malattie croniche. E' attuata da operatori sanitari e/o socio-assistenziali competenti nel settore. Ha come obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ aiutare i pazienti o gruppi di pazienti e loro familiari a capire malattie/disabilità e le relative cure➤ adattarsi alla malattia mettendo in atto strategie per superare i problemi personali e le difficoltà oggettive (coping)➤ gestire i trattamenti attraverso il self-care➤ prevenire le complicanze evitabili➤ collaborare con i servizi. <p>L'ET produce un effetto terapeutico aggiuntivo a quello degli altri interventi (farmacologici, fisioterapici...) e allo stesso tempo contribuisce a ridurre i costi della lungoassistenza, a migliorare la qualità della stessa e la qualità di vita del paziente</p> <p>Le azioni della ET sono:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ fare prendere coscienza del problema➤ informare, spiegare➤ fare ripetere azioni (in presenza dell'operatore)➤ fare esercitare (senza l'operatore)➤ verificare la acquisizione delle competenze <p>Prerequisito della Educazione Terapeutica è la competenza (acquisita attraverso corsi pre-laurea e post-laurea specifici) e l'esperienza (acquisita durante la vita professionale) dell'operatore</p>

Educazione Sanitaria	<p>Processo educativo finalizzato alla promozione della salute e alla prevenzione. E' attuata da operatori sanitari e/o socio-assistenziali competenti nel settore. Ha come obiettivo aiutare i cittadini o gruppi di cittadini e loro familiari a tutelare la propria salute attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ acquisizione di comportamenti positivi ➤ eliminazione di comportamenti negativi ➤ diagnosi precoce di malattia ➤ 4. prevenzione delle ricadute della malattia
Empatia	Capacità di partecipare alle emozioni di un'altra persona
Empowerment	<p>Risultato di un intervento di Educazione Sanitaria o di Educazione Terapeutica attraverso cui un paziente o un gruppo è messo nelle condizioni di sviluppare in modo autonomo e consapevole capacità di agire (autonomia esecutiva) e di operare delle scelte (autonomia decisionale). Aspetti dell'empowerment sono:</p> <p>Mission: sviluppare autonomia di azione ed autonomia decisionale</p> <p>Vision: sussidiarietà orizzontale, responsabilizzazione</p> <p>Obiettivi: riconoscere i propri bisogni di salute, gestire i fattori personali e ambientali che influiscono sulla salute, realizzare autonomamente azioni positive per la salute, partecipare attivamente ai processi decisionali e assistenziali dei percorsi di cura</p> <p>Responsabilità: individuale</p> <p>Metodi: responsabilizzare, informare, formare al self-care e verificare l'apprendimento, incoraggiare e supportare</p>
Equipe multiprofessionale, interdisciplinare	<p>E' l'insieme dei professionisti sanitari e sociali, degli operatori del terzo settore e della famiglia del paziente che in modo integrato e coordinato rispondono ai bisogni multidimensionali di salute dei pazienti complessi richiedenti contemporaneamente prestazioni diverse (diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza tutelare, inserimento scolastico, lavorativo, sociale, educazione sanitaria e terapeutica, informazione e counselling...).</p> <p>Esistono diversi tipi di equipe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. equipe organizzative: es. equipe dei Punti di Accesso alla assistenza territoriale 2. equipe valutative: es. Unità di Valutazione Geriatria (UVG), Unità di valutazione Multidimensionale (UVM) 3. equipe operative: es. equipe della Assistenza Domiciliare Integrata <p>Aspetti della equipe sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ · Mission: realizzare un approccio integrato e unitario al paziente complesso con presa in carico globale e continua nella rete dei servizi ➤ · Vision: fiducia nelle reciproche competenze, rispetto di opinioni diverse, collaborazione, coscienza dei limiti del proprio lavoro se fatto isolatamente, condivisione di un Progetto di Cura, linguaggio comune <p>Responsabilità: individuali (responsabilità clinico-assistenziali dei singoli operatori) e di equipe (coordinamento)</p> <p>Attività: di equipe multiprofessionale* (assessment dei bisogni, stesura PAI, verifiche periodiche di appropriatezza PAI) e individuali (diagnosi medica,</p>

infermieristica, riabilitativa, sociale, cura, riabilitazione, assistenza)
 Sistema informativo: documentazione socio sanitaria comune
 Sistema di comunicazione: interna alla equipe (linguaggio comune*), esterna con paziente, famiglia e altri operatori
 Risultati attesi: efficienza nell'utilizzo delle risorse, efficacia dei processi di cura e assistenza, equità di accesso, soddisfazione

