



MedicInRete

Formazione e networking
cure primarie

Competenze di leadership per l'empowerment dei pazienti

Domenico Colimberti

18 settembre 2025

Competenze di leadership per l'empowerment dei pazienti

Docente: Dr. Domenico Colimberti

Data: 18 settembre 2025 (webinar della durata complessiva di 3 ore)

Contenuti:

- Il cambiamento demografico e la prevalenza delle patologie croniche;
- Il self management e l'empowerment dei pazienti come risorse di sistema;
- Gli interventi evidence-based per la promozione del self management dei pazienti (Self Management Interventions – SMI);
- Il valore della leadership nella gestione della multidisciplinarietà.

1977



Columbus Breaking the Egg, by William Hogarth (1697-1764)



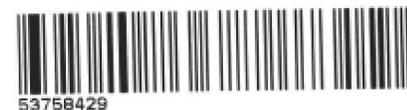
1. Il cambiamento demografico e la prevalenza delle patologie croniche

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1721737583.pdf>



DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, DEI DISPOSITIVI MEDICI, DEL FARMACO E
DELLE POLITICHE IN FAVORE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'EDILIZIA SANITARIA

Presidenza del Consiglio dei Ministri
DAR 0012425 P-4.37.2.10
del 22/07/2024



Piano Nazionale della Cronicità

Aggiornamento 2024

11 dic
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦

DAL GOVERNO

Piano nazionale cronicità: documento in stand-by con le Regioni in attesa della risposta del ministero sui Fondi

di *Barbara Gobbi*

Il Piano nazionale cronicità nuova versione (l'ultima risale al 2016) rischia l'ennesima fumata nera e che passi un altro anno di "nulla di fatto" davanti alla sostanziale mancata risposta del ministero della Salute alle condizioni poste dalle Regioni per portare il documento verso l'Intesa. Condizioni che erano state elencate in una lettera indirizzata dal coordinatore della Commissione Salute Raffaele Donini e dal coordinatore della Commissione Salute Anselmo Campagna al Dg Programmazione sanitaria Americo Cicchetti e per cui





Tonino Aceti

Rubrica

Salute sostenibile

Cronicità

Finanziamento

Governance



Piano Nazionale Cronicità: ancora un libro dei sogni?

Tonino Aceti (Salutequità): «Senza risorse, cronoprogramma e controllo, il documento rischia di essere l'ennesima occasione persa»

di Michela Perrone

3 Luglio 2025

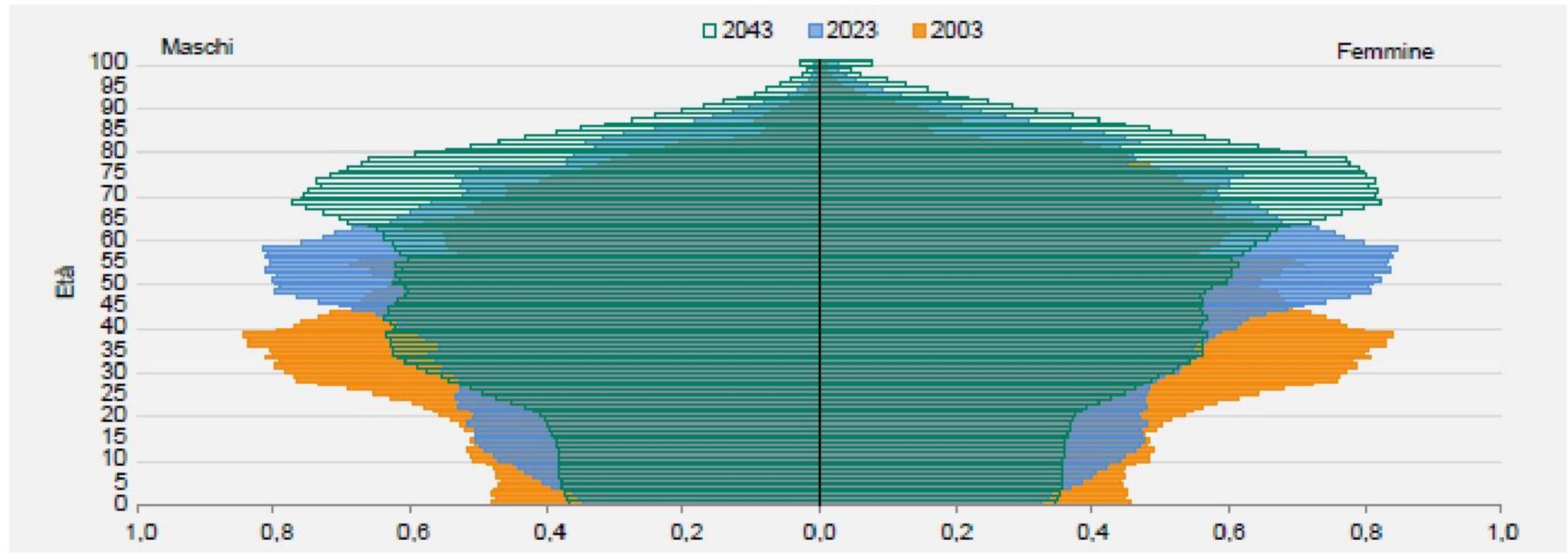
Tempo di lettura: 3 min

INDICE

Introduzione	3
PARTE PRIMA	5
Epidemiologia - Il trend demografico.....	5
I costi	14
A. Il macro-processo di gestione della persona con cronicità	17
FASE I: STRATIFICAZIONE E TARGETING DELLA POPOLAZIONE	19
FASE II: PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE	29
FASE III: PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA	38
FASE IV: EROGAZIONE DI INTERVENTI PERSONALIZZATI ATTRAVERSO IL COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE E CAREGIVER NEL PIANO DI CURA	48
FASE V: MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLE CURE EROGATE	56

