



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**INTERVENTO DI EDUCAZIONE SANITARIA IN
CO- PROGETTAZIONE: UN' ESPERIENZA NELL'
AMBITO DELL' INFERMIERISTICA DI
FAMIGLIA E COMUNITA' PRESSO AST ANCONA
MARCHE E ASSOCIAZIONE ANTEAS**

Relatore: Dott.ssa
GALLONE FRANCESCA

Tesi di Laurea di:
**DEMGNE CLAUDIANE
LINDA**

Correlatore: Dott.ssa
D'INCECCO PATRIZIA

A.A. 2022-2023

“La salute non è tutto, ma senza salute tutto è niente.”

Arthur Schopenhauer

INDICE:

ABSTRACT.....	1
INTRODUZIONE.....	3
1.1 Cenni storici.....	4
1.2 Demografia e prevenzione.....	6
1.3 Educazione sanitaria.....	8
1.4 Infermiere educatore.....	10
1.5 Infermiere di famiglia e di comunità.....	11
1.6 La co-produzione nei servizi sanitari.....	13
2. OBIETTIVO.....	16
3. MATERIALE E METODI.....	17
3.1 Setting.....	17
3.2 Campione dello studio e raccolta dati.....	18
3.3 Metodo.....	19
3.4 Analisi dei documenti e dati.....	22
4.RISULTATI.....	24
4.1 Analisi dati raccolti.....	26
4.2 Terapia farmacologica solida orale.....	26
4.3 Alimentazione.....	30
4.4 Stitichezza.....	33
5. DISCUSSIONE.....	36
6.CONCLUSIONE.....	40
7. BIBIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	41

8. ALLEGATI.....	44
9. RINGRAZIAMENTI.....	49

ABSTRACT:

Titolo: intervento di educazione sanitaria in co-progettazione: un'esperienza nell'ambito dell'infermieristica di famiglia e comunità presso ast Ancona Marche e associazione Anteas

Introduzione:

L'aumento dell'età media della popolazione conduce all'invecchiamento continuo con aumento progressivo delle malattie cronico-degenerative. Il transito dal tradizionale concetto di cura e di erogazione dell'assistenza, a quello della presa in carico di un paziente risulta essere cruciale. L'infermiere di comunità risulta essere di fondamentale importanza in quanto esercita la sua professione sul territorio attraverso una vasta gamma di interventi e si concentra sulla prevenzione delle malattie mediante l'educazione e sulla promozione della salute.

Obiettivo:

Evidenziare l'importanza dell'educazione sanitaria sul territorio, negli under 65 e, di valutare, il loro grado di apprendimento ed elaborando l'informazione in forma individuale e in gruppo, utilizzando una metodologia di coprogettazione tra servizi sanitari e il Terzo settore.

Materiali e Metodi:

L'attività educativa è rivolta ad un gruppo di 15 persone over 65, che ha aderito, su base volontaria, alla partecipazione a laboratori organizzati dell'Anteas (Associazione Nazionale tutte le età Attive per la Solidarietà) in co-presenza, nella medesima struttura, con l'Ambulatorio Infermiere di comunità, a cadenza settimanale, da novembre 2022, nell'ambito di una iniziativa finanziata da Fondi del Ministero del Lavoro e in collaborazione con il Comune di Ancona.

Gli argomenti prescelti da gruppo over 65 sono:

- La terapia farmacologica solida orale; I principi di una corretta alimentazione; La stitichezza;

Ad ogni incontro, a supporto delle informazioni ricevute, è stata consegnata la brochure educativa sull'argomento affrontato e il questionario di fine apprendimento.

Per la revisione autonoma della letteratura ho fatto una ricerca sul PubMed. Con le seguenti parole chiave: Community nurse, Health promotion, Elderly population, Lifestyles.

Risultati e Discussione:

Il gruppo ha dimostrato grande volontà per l'intero periodo del progetto, rispecchiata nelle loro risposte al questionario di apprendimento che sono state per la maggior parte esatte e positive come, ad esempio, il 100% ha dichiarato che 2L di liquidi è la quantità opportuna da bere al giorno e le compresse non devono essere manipolate senza parere professionista cosa che ha dimostrato la grande volontà del gruppo ad acquisire nuove conoscenze riguardo argomenti della vita quotidiana.

Conclusione:

L'educazione sanitaria e la promozione della salute sono concetti di fondamentale importanza per ridurre l'impatto delle malattie croniche, cattive abitudini e stili di vita inadeguati particolarmente nelle categorie più fragili.

1. INTRODUZIONE

Questo elaborato vuole ribadire l'importanza dell'educazione sanitaria e promozione della salute avendo, durante il mio percorso di studio, notato quanto le persone siano carenti di informazioni, formazione, conoscenze su problematiche di salute comuni ovvero su comportamenti corretti da adottare per mantenere e promuovere la propria salute. I cittadini con età superiore ai 65 anni sono passati dai gli 11,7 milioni del 2007 ai 13,5 milioni del 2017 (22,3% della popolazione). L'elevato invecchiamento della popolazione è accompagnato ad un aumento di patologie croniche. Si calcola che 24 milioni di italiani (40,8 %) sia affetto da almeno una patologia cronica, mentre il 21,5% della popolazione dichiara di essere affetto da due o più patologie croniche, specie al di sopra dei 55 anni (dati Istat 2019). Uno dei punti da sviluppare e incentivare è il coinvolgimento della persona e della famiglia nel percorso assistenziale in modo da incentivare il self care e l'engagement, inteso come processo attraverso cui gli individui ottengono maggiore controllo sulle decisioni e sulle azioni che riguardano la propria salute rendendoli più sensibili ed attenti alla prevenzione e più consapevoli dei rischi per la salute, capaci di modificare il proprio stile di vita. Durante l'esperienza di tirocinio clinico presso l'ambulatorio infermieristico di famiglia e comunità di Ancona, ho incontrato l'infermiera di famiglia e comunità (Ifec) Patrizia D' Incecco che mi ha proposto di partecipare ad un progetto di educazione sanitaria. L'intervento educativo è rivolto ad un campione di persone over 65 della comunità, che già aveva aderito, su base volontaria, alla partecipazione a laboratori di animazione, creatività, lettura, organizzati dall'Anteas Associazione Nazionale tutte le età Attive per la Solidarietà, in co-progettazione con l'Ifec, a cadenza settimanale, nei locali messi a disposizione dal comune di Ancona al fine di implementare le competenze dei partecipanti.

1.1 Cenni storici.

Possiamo senz'altro definire l'educazione un'esortazione a superare il principio del piacere e a sostituirlo con quello della realtà. (*Sigmund Freud, Formulazioni sui due principi dell'accadimento psichico, 1911*).

Secondo *Norbert Bensaid*, medico e giornalista parigino degli anni 70, “Ammalarsi significa cambiare e trasformarsi un po' in un'altra persona, ma, al tempo stesso, continuare a rimanere sé stessi, anche se in modo diverso rispetto a prima. D'altronde, se si smettesse di essere sé stessi, ci si perderebbe ...” (*Bensaid, 1978*). La malattia, mettendo a confronto con i propri “limiti” tanto il malato che chi lo cura, talora produce un sentimento di disempowerment, cioè di “perdita di potere”, particolarmente quando si tratti di una condizione cronica e invalidante. Come di fronte a ogni altro “limite” della vita, anche nella malattia molti tendono ad isolarsi e ad entrare in conflitto con sé stessi e gli altri. Riuscire a fare della malattia un “luogo” di incontro e condivisione grazie all'ETP (educazione terapeutica ai pazienti), può invece facilitare nei pazienti l'avvio e l'evoluzione di quei processi di cambiamento e adattamento che permetteranno poi il recupero di un nuovo equilibrio, tale da permettere loro la ripresa della funzionalità fisica, psichica e sociale. Impostare un rapporto di cura “con” il paziente piuttosto che sulla sua malattia può quindi fare una grande differenza sia nella sua evoluzione che nell'esito della terapia. È opportuno ricordare che la parola “terapia” deriva dall'antico termine greco *θεραπεία* (radice sanscrita *dhar- = sostenere) che significa “rispetto”, “servizio”, da cui anche *θεράψ* “aiutante”, “colui che presta servizio” (*Chantraine, 2009*). In tale contesto la congiunzione “CON” implica infatti l'atto di “incontrarsi” e il “fare insieme”. Al di là della sua indubbia utilità per paziente, l'ETP rappresenta quindi una sicura risorsa relazionale e motivazionale anche per il personale curante che si impegna a praticarla (*Marcolongo, Bonadiman, 2004*). Concretamente, in che cosa consiste, allora, l'empowerment? Per emanciparsi e diventare effettivamente “capaci” è necessario acquisire delle “competenze”. La competenza è il risultato dell'apprendimento di conoscenze (“sapere”), abilità motorie o cognitive (“saper fare”) e di atteggiamenti/comportamenti (“saper essere”). È quindi evidente che la semplice trasmissione dati e concetti capaci di “dare forma” (informare) ad un pensiero non può essere di per sé sufficiente a costruire una competenza. Inoltre, una medesima

informazione può produrre effetti diversi da una persona all'altra, a seconda delle sue conoscenze, esperienze, condizioni fisiche, mentali ed emotive. Il modo di recepire un'informazione può essere infatti profondamente condizionato da fattori di ordine linguistico, culturale, religioso, economico, ambientale e sociale. A differenza dell'informazione, l'ETP comincia invece con il "tirare fuori" (educare deriva dal latino ex-ducere, tirare fuori) quello che il paziente "conosce" e "sente" rispetto alla malattia. Si parte, cioè da un atto "maieutico" che esplora i punti di forza (conoscenze e abilità corrette), ma anche i dubbi e punti deboli (concezioni e pratiche errate) del paziente al fine di renderli espliciti sia a lui, permettendogli una maggiore consapevolezza, che al curante, aiutando entrambi a raggiungere una visione comune della malattia e identificare insieme i contenuti di apprendimento da affrontare e gli obiettivi da raggiungere (Aujoulat et al, 2008). Ciascuno di noi interpreta la realtà secondo delle rappresentazioni mentali personali e il proprio mondo simbolico. È quindi illusorio pensare che, con una semplice "predica", un medico possa modificare nel paziente delle radicate convinzioni negative o errate sulla malattia e la cura. La Journal of Health Care Education in Practice (*Special Issue - Sep 2021*) 11 condivisione di quanto emerge dalla diagnosi educativa, oltre a rinforzare l'alleanza con il curante, verosimilmente aumenterà nel paziente anche la consapevolezza e la motivazione a curarsi. Perciò, invece di iniziare subito a riempire un paziente di parole e spiegazioni, come molti curanti di solito fanno, conviene sempre fare prima una "diagnosi educativa", cioè una precisa ricognizione di quello che egli ha effettivamente compreso e accettato della malattia e la cura, e di come le stia concretamente affrontando (Coulter et al, 1993. Marcolongo, Rossato, 2009). Plutarco, antico storico greco, affermava che "la mente non è un vaso da riempire, ma un fuoco da accendere". Oltre che sul colloquio "maieutico" iniziale, la diagnosi educativa si basa anche sul ricorso a specifici strumenti (questionari, carte semantiche, prove pratiche, risoluzione di problemi, analisi ASCID, ecc.), che permettono di "mappare" oggettivamente i bisogni educativi del paziente, definire gli obiettivi d'apprendimento e progettare il percorso educativo-terapeutico (Bonadiman et al, 2006. Marcolongo et al, 2006. Leclerque, 2004).