Formazione Processo finalizzato alla acquisizione di competenze (conoscenze, abilità, attitudini) da parte di

- professionisti: è attuata attraverso un processo di Long Life Learning (pre-laurea, post-laurea, ECM)
- paziente/caregiver: è attuata attraverso interventi di Educazione Sanitaria/Educazione Terapeutica

Governo Clinico Strategia messa in atto da una Azienda Sanitaria per assicurare assistenza di qualità. Prevede:

- Responsabilità organizzativa: programmazione, organizzazione, gestione e controllo del sistema di assistenza.
- Responsabilità clinica: scelte diagnostico-terapeutiche al singolo paziente

Sono strumenti del Governo clinico: pratica basata sulla evidenza (Assistenza sanitaria basata sulle prove e Medicina basata sulla evidenza), sistema informativo per la gestione della comunicazione, linee guida e percorsi di cura e assistenza, tecnologie sanitarie avanzate, conduzione di audit clinici, gestione del rischi, formazione continua e ricerca, attività in team multiprofessionale, partecipazione degli utenti

Sono Indicatori di qualità: sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza, partecipazione, equità

Integrazione Strategia finalizzata alla unificazione di risorse e processi diversi che però concorrono al consolidamento della qualità dei servizi.

1. Integrazione istituzionale: è integrazione fra Enti diversi (Aziende sanitarie, Enti locali..) attraverso atti giuridici (convenzioni). Vi appartiene la Integrazione socio-sanitaria (Normative: DLg 229/99, L 328/2000, DPCM 14.2.01, DPCM 29.11.01; LR 2/2003, LR 29/2004). Es. Comitato di Distretto, Conferenza territoriale socio-sanitaria
2. Integrazione gestionale:
 - · Risorse finanziarie: partecipazione economica di Enti diversi a programmi integrati (es. Fondo Regionale della non autosufficienza)
 - · Risorse umane: partecipazione operativa di professionisti diversi a progetti. (es. es. attività di equipe e RdC)
 - · Processi organizzativi: es. continuità di cure e assistenza
3. Integrazione comunitaria: partecipazione delle comunità locali (cittadini, rappresentanze) nelle politiche sanitarie e sociali

Indicatore (di Cure Primarie) Parametro numerico avente relazione con un Aspetto rilevante delle Cure Primarie ed in grado di descrivere-misurare questo Aspetto in termini quantitativi.

Un Indicatore si esprime come: numero (assoluto o media), frequenza %,

indice, tasso

Un Indicatore deve rispondere a precisi requisiti: facile da costruire, rilevante per l'aspetto, riproducibile, specifico, sensibile

Una classificazione degli Indicatori può essere:

1. Indicatori di Struttura: fanno riferimento a:
 - · struttura organizzativa (es. PUA)
 - · struttura assistenziale (es. ambulatori, residenze).
2. Indicatori di Processo: fanno riferimento a:
 - · attività in team (es. team ADI)
 - · attività integrate (es. DOP, percorsi di cura)
 - · coordinamento (es. coordinatore team ADI)
 - · partecipazione (es. caregiver).
3. Indicatori di Prodotto: fanno riferimento a:
4. Indicatori di Risultato (output): effetti in termini di servizio (es. presa in carico globale).
5. Indicatore di Esito (outcome): effetti su salute, autonomia, qualità di vita dell'individui.
6. Indicatore di Impatto: effetto di un intervento sulla salute della popolazione

Malattia cronica	Malattia che può essere tenuta sotto controllo attraverso azioni cumulative di terapia farmacologia, fisioterapia, supporto psicologico, educazione terapeutica
------------------	---

Nuclei di Cure Primarie	Unità Operative funzionali per la erogazione delle Cure Primarie. Sono formate da medici e pediatri di famiglia, infermieri e altre professioni sanitarie (assistenti sociali, terapisti della riabilitazione, educatori...). Erogano prestazioni sanitarie e socio-assistenziali fra loro coordinate. Afferiscono alle strutture di Cure Primarie (Distretto, Dipartimento di Cure Primarie, Case della salute...)
-------------------------	---