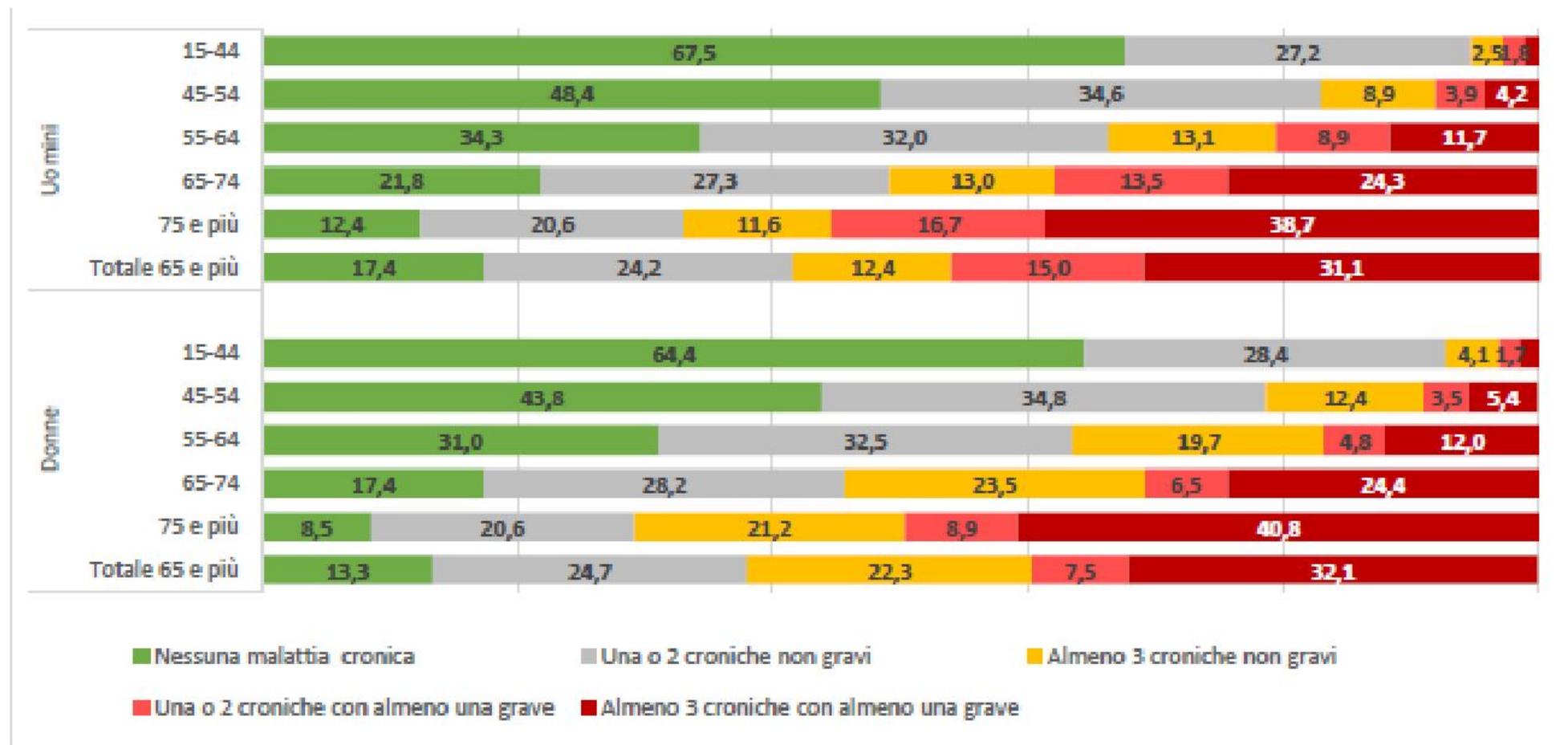
B. Gli aspetti trasversali dell'assistenza alla cronicità	65
Integrazione sociosanitaria	65
Sanità Digitale	70
Umanizzazione delle cure	77
Ruolo delle associazioni di tutela delle persone con malattie croniche e delle loro famiglie.....	80
Il ruolo delle farmacie.....	83
Sanità d'iniziativa ed empowerment	88
C. La cronicità in età evolutiva.....	92
D. Il monitoraggio del piano	99
Le indicazioni operative	99

Figura 1. Piramidi delle età al 1° gennaio 2003, 2023 e 2043 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Popolazione per sesso, ed età e Previsioni della popolazione e delle famiglie, base 1.1.2022, scenario mediano.

Figura 5. Popolazione di 15 anni e più per presenza di malattie croniche dichiarate, gravità e multimorbilità per classe di età e sesso. Anno 2019 (Per 100 persone della stessa età e sesso).



Fonte: dati Istat, Indagine Europea sulla salute (EHIS) 2019

A. Il macro-processo di gestione della persona con cronicità

La multimorbilità è attualmente una delle maggiori sfide del SSN, per varie ragioni, prima tra tutte una organizzazione dell'assistenza sanitaria tradizionalmente basata su un modello orientato alla singola patologia. I progressi medici, inoltre, portano sempre più verso una specializzazione delle cure a discapito di un approccio che consideri il paziente nella sua globalità e complessità di patologie e problematiche.

Da un punto di vista organizzativo, questo comporta una frammentazione dell'assistenza dei pazienti con multimorbilità che devono essere presi in carico da numerosi specialisti e seguire percorsi di cura complessi determinando una difficoltà nel fornire un'assistenza centrata sul paziente e una condivisione del processo decisionale. Infatti, da un punto di vista clinico, seguire più linee guida che si concentrano sulla gestione di singole patologie è complesso e spesso non appropriato in pazienti con multimorbilità.

