

# QUALI PROGETTI POSSIBILI DI EMPOWERMENT?

1<sup>a</sup> Edizione



*Institutional & Public  
Coaching Services*

**DIREZIONE SCIENTIFICA**

**Dott.ssa Francesca Cioffi**

Founder IPACS

[segreteria@ipacs.it](mailto:segreteria@ipacs.it)

[www.ipacs.it](http://www.ipacs.it)

## A scuola con le Istituzioni.

Un progetto per migliorare il rapporto con il cittadino e potenziare le competenze del singolo e della comunità.

L'esperienza del sistema socio-sanitario

Patrocino del Ministero della Salute

Con il patrocinio SIFEIT e ICF ITALIA e con la collaborazione di CittadinanzAttiva



**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**

**Dott. Claudio Pisanelli**

[santalucialife@libero.it](mailto:santalucialife@libero.it)

[www.santalucialife.it](http://www.santalucialife.it)

# RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano per il contributo fornito agli eventi istituzionali del 12 luglio e 12 settembre 2018

## RELATORI e MODERATORI

Dott.ssa Silvia Arcà, *Ministero Salute*  
Dr. Giuseppe Assogna, *Presidente Sifeit*  
Ing. Caterina Carbonardi, *ICF Italia*  
Dott.ssa Sara Carzaniga, *Agenas, Direzione Qualità ed Accreditamento*  
Dott.ssa Marina Cerbo, *Agenas, Direzione Innovazione e Sviluppo*  
Prof. Americo Cicchetti, *Direttore ALTEMS*  
Dott.ssa Francesca Cioffi, *Founder e CEO Ipacs*  
Dott.ssa Simona Creazzola, *Presidente SIFO*  
Dr. Fabrizio D'Alba, *Federsanità ANCI*  
Dr. Claudio D'Amario, *Ministero Salute, Direzione Generale Prevenzione*  
Prof.ssa Emilia De Gennaro, *Società di consulenza in Sanità ETHOS*  
Dott.ssa Jessica Faroni, *Presidente AIOP LAZIO*  
Dott.ssa Fernanda Gellona, *Direttore Generale Assobiomedica*  
Dott.ssa Lorella Lombardozi, *Regione Lazio*  
Dott.ssa Sabrina Lucatelli, *Strategia Nazionale Aree Interne*  
Dott.ssa Annalisa Mandorino, *Cittadinanzattiva*  
Dr. Gerardo Miceli Sopo, *Coordinatore Area del Farmaco ASL Roma2*  
Dr. Fulvio Moirano, *Direttore Generale ATS Sardegna*  
Dott.ssa Paola Pisanti, *Cabina di Regia PNC Ministero Salute*  
Dott.ssa Johan Rossi Mason, *Giornalista Medico Scientifico*  
Dott.ssa Mia Scotti, *Strategia Nazionale Aree Interne*  
Dr. Andrea Urbani, *Ministero Salute, Direzione Generale Programmazione Sanitaria*

## ESPERTI

Dr. Roberto Adrower, *Farmacia Privata*  
Dr. Antonino Annetta, *Farmacia Privata*  
Dr. Massimo Annicchiarico, *Direttore Generale ASL di Modena*  
Dott.ssa Marta Branca, *Direttore Generale I.R.C.S. Spallanzani*  
Dr. Antonio D'Urso, *Direttore Generale AOU Sassari*  
Dr. Marco De Martinis, *Coordinatore regionale Assofarm*  
Dr. Enrico Desideri, *Direttore Generale Azienda USL Toscana SUD-EST*  
Fulvio Flocari, *Presidente Commissione Consiliare Pianificazione del Territorio, Civitavecchia*  
Dott.ssa Patrizia Magrini, *Direttore Sanitario Aziendale I.R.C.S. Spallanzani*  
Dr. Messori Ioli, *Direttore Sanitario ASO Mauriziano, Torino*  
Dr. Narciso Mostarda, *Direttore Generale ASL Roma 6*  
Dr. Giuseppe Quintavalle, *Direttore Generale ASL Roma 4*  
Dr. Andrea Ricotti, *Data Manager ASO Mauriziano, Torino*  
Dr. Rizzo Giuseppe, *Innovation Development Researcher*  
Avv. Angelo Stefanori, *Direttore Generale Farmacap*

# CAPITOLO I

# INTRODUZIONE

La tematica dell' "Empowerment del cittadino" è molto attuale oggi nel mondo Istituzionale, presente nella programmazione delle Aree Interne e nella implementazione delle politiche sanitarie. In particolare, l'Empowerment è prioritario per chi si occupa di Engagement del paziente e dei suoi familiari, attuando il nuovo approccio di presa in carico "globale" dal Piano Nazionale Cronicità. E' determinante per i direttori generali che affrontano la tematica dell'integrazione dei setting e dei servizi formando i professionisti di salute e le Associazioni di tutela.

Come programmare interventi di policy finalizzati ad un empowerment della comunità locale? Come concretizzare una ordinaria programmazione socio-sanitaria attraverso una nuova modalità di interazione tra attori delle politiche sanitarie e delle politiche sociali?

È difficile comprendere praticamente quali progetti sono possibili per implementare, in ottica sinergica, l'empowerment degli operatori socio-sanitari, pazienti, comunità e cittadino. Il doppio appuntamento istituzionale, del 12 luglio e del 12 settembre, ha avuto l'obiettivo di accompagnare le istituzioni ad una riflessione strutturata e ad un commitment sintetizzato nel progetto dal titolo "A scuola con le Istituzioni".



# VISIONE IPACS

Le politiche pubbliche hanno per oggetto la res pubblica (cosiddette policies). Nel tentativo di produrre e distribuire i benefici tra i cittadini, spesso si rivolgono solo a piccoli gruppi, autoreferenziati.

Si ha spesso la sensazione che policy sia sinonimo di una prassi di gestione del potere finalizzato a se stesso e non alla produzione di "valore" per i cittadini.

Dove per valore si intende non necessariamente una innovazione tecnologica, ma soprattutto un beneficio legato al benessere e alla qualità di vita, attraverso il potenziamento dell'individuo, in termini di soft skill.

IPACS nasce pensando ad un futuro in cui sia il potenziamento dei cittadini la vera innovazione. Una "innovazione sociale" che rimette al centro delle policies il cittadino ed il suo progetto di vita, come fine ultimo.

Studi hanno evidenziato che il potenziamento del cittadino attraverso il coaching ha un impatto sulla qualità di vita. Come il processo decisionale pubblico può includere per default il potenziamento del cittadino?

Nel futuro IPACS si auspica di dimostrare che un set di "beni immateriali" come, ad esempio, "servizi integrati di mentoring, formazione, coaching" possa essere considerato una "tecnologia sanitaria" al servizio del cittadino. Un passo importante per rendere concreto l'approccio che vede il potenziamento individuale e dei gruppi uno strumento di policy.

È auspicabile un processo strutturato di raccolta delle evidenze e di misurazione dell'outcome, affinché i beni "cd immateriali" vengano considerati al pari di una "tecnologia sanitaria", a vantaggio di una comunità di individui.

Ipacs considera l'Empowerment come sommatoria di due fattori: il livello delle competenze individuali e di gruppo ed il livello di governo delle informazioni e comprensione della realtà (gestione delle dinamiche ambientali). La conoscenza e comprensione della realtà è accelerata dalla contaminazione di vari settori tra cui l'economico, il finanziario, l'artistico, l'antropologico tutti atti ad aprire spazi per meglio cogliere, creare consapevolezza e mettere a frutto le competenze acquisite e potenziate.