1.2 Demografia e prevenzione

La crescente longevità della popolazione italiana da un lato rappresenta certamente un rilevante esito del servizio sanitario pubblico che ha reso disponibili, universalmente, i progressi dell'innovazione scientifica e tecnologica, in particolare nel campo dell'assistenza del paziente acuto e della prevenzione, dall'altro si accompagna ad un progressivo incremento dell'incidenza e della prevalenza di patologie cronicodegenerative (*Rapporto Osservasalute 2022, assistenza territoriale*). Nel 2021 la speranza di vita alla nascita si attesta a 82,5 anni, registrando una crescita di 0,4 anni rispetto all'anno precedente, età comunque inferiore ai valori registrati dal 2016 al 2019. Anche la speranza di vita a 65 anni riprende a crescere nel 2021 rispetto al 2020, portandosi a 20,4 anni (+0,4 anni). Permane il contributo alla mortalità dei decessi per COVID-19: nel 2021 il totale dei decessi per tutte le cause è stato pari a 709 mila unità, in calo rispetto al 2020 (-5,0%), tuttavia, più alto rispetto alla media dei decessi del periodo 2015-2019 (+9,8%). Al 1° gennaio 2022 la popolazione residente in Italia, secondo i primi dati provvisori, scende a 58 milioni 983 mila unità, 253 mila in meno rispetto all'anno precedente; mentre la quota degli ultra 65 anni è in ulteriore incremento rappresentando il 23,8% dei residenti. Prosegue, nonostante l'eccesso di mortalità registrato nell'ultimo biennio, la crescita del processo di invecchiamento della popolazione e si assiste, pertanto, all'aumento dello squilibrio demografico: al 1° gennaio 2022 l'Indice di Vecchiaia è pari a 187,9 ultra 65enni per 100 giovani di età 65 anni (il 33,7%) che non si sentono adeguatamente aiutati pur avendo livelli di autonomia compromessa; le donne esprimono un maggior bisogno di aiuto (76,2% vs 65,3% degli uomini) e riferiscono più spesso bisogni di assistenza non soddisfatti (35,5% vs 29,9%) (*Rapporto Osservasalute 2022, assistenza territoriale*). Il quadro che si delinea è quello di una popolazione anziana che deve sostenere un peso elevato in condizioni di elevato disagio in termini di salute ed in termini economici, a causa della lunga durata delle malattie cronicodegenerative, della diminuzione della qualità della vita e dei costi per l'assistenza sanitaria. Al fine di garantire un'assistenza appropriata ai pazienti non autosufficienti o in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, sono necessari percorsi assistenziali consistenti in un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita (art. 22 DPCM 12 gennaio 2017).

Secondo la definizione del Ministero della Salute, le cure domiciliari consistono in un insieme integrato di trattamenti sanitari e sociosanitari, erogati al domicilio della persona non autosufficiente o in condizioni di fragilità. Le cure domiciliari assicurano, infatti, l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (medica, infermieristica e riabilitativa) e socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti e cure domestiche) al domicilio, da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente coordinate nell'ambito del Distretto, come previsto sia dalla normativa nazionale, inclusi gli Accordi Collettivi Nazionali per la Medicina Generale che hanno dato forte impulso alle cure a domicilio, sia dagli Atti approvati dalle Regioni/PA in materia di assistenza socio-sanitaria. Le Cure Domiciliari si rivolgono ai pazienti che necessitano maggiormente di continuità delle cure, come pazienti post-acuti dimessi dall'Ospedale che, ove non adeguatamente assistiti a domicilio, potrebbero incorrere a breve in una reiterazione del ricovero ospedaliero e pazienti cronici stabilizzati sul territorio, con elevati bisogni assistenziali a rischio di riacutizzazione, per i quali il percorso di cura richiede una forte integrazione tra diverse figure professionali. In questa prospettiva, l'assistenza a domicilio si presenta come valida alternativa per contrastare il fenomeno dei ricoveri ospedalieri inappropriati e come forma assistenziale da preferire per i vantaggi in termini di qualità di vita del paziente, a cui si aggiungono anche benefici economici rispetto a forme di ricovero ospedaliero o extraospedaliero (*Rapporto Osservasalute 2022 assistenza territoriali*). In relazione al bisogno clinico, funzionale e sociale del paziente si possono individuare interventi di cure domiciliari con livelli crescenti di intensità e complessità assistenziale. Le Cure Domiciliari Integrate sono coadiuvate da prestazioni di aiuto personale e assistenza tutelare alla persona, generalmente erogate dai servizi sociali del Comune di residenza dell'assistito. A prescindere dalle forme di cure domiciliare, la responsabilità clinica è del MMG (Medico di Medicina Generale) o del PLS (Pediatra di libera scelta) che ha in carico il paziente, mentre l'équipe multidisciplinare, che ha sede organizzativa nel Distretto sanitario di residenza del paziente, è costituita, a seconda dei casi, da un infermiere o coordinatore infermieristico, un fisioterapista, un assistente sociale, un operatore socio-assistenziale e da medici specialisti, che possono essere di supporto, per migliorare la presa in carico del paziente, concorrendo alla valutazione multidimensionale del bisogno clinico e alla definizione del "Progetto di Assistenza Individuale" (PAI) socio-sanitario integrato. Le

Cure Domiciliari costituiscono, pertanto, un servizio in grado di garantire un'adeguata continuità ai bisogni di salute, anche complessi, delle persone non autosufficienti, ai fini della gestione della cronicità e della prevenzione delle possibili complicanze che possono determinare o peggiorare la disabilità e prevenzione proiettata sui diversi ambiti della vita (*Rapporto Osservasalute 2022, assistenza territoriale*)

1.3 Educazione Sanitaria

L'educazione sanitaria è uno strumento necessario per promuovere la salute della popolazione, poiché fornisce conoscenze per la prevenzione e la riduzione delle malattie, rende la persona attiva nella trasformazione della vita, incoraggia la cura di sé e la ricerca dell'autonomia. (carta di Ottawa,1986) l'educazione alla salute è parte integrante della pratica clinica degli infermieri e consente creatività e molteplicità di scelte; incoraggia la persona a adottare comportamenti ritenuti favorevoli alla propria salute. Forse meno spettacolare in apparenza, è comunque uno strumento per il controllo individuale; non si limita alla dimensione individuale, ma mira anche ad agire sul contesto di vita delle persone e gruppi promuovendo capacità di azione sull'ambiente.)

L'obiettivo dell'educazione è rendere la salute un bene collettivo, formando la popolazione affinché possa contribuire alla propria salute in modo partecipativo e responsabile, modificando i comportamenti dannosi e considerando quelli sani.

L'infermiere fa parte dell'equipe multidisciplinare in quanto collabora all'attuazione, al monitoraggio e alla valutazione di ogni programma sanitario, che è costituito da un insieme di attività integrante di promozione, prevenzione e ricupero rivolto a gruppi specifici di persone e all'ambiente che consentono di raggiungere gli obiettivi e i traguardi di salute precedentemente stabiliti entro un determinato periodo di tempo.

In particolare, l'infermiere di famiglia e di comunità che opera nel territorio come per esempio nelle cure domiciliari, o negli ambulatori infermieristici conosce da vicino il bisogno di formazione delle persone all'interno della comunità.

Nella nostra società sempre più vecchia, esigente e multi-etnica, il baricentro organizzativo delle cure della comunità si è progressivamente spostato dall'ospedale ai servizi sanitari territoriali, che *Journal of Health Care Education in Practice* (Special Issue - Sep 2021) nelle ultime decadi si sono progressivamente evoluti e articolati. Ciononostante, ancora

oggi, soprattutto chi contrae una malattia cronica o di lunga durata, nel passaggio tra ospedale, domicilio e servizi territoriali o viceversa, può talora sperimentare delle difficoltà dovute ad un'insufficiente comunicazione e continuità di interventi tra i diversi professionisti sanitari coinvolti. Malati cronici, anziani, pazienti oncologici e in cure palliative, psichiatriche e, più in generale, le persone fragili rischiano così di rimbalzare da una sponda all'altra del sistema compiendo percorsi inappropriati, con i relativi rischi e sprechi.

Tale circostanza è in parte attribuibile all'insufficiente formazione e attitudine alla comunicazione di molti sanitari nei confronti dei propri assistiti ed anche degli altri operatori e professionisti del sistema; la cultura del lavoro di equipe e di rete non appare infatti ancora molto sviluppata tra il personale dei nostri servizi sanitari. Inoltre, tra i professionisti sanitari vi è spesso scarsa conoscenza reciproca o possono verificarsi delle sovrapposizioni o dei conflitti di ruolo e responsabilità, accentuati dalla progressiva frammentazione delle competenze. Infine, anche la propensione ad assumere un ruolo attivo e delle incombenze dirette sembra ancora piuttosto scarsa tra gli utenti che accedono ai servizi sanitari pubblici. La resistenza al cambiamento non è infatti un problema solo del personale sanitario: molti pazienti tendono infatti a preferire atteggiamenti di tipo passivo e puramente prescrittivo. Appare quindi evidente la necessità di sviluppare una visione più sistemica del percorso tra ospedale e territorio e di promuovere l'adozione di modelli organizzativi e comportamentali in grado di coinvolgere tutti.

Ad incrementare la complessità dello scenario contribuisce anche l'inarrestabile processo di mediatizzazione della società che, attraverso internet e i social ormai disponibili sul telefonino di tutti, ha globalizzato e omologato l'informazione di massa, condizionando idee e rappresentazioni collettive di salute, malattia e cure. Dal momento che però l'origine, indipendenza e affidabilità delle informazioni e dei dati presenti in rete non sono sempre trasparenti e tracciabili, viene spontaneo chiedersi se ciò abbia favorito o meno nella collettività un effettivo empowerment. In altri termini, per tutti è diventato sempre più difficile distinguere i "segnali utili e attendibili" da un crescente "rumore mediatico" di fondo. Basti pensare all'onda emotiva e alla confusione suscitate dal turbine di notizie contraddittorie (la cosiddetta "infodemia") e di fake news intorno ed esempio sulla pandemia e alla vaccinazione anti-COVID19. In un simile contesto informativo, è

probabile che molte persone, invece di farsi un'idea chiara e obiettiva della situazione, finiscano per “credere” di aver capito lo stesso e fare poi delle scelte sbagliate o irrazionali.

1.4 L'infermiere educatore

L'infermiere è il professionista che, attraverso la sua assistenza, promuove, preserva o ripristina l'equilibrio nelle interazioni tra gli esseri umani e l'ambiente, quale stato di benessere; lavora solitamente in ambiente costanti, dove è determinante essere consapevoli dell'importanza del cambiamento per raggiungere uno stato di salute ottimale, o almeno uno stato di salute migliore di quello precedente. L'infermieristica è il pilastro fondamentale dell'educazione alla salute.

“L'assistenza infermieristica è di tipo preventivo, curativo, palliativa e riabilitativa. Di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria” (profilo professionale DM n. 739/ 94 Il comma 2 dell'articolo1).

L'infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività (*codice deontologico, articolo 7*). Inoltre il rapporto con la persona assistita è di fondamentale importanza nel processo di cura dove l'infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza (*codice deontologico articolo 17*). L'infermiere informa, coinvolge, educa, e supporta l'interessato e, con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili.

Con il termine informazione abbiamo solo la trasmissione di informazione da un soggetto ad un altro in modo passivo, mentre il termine educazione rappresenta un processo interattivo basato sulla persona che deve apprendere (Morena Allovio, 2018). Secondo l'organizzazione Mondiale della Sanità le persone affetti da malattie croniche non ricoverati in ospedale corrispondono all'80%. Per rispondere in modo efficace ai bisogni

assistenziale di queste persone, il professionista oltre all'assistenza infermieristica deve programmare degli interventi di tipo educativo.

1.5 L'Infermiere di famiglia e di comunità (IFeC)

L'infermiere di famiglia e di comunità è il professionista competente nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e della comunità. Introdotto nel 1998 in Europa attraverso il documento "Health21" dell'organizzazione mondiale della sanità (OMS), e in Italia con la legge n°77 del 17 luglio 2020 (conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n°34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19), l'IFeC è "la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera.

Non solo si occupa delle cure assistenziali verso i pazienti, ma interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali".

Secondo la FNOPI (Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche), "l'infermiere di famiglia può gestire i processi infermieristici in ambito familiare e di comunità di riferimento e opera in collaborazione con il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta, il medico di comunità e l'equipe multiprofessionale per aiutare individuo e famiglie a trovare le soluzioni ai loro bisogni di salute e a gestire le malattie croniche e le disabilità".

L'infermieristica di famiglia e di comunità considera la salute un diritto fondamentale dell'uomo e un processo dinamico bio-psico-sociale e spirituale (WHO, 1948). Sostiene il concetto di "migliore salute possibile" rispetto alle condizioni della persona e ai desideri individuali (Ministero della Salute, 2016). L'Ifec facilita il passaggio dal paradigma della medicina d'attesa a quello della medicina d'iniziativa e l'evoluzione dal focus sulla malattia all'orientamento, alla persona e al contesto di vita. Favorisce la piena partecipazione degli individui, delle famiglie e della comunità al processo di tutela della salute in tutte le fasi della vita (FNOPI, 2019; Tavolo tecnico scientifico della professione

infermieristica in relazione alla nuova domanda di salute, 2016; Martin et al., 2013). L'IFeC riconosce nella promozione della salute un mezzo per ridurre l'impatto dei determinanti sociali sulla salute (*Marmot et al., 2014; WHO, 1986*) e sostiene il concetto di invecchiamento sano quale *“processo di sviluppo e mantenimento delle abilità funzionali che consentono il benessere nell'avanzare dell'età”* durante l'intero corso della vita (*WHO, 2015*). L'intervento dell'IFeC si esprime a:

- **Livello individuale e familiare** attraverso interventi diretti e indiretti che hanno la persona e la famiglia come destinatari.
- **Livello di gruppo** attraverso interventi che si rivolgono a gruppi di persone organizzati in funzione di specifici bisogni di salute.
- **Livello comunitario** attraverso azioni rivolte alle comunità.