STRATIFICAZIONE E TARGETING DELLA POPOLAZIONE

OBIETTIVO:

Sviluppare, validare e implementare sistemi di stratificazione del rischio per la presa in carico degli assistiti sulla base della complessità clinica (es. per presenza di comorbidità), del livello di rischio (es. per rischio di ospedalizzazione o di morte), del bisogno di salute (es. integrando aspetti sanitari e sociali) e del consumo di risorse, nonché per differenziare strategie di intervento

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE:

- Promuovere la definizione di una metodologia per l'implementazione di sistemi di stratificazione standardizzati che tenga conto dell'impatto della cronicità sulla sostenibilità dei servizi sanitari
- Coinvolgere i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta nelle attività di alimentazione di dati sugli stili di vita e sui fattori di rischio dei propri pazienti
- Definire un flusso delle ospedalizzazioni e delle prestazioni diagnostiche e strumentali ambulatoriali erogate in regime privato
- Promuovere l'implementazione di registri previsti nel DPCM 3 Marzo 2017 e non ancora istituiti e l'istituzione di nuovi registri di patologia
- Auspicare l'integrazione di banche dati e flussi dati sanitari, sociali ed economici (per es. flussi informativi INPS o Sistema Integrato dei Registri dell'Istat) compatibilmente con la regolamentazione relativa alla tutela della privacy
- Rafforzare le attività di formazione del personale dedicato all'alimentazione dei flussi e da una più puntuale attività di monitoraggio degli enti regionali, nonché da azioni di supporto da parte degli enti centrali

CRITICITÀ:

- Sistemi informativi e protezione dei dati personali
- Stratificazione sulla base di dati amministrativi e sviluppo di un Progetto di Salute

RISULTATI ATTESI:

- Definizione a livello nazionale di programmi di stratificazione della popolazione attivati in accordo ai rischi clinici e ai bisogni di salute e sociosanitari
- Definizione di strategie di presa in carico in rapporto al livello di rischio

PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE

OBIETTIVO:

- Prevenzione primaria: promuovere l'adozione di stili di vita salutari nella popolazione generale e nei soggetti a rischio per prevenire l'insorgenza delle patologie croniche
- Prevenzione secondaria: identificare precocemente le persone a rischio e quelle affette da patologie croniche da inviare ad adeguati percorsi di presa in carico
- Prevenzione terziaria: ritardare l'insorgenza e la progressione delle malattie croniche e delle loro complicanze nelle persone a rischio o già malate
- Prevenzione quaternaria: ridurre la prescrizione di farmaci non necessari e la medicalizzazione di condizioni non mediche evitando trattamenti e pratiche inutili

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE:

- Prevenzione primaria e secondaria a livello individuale: implementare gli interventi di promozione della salute e prevenzione a livello individuale anche in contesti opportunistici
- Prevenzione primaria a livello di comunità: sviluppare programmi di promozione della salute a livello di comunità, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali
- Prevenzione primaria a livello di popolazione: implementare gli interventi di promozione della salute e prevenzione a livello di popolazione attraverso una strategia intersettoriale e integrata
- Attuare gli interventi previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP)
- Implementare azioni volte a favorire un invecchiamento sano e attivo con una buona qualità della vita anche in età avanzata implementando e consolidando l'approccio life-course, per setting e di genere e migliorando interazione, dialogo e partecipazione tra tutti i setting

CRITICITÀ:

- Implementazione delle politiche di reclutamento del personale
- Difficoltà a mantenere partnership e impegni nell'ambito delle politiche intersettoriali
- Frammentarietà degli interventi

RISULTATI ATTESI:

- Adozione di raccomandazioni di policy da indirizzare ai diversi livelli di governo nazionale e regionali in materia di promozione e prevenzione primaria e di approccio intersettoriale tra il settore sanitario ed i settori sociale, educativo, urbanistico, alimentare, ecc
- Incremento del numero e dell'estensione dei programmi volti a identificare i soggetti in condizioni di rischio o con patologia in atto
- Incremento del numero dei programmi di comunità
- Incremento del numero di interventi volti ad aumentare nella popolazione la conoscenza delle malattie croniche e dei fattori di rischio
- Incremento di programmi di prevenzione e promozione della salute indirizzati a precisi target di popolazione che tengano conto dei risultati della stratificazione

PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

OBIETTIVO:

Migliorare la presa in carico e la gestione del paziente con cronicità attraverso interventi mirati ad un'ottimizzazione dell'organizzazione e del coordinamento dei servizi sanitari in linea con quanto definito dal DM77/2022 e ad una completa integrazione sociosanitaria

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE:

- Sviluppare e ottimizzare il ruolo dei Punti Unici di Accesso (PUA)
- Promuovere modelli operativi di presa in carico attiva (Sanità di Iniziativa) che, muovendo dalla stratificazione della popolazione, consentano un'assistenza proattiva degli assistiti già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa
- Promuovere lo sviluppo di strumenti di valutazione multidimensionale uniformi nei setting di assistenza, definiti in base a criteri standardizzati, finalizzati all'identificazione dei fabbisogni di natura sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare
- Promuovere modelli di assistenza globale che integrino aspetti sanitari e sociali
- Valorizzare l'Infermiere di Famiglia o Comunità al ruolo ricoperto e all'utilizzo degli strumenti operativi utilizzati
- Sviluppare la rete di cure palliative e terapia del dolore in linea con la vigente normativa
- Garantire la formazione continua degli operatori sanitari e sociosanitari ai temi della cronicità e ai percorsi a essa dedicati