### *Institutional & Public Coaching Services*

Ipacs è una organizzazione che fa ricerca sociale avvalendosi di partner accreditati ICF e di ricercatori in ambito di politica socio-sanitaria. Utilizza metodologie di potenziamento individuale certificate in ambito internazionale, metodologie di raccolta delle evidenze e di assessment consolidate per misurare l'impatto del potenziamento delle capacità sui singoli sulle organizzazioni e sulle comunità.



# **SI RINGRAZIANO PER IL PATROCINIO:**

**SIFEIT**

**ICF**

**Ministero della Salute**

*Cabina di Regia Piano Nazionale Croncità*

# OBIETTIVI E MISSION SIFEIT

## OBIETTIVI

Promuovere attivamente il ruolo educativo, scientifico e di partnership della SIFEIT, coinvolgendo ogni possibile interlocutore interessato, allo scopo di farla diventare un riferimento per il mondo sanitario nazionale e le relative strutture pubbliche e private di riferimento.

Potenziare la cultura nell'ambito di: economia di prodotti e servizi per la sanità, valutazione dell'Innovatività (algoritmo), Outcome Research e Market Access, su tutto il territorio nazionale e in tutti gli ambiti pubblici e privati di riferimento.

Promuovere la formazione e l'aggiornamento continuo del mondo sanitario, farmaceutico e dei dispositivi medici.

Divulgare, alla classe medica, agli operatori del settore e alle strutture sanitarie pubbliche e private i risultati delle ricerche e/o delle valutazioni economiche sul farmaco, sui dispositivi medici e

di Outcome Research, per la relativa applicazione pratica.

## MISSIONE DELLA SOCIETÀ

Promozione e gestione di attività di studio, ricerca e formazione nel campo dell'economia del farmaco, dei medical device e campi correlati.

Formazione e aggiornamento tecnico scientifico del mondo sanitario e farmaceutico

Divulgazione delle conoscenze e dei risultati delle ricerche farmaco economiche e/o di Outcome Research.





# INTERNATIONAL COACH FEDERATION

**ICF** è la più grande associazione di coach professionisti al mondo.

**ICF Global** associa oltre 31000 membri (oltre 700 iscritti sono italiani), in 141 nazioni e nasce nel 1995.

**ICF Italia** è il chapter italiano dell'International Coach Federation. Essere parte di ICF Italia significa contribuire attivamente allo sviluppo e alla diffusione del Coaching secondo i principi etici e professionali dell'ICF.

## **MISSION E OBIETTIVI**

Il suo scopo è quello di sviluppare, sostenere e preservare l'integrità della professione di coach e di porsi come punto di riferimento per accrescere la fiducia del pubblico per il mondo del Coaching. ICF ha contribuito a redarre la normativa tecnica

sul servizio e sulla professione di Coaching ed è iscritta nell'elenco del Ministero dello Sviluppo Economico tra le associazioni che rilasciano attestato di qualità dei servizi (Legge n° 4/2013). Partecipa al tavolo UNI per definire la normativa sulla qualità del servizio offerto dal Professionista (attuale norma UNI 11601).



# PIANO NAZIONALE CRONICITÀ

Il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali e necessitando di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro Paese.

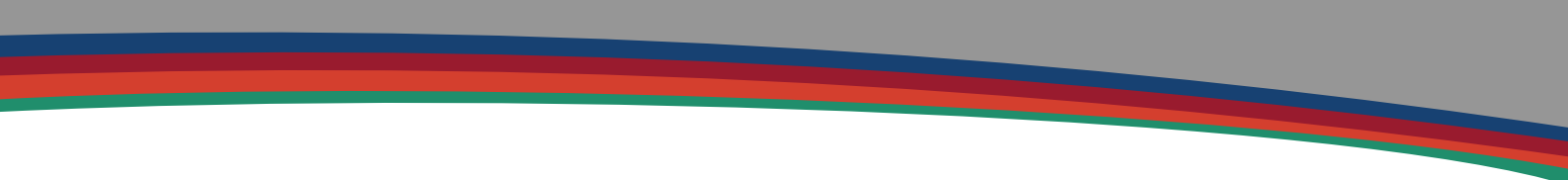
Il Piano nazionale della Cronicità (PNC) nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, proponendo un documento, condiviso con le Regioni, che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individui un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Il fine è quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

# STRATEGIA AREE INTERNE

La Strategia Nazionale per le Aree Interne è una politica nazionale con una forte valenza locale, che opera per promuovere la ricchezza e la diversità conservata nei luoghi più remoti del Paese, migliorando la qualità dei servizi ai cittadini e stimolando la capacità delle persone che vivono in queste aree di immaginare e realizzare nuovi percorsi per l'innovazione e il cambiamento.

La Strategia interviene non solo sui diritti e sulle libertà sostanziali, ma si preoccupa dei contesti territoriali, puntando a creare nuove opportunità di lavoro e ricchezza per gli individui. Il fine ultimo è quello di preservare e attivare quegli "spazi di libertà", in grado di arrestare lo spopolamento di una porzione del nostro Paese che, con il 60% della superficie territoriale, il 51% dei Comuni, il 22% della popolazione, è tutt'altro che marginale.

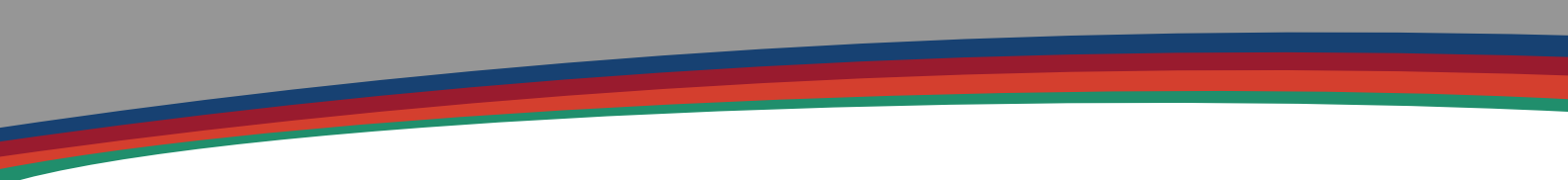
Sono considerate "interne" le aree caratterizzate da una significativa distanza dai principali centri di offerta di servizi essenziali; una disponibilità elevata d'importanti risorse ambientali (risorse idriche, sistemi agricoli, foreste, paesaggi naturali e umani) e risorse culturali (beni archeologici, insediamenti storici, abbazie, piccoli musei, centri di mestiere); un territorio complesso, esito delle dinamiche dei vari e diversi sistemi naturali e dei peculiari e secolari processi di antropizzazione e spopolamento che li hanno caratterizzati.



La Strategia Nazionale, coordinata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri e alla quale partecipano alcuni Ministeri, tutte le Regioni e la Provincia Autonoma di Trento, trova nei principi-cardine affermati dall'art. 3 della Costituzione i valori fondanti, ponendosi come una forma d'attuazione del principio di uguaglianza sostanziale, e si prefigge di:

- intercettare e rimuovere ostacoli ai fenomeni già in atto di innovazione produttiva, sociale e amministrativa;
- costruire una visione condivisa di come si vive e come si vivrà fra 20 anni in questi territori;
- piegare le politiche settoriali fondamentali (scuola-salute-mobilità-rete) alle esigenze/opportunità di queste terre (anziché sussidi e deroghe);
- fare tutto questo sulla base delle idee/proposte/soluzioni che processi partecipati (pubblico-privato-sociale), governati dallo Stato, fanno emergere;
- documentare obiettivi e risultati attraverso indicatori rilevabili e resi pubblici in formato open, discutendoli attraverso esercizi di monitoraggio attivo e partecipato.