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità acquisisce, attraverso la formazione universitaria post base, competenze avanzate per:

- La valutazione dei bisogni di salute della comunità; la promozione della salute e di prevenzione primaria, secondaria e terziaria;
- La presa in carico delle persone con malattie croniche in tutte le fasi della vita e delle persone con livelli elevati di rischio di malattia, ad esempio associati all'età;
- La relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica con gli assistiti;
- La valutazione personalizzata dei problemi sociosanitari che influenzano la salute, in collaborazione con gli altri attori delle cure, per la loro risoluzione;
- La definizione di programmi di intervento basata su prove scientifiche di efficacia;
- La valutazione degli standard qualitativi per l'assistenza infermieristica nelle strutture residenziali;
- La definizione di ambiti e problemi di ricerca clinica e sociale.

Tali competenze avanzate consentono a livello individuale e familiare: lettura e analisi del contesto familiare inclusa la valutazione dei determinanti sociali della salute che incidono sul contesto individuale e familiare. Rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e individuazione delle eventuali soluzioni migliorative.

L'Ifec rappresenta un elemento chiave dell'orientamento del servizio verso la medicina d'iniziativa e l'empowerment delle persone e della comunità. Questo potenziale, tuttavia, richiede una coerente evoluzione della cultura organizzativa e delle pratiche operative dei diversi soggetti coinvolti, tali da rendere la nuova figura pienamente integrata e valorizzata. Per accompagnare in questa direzione le scelte organizzative è necessario poter valutare l'impatto dell'innovazione sui servizi erogati, secondo il modello del miglioramento continuo. (Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche).

Grazie al D.M n°77 viene quindi ridisegnata la struttura della sanità sul territorio e vengono identificati gli standard qualitativi, quantitativi, strutturali e tecnologici necessari per offrire un'assistenza di qualità a livello territoriale, tipologia di assistenza cruciale nel compito di limitare più possibile l'insorgenza di tutta una serie di patologie croniche che secondo i dati dell'OMS sono destinate ad aumentare di pari passo rispetto l'indice di longevità della popolazione stessa.

1.6 La co-produzione nei servizi sanitari:

La co-produzione è lo sviluppo di processi di coinvolgimento dei cittadini nella gestione e nell'erogazione dei servizi pubblici. In ambito sanitario la centralità della persona e il coinvolgimento del paziente nel percorso di cura sono concetti ricorrenti (*Mead e Bower, 2000*). Essi ispirano un rinnovato rapporto tra il paziente e il professionista sanitario (*McLaughlin, 2004; Charles, et al., 1997; Dahlberg, 1996*), non più viziato dalla condizione di subordinazione psicologica e di asimmetria informativa del primo nei confronti del secondo (*Freidson, 1970*), ma rivisitato alla luce di un approccio partecipativo alla cura (*Guadagnoli e Ward, 1998*). Siffatta impostazione attribuisce ai pazienti il ruolo di soggetti, piuttosto che di oggetti della prestazione (*Takman e Severinsson, 1999*), valorizzandone il contributo in un'ottica di co-produzione del servizio a livello individuale (*i.e. coinvolgimento dell'utente nel percorso di cura*), di gruppo (*i.e. creazione di gruppi di mutuo aiuto tra pazienti con bisogni di salute simili*) o collettivo (*i.e. inclusione della popolazione servita in iniziative di promozione della salute*) (*Palumbo, 2016*). La centralità dell'utente e la co-produzione dell'assistenza

sanitaria, in questi termini, viaggiano parallelamente. Entrambe, infatti, sono protese al miglioramento della qualità della prestazione, senza per questo motivo trascurare le condizioni di efficienza erogativa indispensabili in una prospettiva di sostenibilità del sistema sanitario. Adottare formule di co-produzione in ambito sanitario significa abbandonare l'assunto secondo cui il professionista sanitario rappresenti l'unico attore competente ai fini dell'erogazione del servizio (*Saha, Beach, e Cooper, 2008*). Sullo stesso piano di questi agisce la collettività servita, la quale ha la possibilità di contribuire alle attività di pianificazione, progettazione e implementazione del percorso di cura, apportando conoscenze e informazioni altrimenti non reperibili da parte dei professionisti sanitari (*al riguardo, si vedano: Palumbo, et al., 2016a, Bertakis e Azari, 2011; Weingart, et al., 2011; Realpe e Wallace, 2010; Cegalaa, Street Jr, e Clinch, 2007; Collins, et al., 2007; Breen, 2004; Buetow, 1998; Cahill, 1996; Speedling e Rose, 1985; Strull, et al., 1984*). Adottando la prospettiva della co-produzione, dunque, il buon esito della prestazione non dipende semplicemente dalla capacità del professionista sanitario di formulare una diagnosi adeguata del problema di salute e di predisporre un'appropriata risposta clinica (*Bettencourt, et al., 2002*). Analogamente rilevante è la consapevole partecipazione del paziente al percorso di cura (*Needham, 2012*). In tal senso, è opportuno che tra i professionisti sanitari e i pazienti si attivi una relazione improntata all'interazione e alla collaborazione (*Labonte, 1994*), ispirata a un continuo, reciproco e trasparente scambio di informazioni (*Cahn, 2004*). Da approccio localizzato, il più delle volte implementato implicitamente per particolari tipologie di prestazioni – come l'assistenza sanitaria a favore di pazienti cronici – la co-produzione sublima a impostazione diffusa, applicabile in qualsiasi contesto di cura (*Andersson, Tritter e Wilson, 2006; Peters, 2004*). Tale modello di assistenza, infatti, si colloca alla base di un radicale ripensamento delle attività di assistenza (*Needham, 2008*), che privilegia la libertà di scelta dell'utente (*Saltman, 1994*), la centralità della persona (*Holmström e Röing, 2010*), la personalizzazione della prestazione (*Walter, 2004*) e l'auto-cura (*Laverack, 2006*). Viepiù, alla luce dei positivi impatti da essa generati sull'appropriatezza e sull'efficienza delle prestazioni assistenziali, la coproduzione della cura assurge ad approccio non prorogabile in un contesto caratterizzato dalla ristrettezza delle risorse finanziarie a disposizione del sistema sanitario per far fronte ai sempre più qualificati e complessi bisogni di salute della collettività servita (*Dunston, et al., 2009*). Ai fini della concreta implementazione di

modelli di co-produzione in ambito sanitario, tuttavia, è necessario che i provider rinneghino la loro fedeltà al tradizionale modello bio-medico, che si caratterizza per un focus esclusivo sull'evento patologico e sulla precipua finalità di risolvere quest'ultimo attraverso un episodio clinico puntuale. Smettendo i panni di risolutori di condizioni cliniche avverse, i professionisti sanitari sono chiamati a indossare la veste di catalizzatori dell'iniziativa individuale, lavorando al fianco – e non a capo – dei pazienti (*Dacher, 1995*).

2.OBIETTIVO

Lo scopo di questo lavoro è quello di presentare e definire un possibile approccio assistenziale sul territorio utilizzando una metodologia di coprogettazione tra servizi sanitari e il Terzo settore nel cercare e, in tale contesto, di evidenziare l'importanza dell'educazione sanitaria sul territorio, negli under 65 e, di valutare, il loro grado di apprendimento ed elaborando l'informazione in forma individuale e in gruppo.

3. MATERIALE E METODI

3.1 Setting

Anticipando il PNRR e il DM 77, un progetto pilota è stato avviato il 07/10/2019 nel contesto locale a seguito dell'accordo stipulato tra ASUR Marche AV2 e Comune di Ancona (Determina Direttore AV2 n. 429, 2019).

Il 5 aprile 2019, il progetto "Infermiere di comunità nel percorso assistenziale della cronicità" è stato presentato alla comunità del quartiere Ponterosso di Ancona, con la presenza del Sindaco di Ancona e del Direttore di AV2 e, dal 7 ottobre, l'infermiera incaricata, in possesso di relativo diploma di Master 1 livello, ha operato in maniera continuativa sul territorio di riferimento. Nello specifico l'accordo con il Comune ha avuto la finalità di lavorare nella microarea in maniera congiunta, con altri professionisti della salute, in stretto contatto con la comunità, per meglio permettere di individuare le problematiche sociali e socioassistenziali, spesso collegate strettamente le une alle altre. Proprio per questo è stato messo a disposizione dell'Ifec uno spazio per la predisposizione di un ambulatorio infermieristico all'interno della struttura distrettuale sociale presente nel quartiere. Il modello organizzativo è basato sui principi di:

- Proattività alla famiglia e alla comunità e al singolo
- Equità
- Multi professionalità

Il progetto mira al superamento del paradigma prestazionale dove l'utente è beneficiario passivo del servizio, deresponsabilizzato nella gestione della propria salute, e la comunità semplice luogo di erogazione dell'assistenza, per andare verso il paradigma relazionale, nel quale è la comunità che assiste e supporta il singolo. Nella sperimentazione il quartiere in questione conta circa 5000 abitanti, mentre in letteratura, si ipotizza 1 Ifec ogni 3000/3.500 cittadini.

L'Ifec è presente per 36 ore settimanali, per 6 ore al giorno, per 6 giorni a settimana e opera, sia in ambulatorio per persone deambulanti, che a domicilio, calibrando il suo intervento in base alle caratteristiche della persona/famiglia e alle risorse della comunità, predisponendo percorsi assistenziali, in stretta collaborazione con il MMG, PLS e MCA, l'assistente sociale, le associazioni di volontariato e gli altri operatori sanitari e sociali

attivabili. I destinatari del servizio sono prevalentemente gli anziani, ultrasessantacinquenni, i malati oncologici, i malati cronici.

Di fatto il progetto è estensibile a tutti i cittadini della comunità di riferimento che abbiano necessità assistenziali a forte valenza sociosanitaria.

3.2 Campione dell'intervento educativo e raccolta dati

Questo studio di tipo qualitativo è stato condotto su un gruppo di 15 persone, over 65 già presente che partecipava a diverse attività organizzate dall'associazione ANTEAS e non preselezionato e campionato per lo studio in questione, range 65-87 anni, 70% da donne e il 30% da uomini, che ha aderito su base volontaria alla partecipazione ai laboratori di animazione, creatività, lettura, organizzati dall'associazione Anteas, a cadenza settimanale, da novembre 2022, negli stessi locali dove è presente l'ambulatorio Ifec (Piazza Salvo D'Acquisto Ancona), nell'ambito di una iniziativa finanziata da Fondi del Ministero del Lavoro e in collaborazione con il Comune di Ancona. In tale contesto, l'Ifec del quartiere, ha organizzato un incontro con la referente Anteas, la sig.ra Silvana Santinelli, proponendo di utilizzare una parte oraria del loro incontro settimanale al fine di co-progettare un intervento educativo rivolto al gruppo già in essere.

È stato richiesto al gruppo over 65 di scegliere tre argomenti di pertinenza educativa e di interesse, su cui riflettere, e condividere conoscenze, fake news, nuove acquisizioni di informazioni e competenze.

Gli argomenti prescelti dal gruppo over 65 sono:

La terapia farmacologica solida orale, i principi di una corretta alimentazione e la stitichezza.

Per valutare il grado di apprendimento del gruppo selezionato, è stato elaborato e distribuito un questionario di 14 domande relative agli argomenti condivisi.