CRITICITÀ:

- Ricambio generazionale del personale sanitario
- Percorso formativo dell'Infermiere di Famiglia o Comunità
- Integrazione sociale e sanitaria

RISULTATI ATTESI:

- Implementazione di modelli e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente cronico, in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza e diversi setting di cura, nel rispetto del principio di prossimità
- Incremento di progetti di formazione del team multidisciplinare, anche nell'ambito della digitalizzazione dei servizi
- Potenziamento di modelli che prevedano una risposta integrata ai bisogni di salute sanitari e sociosanitari, compreso il coinvolgimento attivo della comunità

EROGAZIONE DI INTERVENTI PERSONALIZZATI ATTRAVERSO IL COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE E CAREGIVER NEL PIANO DI CURA

OBIETTIVO:

Migliorare il coinvolgimento del paziente e dei suoi caregiver nel piano di cura, attraverso l'educazione del paziente con cronicità e un'ottimizzazione della comunicazione medico-paziente

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE:

- Promuovere azioni per lo sviluppo dell'alfabetizzazione sanitaria, che sia rivolta all'individuo, alla comunità e ai gruppi vulnerabili che non ricevono o non accedono facilmente alle informazioni sanitarie o all'assistenza sanitaria
- Promuovere l'attuazione di percorsi educativi per il paziente e il caregiver
- Promuovere la formazione sulla comunicazione medico-paziente, rivolta agli operatori sanitari, finalizzata a raccogliere informazioni, fornire informazioni e creare una relazione con il paziente
- Promuovere l'utilizzo di strumenti (PROMs e dei PREMs) per misurare il punto di vista dei pazienti sul proprio stato di salute e la loro esperienza durante le cure, anche con approfondimenti dedicati agli aspetti relativi alla sicurezza dell'assistenza

CRITICITÀ:

- Cambiamento culturale oltre che organizzativo e di formazione

RISULTATI ATTESI:

- Miglioramento delle capacità del paziente di ottenere le informazioni sul proprio stato di salute, di elaborarle e prendere decisioni per l'efficace attuazione del proprio piano di cura
- Incremento della soddisfazione e miglioramento dell'esperienza del paziente e dei familiari nel processo di cura, nonché della qualità della vita del paziente
- Miglioramento delle competenze comunicative e relazionali dei professionisti sanitari
- Incremento della soddisfazione del professionista sanitario
- Miglioramento dei risultati clinici

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLE CURE EROGATE

OBIETTIVO:

Promuovere la definizione delle procedure di monitoraggio e valutazione delle cure erogate, secondo quanto previsto dal modello organizzativo e assistenziale DM77/2022, in accordo alla metodologia del Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (NSG-LEA) Sperimentazione indicatori PDTA – DM 12 marzo 2019 e del Programma Nazionale Esiti (PNE)

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE:

- Diffondere la metodologia di monitoraggio e valutazione della qualità delle cure erogate: dagli indicatori di performance del PNE agli indicatori dei PDTA del NSG-LEA con riferimento al modello organizzativo definito dal DM77/2022
- Implementare sistemi di controllo per valutare la performance qualitativa delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, in accordo al PNE
- Individuare delle strategie tecniche e regolatorie di integrazione dei dati sanitari, sociali e assistenziali per un monitoraggio esaustivo e una valutazione complessiva dei risultati clinici e organizzativi e della qualità dell'assistenza
- Sviluppare metodologie consolidate, basate sul punto di vista del paziente: dai Patient-reported outcome measures (PROMs) ai Patient-reported experience measures (PREMs)

CRITICITÀ:

- Limiti dei dati amministrativi nel monitorare e valutare complessivamente l'assistenza clinica ricevuta dai pazienti
- Difficoltà derivanti dalla integrazione dei dati sulla base della normativa sulla protezione dei dati personali
- Limiti dei PROMs e dei PREMs nella valutazione della qualità dell'assistenza ricevuta
- Privacy, trattamento dati e valutazione della cybersecurity della piattaforma per PROMs e PREMs

RISULTATI ATTESI:

- Incremento delle iniziative finalizzate al monitoraggio e alla valutazione della qualità delle cure erogate impiegando i dati amministrativi in accordo alla metodologia del NSG-LEA sulla sperimentazione nei PDTA
- Sviluppare sistemi per valutare la performance qualitativa delle strutture sanitarie
- Integrazione dei dati sanitari, e socio-assistenziali per un monitoraggio esaustivo e una valutazione complessiva dei risultati clinici e organizzativi e della qualità dell'assistenza
- Ottenere dei sistemi di valutazione che tengano conto del punto di vista dei pazienti

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

OBIETTIVO:

Potenziare il sistema integrato dei servizi socio-sanitari destinato alla persona con cronicità, che valorizzi la partecipazione attiva della comunità e garantisca i principi di prossimità ed equità di accesso alle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socioassistenziali, anche attraverso soluzioni innovative digitali

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE:

- Promuovere un approccio che favorisca il benessere delle persone con cronicità
- Potenziare e migliorare il servizio di assistenza domiciliare integrata
- Garantire l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale
- Garantire assistenza adeguata presso le strutture residenziali e semi-residenziali extraospedaliere
- Integrare e potenziare le forme di sussidiarietà orizzontali e verticali tra i vari attori istituzionali
- Promuovere la multidisciplinarietà dei professionisti e l'interoperabilità dei servizi coinvolti nella presa in carico della persona con cronicità in condizioni di fragilità sociale

RISULTATI ATTESI:

- Implementazione di modelli e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente cronico, in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza e diversi setting di cura
- Implementazione di interventi volti a garantire l'equità di accesso alle reti sanitarie, socio-sanitarie, socioassistenziali
- Incremento di progetti di formazione di team multidisciplinari, anche nell'ambito della digitalizzazione dei servizi
- Potenziamento di modelli che prevedano una risposta integrata ai bisogni di salute sociali e sanitari, compreso il coinvolgimento attivo della comunità

SANITÀ DIGITALE

OBBIETTIVO:

Promuovere lo sviluppo della sanità digitale e, in particolare della telemedicina, nell'ambito dell'assistenza alle persone con cronicità, in coerenza con le migliori buone pratiche ed evidenze scientifiche, con la normativa di riferimento e con le indicazioni contenute nel DM 77/2022.