La Strategia Nazionale per le Aree Interne ha, quindi, il duplice obiettivo di migliorare la quantità e qualità dei servizi di istruzione, salute, mobilità (e quindi di "cittadinanza") e di promuovere progetti di sviluppo che valorizzino il patrimonio naturale e culturale delle aree interne del Paese, puntando sulla rinascita delle filiere produttive locali e sulla promozione di nuove filiere (per favorire l'accesso al "mercato"). Al primo obiettivo sono assegnate le risorse nazionali, appositamente stanziare nel bilancio dello Stato; al secondo obiettivo concorrono le risorse provenienti dalla programmazione regionale, soprattutto di natura comunitaria (FESR, FSE,

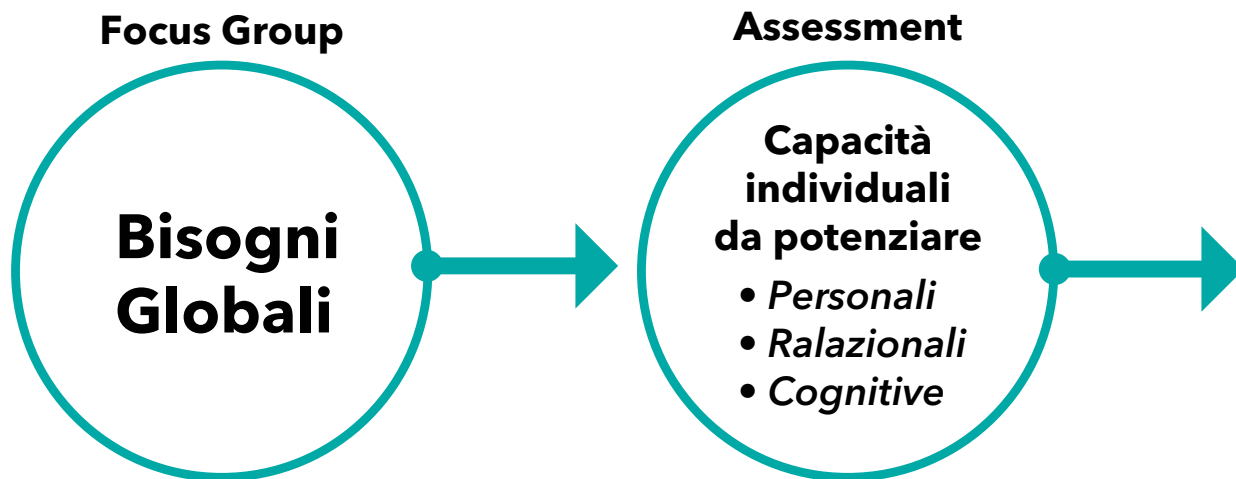


FEASR, FEAMP).

Intorno a questi obiettivi la Strategia Nazionale Aree Interne ha mobilitato, nel corso degli anni, centinaia di funzionari pubblici, appartenenti alle strutture centrali e periferiche dell'amministrazione pubblica, più di un migliaio di sindaci, decine di migliaia di cittadini, oltre che università, imprese, associazioni, diffondendo, anche nelle città, una "cultura delle aree interne" che ne ribadisce l'importanza e la centralità per il futuro del nostro Paese.

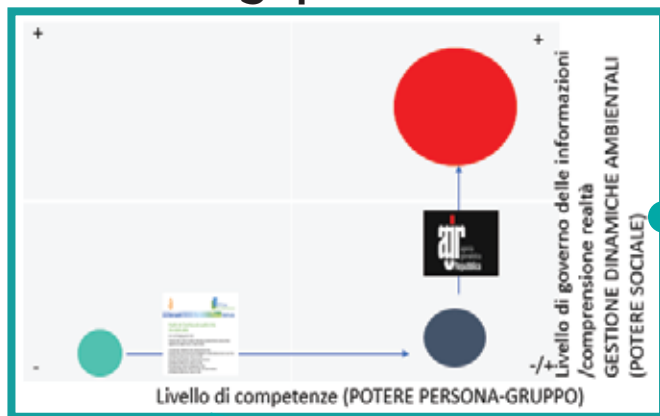
Le aree progetto selezionate sono 72 in tutto il Paese, per un totale di 1.077 Comuni e 2.072.718 abitanti. Il 55% degli abitanti delle aree progetto vive in aree classificate come "periferiche" o "ultra-periferiche", ovvero che distano almeno 40 minuti dai proprio poli di riferimento per l'accesso ai servizi essenziali. Il finanziamento previsto per gli interventi programmati nelle prime 29 aree interne che hanno chiuso le proprie Strategie d'area è pari a 514 milioni di euro.

# LA PIATTAFORMA IPACS



Collega i bisogni e le competenze agli obiettivi di sistema e misura il processo di raggiungimento degli obiettivi e l'impatto sui singoli e comunità