3.3 Metodo

<i>PROGETTO E COPROGETTAZIONE INFERMIERISTICA COMUNITARIA</i>	
DATA INIZIO PROGETTO PROGETTO	DATA TERMINE
07/03/23	13/06/23
TITOLO PROGETTO EDUCATIVO: Intervento educativo comunitario “ PER STARE INSIEME”	
COMPONENTI DEL GRUPPO DI ELABORAZIONE: Ifec-ANTEAS (Associazione Nazionale tutte le età Attive per la Solidarietà)- volontariato-anziani- Comune di Ancona	
INDIVIDUAZIONE DELLA TEMATICA (specificare la motivazione) Favorente, la co-presenza dell’Ifec e dell’Anteas nei locali messi a disposizione dal Comune di Ancona, e, per precedenti collaborazioni di interventi educativi volti alla comunità, è nata l’attuale coprogettazione al fine di implementare le conoscenze su tre argomenti di interesse indicati dal gruppo over 65 selezionato.	
DEFINIZIONE DEL GRUPPO DESTINATARIO Gruppo di 15 persone over 65, che ha aderito, su base volontaria, alla partecipazione ai laboratori di animazione, creatività, lettura, organizzati dall’Associazione Anteas, a cadenza settimanale, da novembre 2022, nell’ambito di una iniziativa finanziata da fondi del Ministero del Lavoro, in collaborazione con il Comune di Ancona.	

ANALISI DEL BISOGNO EDUCATIVO (scelta delle tecniche)

È stato richiesto al gruppo over 65 di scegliere 3 argomenti di pertinenza educativa e di interesse, su cui riflettere e condividere conoscenze, fake news, nuove acquisizioni di informazioni e competenze.

DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI: PRECISARE CAMPI DI APPRENDIMENTO

- Acquisire conoscenze e nuove competenze su argomenti di interesse
- Individuare le fake news che rischiano di generare incomprensioni e comportamenti non salutari
- Confronto all'interno del gruppo sulle modalità di reperimento delle corrette informazioni scientifiche sugli argomenti analizzati
- Condividere con familiari ed amici le conoscenze acquisite.

PROGRAMMAZIONE DELL'INTERVENTO: SCELTA DEI CONTENUTI E METODI

(incontri- addestramento-opuscoli ecc.)

Gli argomenti prescelti dal gruppo over 65 sono:

- La terapia farmacologica solida orale
- I principi di una alimentazione corretta
- La stitichezza

Gli incontri con il gruppo hanno una durata di circa 30 minuti, prorogabili su richiesta del medesimo.

Ad ogni incontro, a supporto delle informazioni ricevute, è stata consegnata brochure educativa sull'argomento condiviso.

In accordo con l'Anteas viene fissato un primo incontro in cui prospettare questo intervento al gruppo e scegliere gli argomenti di interesse. In seguito, vengono fissati i tre appuntamenti nei giorni 11/04, 23/05 e 06/06/ 2023. Nell'ultimo incontro, in aggiunta, al gruppo viene richiesto di compilare un questionario al fine di valutare il grado di apprendimento e di gradimento dell'iniziativa.

VALUTAZIONE DEL PROGETTO EDUCATIVO (scelta di tecniche ed indicatori pertinenti)

Indicatori di esito:

- Numero dei partecipanti costante agli incontri
- Questionari sulla verifica informazioni apprese e conoscenze acquisite
- Tasso di gradimento dell'iniziativa
- Collaborazione dei partners dell'iniziativa

BIBLIOGRAFIA SITOGRAFIA

FONTE DATI

<https://www.crea.gov.it/documents/59764/0/LINEE-GUIDA+DEFINITIVO.pdf/28670db4-154c-0ecc-d187-1ee9db3b1c65?t=1576850671654>
ISSalute, ISS, INRAN, Ciiscam www.alimenti-salute.it
EpiCentro (ISS). Guadagnare salute. Dossier alimentazione.

Lo studio è stato realizzato nell'ambito della co-progettazione dell'infermiere di famiglia e di comunità e dell'Anteas tramite gli incontri rivolto al gruppo di studio nei locali messi a disposizione dal comune di Ancona. Al fine di ogni incontro, sono state rilasciate delle brochure educative sugli argomenti affrontati. Per valutare il grado di apprendimento, è stato utilizzato un questionario composto da 15 domande.

3.4 Analisi dei documenti e dati

Il processo che ha portato alla progettazione, realizzazione degli incontri di promozione alla salute passa attraverso varie fasi di lavoro. Il primo elemento che è stato tenuto in considerazione riguarda un'attenta analisi del reale contesto lavorativo in cui un IFeC lavora abitualmente. Analisi che è stata portata avanti sulla base dell'intervista fatta direttamente al tutor di tirocinio, ossia l'IFeC che opera nell'ambulatorio situato nel quartiere Ponterosso in Ancona, professionista che lavora presso l'Azienda Sanitaria Territoriale - Ancona, Cure Domiciliari Residenziali. Lo scopo dell'intervista iniziale è stato quello di raccogliere più elementi possibili per inquadrare, seppur in maniera generica tutte quelle caratteristiche che l'IFeC sulla base della propria esperienza riteneva utili ai fini di una presa in carico globale degli assistiti da seguire sia a domicilio, che in ambulatorio. Tali informazioni sono state implementate con dei dati rinvenuti attraverso una revisione autonoma della letteratura presente sul database online PubMed.

1) Quesito di ricerca utilizzato per la successiva semplificazione:

Può l'Ifec, mediante la promozione della salute, influenzare positivamente le conoscenze e gli stili di vita delle persone anziane?

2) Parole chiave derivanti dalla semplificazione del quesito

- Community nurse.
- Health promotion.
- Elderly population.
- Lifestyles.

BANCA DATI	PAROLE CHIAVE	LIMITI	N	CRITERI DI SELEZIONE
PubMed	Community nurse AND Health promotion AND Elderly population AND Lifestyles	Human, over 65	70	Articoli gratuiti full text; negli ultimi 10 anni (2013-2023);

2) I criteri di inclusione ritenuti idonei al fine della raccolta dati sono stati i seguenti:

- Articoli gratuiti full text;
- Articoli pubblicati negli ultimi 10 anni (2013-2023);
- Articoli in lingue inglese ed italiano pertinenti rispetto all'argomento;

3) I criteri di esclusione ritenuti idonei:

- Articoli riguardanti pazienti di età inferiore ai 45 anni;

4. RISULTATI

La revisione degli articoli online dai quali estrapolare informazioni a sostegno dell'importanza dell'educazione sanitaria e della promozione della salute è stata eseguita utilizzando varie combinazioni delle parole chiave "elderly population", "community nurse", "health promotion", "lifestyles" cui sono stati identificati un totale di 70 articoli. Dopo successiva analisi di questi ultimi, rispetto i vari criteri di inclusione ed esclusione, il numero degli articoli effettivamente utili ai fini dello studio è stato ridotto ad un totale di 6, organizzati nella seguente tabella.

AUTORI	TITOLO	TIPO PUBBLICAZIONE	AFFERMAZIONE SUPPORTATA
(Silva CRDT, Carvalho KM, Figueiredo MDLF, Silva-Júnior FL, Andrade EMLR, Nogueira LT. 2019 Nov)	Health promotion of frail elderly individuals and at risk of frailty.	Integrative review of the literature	sono stati identificati i seguenti interventi: riunioni educative di gruppo multiprofessionali, allenamento fisico, programma di visite/assistenza domiciliare, valutazione e integrazione nutrizionale, programmi di mantenimento della salute e allenamento cognitivo; modelli/programmi di gestione e monitoraggio, utilizzo di dispositivi tecnologici assistivi e programma di ricovero per la riabilitazione geriatrica.
(Kampmeijer R, Pavlova M, Tambor M, Golinowska S, Groot W. 2016 Sep)	The use of e-health and m-health tools in health promotion and primary prevention among older	A systematic literature reviews.	L'uso efficace degli strumenti di e-health/m-health nei programmi di promozione della salute per gli anziani dipende in gran parte dalla motivazione degli anziani e dal sostegno che gli anziani ricevono quando utilizzano gli strumenti di e-health e m-health.

	adults:		
(Seaton CL, Bottorff JL, Jones-Bricker M, Oliffe JL, DeLeener D, Medhurst K.2017 Sep)	Men's Mental Health Promotion Interventions	A Scoping Review	Molti uomini sono reticenti ad accedere ai servizi professionali di salute mentale e/o a cercare aiuto per problemi psicologici. Pertanto, gli interventi erogati in contesti in cui gli uomini si riuniscono, promettono di promuovere la salute mentale tra gli uomini
(Chen HH, Hsieh PL.2021 Sep)	Applying the Pender's Health Promotion Model to Identify the Factors Related to Older Adults' Participation in Community-Based Health Promotion Activities.	This cross-sectional study	L'impegno in attività di promozione della salute che durano 12 settimane o più è una componente fondamentale per avere effetti duraturi sulla salute poiché è stato segnalato che tali attività hanno effetti positivi significativi sul benessere fisico, mentale e spirituale degli anziani.
Chiu CJ, Hu JC, Lo YH, Chang EY.2020 Jul)	Health Promotion and Disease Prevention Interventions for the Elderly	A Scoping Review (2015-2019)	Fattori soggettivi o psicosociali vengono spesso trascurati nell'implementazione o nella formulazione di programmi di educazione sanitaria in età avanzata. Perciò, è importante andare oltre l'aspetto fisico per esplorare ulteriormente le componenti psicosociali di una strategia e il modo in cui questi fattori influenzano la felicità generale. I dati dei sondaggi auto-riferiti possono essere utilizzati per misurare i fattori psicosociali (ad

			esempio, la solitudine, l'autoefficacia) in modo da fornire un quadro più chiaro dei reali bisogni.
(Lood Q, Häggblom-Kronlöf G, Dahlin-Ivanoff S.2015 Dec)	Health promotion program e design and efficacy in relation to ageing persons with culturally and linguistically diverse backgrounds: a systematic literature review and meta-analysis.	una revisione sistematica della letteratura e una metanalisi	È noto che le persone anziane traggono vantaggio da programmi multidimensionali di promozione della salute iniziati prima dell'insorgenza della malattia, e la carenza di ricerca per quanto riguarda le persone anziane con background culturalmente e linguisticamente diversi pone quindi serie minacce all'equità nella salute.

4.1 Analisi dati raccolti

Le caratteristiche generali della popolazione studiata sono riassunte in diagrammi, che evidenziano altresì la stratificazione per argomento. Secondo l'esperienza dello stesso gruppo di ricerca presso il quale la presente tesi è stata elaborata, tali caratteristiche sono assimilabili a quelle della popolazione generale del quartiere in questione. In seguito, le rappresentazioni grafiche dei questionari utilizzati per lo studio.

4.2 Terapia solida farmacologica

La manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide, se non correttamente gestita, può causare instabilità del medicinale, effetti irritanti locali, errori in terapia compromettendo la sicurezza della persona. Prima di procedere alla manipolazione delle

forme farmaceutiche orali solide occorre conoscere i rischi che tale intervento può comportare e accertarsi che non venga modificata la composizione del farmaco al fine di garantire l'efficacia e la sicurezza. (Implementazione della Raccomandazione Ministeriale N°19. 2019)

1) Le compresse farmacologiche a rilascio modificato possono essere manipolate?

14 persona hanno risposto no.

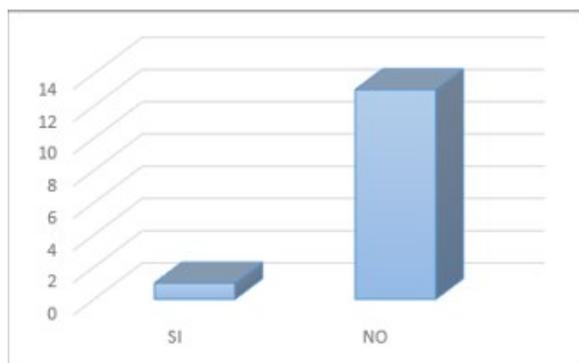


Figura N.1

2) Le capsule contenente farmaco si possono aprire?

Due persone su un totale di 14 hanno risposto sì e 12 hanno risposto no.

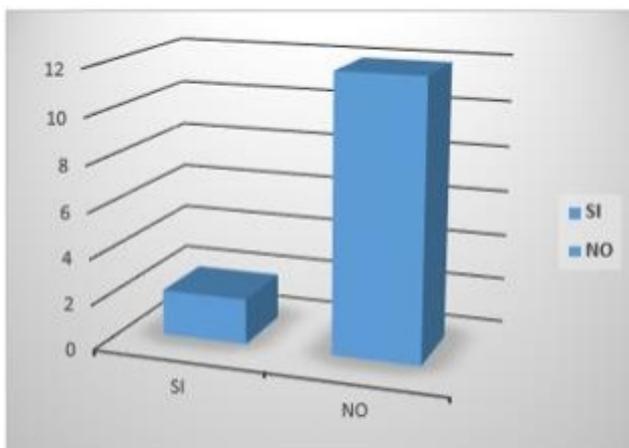


Figura N.2

3) Se sì, quando?