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE:

- Migliorare qualità, equità, efficienza e appropriatezza dell'assistenza attraverso l'attivazione di modelli assistenziali che coniughino i servizi di telemedicina con le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie in presenza, partendo dai bisogni di salute delle persone assistite
- Rafforzare la medicina d'iniziativa e promuovere la multidisciplinarietà degli interventi tramite la realizzazione dei nuovi modelli organizzativi e delle buone pratiche, anche attraverso lo sviluppo degli strumenti di Intelligenza Artificiale
- Potenziare e adeguare i percorsi di telemedicina per facilitare la presa in carico e la continuità assistenziale delle persone con cronicità sul territorio
- Promuovere e potenziare l'interoperabilità dei sistemi, anche attraverso l'interconnessione aziendale
- Potenziare percorsi di formazione e aggiornamento continuo in sanità digitale per gli operatori sanitari

CRITICITÀ:

- Particolare attenzione al tema della cybersicurezza. Conformità al Regolamento UE 2016/679 GDPR in materia di privacy e trattamento dei dati
- Sforzo di adattamento culturale e di accettazione del cambiamento
- Sfida dell'integrazione delle soluzioni digitali nei processi di cura, così come l'interoperabilità dei sistemi informativi già attivi o che verranno attivati

RISULTATI ATTESI:

- Implementazione di modelli assistenziali che coniughino i servizi di telemedicina con lo sviluppo di progetti regionali e buone pratiche di telemedicina come strumento di supporto nella gestione dei pazienti
- Implementazione dei nuovi modelli organizzativi previsti dal DM 77/2022, anche mediante lo sviluppo della sanità digitale, ivi inclusa l'interconnessione aziendale e la telemedicina
- Incremento della popolazione con cronicità presa in carico attraverso strumenti di telemedicina

UMANIZZAZIONE DELLE CURE

OBBIETTIVO:

Promuovere i interventi sugli aspetti relazionali, organizzativi e strutturali, dell'assistenza che rendano i luoghi di cura e i programmi diagnostico-terapeutici orientati quanto più possibile ai bisogni degli assistiti con cronicità - considerati nella loro interezza fisica, sociale e psicologica - senza dimenticare i bisogni degli operatori sanitari

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE:

- Promuovere il rispetto della volontà e della dignità della persona
- Promuovere una relazione di cura fondata sull'ascolto, l'ascolto attivo, l'empatia e una comunicazione esaustiva che tenga conto del background del paziente e accerti il suo livello di comprensione
- Garantire l'accesso alle informazioni sui servizi, alla documentazione sanitaria e la trasparenza
- Pianificare processi assistenziali che rispondano ai bisogni specifici della persona legati al genere, all'età, alla condizione economica, status migratorio, educazione, religione e abilità fisica delle persone
- Creare spazi di cura accessibili e confortevoli, nei quali sia promossa la socialità e tutelata la privacy della persona e dei familiari/caregiver
- Favorire il coinvolgimento attivo di un familiare (o altra persona di riferimento) nei vari aspetti del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale
- Trattare il dolore e favorire una cultura che concepisca la gestione del dolore come diritto inalienabile della persona in ogni luogo e fase di cura
- Promuovere la formazione e l'aggiornamento degli operatori sui temi della comunicazione operatore sanitario/persone assistite/familiari e caregiver
- Promuovere la tutela della salute psicofisica degli operatori sanitari
- Valorizzare il rapporto fiduciario medico-paziente che origina dalla scelta autonoma da parte del cittadino

CRITICITÀ:

- Difficoltà di comunicazione e di relazione tra operatori sanitari e paziente/familiari
- Scarsa attenzione ai bisogni psicologici e sociali rispetto ai bisogni clinici
- Eccessiva burocratizzazione del percorso di assistenza
- Difficoltà di erogazione dell'assistenza non solo tra Regioni, ma anche all'interno delle Regioni stesse
- Sovraccarico di lavoro per i professionisti sanitari con conseguente necessità di potenziare l'organico
- Deficit strutturali e organizzativi delle strutture sanitarie con conseguente malessere lavorativo

RISULTATI ATTESI:

- Implementazione delle attività di formazione sulla corretta comunicazione
- Implementazione di interventi strutturali e organizzativi che favoriscano il percorso di cura in un'ottica di umanizzazione e attenzione alla persona intesa nella sua globalità e unicità
- Implementazione di iniziative per tutelare la salute psico-fisica degli operatori sanitari

RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI DI TUTELA DELLE PERSONE CON MALATTIE CRONICHE E DELLE LORO FAMIGLIE

OBBIETTIVO:

- Promuovere la partecipazione attiva delle Associazioni di tutela delle persone con patologia cronica e delle Organizzazioni civiche di rilievo nazionale nelle decisioni e iniziative sviluppate a livello nazionale, regionale e aziendale
- Favorire il ruolo delle Associazioni dei pazienti e delle Organizzazioni civiche nell'orientamento della persona con patologia cronica nel percorso assistenziale
- Promuovere la formazione dei volontari delle Associazioni affinché operino con efficienza, chiarezza, affidabilità, eticità e competenza