Obiettivo formativo	Dichiarazione di ciò che deve essere acquisito dal discente (professionista o paziente/ caregiver) in termini di abilità cognitive, pratiche e affettive. Deve essere chiaro, attuabile, osservabile e misurabile. Nella sua formulazione devono essere indicati: l'atto corrispondente alla competenza da acquisire (verbo attivo), il contenuto (la abilità), le condizioni per la esecuzione dell'atto (risorse), i criteri di accettabilità dell'atto
---------------------	---

Paziente complesso	<p>Paziente a complessità sanitaria: il paziente presenta una patologia fisica o mentale ad indice di severità elevato o è affetto da polipatologia o problemi di funzioni vitali richiedenti dispositivi tecnologici di sostituzione (es. per nutrizione, ventilazione...).</p> <p>Paziente a complessità assistenziale: il paziente è affetto da disabilità fisiche o mentali comportanti non autonomia nelle varie attività (mobilità, cura della persona, vita domestica) e richiede aiuto da parte di altri, anche con l' utilizzo di dispositivi fisici.</p> <p>Paziente a complessità socio-economico-familiare: il paziente presenza criticità ambientali legate al nucleo familiare (es. paziente anziano solo o che vive solo o con un coniuge anziano o che fa parte di una famiglia</p>
--------------------	---

multiproblematica), al luogo di vita (es. paziente senza fissa dimora, con abitazione priva di servizi igienici...), alla vita economica e lavorativa (es. paziente senza lavoro, con reddito insufficiente).

Percorso di cura e assistenza E' il tragitto che il paziente compie nei servizi della rete (domicilio, ambulatorio, residenza, ospedale) di volta in volta appropriati a rispondere ai bisogni multidimensionali di salute nelle diverse fasi di malattia e disabilità (esordio, fase acuta, fase post-acuta, fase di stabilità, ricadute, complicanze, terminalità)

Un percorso è un Processo e prevede Attività:

- Attività organizzative: sono le attività che definiscono le modalità di attuazione del Processo. Sono indicate da una specifica Procedura organizzativa che prevede Responsabilità e linee di Responsabilità nel passaggio da un servizio all'altro
- Attività cliniche: sono le attività di diagnosi e cura con Responsabilità medica
- Attività assistenziali: sono le attività di nursing infermieristico e tutelare, di riabilitazione e riattivazione funzionale ecc.... con Responsabilità dei professionisti sanitari (infermieri, fisioterapisti, dietisti....) e socio-assistenziali (assistenti sociali, operatori socio-assistenziali). Per le attività affidate alla famiglia si configurano Responsabilità familiari da definire nell'ambito del processo di alleanza terapeutica
- Attività di comunicazione, supporto psicologico, counselling, educazione terapeutica: sono attività che tutti gli professionisti devono sapere attuare e di cui hanno Responsabilità specifica
- Attività di coordinamento: sono le attività che consentono di unificare sul paziente le prestazioni svolte da professionisti diversi per obiettivi comuni. Garantiscono la continuità assistenziale nello stesso setting assistenziale o in setting diversi. Sono attività innovative rappresentate da:
 - coordinamento di team (team domiciliare o residenziale).
 - coordinamento del passaggio del paziente da un Servizio all'altro (es. dal domicilio all'ospedale o alla Residenza e viceversa). Sono richieste linee di Responsabilità fra i coordinatori dei diversi team coinvolti La principale attività è la comunicazione clinico-assistenziale attraverso la trasmissione di Documenti specifici.
 - coordinamento dell'intero Percorso di cura (governo clinico): serve un Responsabile complessivo che sia il punto di riferimento nelle varie fasi della malattia.

Un percorso di cura e assistenza ha le seguenti caratteristiche:

1. Scaturisce dalla valutazione multidimensionale dei bisogni effettuata in equipe nei nodi della rete dei servizi in cui il paziente viene visto (ambulatori, domicili, residenze, ospedali) utilizzando metodi e strumenti scientifici (WHO)
2. E' pianificato dai Piani Assistenziali Individuali (PAI) definiti in equipe in ogni nodo della rete in cui il paziente viene visto e stesi dai coordinatori delle varie equipe attraverso una sintesi clinico-assistenziale dei bisogni rilevati
3. Prevede la attivazione della partecipazione di paziente e famiglia