2 persone hanno risposto “quando decido io” mentre i rimanenti 12 hanno risposto se “riportato nel foglietto illustrativo o spm”.

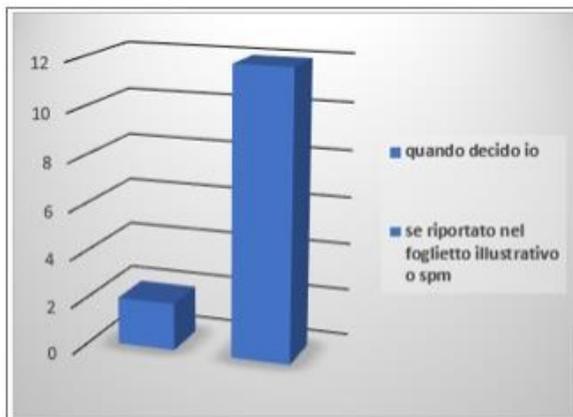


Figura N.3

4) Con cosa si può sostituire il farmaco non manipolabile?

11 persone hanno risposto di “chiedere al medico forma farmaceutica alternativa”, 3 persone hanno risposto di “non sapere”.

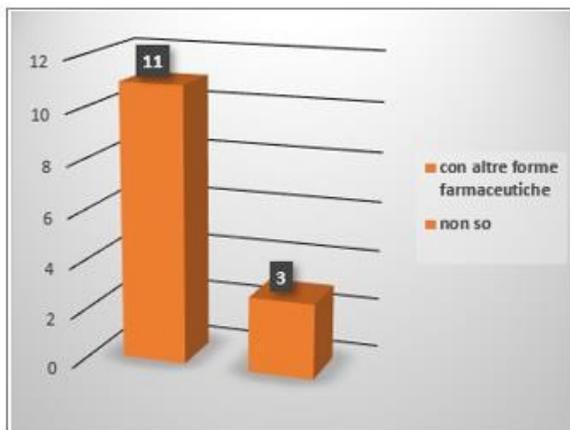


Figura N.4

5) Se è presente una linea sulla compressa vuol dire che è divisibile?

14 persone hanno risposto affermativamente.

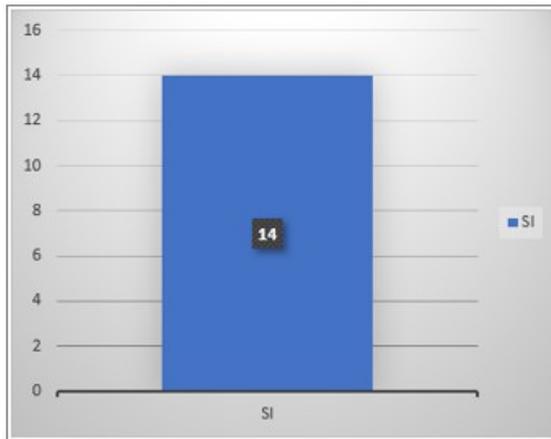


Figura N.5

6) Se la compressa è divisibile, a cosa devo fare attenzione?

Tutti hanno risposto “a dividerla esattamente sulla linea di demarcazione”.

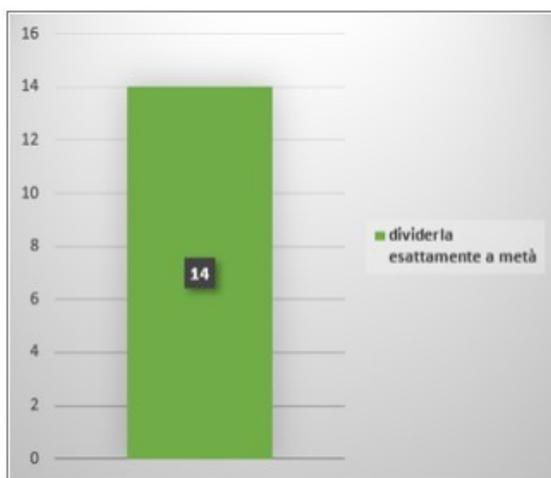


Figura N.6

7) La via di somministrazione sublinguale a cosa serve?

8 hanno risposto in modo corretto e 6 hanno detto di “non sapere”.

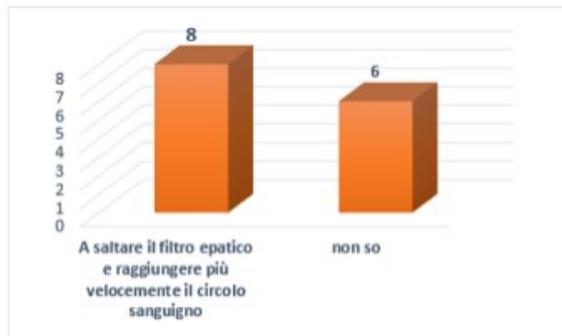


Figura N.7

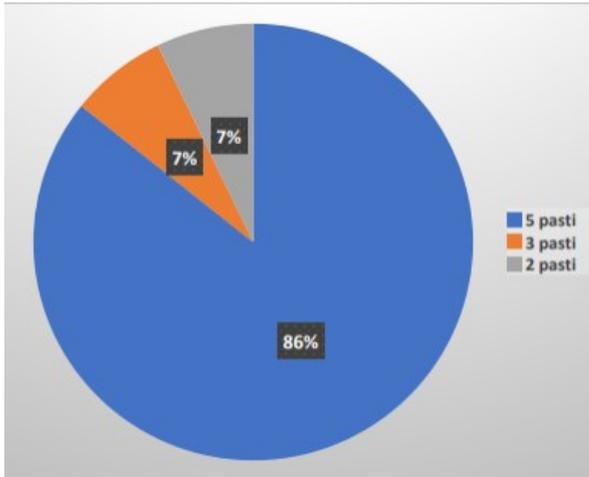
4.3 Alcuni principi per una corretta alimentazione

Mangiare è considerato uno dei piaceri della vita, ma “mangiare bene” non significa solo saziarsi. Consumare cibi buoni e di qualità in un ambiente amichevole, mangiare un po’ di tutto ma in quantità adeguate è infatti altrettanto importante.

Una dieta bilanciata, combinata a uno stile di vita attivo, che preveda la pratica quotidiana di attività fisica, aiuta a mantenere un peso corporeo adeguato, permettendo una crescita più armoniosa da un punto di vista fisico e più serena da un punto di vista psicologico. Inoltre, una sana alimentazione fortifica il sistema immunitario contribuendo a proteggere l’organismo da alcune malattie non direttamente legate alla nutrizione. (Guadagnare salute Iss. 2018)

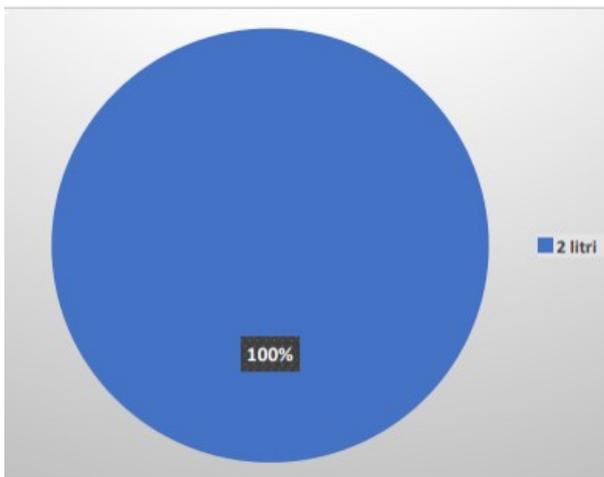
1) Quanti pasti preferibilmente andrebbero fatti al giorno?

Per l’86 % del campione andrebbero consumati 5 pasti al giorno, nel mentre, il 7% ritiene sufficiente 3 pasti al giorno. Per il resto bastano 2 pasti al giorno.



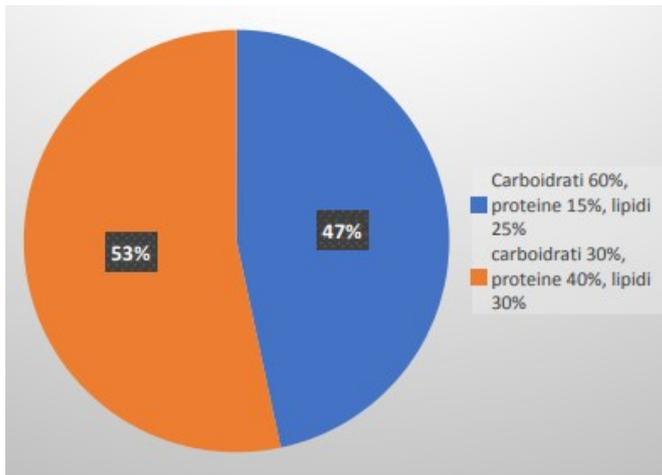
2) Quanta liquidi/acqua, indicativamente, andrebbero bevuti al giorno se non diversamente indicato?

Il 100% del campione ha ritenuto che 2 Litri al giorno sia la quantità adeguata da bere



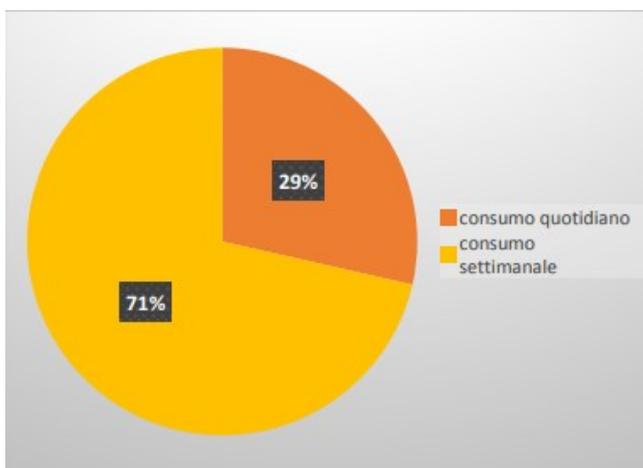
3) La dieta mediterranea è sinonimo di equilibrio e corretta proporzione tra macronutrienti. Quali?

Il 53% del campione, considera che (carboidrati 60%, le proteine il 15%, i lipidi 25%.) Siano le proporzioni corrette tra macronutrienti nella dieta mediterranea. Mentre, il 47% dello stesso campione ritiene opportuno il 30% per i carboidrati, 40% proteine, e 30% lipidi.



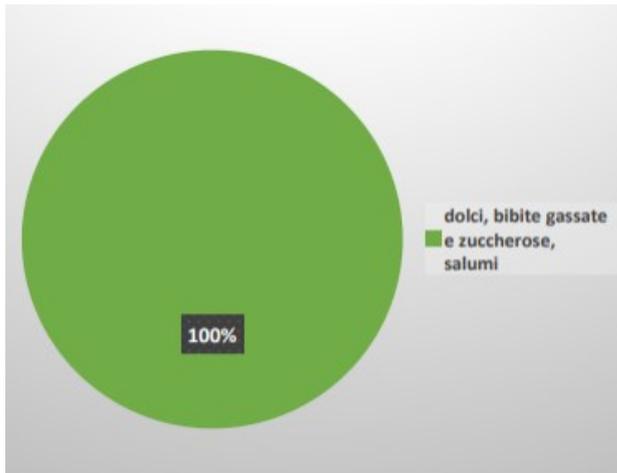
4) All'apice della piramide alimentare quali cibi sono posizionati? Quelli da consumare quotidianamente o quelli da consumare una o due volte a settimana?

Il 71% risponde “consumo settimanale” mentre il 29% si attesta per un “consumo quotidiano”.



5) E quali sono?

Per il 100% si tratta di dolci, bibite gassate e zuccherose, salumi.