## Analisi gap vs obiettivo



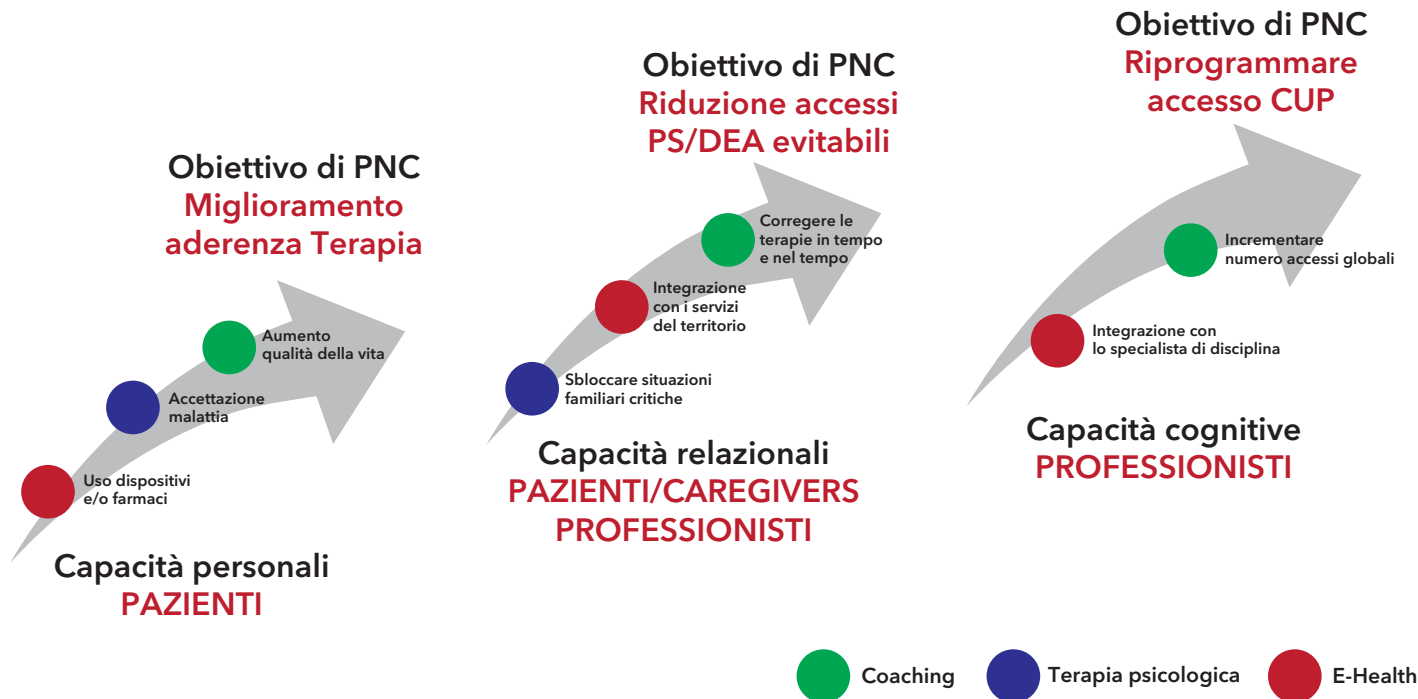
## Outcome

**RAGGIUNGIMENTO  
OBIETTIVO  
DI SISTEMA**

Potenziamento capacità  
miglioramento qualità di vita



# Esempi di collegamento tra obiettivi di sistema e potenziamento capacità individuo-gruppi secondo la piattaforma IPACS





Testo e progetto di Francesca Cioffi, tutti i diritti riservati.  
Il progetto descritto nel presente documento è ideato, sviluppato e realizzato da Francesca Cioffi, che ne è la esclusiva titolare.  
"IPACS" è un marchio di Francesca Cioffi.

*[www.ipacs.it](http://www.ipacs.it)*  
*[info@ipacs.it](mailto:info@ipacs.it)*  
*[segreteria@ipacs.it](mailto:segreteria@ipacs.it)*



# Piano Nazionale Cronicità

## Aree di Lavoro

1. Mappare i bisogni assistenziali globali
2. Influenzare la storia delle cronicità: dalla prevenzione alla cura
3. Integrazione tra i servizi e misurare i risultati

### Raggiungimento di obiettivi di Sistema

- ad esempio:
- riduzione R.O. evitabili
  - riduzione accessi PS/DEA evitabili

**Potenziamento di competenze**  
Personali, Relazionali, Cognitive  
*Pazienti, Caregivers, Professionisti, Associazioni*

# L'ESPERIENZA AGENAS:

strumenti per la valutazione e il miglioramento della qualità dell'assistenza

- Checklist (142 Item)
- Guida all'utilizzo della Checklist
- Diario di Bordo
- Documento di indirizzo per la predisposizione ed il monitoraggio dei piani di miglioramento

The image shows a screenshot of a detailed checklist document. It is divided into several sections, each with a title and a table of items. The sections include:

- Sezione 1 - Per la valutazione della qualità di lavoro**: This section contains a table with columns for 'Area', 'Descrizione dell'attività', 'Criterio di valutazione', 'Punteggio', 'Data', 'Firma', and 'Note'. It lists various activities related to patient care and staff management.
- Sezione 2 - Strumento di controllo per la valutazione comparata del grado di maturazione delle strutture di lavoro**: This section contains a table with columns for 'Area', 'Descrizione dell'attività', 'Criterio di valutazione', 'Punteggio', 'Data', 'Firma', and 'Note'. It lists various activities related to the evaluation of work structures.

PROGETTAZIONE

+

SPERIMENTAZIONE

+

IMPLEMENTAZIONE

CONDIVISE

# RIFERIMENTI INTERNAZIONALI

-  United Kingdom - Released 12 February 2016
-  Mexico - Released 7 January 2016
-  Australia - Released 15 November 2015
-  Japan - Released 21 August 2015
-  Portugal - Released 27 May 2015
-  **Italy** - Released 15 January 2015
-  Turkey - Released 25 November 2014
-  Norway - Released 21 May 2014
-  Czech Republic - Released 25 June 2014
-  Denmark - Released 30 April 2013
-  Sweden - Released 12 December 2013
-  Korea - Released 21 March 2012
-  Israel - Released 26 November 2012

## OECD SERIES ON HEALTH CARE QUALITY REVIEWS

Analizzare che cosa funziona e cosa non funziona in diversi paesi e fornire raccomandazioni per migliorare i sistemi sanitari



Ogni report mette in evidenza le **migliori pratiche** e offre **raccomandazioni** per il miglioramento

## 1° RACCOMANDAZIONE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ IN ITALIA:

Rafforzare la governance della qualità dell'assistenza sanitaria, coinvolgendo i cittadini nei processi di verifica e revisione della qualità

# 142 INIZIATIVE REGIONALI



## DATA BASE ON-LINE PUBBLICO

EMPOWERMENT INDIVIDUALE	EMPOWERMENT ORGANIZZATIVO	EMPOWERMENT DI COMUNITÀ
76	52	14
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acquisire stili di vita e comportamenti più corretti</li> <li>• Gestire e prendere in carico la propria malattia - cronicità</li> <li>• Accedere all'organizzazione dei servizi</li> <li>• Accedere al processo decisionale di cura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condividere il processo decisionale di cura</li> <li>• Condividere la pianificazione dei servizi</li> <li>• Condividere la gestione dei servizi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fare ascoltare la propria voce</li> <li>• Contribuire al governo locale della comunità</li> </ul>

# LA PROCEDURA DI VISITA: IL LAVORO «SUL CAMPO»





# LE NUOVE «PAROLE CHIAVE» PER LA CRONICITÀ

- salute "possibile" legata alle condizioni della persona;
- centrare l'assistenza sul paziente/persona (illness), e non sul caso clinico (disease);
- mantenimento e co-esistenza, e non solo guarigione; accompagnamento e non solo cura
- risorse del paziente, e non solo risorse tecnico-professionali degli operatori;
- empowerment come abilità a "fare fronte" alla cronicità e sviluppo della capacità di autogestione (self care);
- approccio multidimensionale e di team e non solo relazione "medico-paziente";
- presa in carico pro-attiva ed empatica e non solo risposta assistenziale all'emergere del bisogno;
- "patto di cura" con il paziente e non solo compliance alle prescrizioni.



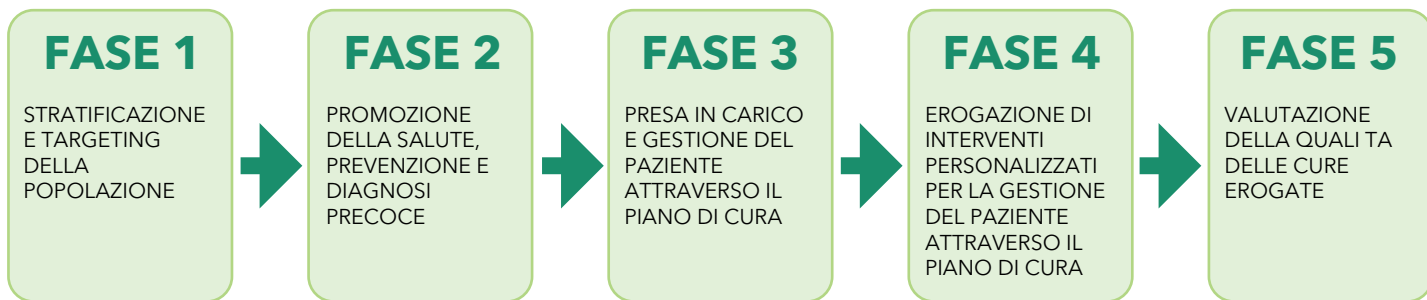
# GLI OBIETTIVI DEL PIANO

## Il Piano intende favorire:

- il buon funzionamento delle reti assistenziali, con una forte integrazione tra l'assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale, e le cure specialistiche;
- la continuità assistenziale, modulata sulla base dello stadio evolutivo e sul grado di complessità della patologia;
- l'ingresso quanto più precoce della persona con malattia cronica nel percorso diagnostico - terapeutico multidisciplinare;
- il potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri, anche attraverso l'uso di tecnologie innovative di "tecnoassistenza";
- modelli assistenziali centrati sui bisogni "globali" del paziente e non solo clinici;
- il piano segna una svolta importante nell'approccio alla malattia: la persona diviene il centro del sistema di cure