4. Richiede la organizzazione di cura e assistenza nei servizi in rete secondo Procedure organizzative, coordinamento degli accessi e dimissione dai servizi
5. Prevede la costante sorveglianza clinico-assistenziale del paziente nelle varie fasi della malattia e disabilità (esordio, fase acuta, fase post-acuta, fase di stabilità, ricadute, complicanze, terminalità) da parte dei vari operatori della equipe di cura e assistenza secondo le attività dello specifico professionale
6. Viene valutato periodicamente in termini di risultati di servizio (risorse utilizzate, processi attuati, costi sostenuti...) ed esiti (di salute, autonomia, qualità della vita del paziente, soddisfazione)
7. operatori della equipe di cura e assistenza secondo linee guida

Piano Assistenziale Individuale (PAI)	<p>Progetto di cura e assistenza che scaturisce dalla valutazione multidimensionale di bisogni. Per ogni bisogno individuato si deve definire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - setting assistenziale - interventi sanitari e tutelari - operatori sanitari e sociali, 3° settore, caregiver competente - farmaci, forniture (presidi, ausili)
PAI orientato al caregiver	PAI in cui sono ben indicati gli interventi del caregiver nella cura e assistenza, acquisito a seguito di Educazione Terapeutica
Presa in carico	<p>E' l'outcome (esito) di un percorso di cura e assistenza integrato nei servizi in rete. Il concetto di presa in carico è stato ben sintetizzato dal WHO con il termine di <i>getting things done</i>. La presa in carico richiede il riconoscimento di una Responsabilità complessiva (Responsabilità di presa in carico globale) e di linee di Responsabilità (Responsabilità dei singoli professionisti, Responsabilità del coordinatore di ogni equipe nei nodi della rete, Responsabilità del passaggio fra i vari nodi della rete.). Il Responsabile della presa in carico deve conoscere il paziente, sapere leggere i bisogni ed i Piani Assistenziali Individuali definiti dalle équipes, attivare le risorse necessarie e verificare periodicamente lo stato di salute del paziente, rivedendo attività e risorse al cambiamento dei bisogni.</p>
Problem-solving	Approccio secondo il quale il problema del paziente è il punto di partenza per identificare le conoscenze, le abilità e i comportamenti necessari per risolvere il problema stesso. Vi sono competenze che devono essere possedute dagli operatori e competenze che devono essere acquisite da paziente/caregiver
Promozione della salute	<p>Interventi di cure primarie finalizzati al mantenimento della salute attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - · azioni educative: educazione sanitaria orientata alla adozione di uno stile di vita corretto - · azioni politiche: es. pianificazione edilizia (impianti sportivi), tasse su generi voluttuari (alcol, fumo...), finanziamenti ai servizi pubblici, integrazione sociale, occupazione, raccolta differenziata rifiuti... - · azioni legislative: es. obbligo uso casco, cinture... - · azioni tecniche: es. vaccinazioni

Prevenzione	<p>Interventi di cure primarie finalizzate alla rimozione dei fattori patogeni attraverso interventi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - · Prevenzione primaria: rimozione dei fattori di rischio nel soggetto sano per evitare la malattia (es. interruzione della abitudine al fumo in soggetto sano) - · Prevenzione secondaria: diagnosi precoce di una malattia (es. diagnosi precoce tumori femminili), rimozione dei fattori di rischio in soggetto ammalato per prevenire ulteriori problemi (es. dieta ipolipidica, riduzione peso in paziente con sindrome metabolica per prevenire infarto) - · Prevenzione terziaria: rimozione dei fattori di rischio dopo malattia, disturbo per prevenire ricadute (es. dieta a seguito di infarto)
Profilo professionale (Job description)	<p>Ruolo, funzioni, compiti e attività relative ad una determinata professione.</p> <p>Ruolo: insieme di funzioni (es. ruolo medico, con funzioni di direzione, assistenza....)</p> <p>Funzione: insieme di compiti (es. funzione di direttore con compiti gestionali e clinici)</p> <p>Compito: insieme di attività (es. compito clinico con attività di diagnosi, cura, educazione terapeutica...)</p> <p>Attività: insieme di atti (es. attività di diagnosi con atti di EO, richiesta accertamenti, interpretazione referti)</p>
Responsabilità	<p>Esistono diverse tipologie di Responsabilità:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Responsabilità organizzative: <ul style="list-style-type: none"> Responsabilità di coordinamento dei percorsi di cura del singolo paziente. Sono affidate al Case Manager (CM). Se il paziente è complesso* il CM deve essere il Medico di famiglia Responsabilità di organizzazione dei servizi e delle attività nei confronti di tutti i Pazienti (es. di un Distretto): Medico di Sanità Pubblica · Responsabilità clinico-assistenziali <ul style="list-style-type: none"> Attività di cura e assistenza al paziente: singoli professionisti · Responsabilità familiari <ul style="list-style-type: none"> Partecipazione alla assistenza: caregiver · Linee di Responsabilità: indicano il passaggio di responsabilità del paziente nei diversi nodi della rete dei servizi attivati per garantire la continuità di cura e assistenza
Rete integrata dei servizi	<p>E' il collegamento funzionale dei servizi sanitari e socio-sanitari di 1° livello (servizi di Distretto), con i servizi di 2° e 3° livello (servizi di Ospedale), con i servizi sociali (Servizi dei Comuni) e con il 3° Settore. Aspetti della Rete sono:</p> <p>Mission: garantire continuità assistenziale ai pazienti ed appropriatezza delle prestazioni erogate a diversi regimi assistenziali</p> <p>Vision: relativa alla offerta dei servizi (integrazione professionale, sussidiarietà orizzontale e verticale, piani di cura e assistenza, presa in carico globale del paziente complesso)</p>
Salute multidimensionale	<p>Condizione riferita a 4 aree</p> <ul style="list-style-type: none"> · salute fisica: stato di funzioni e strutture del corpo