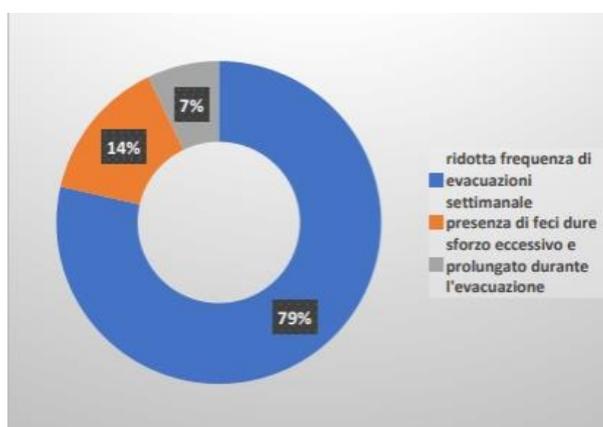


4.4 STITICHEZZA

Quando si parla di stitichezza non ci si riferisce ad un problema banale che si può risolvere con rimedi fatti in casa e un po' di "buona volontà". Ci si riferisce all'alterazione digestivo molto frequente che è stata presa in considerazione come una nuova malattia associata allo sviluppo industriale, a causa dei cambiamenti, atteggiamenti sociali e uno stile di vita sedentario. La stitichezza è definita come evacuazione di feci poco frequenti, lente o difficili. quando la sua frequenza è inferiore a tre movimenti intestinali settimanali (Fernández & Rodríguez, 2020)

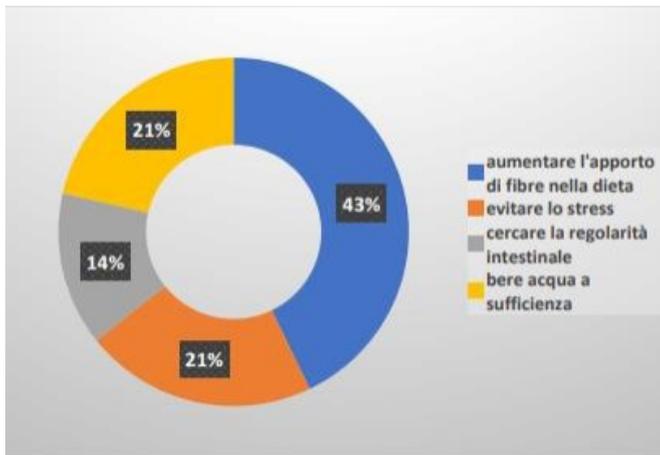
a) Quando si parla di stitichezza?

Per il 79% rappresenta la ridotta frequenza di evacuazioni settimanali. Il 14% la definisce come presenza di feci dure e per il resto 7% è uno sforzo eccessivo e prolungato durante l'evacuazione.



b) Ti ricordi qualche terapia comportamentale da attuare?

Per il 43%, bisogna aumentare l'apporto di fibre nella dieta. Per il 21% bisogna evitare lo stress. Un'altra quota 21% individua la regolarità intestinale e infine abbiamo la restante parte 14% che indica il bere acqua a sufficienza.



partecipazione ai singoli incontri



Al termine del progetto è stato chiesto al gruppo quanto stato gradito l'intervento educativo e la risposta unanime è stata più che positiva e addirittura, hanno posposto di fare altri interventi educativi su altri argomenti per gestire e promuovere la propria salute a casa.



5. DISCUSSIONE

L'educazione sanitaria negli anziani ha tipicamente tre scopi: mantenere e aumentare lo stato di salute generale, mantenere o migliorare la salute autogestita e creare reti sociali attive. Tutti questi obiettivi, però, mirano a contribuire all'indipendenza e a una migliore qualità della vita. Le persone anziane lottano per mantenersi in salute, non solo a causa delle sfide dell'invecchiamento, ma anche perché hanno maggiori probabilità di essere socialmente isolate rispetto ai più giovani. Tuttavia, i fattori soggettivi o psicosociali vengono spesso trascurati nell'implementazione o nella formulazione di programmi di promozione della salute in età avanzata. Perciò, è importante andare oltre l'aspetto fisico per esplorare ulteriormente le componenti psicosociali di una strategia e il modo in cui questi fattori influenzano la felicità generale (Chiu et al., 2020). È noto che le persone anziane traggono vantaggio da programmi multidimensionali di promozione della salute iniziati prima dell'insorgenza della malattia, e la carenza di ricerca per quanto riguarda le persone anziane con background culturalmente e linguisticamente diversi pone quindi serie minacce all'equità nella salute. Sono necessarie ulteriori ricerche per esplorare a fondo come promuovere la salute di una popolazione che invecchia e sempre più diversificata, e si suggerisce un disegno di studio randomizzato e controllato al fine di fornire ampie prove dell'efficacia del programma di promozione della salute (Lood et al., 2015).

Precedente alla somministrazione del questionario, è stata la condivisione di tre argomenti scelti precedentemente dal gruppo, in giornate differenti, nei quali si è affrontata la conoscenza di queste tematiche ovvero: terapia farmacologica orale solida, la sua importanza, la via di somministrazione, la manipolazione, e le diverse forme farmaceutiche; l'alimentazione, quantità e tipologia di alimenti da assumere, dieta equilibrata, quantità di liquidi giornaliere e la stitichezza. Trattando e analizzando in modo approfondito i dati ottenuti, sono emersi risultati che in casi coincidevano con ciò che stato redato in letteratura, in altri percorrevano percorsi opposti ad essa esprimendo pareri diversi e in alcuni casi ricchi di spunti innovativi

5.1 Terapia Farmacologica Solida Orale

L'assunzione della terapia farmacologica solida orale è un argomento di fondamentale importanza in quanto si riferisce a una pratica se non ben gestita può dare vita a eventuali eventi avversi modificando l'esito e i benefici del farmaco specialmente in categorie fragili come le persone di età avanzata. Il 100% del gruppo considera inadeguato manipolare le compresse farmaceutiche gastro resistenti o rivestite con film in quanto considerano pericoloso modificare forme già prescritte. Quindi, è stato chiesto al gruppo come si comporterebbe, il 70% ritiene opportuno chiedere una forma farmaceutica alternativa al proprio medico mentre il 30% ha risposto di non saper. Confermando ciò che è stato detto in precedenza l'80% considera errato aprire le capsule contenenti farmaco contrariamente al 20% che ha detto sì alla possibilità di aprire le capsule supportando la loro opinione con la facoltà di farlo se specificato nel foglio illustrativo. La bassa percentuale delle risposte sbagliate evidenzia la grande attenzione e interesse del gruppo negli incontri in più l'efficacia e la positività dell'intervento educativo. Nell'ambito dell'attenzione da porre durante l'assunzione delle compresse è stato chiesto al gruppo come si comporterebbe in presenza di una linea nelle compresse il 100% ha risposto che la compressa può essere divisa, chiedendo inoltre di prestare accortezza nel dividerla. tutto il gruppo era d'accordo sull'importanza di dividere la compressa esattamente sulla linea demarcata. È stato toccato un punto della terapia farmacologica data dalla via di somministrazione sublinguale e sul perché venisse utilizzata e 8 persone su 15 ovvero il 55% ha dato la risposta corretta mentre il 45% ha dichiarato di non sapere.

5.2 Alimentazione

L'alimentazione è tra gli argomenti più importanti nell'ambito di prevenzione e educazione in quanto è parte essenziale nella giornata di ogni persona ed è fondamentale acquisire conoscenze che riguardano questa pratica quotidiana soprattutto negli anziani, non solo educare ma anche esaminare il livello di conoscenze di questa categoria fragile. Inizialmente è stato chiesto al gruppo quanti pasti è corretto assumere al giorno, 86%

ritiene che 5 è il numero adatto di pasti al giorno, contro il resto del gruppo che si è diviso in 7% che stimano che 3 pasti è la quantità corretta mentre per il restante 7% 2 pasti al giorno sono sufficienti. Trattando invece la quantità di nutrienti e il rapporto tra essa soprattutto nella dieta mediterranea considerata sinonimo di dieta equilibrata il 53% stima che l'apporto corretto tra i nutrienti è "60% carboidrati, 15% proteine, 25%" lipidi, mentre il 47% ritiene che il giusto apporto sia "30% carboidrati, 40% proteine, 30% lipidi". Al gruppo è stato chiesto inoltre, i cibi che si posizionano in cima alla piramide alimentare con quale frequenza devono essere consumati il 71% ha risposto 1 o massimo 2 volte a settimana mentre il restante 29% ha dichiarato che giornaliera è la frequenza giusta, è stato chiesto in aggiunta quali siano questi alimenti rispondendo per il 100% che si tratta di bibite gassose e zuccherose, dolci e salumi. Per quanto riguarda la quantità di liquidi/acqua da assumere al giorno il 100% è stato d'accordo che quella raccomandata è 2 litri/die.

5.3 Stitichezza

Uno degli argomenti scelti dal gruppo è stata la stitichezza per la sua rilevanza particolarmente in età avanzata. E' stata chiesto al gruppo la definizione di stitichezza dando vita a diverse possibilità, in realtà concordanti, in quanto il 79% la definisce come ridotto frequenza di evacuazioni settimanali, rispetto al 14% che la considera come la presenza di feci dure, infine il 7% riconosce la stitichezza come uno sforzo eccessivo e prolungato durante l'evacuazione. Si sottolinea che il gruppo ha definito la stitichezza dando tutti dei definendola mediante sintomi ad essa correlati.

Mettendo in luce quelli che possono essere i rimedi il gruppo ha proposto rispondendo all'ultima domanda, diversi comportamenti da attuare come:

- 43% aumentare l'apporto di fibre nella dieta.
- 22% evitare lo stress.
- 21% bere acqua a sufficienza.
- 14% cercare di regolare l'intestino.

Rimedi e comportamenti che coincidono con ciò che si consiglia da esperti e da ciò che si è condiviso durante gli incontri dimostrano che l'intervento educativo nei confronti del gruppo è stato colto nel suo obiettivo dando risultati positivi.

Secondo Silva et al. (2019) è di fondamentale importanza: organizzare riunioni educative di gruppo multiprofessionali, allenamento fisico, programma di visite/assistenza domiciliare, valutazione e integrazione nutrizionale, programmi di mantenimento della salute e allenamento cognitivo; modelli/programmi di gestione e monitoraggio, utilizzo di dispositivi tecnologici assistivi e programma di ricovero per la riabilitazione geriatrica. Quando si parla di interventi educativi rivolte a persone di età avanzata bisogna tenere conto quali sussidi e strumenti a supporto dell'educazione sanitaria e di promozione della salute, ma anche al di fuori dei programmi formali per monitorare e migliorare la loro salute. L'uso efficace degli strumenti di e-health/m-health nei programmi di promozione della salute per gli anziani dipende in gran parte dalla motivazione degli anziani e dal sostegno ricevuto. (Kampmeijer et al., 2016).

Parlare della educazione sanitaria significa considerare anche la salute mentale tenendo conto della necessità, della categoria delle persone a qui va rivolto l'intervento. Anche se è stato dimostrato che non esistono strategie educative efficaci contro i problemi psichici come la depressione, ansia ecc. ma si è visto che si possono prevenire con la giusta formazione. (Seaton et al., 2017). Le attività di promozione della salute su base comunitaria hanno molteplici benefici per migliorare le funzioni fisiche, la soddisfazione spirituale e il senso di realizzazione degli anziani. L'impegno in attività di promozione della salute che durano 12 settimane o più è una componente fondamentale per avere effetti duraturi sulla salute poiché è stato segnalato che tali attività hanno effetti positivi significativi sul benessere fisico, mentale e spirituale degli anziani. La partecipazione alle attività di promozione della salute è influenzata dalle proprie conoscenze, esperienze, famiglia, società, cultura, ecc. (Chen et al., 2021).