# IL MACRO-PROCESSO DI GESTIONE

Il Piano, dopo una definizione del contesto e dei principi generali, illustra il macro-processo della gestione della persona con cronicità, che si sviluppa attraverso le seguenti fasi:



Nel Piano sono elencate e descritte, per ogni singola fase i risultati attesi (nonché le principali macroattività, gli obiettivi e le proposte di intervento) del percorso di gestione della persona con malattia cronica.

# OBIETTIVI SPECIFICI DELLA CABINA DI REGIA

Guidare e gestire gli interventi previsti dal Piano definendone la tempistica

Coordinare le attività per il raggiungimento dei singoli obiettivi di Piano

Monitorare la realizzazione dei risultati

Promuovere l'analisi e il confronto sulle esperienze locali di nuovi modelli di gestione della cronicità

Diffondere i risultati delle buone pratiche e promuovere la loro adozione sul territorio nazionale

Raccogliere dati e informazioni sui costi connessi alla gestione della cronicità

Valutare nuovi sistemi di remunerazione e formulare proposte in merito

Produrre una relazione periodica sugli obiettivi realizzati

Proporre l'aggiornamento del Piano

Proporre la produzione e l'inserimento nella II parte del Piano di capitoli dedicati ad altre patologie croniche

# MONITORAGGIO E DIFFUSIONE ESPERIENZE

## RILEVAZIONE DELLE ESPERIENZE REGIONALI

attraverso un format che permetta di descrivere le diverse iniziative avviate relativamente ai seguenti aspetti:

- strumenti di stratificazione della popolazione per patologia e bisogno assistenziale attraverso flussi correnti;
- PDTA elaborati a livello regionale / aziendale;
- modelli di presa in carico della cronicità che garantiscano integrazione tra professionisti e servizi.

# LA STRUTTURA SPECIFICA DEL PNC



*Ministero della Salute*

Il PNC tiene conto del "Model of Innovative and Chronic conditions (ICCC)" che aggiunge al CCM una visione focalizzata sulle politiche sanitarie

## Framework of Positive Policies

Strengthening of alliances • Development and assignation of human resources • Policy integration  
Support from the legislative framework • Guarantee of suitable financing • Leadership and support

### Community

Awareness and taking away stigma

Promoting better results through leadership and support

Mobilization and coordination of resources

Provision of complementary services

### Health Organization

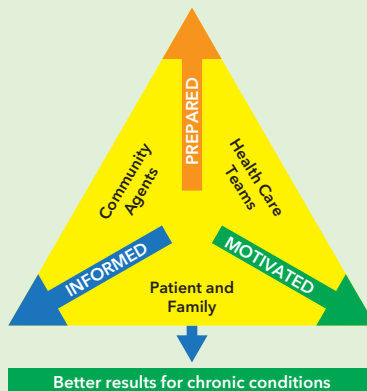
Fostering continuity and coordination

Promoting quality through leadership and incentives

Organization and funding of the health care teams

Use of information systems

Support for self-care and prevention



# IL PUNTO DI VISTA DI CITTADINANZATTIVA

## Corretta presa in carico e gestione delle cronicità: UN'URGENZA IMPROCRASTINABILE



Si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche; il dato diviene ancora più preoccupante alla luce delle più recenti proiezioni epidemiologiche, secondo cui nel 2020 esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie del mondo. Nella regione europea dell'OMS, malattie come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, i disturbi del sonno, il diabete, l'obesità, la depressione, la demenza, l'ipertensione, colpiscono l'80% delle persone oltre i 65 anni e spesso si verificano contemporaneamente nello stesso individuo. Ed entro il 2060 si prevede che il numero di europei con età superiore a 65 anni aumenti da 88 a 152 milioni, con una popolazione anziana doppia di quella sotto i 15 anni.

In Europa, si stima che le malattie croniche, nel complesso, siano responsabili dell'86% di tutti i decessi e di una spesa sanitaria valutabile intorno ai 700 miliardi di euro per anno.

L'ultimo Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità (**CNAMC-Cittadinanzattiva**) in sintesi riporta che l'**80,65%** degli intervistati afferma di **non essere stato coinvolto** in corsi/incontri di formazione (eventualmente rivolti anche a familiari) **per aumentare la consapevolezza della propria malattia e la sua gestione**. Il restante 19.35% specifica che i corsi sono stati promossi maggiormente dalla ASL di appartenenza.

# CAPITOLO III

# INTRODUZIONE

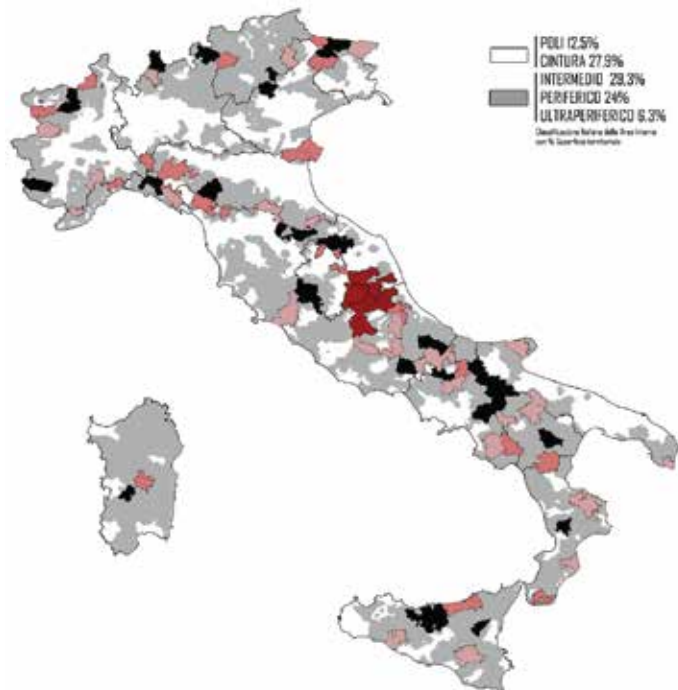
L'empowerment dell'individuo, inteso come raggiungimento e potenziamento del ben-essere individuale trova un ampio riconoscimento già nei padri fondatori dell'economia politica classica come Smith, Marx e nel pensiero filosofico greco, in particolare di Aristotele. Le teorie dell'economista indiano Amartya Sen, già dal 2001 riprendono il concetto di qualità di vita dell'individuo, valutandola non in riferimento alle risorse ed ai redditi, ma in relazione alla "capacità" di conseguire funzionamenti di valore. Sen nella sua teoria della "capacità" (ciò che le persone sono in grado di fare e di essere) argomenta che la libertà di scelta è il parametro più adeguato per permettere alle persone di fare scelte di valore. La conseguenza di questo approccio teorico è la proposta di un cambiamento prospettico del "welfare", nel quale capacità dell'individuo diventa un obiettivo delle politiche pubbliche. La soluzione proposta è che i governi intervengano programmando la realizzazione piena degli individui, all'interno di un quadro in cui i valori centrali siano la libertà, l'uguaglianza, le pari opportunità e la dignità umana. L'attenzione verso il benessere della popolazione implica una crescita di capitale umano che è senz'altro di beneficio per lo sviluppo dell'economia. Secondo Sen i decisori politici devono dotare i cittadini di servizi sociali di base, considerando prioritario per la società, la persona, la qualità della vita degli individui.