(WHO)	<p>salute mentale: stato intellettuale e psicologico</p> <p>salute sociale: vita domestica, lavorativa, economica, familiare, sociale, civile</p> <p>salute spirituale: valori religiosi, politici, ideologici, culturali...</p> <p>Le aree fanno parte di un individuo unico e l'approccio deve essere unitario, globale e con metodi e strumenti standardizzati. Questo approccio si chiama approccio bio-psico-sociale</p> <p>La Salute presenta:</p> <p>Aspetti positivi: bene-essere</p> <p>Aspetti negativi: male-essere (problemi, bisogni)</p>
Self-care, (autonomia di cura)	Capacità di eseguire specifiche azioni (abilità) di cura, assistenza tutelare, riabilitazione, acquisite a seguito di educazione terapeutica
Strategia	Approccio per risolvere un problema sulla base degli obiettivi fissati, tenendo conto contemporaneamente di risorse, ostacoli e vincoli
Verifiche	<p>Processo con cui si valuta il grado di raggiungimento di un Obiettivo riferito a Bisogni, Offerta, Risultati, Esiti</p> <p>Ogni Obiettivo deve essere corredato da Indicatori</p> <p>Modalità delle verifiche:</p> <p>Predisporre i documenti di registrazione delle informazioni</p> <p>Registrare i dati necessari per la costruzione dell'Indicatore</p> <p>Raccogliere i dati</p> <p>Elaborare i dati</p> <p>Giudizio basato su misure</p>
Valutazione multidimensionale dei bisogni	<p>E' la rilevazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menomazioni di funzioni e strutture del corpo: problemi di funzioni fisiologiche e parti anatomiche - Limitazioni di attività e partecipazione: problemi nella esecuzione di azioni, partecipazione a vita sociale, scolastica, lavorativa, economica - Barriere ambientali: ostacoli riferiti a ambiente fisico e sociale (abitazione, nucleo familiare, persone che forniscono aiuto, servizi) - Barriere personali: ostacoli legati a istruzione, professione, esperienze di vita, profilo di personalità <p>Utilizzando strumenti trasversali alle varie professioni</p>
Welfare di Comunità	<p>Azione di politica socio-sanitaria che mette al centro la Comunità locale (intera popolazione di un Comune, Distretto socio-sanitario) per tutelarne la salute attraverso molteplici azioni che possiamo così riassumere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definizione del Profilo di Comunità e dei suoi bisogni al fine di individuare le priorità di risposta - Informazione della Comunità sul proprio stato di salute ai fini della sua responsabilizzazione - Ascolto della Comunità per fare emergere le criticità attuali nella risposta ai bisogni da parte dei servizi - Sostegno alla autonoma iniziativa dei cittadini singoli e associati

(organizzazioni del 3° settore) nella risposta ai bisogni (*sussidiarietà orizzontale*) non per colmare vuoti ma per ottimizzare l'utilizzo delle risorse formali.

- Formazione della Comunità per fornire competenze di self-care ai pazienti, alle loro famiglie e al 3° settore
- 6. Integrazione del 3° settore con i servizi istituzionali