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE:

- Identificare le Associazioni di tutela delle persone con patologia cronica e le Organizzazioni civiche di rilievo nazionale e regionale operanti sul territorio, promuovendone la formazione e la crescita culturale
- Promuovere il ruolo delle Associazioni nel sostegno ai pazienti/familiari con malattia cronica e nel relativo processo di empowerment
- Coinvolgere i rappresentanti delle Associazioni e delle Organizzazioni civiche di rilievo nazionale e regionale nelle commissioni/gruppi nazionali
- Promuovere la creazione di strumenti di confronto a livello nazionale, regionale e aziendale in cui le Associazioni e le Organizzazioni civiche possano rappresentare le esigenze delle persone con malattia cronica e dei loro familiari e presentare proposte per azioni di miglioramento

RISULTATI ATTESI:

- Incremento delle decisioni e iniziative assunte a livello locale, regionale e nazionale con il coinvolgimento delle Associazioni di tutela dei malati cronici
- Incremento dei corsi di formazione, da parte delle Istituzioni preposte, per sviluppare la capacità delle Associazioni in termini di comunicazione e ascolto, relazione d'aiuto, conoscenza di leggi e normative, gestione amministrativa e contabile, capacità organizzativa e programmatica

IL RUOLO DELLE FARMACIE

OBBIETTIVO:

- Promuovere il coinvolgimento della rete territoriale delle farmacie di comunità e delle farmacie rurali
- Sviluppare, validare e implementare sistemi sinergici di collaborazione con altri professionisti sanitari per una tempestiva ed efficiente presa in carico da parte delle farmacie dei pazienti affetti da patologie croniche sulla base della complessità clinica e del bisogno di salute
- Sviluppare il coinvolgimento delle farmacie nel percorso di accesso personalizzato ai farmaci per i trattamenti a lungo termine, anche mediante interventi di educazione, prevenzione e promozione della salute

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE:

- Promuovere la collaborazione di professionisti sanitari per l'effettuazione presso la farmacia di prestazioni professionali richieste da MMG/PLS o specialisti
- Promuovere attività attraverso le quali nelle farmacie gli assistiti possano prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, provvedere al pagamento della quota di partecipazione, scegliere il MMG/PLS, ritirare referti relativi a prestazioni specialistiche effettuate presso strutture pubbliche e private accreditate
- Promuovere l'azione professionale del farmacista per migliorare i livelli di aderenza terapeutica del paziente con patologia cronica
- Promuovere l'azione professionale del farmacista per migliorare l'allestimento personalizzato della terapia per un miglior controllo delle interazioni farmacologiche, maggiore sicurezza del paziente e risparmio sui costi di trattamento
- Promuovere, nelle aree interne, le attività di presa in carico dei pazienti con cronicità mediante il coinvolgimento delle farmacie rurali anche attraverso la telemedicina
- Agevolare l'accesso alla terapia per i pazienti cronici anche attraverso i servizi assicurabili dalle farmacie che prevedano la dispensazione e la consegna domiciliare professionalmente assistita dei farmaci e dispositivi medici

CRITICITÀ:

- Inadeguatezza della vigente normativa in termini di prevenzione e contenimento del fenomeno della carenza e della indisponibilità dei farmaci
- Limiti legati alla tecnologia digitale e alla informatizzazione, strumenti utili anche per il potenziamento dei servizi di telemedicina e telemonitoraggio

RISULTATI ATTESI:

- Incremento di progettualità, quali il dossier farmaceutico, a cura della farmacia che effettua la dispensazione
- Incremento delle attività di formazione sulla cronicità con il coinvolgimento del farmacista
- Incremento della partecipazione dei farmacisti alle iniziative di formazione sulla cronicità
- Incremento delle progettualità che coinvolgono il farmacista nella educazione sanitaria
- Incremento di programmi di presa in carico dei pazienti cronici in rapporto ai bisogni di salute attraverso servizi fondamentali per il supporto alla cura, all'aderenza terapeutica e alla prevenzione
- Potenziamento dei servizi sanitari sul territorio e a domicilio del paziente cronico

SANITÀ D'INIZIATIVA ED EMPOWERMENT

OBBIETTIVO:

- Promuovere lo sviluppo del processo di empowerment nelle varie fasi di presa in carico della persona con malattia cronica e nel coinvolgimento dei familiari e caregiver
- Promuovere l'educazione e l'informazione del paziente/caregiver in merito alla patologia cronica di cui soffre e alla sua corretta gestione
- Promuovere programmi di empowerment rivolti ai cittadini sia in ambito ospedaliero che territoriale, con una particolare attenzione alla prevenzione, all'aderenza terapeutica e al miglioramento della qualità dei servizi
- Promuovere azioni di contrasto alle disuguaglianze sociali e culturali sia nelle politiche assistenziali che in quelle di prevenzione, anche attraverso l'empowerment della comunità



LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE:

- Realizzare programmi di educazione e informazione documentabili e monitorabili anche in base ad indicatori di esito con la partecipazione attiva delle Associazioni dei pazienti e delle Organizzazioni civiche
- Realizzare iniziative di promozione dell'empowerment che favoriscano la capacità di autogestione della malattia e la messa in atto di azioni correttive
- Favorire attraverso la formazione, in una visione condivisa, lo sviluppo dell'empowerment organizzativo, cioè del processo attraverso il quale individui appartenenti ad un gruppo sono coinvolti attivamente, si sentono responsabili di ciò che accade ed esercitano un'influenza positiva sui componenti del gruppo e sui servizi erogati
- Prevedere nei percorsi di presa in carico e nel PDTA attività per la realizzazione di interventi specifici di empowerment
- Predisporre iniziative di ascolto e partecipazione della comunità alla definizione delle politiche assistenziali e di quelle di prevenzione