La filosofa americana Martha Nussbaum rivisita la teoria di Sen integrandola con la visione aristotelica dell'essere umano, secondo cui l'individuo debba condurre una vita degna, poiché la persona deve essere intesa come fine e non come mezzo per fini altrui. La Nussbaum, cita dieci elementi che considera necessari ad un funzionamento umano: vita, salute fisica, integrità fisica, sensi immaginazione e pensiero, sentimenti, ragione pura, appartenenza, altre specie, gioco.

In questo capitolo sono sintetizzate le principali esperienze avviate a valle del doppio appuntamento istituzionale del 12 luglio e 12 settembre.

# L'ESPERIENZA DI AREE INTERNE

## LE 72 AREE SELEZIONATE



Le Aree Interne italiane rappresentano il 52% dei comuni, il 22% della popolazione e circa il 60% della superficie territoriale del Paese

Le 72 aree selezionate comprendono 1077 Comuni coinvolti (oltre il 13% dei Comuni italiani), circa il 3,5% della popolazione nazionale (2 milioni e 100 mila abitanti al 2011) e 16,7 % del territorio nazionale

72 AREE





# GLI OBIETTIVI DELLA STRATEGIA

- Focalizzare l'attenzione del policy-maker su **territori** che devono tornare a essere una **Questione Nazionale** e un asse importante del rilancio del Paese
- **Migliorare l'uso delle risorse** (il capitale territoriale: risorse naturali, patrimonio culturale, i saperi locali...)
- **Aumentare il benessere** delle popolazioni locali (migliorare sia le condizioni di «cittadinanza» sia le opportunità di lavoro)
- **Ridurre i costi sociali della de-antropizzazione** (dissesto idro-geologico, degrado dei paesaggi, perdita conoscenze e tradizioni, capitale edilizio in disuso....)
- **Rafforzare i Fattori di Sviluppo Locale** (quali vocazioni per questi territori?)



**INVERTIRE IL TREND DEMOGRAFICO DELLE AREE INTERNE**

# LE PRINCIPALI INNOVAZIONI DELLA STRATEGIA

## LE 5 INNOVAZIONI DELLA STRATEGIA

- La Dimensione Nazionale e la **Governance multi-livello** (Centro - Regioni - Associazioni/Unioni di Comuni)
- **Due linee di azione convergenti e interdipendenti**: investimenti su filiere «chiave» e gli interventi sui Servizi, attorno a filiere cognitive
- **L'impegno Multi-fondo** per sostenere le Aree Selezionate (Fondi nazionali più Fondi strutturali: FESR, FSE e FEASR ma anche altro...)
- Riguarda un **numero limitato di aree per Regione**, di cui la prima detta prototipo, per avviare un processo di apprendimento e replicazione dei meccanismi virtuosi riscontrati
- La selezione è pubblica e avviene attraverso un processo trasparente e condiviso (**OpenKit Aree Interne**)
- «Risultati Attesi» & «Attori Rilevanti»

# SALUTE

## TEMI CHIAVE EMERSI DALLE AREE

- Eccessivo ricorso all'ospedalizzazione per condizioni trattabili dai servizi territoriali
- Bassa quota di anziani che fruiscono di Assistenza Domiciliare Integrata
- Lunghe attese dei mezzi di soccorso territoriali in casi di emergenza sanitaria
- Lontananza dei servizi ambulatoriali per l'esecuzione di specifici trattamenti e degli ambulatori dei Medici di Medicina Generale / Pediatri di Libera Scelta
- Orografia delle aree e competenza territoriale pianificata su più comuni comportano grandi difficoltà nel governare il sistema di reclutamento del personale medico sul territorio
- Servizi non orientati/adeguati alle fasce deboli

# SALUTE

## AZIONI PROPOSTE DAI TERRITORI

La sperimentazione del **superamento della visione ospedalocentrica** dell'assistenza attraverso:

- Modelli organizzativi di assistenza primaria e facilitazione della **continuità tra ospedale e territorio**:
  - Assistenza domiciliare integrata (ADI)
  - Infermiere di comunità, ostetrica di comunità, pediatri di iniziativa
  - Farmacie che erogano servizi collegati agli ospedali
  - Punti di salute
  - Empowerment del paziente
- Strumenti di telemedicina, teleassistenza, tele-refertazione
- Miglioramento dell'organizzazione territoriale delle **rete di emergenza-urgenza** e l'infrastrutturazione necessaria per rendere il tempo allarme target accettabile
- Integrazione tra il sociale ed il sanitario



# L'ESPERIENZA DELLA REGIONE PIEMONTE

**La Direzione Generale pro tempore (nota prot 14272 del 25 giugno 2018):**

in applicazione della macro fase 4 del PNC: erogazione interventi personalizzati

La **CABINA DI REGIA NAZIONALE** ha il compito di coordinare a livello centrale l'implementazione del Piano e monitorarne l'applicazione e l'efficacia.

(dm 11 dicembre 2017)



**QUESTIONARIO**  
di ricognizione sui bisogni di salute ed attività locali di empowerment in regione Piemonte



**N.29**  
**STRUTTURE**  
**RISPONDENTI**

**N.17**  
**PATOLOGIE**  
**INTERESSATE**

# QUESTIONARIO RICOGNIZIONE ATTUALE

## Aree di indagine

**Definizione  
Empowerment (E)**



**Definizione dei  
bisogni di cura del  
paziente**

**Azioni messe in  
pratica per migliorare  
obiettivi di  
umanizzazione del  
team multidisciplinare**

**Azioni messe in  
pratica per migliorare  
Assistenza  
socio-sanitaria**

**Grado conoscenza  
e utilizzo degli  
strumenti di  
empowerment**

# QUESTIONARIO RICOGNIZIONE ATTUALE

## Chi ha risposto

N	STRUTTURA	CHI
1	ASL CN 1	MANUELA RUATTA
2	AZIENDA OSPEDALIERA S. CROCE E CARLE - CUNEO	DIREZIONE SANITARIA
3	AOU MAGGIORE DELLA CARITA' - NOVARA	DIPARTIMENTO QUALITÀ
4	ASL TO 4	E. ANSELMO
5	MARIANNA AOU S. LUIGI GONZAGA ORBASSANO (TO)	MONTEROSSO
6	ASL VC	DISTRETTO VERCELLI
7	ASL NO	GIORGIO PRETTI
8	ASL TO 4	VALERIA AZZOLINI
9	ASL TO 4	GIRALPA
10	ASL TO 5	RINALDA MAURIZIA
11	ASL AL	C. RABAGLIATI
12	ASL AL	M. BRUSA
13	ASL AT	C. CHIALVI
14	ASL ASTI	A. MESTO
15	ASL BI	BARBARA BRAGANTI
16	ASL CITTÀ TORINO	MARA FANI
17	AO ALESSANDRIA	M. DESPERATI
18	APU CITTÀ DELLA SALUTE TORINO	F. BORELLI
19	AOU CITTÀ DELLA SALUTE TORINO	DI MARCO
20	AOU CITTÀ DELLA SALUTE TORINO	D. GRIFFA
21	ASL CUNEO 2	E. LAUDANI
22	ASL AT	R. BRODA
23	ASL VCO	BARTOLOMEO FIGLI
24	ASL TO 4	C. MOLLARI
25	ASL TO 4	S. SAVOLDI
26	ASL TO 3	S. VENUTI
27	ASL CN2 ALBA -BRA	F. CORRADINI
28	ASL AT	C. BONAVOLONTA
29	AO MAURIZIANO TO	B. MITOLA