6. CONCLUSIONE

Il fulcro dell'attività dell'IFeC, è quello di mitigare l'impatto della malattia sulla qualità di vita, responsabilizzare le persone sugli stili di vita, coinvolgendole attivamente nella gestione della propria condizione di salute (self-care). La promozione dell'autocura, a diversi livelli, dovrebbe infatti rappresentare il principale investimento (anche economico) di un sistema sanitario che ha compreso che la realizzazione della salute delle persone è nelle proprie case, con le proprie risorse, in una modalità di intervento proattivo e che necessita di figure professionali che fungano da tessuto connettivo nello scenario di competenze diversificate necessarie per sostenere l'impatto della cura. *“quando ho saputo dai giornali che il tabacco uccide, ho smesso di leggere i giornali”* (dichiarazione autentica di un pescatore bretone). La educazione sanitaria con persone di età avanzata quindi deve essere cosciente dei danni della medicina preventiva che ha al suo centro la malattia: *“...è religiosa nel suo positivismo causalista, finge di fare appello alla ragione ma si serve del terrorismo della propaganda e si dà parvenze di scienza facendo ricorso alle statistiche.”* (bensaid, 1988). È noto che le persone anziane traggono vantaggio da programmi multidimensionali di promozione della salute iniziati prima dell'insorgenza della malattia, e la carenza di ricerca per quanto riguarda le persone anziane con background culturalmente e linguisticamente diversi pone quindi serie minacce all'equità nella salute. Sono necessarie ulteriori ricerche per esplorare a fondo come promuovere la salute di una popolazione che invecchia e sempre più diversificata, e si suggerisce più attenzione e priorità agli interventi educativi al fine di fornire ampie prove dell'efficacia del programma di promozione della salute (Lood et al., 2015). L'attenzione metodologica massima va posta nel non trasformare la medicina preventiva in una sorta di “medicina dei divieti” che tenda a ridurre la libertà e lo spazio di vita delle persone. Invece un'impostazione educativa volta alla salute e non alla malattia, uno screening volto ad evidenziare la riserva funzionale e non i fattori di rischio tradizionali, l'attenzione ai fattori di contro rischio e di protezione, permette di puntare sulla parte positiva. Sulle molte cose che “si possono fare” per stare meglio: l'incontro di una persona in età avanzata con questa medicina preventiva significherà allora non aumento della paura di ammalarsi, ma più libertà, più voglia di vivere, maggiore salute.

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Aimaretti di G. (UPO) et al (2019) N.5 *Position Paper Infermiere di famiglia e di comunità*. Disponibile su www.luoghicura.it [10/08/2023]

Bensaid. (1988). “Le illusioni della medicina ovvero la prevenzione come alibi”
Marsilio (1° marzo 1988). Italiano Pag. 27-32

Chiu CJ., Hu JC., YH. & Chang EY. (2020). Health Promotion and Disease Prevention Interventions for the Elderly: A Scoping Review from 2015-2019. *Int J Environ Res Public Health*. Jul 24;17(15):5335

Epicentro.iss. (2018). guadagnare-salute alimentazione.

FNOPI. (2019). *Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche Implementazione della Raccomandazione Ministeriale N°19*.

Guaita A. (2004). GERONTOLOGIA PREVENTIVA: l’educazione sanitaria con gli anziani. Antonio (Direttore medico istituto geriatrico “C. Golgi” ablategrasso(M), *i luoghi di cura* Anno II- N.2

Gianfredi V., Parisi V., Bragazzi L.N., Martini M., Minelli L. & Nucci D. (2017). Educazione sanitaria in italia: verso un ruolo sempre più attivo del cittadino. un excursus storico basato sull’esperienza di perugia. *School of specialization in hygiene and preventive medicine, department of experimental medicine, university of perugia, italy*. Disponibile su www.researchgate.net [10/08/2023]

Guaita A (Direttore medico istituto geriatrico “C. Golgi” ablategrasso(M)., (2004) *Gerontologia preventiva: l’educazione sanitaria con gli anziani*, I luoghi di cura. Anno II. Disponibile su www.salute.gov.it [15/09/2023]

ISTAT. (2019). *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia*. Disponibile su www.istat.it [10/09/2023]

ISTAT. (2015). *Le dimensioni della salute in Italia determinanti sociali, politiche sanitarie e differenze territoriali*. Disponibile su www.istat.it [10/09/2023]

Kampmeijer R., Pavlova M., Tambor M., Golinowska S. & Groot W (2016). The use of e-health and m-health tools in health promotion and primary prevention among older adults: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. Sep 5;16 Sup. 5(Sup. 5):290.

Lombi L.& Cervia S. (2023) La co-produzione di servizi in sanità. Una scoping review, in Giarelli G., G. A. M. V. *Personalizzazione della cura e partecipazione dei cittadini nella società digitale-sindemica*, Franco Angeli, Milano: 139- 157

Lood Q., Häggblom-Kronlöf G. & Dahlin-Ivanoff S. (2015). Progettazione ed efficacia del programma di promozione della salute in relazione alle persone anziane con background culturalmente e linguisticamente diversi: *BMC Health Serv Res* **15**, 560

Mira J., Navarro I., Guilabert M.& Aranaz J. (2013). *Frequenza degli errori dei pazienti con i loro farmaci*. *Sanità Pubblica del Rev. Panama.*; 31(2): 95-101

Morena Allovio. (2018). *Tecniche di educazione terapeutica nella predisposizione e valutazione di progetti educativi*. Disponibile su www.nursestimes.org [05/07/2023]

OMS, Ottawa. (1986). *Carta per la promozione della salute: Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute Ottawa, Canada, 7-21 novembre 1986*

Palumbo R. (2016). La co-produzione della salute negli istituti di pena. *L'applicazione di nuovi approcci di assistenza nel sistema sanitario penitenziario*. Disponibile su www.impresaprogetto.it [10/08/2023]

Renzo Marcolongo. (2021). Atti del convegno “P_CARE: dal paziente alla persona”
L'educazione terapeutica, luogo d'incontro tra malati e curanti. *Journal of Health Care Education in Practice* 10.14658. disponibile su www.jhce.padovauniversitypress.it [01/09/2023]

Sá GGM., Silva FL., Santos AMRD., Nolêto JDS., Gouveia MTO. & Nogueira LT. (2019). Technologies that promote health education for the community elderly: integrative review. *Rev Lat Am Enfermagem*. Oct 14;27: e3186.

Seaton CL., Bottorff JL., Jones-Bricker M., Oliffe JL., DeLeenheer D. & Medhurst K. (2017). Men's Mental Health Promotion Interventions: A Scoping Review. *Am J Mens Health*. Nov;11(6):1823-1837

Silva CRDT., Carvalho KM., Figueiredo MDLF., Silva-Júnior FL., Andrade EMLR. & Nogueira LT. (2019). Health promotion of frail elderly individuals and at risk of frailty. *Rev Bras Enferm*. Nov;72(suppl 2):319-327

Università Cattolica del sacro cuore. (2022). *Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Rapporto Osservasalute 2022. Disponibile su www.osservatoriosullasalute.it [5/07/2023]

WHO. (2015). World Health Organization *who global strategy on people-centred and integrated health services 2016-2026*. Disponibile su

8. ALLEGATI

Questionario

La terapia farmacologica solida/ Alimentazione/ Stitichezza

TERAPIA SOLIDA FARMACOLOGICA

1) Le compresse farmacologiche che sono gastroresistenti o rivestite con film possono essere manipolate?

Si No

2) Le capsule contenente farmaco si possono aprire?

Si No

3) Se sì, quando?

Quando decido io

Se riportato nel foglietto illustrativo o spm (secondo prescrizione medica)

4) Con cosa si può sostituire il farmaco non manipolabile?

5) Se è presente una linea sulla compressa vuol dire che è divisibile?

6) Se la compressa è divisibile, a cosa devo fare attenzione?

7) La via di somministrazione sublinguale a cosa serve?

A saltare il filtro epatico e raggiungere più velocemente il circolo sanguigno

Non so

ALIMENTAZIONE

1) Quanti pasti preferibilmente andrebbero fatti al giorno?

3 2 5

2) Quanta acqua/liquidi andrebbero bevuti al giorno?

3) La dieta mediterranea è sinonimo di equilibrio e corretta proporzione tra quali nutrienti?

Carboidrati 60%, proteine 15%, lipidi 25%

Carboidrati 30%, proteine 40%, lipidi 30%.

4) la piramide alimentare: sulla punta quali cibi sono posizionati?

Quelli da consumare tutti i giorni quelli da consumare 1 o 2 volte massimo, a settimana

5) E quali sono?

STITICHEZZA

1) Quando si parla di stitichezza?

2) Ti ricordi qualche terapia comportamentale da attuare

Brochure educative a supporto delle informazioni ricevute

da evitare!

IMPORTANTE! QUANDO NON SI DEVE PROCEDERE ALLA MANIPOLAZIONE



In caso di:

- Capsule molli
- Capsule/comprese gastroresistenti
- Capsule/comprese a rilascio prolungato/modificato (il principio attivo non viene rilasciato gradualmente ma immediatamente con potenziale comparsa di effetti tossici da sovradosaggio)

Lavarsi le mani prima e dopo la manipolazione dei farmaci solidi orali

La divisione di una compressa è un'operazione che può esporre la persona ad un rischio di sovra o sottodosaggio e difficoltà di gestione, soprattutto nel caso di compresse di dimensioni ridotte, e sprovviste di linea di divisione.

- Bisogna evitare la contemporanea triturazione di più principi attivi.
- Prestare attenzione alla inalazione e/o al contatto con i principi attivi (aerosolizzazione);

Due vie di assorbimento orale sono:

la via **sublinguale** e la via **buccale**.

Via **sublinguale** (sotto la lingua) il farmaco raggiunge il circolo generale saltando il filtro epatico (quindi "l'effetto di primo passaggio") con immediato raggiungimento del circolo ematico;

Via **buccale** il farmaco solido viene posizionato tra la gengiva e la guancia

Ai pasti, dopo i pasti, prima dei pasti? Facciamo chiarezza

- **da assumere PRIMA del pasto:** assumi il farmaco a stomaco vuoto, entro 30 minuti dall'inizio del pasto;
- **da assumere DOPO il pasto:** assumi il farmaco a stomaco pieno, subito dopo aver terminato di mangiare;
- **da assumere AL pasti o DURANTE i pasti:** assumi il farmaco durante il pasto (mentre stai mangiando) o comunque a stomaco pieno;
- **da assumere PREFERIBILMENTE AL pasti:** assumi il farmaco preferibilmente (ma non esclusivamente) durante il pasto (mentre stai mangiando) o comunque preferibilmente a stomaco pieno;
- **da assumere LONTANO dai pasti o A STOMACO VUOTO:** assumi il farmaco almeno un'ora prima dei pasti o due ore dopo aver mangiato;
- **da assumere INDIPENDENTEMENTE dai pasti:** assumi il farmaco in qualsiasi momento della giornata, dal momento che per quel dato medicinale non c'è una importante interazione tra principio attivo e cibo.

Cosa mangiare prima di assumere farmaci?

Salvo diversa indicazione del medico, non è importante mangiare un determinato cibo piuttosto di un altro, è invece importante usare il buon senso: assumere pochi grammi di pane non può essere inteso come "pasto", quindi è importante mangiare un pasto in quantità adeguate.



ast
ANCONA
MARCHE

TERAPIA SOLIDA ORALE STRUMENTO EDUCATIVO

I FARMACI SOMMINISTRATI PER VIA ORALE (PER BOCCA) SONO STUDIATI PER L'ASSORBIMENTO PREVALENTEMENTE A LIVELLO GASTRICO E DELL'INTESTINO TENUE.

È LA VIA PIÙ COMUNEMENTE USATA E LA PIÙ CONFORTEVOLE PER LA PERSONA.



Irec Patrizia D'Incecco
P.zza Salvo D'Acquisto
Quartiere Ponterosso Ancona
3351996281

Raccomandazione Ministeriale 19
Si ringrazia per la collaborazione Linda Demgne e
Alice Pelliccetti CDL Infermieristica UNIVPM

Farmaci: è corretto manipolarli?

GLI ERRORI DA EVITARE

TRITARE, POLVERIZZARE, DIVIDERE, APRIRE I FARMACI (CAPSULE) sono gesti comuni che si fanno tutti i giorni per deglutire più facilmente i medicinali. Il problema è che, manipolare capsule e compresse, è un errore che può alterare l'efficacia della terapia o aumentarne la tossicità. La forma con cui si presenta un prodotto farmaceutico non è casuale ma, viene studiata attentamente, al fine di garantire la veicolazione del principio attivo attraverso l'organismo. Si tenga conto che il principio attivo deve superare alcune barriere chimiche come gli acidi presenti a livello di bocca, stomaco e intestino. Se alteriamo la formulazione sminuzzando la compressa o aprendo una capsula distruggiamo la protezione di cui era rivestita.

Dove è scritto **COMPRESSE RIVESTITE CON FILM** O **COMPRESSE GASTRORESISTENTI** vuol dire che il "rivestimento" del farmaco permette di sciogliersi ad una velocità idonea e, nel punto corretto, dove il principio attivo dev'essere assorbito. Farmaci con queste diciture non vanno assolutamente manipolati.

Le formulazioni gastroresistenti sono caratterizzate da rivestimenti costituiti da polimeri che rimangono intatti nello stomaco ma si dissolvono e rilasciano il principio attivo a livello dell'intestino tenue (pH più alcalino).