CRITICITÀ:

- Difficoltà di tipo strutturale e organizzativo nel coinvolgere il paziente/caregiver nell'assistenza e nella prevenzione
- Difficoltà di natura culturale nel cambiamento di atteggiamento e di ruolo dei professionisti sanitari verso il paziente/familiare/caregiver e dei pazienti familiare/caregiver verso i professionisti

RISULTATI ATTESI:

- Maggiore consapevolezza
- Maggiore attenzione degli operatori sanitari alla comunicazione e informazione
- Migliore gestione della malattia
- Maggiore coinvolgimento e partecipazione delle Associazioni di pazienti e delle Organizzazioni civiche nelle attività di informazione, educazione, empowerment del paziente e del caregiver
- Aumento dell'appropriatezza, della sostenibilità e dell'equità

LA CRONICITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA

OBBIETTIVO:

- Migliorare la gestione della cronicità in età evolutiva attraverso il coinvolgimento e la partecipazione del bambino/adolescente e della sua famiglia nel processo di cura, promuovendo modelli di transizione dall'età adolescenziale all'età adulta e rafforzando la formazione del personale sanitario
- Ottimizzare l'organizzazione e l'integrazione dei servizi socio-sanitari orientati al bambino e all'adolescente con cronicità, sostenendo il ruolo della famiglia e garantendo una vita scolastica, sportiva, relazionale e sociale simile ai propri coetanei



LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE:

- Rafforzare l'attività di prevenzione
- Promuovere l'integrazione ospedale-territorio attraverso percorsi assistenziali condivisi
- Promuovere l'individuazione di Centri di riferimento o strutture di II livello regionali/supra regionali
- Implementare la definizione di PDTA e percorsi riabilitativi specifici in relazione ai bisogni del bambino/adolescente
- Promuovere programmi di informazione e formazione rivolti a pazienti e familiari, operatori scolastici, servizi sociali
- Promuovere la creazione di strutture di cura che tengano conto degli aspetti di accoglienza inclusivi
- Promuovere programmi di integrazione scolastica, di scuola a domicilio e in ospedale, di promozione della salute in ambito scolastico
- Promuovere la creazione di percorsi di formazione, fondando alle modalità di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare
- Sviluppare protocolli, linee guida e percorsi formativi condivisi e operativi per attuare in maniera strutturata ed efficiente la transizione dall'età adolescenziale all'età adulta
- Promuovere l'utilizzo di sistemi di monitoraggio
- Promuovere la verifica sistematica dell'utilizzo di protocolli e percorsi diagnostico terapeutico assistenziali EBM
- Promuovere azioni specifiche per rispondere in maniera efficace ai bisogni e alle esigenze dei bambini e adolescenti vulnerabili



CRITICITÀ:

- Potenziamento del personale sanitario in area pediatrica
- Integrazione sociale e sanitaria e servizi di transizione



RISULTATI ATTESI:

- Sviluppo di modelli che garantiscano una risposta integrata ai bisogni di salute tenendo conto delle peculiarità dell'età evolutiva

EROGAZIONE DI INTERVENTI PERSONALIZZATI ATTRAVERSO IL COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE E CAREGIVER NEL PIANO DI CURA

OBBIETTIVO:

Migliorare il coinvolgimento del paziente e dei suoi caregiver nel piano di cura, attraverso l'educazione del paziente con cronicità e un'ottimizzazione della comunicazione medico-paziente

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE:

- Promuovere azioni per lo sviluppo dell'alfabetizzazione sanitaria, che sia rivolta all'individuo, alla comunità e ai gruppi vulnerabili che non ricevono o non accedono facilmente alle informazioni sanitarie o all'assistenza sanitaria
- Promuovere l'attuazione di percorsi educativi per il paziente e il caregiver
- Promuovere la formazione sulla comunicazione medico-paziente, rivolta agli operatori sanitari, finalizzata a raccogliere informazioni, fornire informazioni e creare una relazione con il paziente
- Promuovere l'utilizzo di strumenti (PROMs e dei PREMs) per misurare il punto di vista dei pazienti sul proprio stato di salute e la loro esperienza durante le cure, anche con approfondimenti dedicati agli aspetti relativi alla sicurezza dell'assistenza

CRITICITÀ:

- Cambiamento culturale oltre che organizzativo e di formazione

RISULTATI ATTESI:

- Miglioramento delle capacità del paziente di ottenere le informazioni sul proprio stato di salute, di elaborarle e prendere decisioni per l'efficace attuazione del proprio piano di cura
- Incremento della soddisfazione e miglioramento dell'esperienza del paziente e dei familiari nel processo di cura, nonché della qualità della vita del paziente
- Miglioramento delle competenze comunicative e relazionali dei professionisti sanitari
- Incremento della soddisfazione del professionista sanitario
- Miglioramento dei risultati clinici

OBBIETTIVO

Migliorare il coinvolgimento del paziente e dei suoi caregiver nel piano di cura, attraverso l'**educazione** del paziente con cronicità e un'**ottimizzazione della comunicazione** professionisti sanitari – assistito.