## Su quali esperienze

Elenco patologie in cui sono state effettuate esperienze di progetti di empowerment:

1. Diabete
2. Oncologia
3. Obesità
4. Bpco
5. Microlesioni
6. Esito grandi ustioni
7. Cerebrolesioni
8. Scompenso cardiaco
9. Rischio di scompenso cardiaco
10. Malattie sessualmente trasmissibili
11. Consumo sostanze
12. Prevenzione incidenti per alcool adolescenziale (peer education)
13. Asma
14. Disturbi respiratori sonno correlati
15. Malattia renale cronica
16. Crohn
17. IBD



# QUESTIONARIO RICOGNIZIONE ATTUALE

## Obiettivi per tipologia di target

### Cittadino



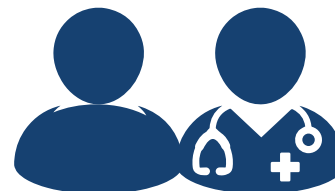
1. Partecipazione attiva nei processi di cura
2. Partecipazione attiva nei percorsi di cura
3. Alleanza terapeutica medico-paziente
4. Collaborazione nella valutazione obiettivi salute
5. Riduzione utilizzo improprio dei servizi
6. Riduzione degli accessi impropri in PS e RO
7. Migliorare rapporto di fiducia con operatori
8. Valorizzare come "essere unico"
9. Comunicazione e dialogo

### Professionista



1. Presa in carico globale e personalizzata paziente
2. Percorsi strutturali per utente e per famiglia
3. Partecipazione attiva nei processi di cura
4. Migliorare qualità clima interno
5. Migliorare collaborazione e confronto con gruppi interdisciplinari
6. Migliorare leadership informale
7. Aprire strutture di RO per oltre 6 ore al giorno ai familiari/caregiver
8. Consenso informatico in 7 lingue e modalità operative per attivazione
9. Uniformare procedure accoglienza dei reparti
10. Uniformare procedure di funzionamento dei reparti
11. Gestione integrata tra MMG e specialista del paziente
12. Migliorare esperienze di auto-mutuo-aiuto
13. Migliorare compliance terapeutica

### Comunità



1. Semplificare i percorsi
2. Facilitare il processionale decisionale dei cittadini
3. Facilitare approccio ed integrazione multidisciplinare e multiprofessionale
4. Migliorare la qualità del clima interno
5. Creare consenso sociale
6. Migliorare il rapporto fra sistema sanitario e cittadini
7. Migliorare l'accesso consapevole alle prestazioni sanitarie
8. Migliorare accessibilità fisica, con forte visibilità dei luoghi di cura
9. Riduzione del contenzioso
10. Sviluppare leadership informale

# QUESTIONARIO RICOGNIZIONE ATTUALE

## Impatti sul sistema

**Equità  
sanitaria**

**Sicurezza  
paziente**

**Ottimizzazione  
e miglioramento  
servizi offerti**

**Ottimizzazione  
percorsi di cura**

**Facilitare  
l'integrazione  
multidisciplinare ed  
interdisciplinare**

**Facilitare la  
comunicazione  
tra il cittadino ed  
il team  
multidisciplinare**

**Riduzione  
inappropriatezza**

**Promuovere  
stili di vita per  
la salute e  
benessere**

# QUESTIONARIO RICOGNIZIONE ATTUALE

## I principali target

Pazienti affetti da  
patologie croniche

Caregivers  
(n.2 per gruppo  
di pazienti)

Direttori  
distretto

Medici afferenti  
alle aggregazioni  
funzionali

Professionisti  
in ambito di  
percorsi di  
Empowerment

Professionisti  
primary care

Rappresentanti di  
Associazioni a  
tutela dei pazienti

Rappresentanti  
delle Aree Interne  
Comune

# QUESTIONARIO RICOGNIZIONE ATTUALE

## Azioni miglioramento qualità assistenza

70-80%

Definizione di percorsi  
(raccomandazioni linee  
guida, algoritmi)

70-80%

Attività formativa su  
come creare nuove  
iniziative per migliorare  
la qualità dei servizi ai  
pazienti

70-80%

Attività formative sulla  
comprensione empatica  
della situazione della  
persona con cronicità

50-60%

Attività formativa  
sull'aderenza alla terapia

50-60%

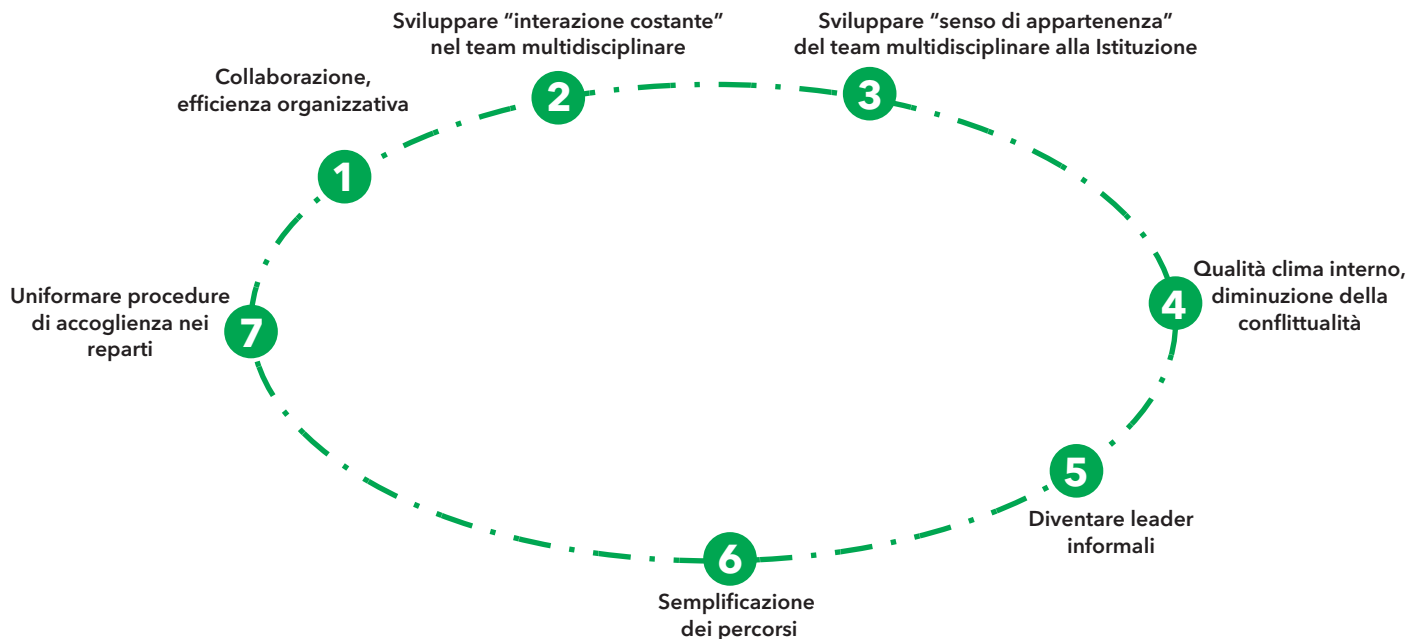
Attività formativa  
su come innovare nei  
servizi ai pazienti