Si ricorre a queste formulazioni per:

- evitare irritazioni a livello gastrico (ad esempio, FANS);
- veicolare il principio attivo in un sito specifico del tratto gastrointestinale (ad esempio, Mesalazina nel trattamento della malattia di Crohn);
- proteggere principi attivi che possono essere inattivati a pH gastrico

Nell'eventualità di compresse non manipolabili è possibile sostituire la forma farmaceutica con, ad esempio, gocce orali, sciroppo, compressa effervescente, compressa oro-dispersibile, granulato per sospensione orale, rivolgendosi al proprio medico e/o farmacista.



VS



In quali situazioni manipolo le forme farmaceutiche solide orali?

pazienti disfagici adulti e pediatrici;
pazienti pediatrici;
pazienti anziani,
pazienti prebisfagici,
pazienti fragili,
pazienti politrattati;
pazienti in nutrizione enterale (tramite Sondino Naso Gastrico - SNG o Gastrostomia Endoscopica Percutanea - PEG o Digiuostomia Endoscopica Percutanea - PEJ);
pazienti con ridotta compliance;
necessità di avere un dosaggio non disponibile in commercio

Si consiglia di spezzare le compresse lungo la linea di divisione (dove presente) e prestare attenzione nei casi di compresse senza linea di divisione, in quanto, il taglio può determinare angoli vivi o facce ruvide. Al riguardo, controllare visivamente che le porzioni siano delle stesse dimensioni;



la piramide alimentare

la dieta mediterranea



Alcuni principi per una alimentazione corretta

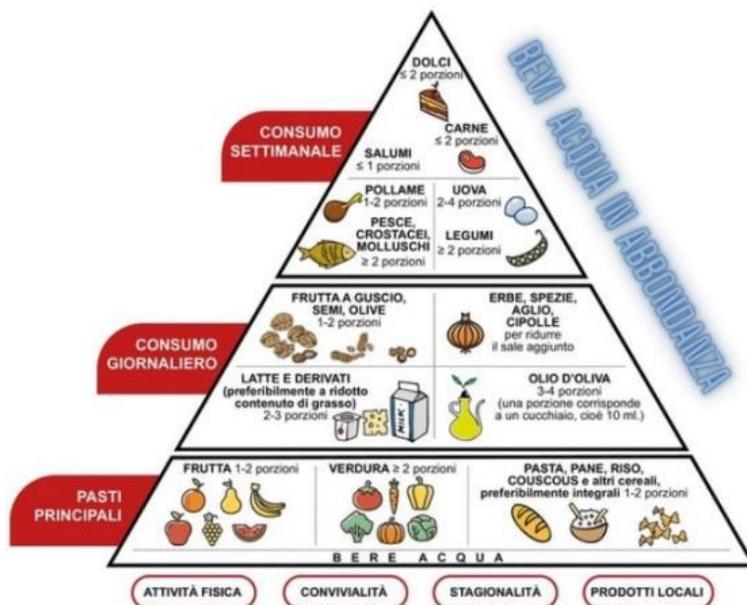
PROGETTO EDUCATIVO

UN'ALIMENTAZIONE VARIA ED EQUILIBRATA E' ALLA BASE DI UNA VITA IN SALUTE. CATTIVE ABITUDINI ALIMENTARI E UNO STILE DI VITA SEDENTARIO, RAPPRESENTANO UNO DEI PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO PER L'INSORGENZA DI NUMEROSE MALATTIE CRONICHE

IFEC PATRIZIA D'INCECCO
EX DISTRETTO SOCIALE N.8
PIAZZA SALVO D'ACQUISTO
QUARTIERE PONTEROSSO ANCONA
TEL.3351996281

SI RINGRAZIA PER LA COLLABORAZIONE LA STUDENTESSA LINDA DEMGNE COL INFERMIERISTICA UNIVPM

DESA - ALIMENTI E NUTRIZIONE LIBRE GUIDA PER UNA SANA ALIMENTAZIONE 2018



meno alcol è meglio!



Aumentare il consumo di frutta fresca, verdure e ortaggi di tutti i tipi, privi di grassi e ricchi di vitamine, minerali e fibre (se non diversamente indicato)

QUALCHE CONSIGLIO PER UNA SANA ALIMENTAZIONE

- AUMENTARE IL CONSUMO DI LEGUMI
- PRIVILEGIARE IL CONSUMO DI PESCE
- PRIVILEGIARE GLI OLI VEGETALI (OLIO EXTRA VERGINE DI OLIVA E GLI OLI DI SEMI)
- PRIVILEGIARE LE CARNI BIANCHE MAGRE
- PRIVILEGIARE GLI ALIMENTI RICCHI DI AMIDO (PRODOTTI INTEGRALI)
- LIMITARE IL CONSUMO DI FORMAGGI
- LIMITARE IL CONSUMO DI INSACCATI
- RIDURRE IL CONSUMO DI DOLCI



LIMITARE IL CONSUMO DI SALE

La corretta alimentazione è fondamentale per una buona qualità della vita e per invecchiare bene!!



Oltre a seguire una dieta corretta, è importante regolamentare anche il proprio stile di vita. Mangiare ad orari regolari, senza saltare i pasti e masticando lentamente, avere una regolare utilizzazione della toilette può aiutare a stimolare la funzionalità intestinale.

Non va trascurata l'attività fisica, anch'essa dovrebbe entrare a far parte di un regolare stile di vita.



La stitichezza raramente causa complicazioni o problemi di salute a lungo termine poiché la cura, in particolare se iniziata per tempo, di solito è efficace. Tuttavia, se si soffre per un periodo molto lungo di stitichezza, potrebbero comparire alcune complicazioni:

- dolore**
 - prurito**
 - sanguinamento**
 - gonfiore del retto**
 - perdita di sensibilità dentro e intorno all'ano**
 - perdita involontaria di feci (incontinenza)**
 - intestino che sporge dall'ano (prolasso rettale) a seguito di ripetuti sforzi**
 - emorroidi**
 - ragadi anali**
- La comparsa di questi disturbi deve essere riferita con tempestività al proprio medico curante



NON MI IGNORARE!

Fai lo screening proteggi la tua salute Screening del colon retto SOF - sangue occulto nelle feci

E' un esame gratuito, semplice, rapido e indolore. Lo screening serve a verificare che non ci sia sangue occulto (cioè non visibile) nelle feci; si effettua ogni 2 anni. **Se hai tra i 50 e 69 anni** riceverai una lettera personale e le istruzioni per ritirare il flaconcino per le feci e dove consegnarlo.

Se non ricevi la lettera chiama la **Segreteria Screening della tua zona:** Ast Ancona Marche, Senigallia, Jesi, Fabriano **Numero verde: 800267267**

Dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 Il risultato dell'esame ti sarà inviato a casa per posta, a tuo nome. Se dovessero servire altri controlli ti chiameremo.

A chi rivolgersi



Farmacista



Infermiere di riferimento



Medico di riferimento



STITICHEZZA

STRUMENTO EDUCATIVO

La **stitichezza (o stipsi)** consiste nella difficoltà a espellere le feci o in una frequenza di evacuazione delle feci inferiore a tre volte alla settimana.

La stitichezza può essere presente per brevi periodi (stitichezza occasionale), o per periodi più lunghi (stitichezza cronica).

Questa incapacità nel riuscire a svuotare l'intestino, può rendere le feci secche, dure e nodose, oltre che insolitamente grandi o piccole.



ISSALUTE
Ambulatorio Infermiere di comunità
Dott.ssa Patrizia D'Incecco
P.zza Salvo D'Aquisto Ancona
tel. 3351996281

Si ringrazia per la collaborazione
Sara Mozzeri e Linda Demgne
CDL Infermieristica UNIVPM

CAUSA E SINTOMATOLOGIA

Le feci sono costituite per la maggior parte di acqua mentre il restante da materiali solidi: batteri, muco, cellule intestinali, fibre vegetali ecc., per cui una parte notevole della massa fecale non è di origine alimentare e, difatti, le feci si formano anche durante il digiuno.

Una dieta equilibrata ricca di fibre che trattengono l'acqua, rendono più morbide le feci, facilitando il passaggio all'interno dell'intestino con conseguente stimolo all'evacuazione.

NON PATOLOGICHE

- Interventi chirurgici
- Dieta povera di fibre e di fluidi
- Sedentarietà
- Stress, cause psicologiche
- Puerperio, gravidanza
- Farmaci (analgescici, antidepressivi, sedativi...)

POSSIBILI CAUSE DELLA STITICHEZZA

PATOLOGICHE

- Rallentato transito intestinale
- Patologie del colon
- Patologie neurologiche
- Celiachia
- Ipotiroidismo
- Neuropatia diabetica
- Colon ipotonico in età senile o in seguito all'abuso di lassativi

TERAPIA COMPORTAMENTALE E DIETA



aumentare l'apporto di fibre nella dieta



bere acqua a sufficienza



cercare una regolarità intestinale



rispettare la flora batterica intestinale



evitare abuso di lassativi



evitare problemi di ragadi ed emorroidi



STRESS

DOLORI ADDOMINALI

METEORISMO

GONFIORE

DIFFICOLTA' AD ESPELLERE LE FECI

DURE E DISIDRATATE

SENSO DI EVACUAZIONE INCOMPLETA

MANCANZA DI STIMOLO

ECESSIVO SFORZO NELLA DEFECAZIONE



CONSIGLI UTILI

Alcuni utili consigli per seguire una dieta adeguata, se non diversamente indicato, possono consistere nel:

- Consumare giornalmente 2-3 frutti (meglio se al mattino o a digiuno, oppure cotti), come kiwi, pere, albicocche, fichi e prugne.
- Assumere a ogni pasto almeno una porzione di verdura (cotta al vapore, lessa o cruda), includere nel pasto serale pietanze come brodo, minestrone o passato di verdure.
- Prediligere alimenti integrali, come pane, pasta e riso.
- Consumare legumi almeno due volte a settimana, in caso di meteorismo è consigliabile passarli o centrifugarli.
- Mangiare ogni giorno una porzione di yogurt o di latte fermentato.
- Assumere 1.5-2 litri al giorno di liquidi, preferibilmente acqua oligominerale naturale, tisane o brodo.
- Limitare l'assunzione di alcol, tè e caffè, evitare il consumo di formaggi fermentati, fritti e grassi di origine animale.



9. RINGRAZIAMENTI

Arrivata al traguardo non mi sembra vero!

Questi ultimi anni di università, trascorsi per la maggior parte in ospedale mi hanno insegnato tanto, soprattutto a non mollare. Ho avuto la possibilità di sperimentare il rialzarsi della caduta, ho imparato a credere in me stessa. Un meritato grazie a tutti i professori, ai tutor, principalmente la mia relatrice dott.ssa. Francesca Gallone per la stesura della tesi e la mia correlatrice Patrizia D’Incecco infermiera dell’unico ambulatorio infermieristico di famiglia e comunità situato nel quartiere ponterosso in Ancona per l’aiuto nella progettazione, per l’immensa pazienza e professionalità dismontata. Ringrazio miei genitori Emmanuel Noubissi e Rose Ngnintedem per avermi permesso di intraprendere questo percorso sostenendomi sempre nelle mie scelte e dandomi forza nei momenti di totale sconforto, quando avrei voluto abbandonare tutto. Ringrazio mie figlie Ange Noubissi e Maria Djouaka che nonostante la loro giovanissima età hanno sempre pregato che andasse tutto bene per me, dicendomi sempre che termino con il CDL Infermieristica al fine di prendermi cura di loro, come si dovrebbe. Ringrazio mio fratello e mie sorelline per tutte le volte che mi hanno ascoltato telefonicamente mentre ripeteva argomenti di qui ignoravano l’esistenza. Grazie a Veronica Florentino, mia compagna di avventura diventata una sorella con chi ho condiviso stress, lacrime, pausa pranzo, caffè, ore e ore di studio in biblioteca, al parco pubblico durante l’estate, video chiamata; mi auguro che questo rapporto non cambi per sostenerci a vicenda. Chafaoui Hanane, grazie per la tua follia, la tua inesauribile simpatia e la tua capacità di farmi ridere e sorridere soprattutto in questa ultima fase del mio percorso ricordandomi che la vita va presa con più leggerezza e che le cose si possono fare. Infine, ringrazio mio marito Maurice che nonostante la pesantezza di questa avventura ha saputo camminare al mio fianco dandomi il sostegno necessario e ricordandomi che il sole splende anche dietro alle nuvole nere.