50-60%

Sportello di ascolto del  
cittadino per la  
definizione della qualità  
dell'assistenza e dei  
percorsi

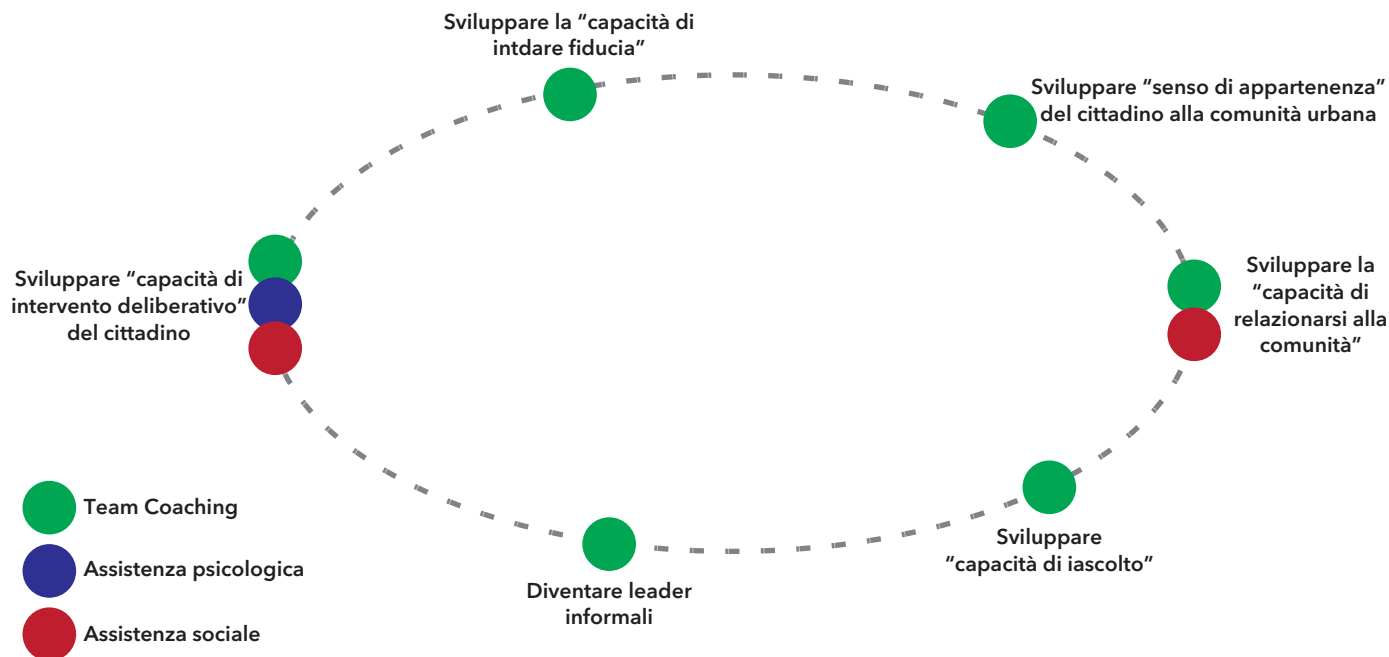
# QUESTIONARIO RICOGNIZIONE ATTUALE

**Livello organizzativo e di comunità:  
quali obiettivi realizzabili con strumenti di coaching in ambito sanitario?**

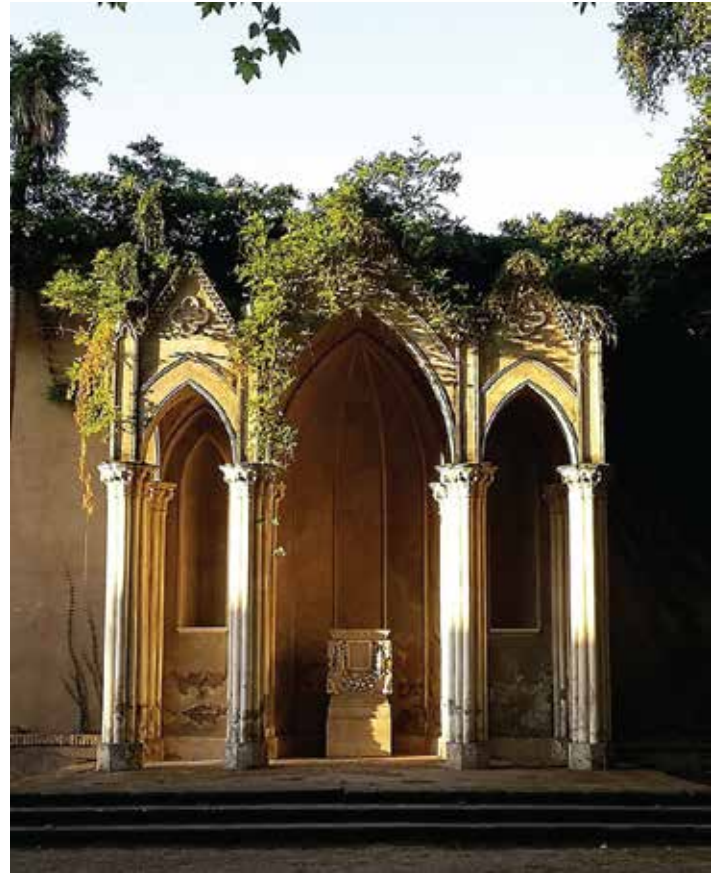


# QUESTIONARIO RICOGNIZIONE ATTUALE

Livello organizzativo e di comunità:  
quali obiettivi realizzabili in ambito sociale?











# QUALI PROGETTI POSSIBILI DI EMPOWERMENT?

Commitment strategico condiviso  
tra gli operatori di salute

1<sup>a</sup> Edizione

**ipacs**

Institutional & Public  
Coaching Services

DIREZIONE SCIENTIFICA

Dott.ssa Francesca Cioffi

Founder IPACS

[segreteria@ipacs.it](mailto:segreteria@ipacs.it)

[www.ipacs.it](http://www.ipacs.it)

**12 luglio**

Nobile Collegio Chimico Farmaceutico

Via In Miranda n. 10 - Roma

**12 settembre**

Villa Celimontana

Via della Navicella - Roma

Patrocino del Ministero della Salute

Con il patrocinio SIFEIT e ICF ITALIA e con la collaborazione di CittadinanzAttiva



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Dott. Claudio Pisanelli

[santalucialife@libero.it](mailto:santalucialife@libero.it)

[www.santalucialife.it](http://www.santalucialife.it)