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

- Promuovere **azioni per lo sviluppo dell'alfabetizzazione sanitaria**, che sia rivolta all'individuo, alla comunità e ai gruppi vulnerabili che non ricevono o non accedono facilmente alle informazioni sanitarie o all'assistenza sanitaria.
- Promuovere l'attuazione di **percorsi educativi per il paziente e il caregiver**.
- Promuovere la **formazione sulla comunicazione medico-paziente**, rivolta agli operatori sanitari, finalizzata a raccogliere informazioni, fornire informazioni e creare una relazione con il paziente.
- Promuovere **l'utilizzo di strumenti (PROMs e PREM)s per misurare il punto di vista dei pazienti sul proprio stato di salute e la loro esperienza durante le cure**, anche con approfondimenti dedicati agli aspetti relativi alla sicurezza dell'assistenza.

RISULTATI ATTESI

- Miglioramento delle **capacità del paziente di ottenere le informazioni sul proprio stato di salute, di elaborarle e prendere decisioni** per l'efficace attuazione del proprio piano di cura.
- Incremento della soddisfazione e miglioramento dell'esperienza del paziente e dei familiari nel processo di cura, nonché della qualità della vita del paziente.
- **Miglioramento delle competenze comunicative e relazionali dei professionisti sanitari.**
- Incremento della soddisfazione del professionista sanitario.
- **Miglioramento dei risultati clinici.**

CRITICITA'

Cambiamento culturale oltre che organizzativo e di formazione

La maggiore difficoltà nel fornire interventi personalizzati con il coinvolgimento dei pazienti/caregiver è legata alla **resistenza degli operatori sanitari al cambiamento**.

Se per i pazienti è difficile cambiare stabilmente alcune abitudini di vita in funzione della cura, anche **per il personale sanitario non è facile passare da un atteggiamento prescrittivo a uno partecipativo**.

La partnership con pazienti e caregiver richiede da parte dei professionisti sanitari di **abbandonare atteggiamenti paternalistici e passare dal “potere di fare qualcosa su o per il paziente” al “potere di fare qualcosa con il paziente”**.

Altri fattori, infine, che possono ostacolare il coinvolgimento del paziente/caregiver nella realizzazione di interventi personalizzati sono la **mancaanza di setting di apprendimento adeguati per i pazienti/caregiver, la prioritizzazione delle attività diagnostico-terapeutiche su quelle comunicative/educative e relazionali.**

Al fine di promuovere il cambiamento culturale, si ravvisa la necessità di **potenziare l'organico di personale specializzato in percorsi formativi specifici sui modelli e sui metodi per promuovere il **self-management**, la modifica degli stili di vita e la comunicazione efficace.**

MeSH

MeSH

self management

Search

[Create alert](#) [Limits](#) [Advanced](#)

[Help](#)

Full

Send to:

Self-Management

Individual's ability to manage the symptoms, treatment, physical and psychosocial consequences and lifestyle changes inherent in living with a chronic condition. Efficacious self-management encompasses ability to monitor one's condition and to affect the cognitive, behavioral, and emotional responses necessary to maintain a satisfactory quality of life.

Year introduced: 2018

PubMed search builder options

[Subheadings:](#)

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> economics | <input type="checkbox"/> history | <input type="checkbox"/> statistics and numerical data |
| <input type="checkbox"/> education | <input type="checkbox"/> methods | <input type="checkbox"/> trends |
| <input type="checkbox"/> ethics | <input type="checkbox"/> psychology | |

Restrict to MeSH Major Topic.

Do not include MeSH terms found below this term in the MeSH hierarchy.

Tree Number(s): N02.421.784.760

MeSH Unique ID: D000073278

Entry Terms:

- Self Management
- Management, Self

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>

PubMed Search Builder

Add to search builder AND

Search PubMed

[YouTube](#) Tutorial

Related information

[PubMed](#)

[PubMed - Major Topic](#)

[Clinical Queries](#)

[NLM MeSH Browser](#)

Recent Activity

[Turn Off](#) [Clear](#)

self management (1)

Self-Management

Individual's ability to manage the symptoms, treatment, physical and psychosocial consequences, and lifestyle changes inherent in living with a chronic condition. Efficacious self-management encompasses ability to monitor one's condition and to affect the cognitive, behavioral, and emotional responses necessary to maintain a satisfactory quality of life.

Autogestione

Capacità dell'individuo di gestire i sintomi, il trattamento, le conseguenze fisiche e psicosociali e i cambiamenti dello stile di vita inerenti al convivere con una condizione cronica. Un'efficace autogestione comprende la capacità di monitorare la propria condizione e di influenzare le risposte cognitive, comportamentali ed emotive necessarie per mantenere una qualità di vita soddisfacente.

MY NCBI FILTERS

5,461 results Page 1 of 547

RESULTS BY YEAR

TEXT AVAILABILITY

- Abstract
- Free full text
- Full text

ARTICLE ATTRIBUTE

- Associated data

1 A self-managed exercise therapy program for wrist osteoarthritis: study protocol for a randomized controlled trial.
Cite Larsson SL, Ekstrand E, Dahlin LB, Björkman A, Brogren E.
Trials. 2023 Oct 2;24(1):628. doi: 10.1186/s13063-023-07668-4.
Share PMID: 37784197 Free PMC article.

2 Structured multi-criteria model of self-managed motivation in organizations based on happiness at work: pandemic related study.
Cite Nieżurawska J, Kycia RA, Ludviga I, Niemczynowicz A.
Sci Rep. 2023 Oct 2;13(1):16521. doi: 10.1038/s41598-023-43626-5.
Share PMID: 37783735 Free PMC article.

3 Current status and influencing factors of self-management in knee joint discomfort among middle-aged and elderly people: a cross-sectional study.
Cite Guo Y, Zhao P, Zeng B, Su M, Zhou Y, Liu X, Zhou Y.
BMC Geriatr. 2023 Sep 29;23(1):612. doi: 10.1186/s12877-023-04334-x.
Share PMID: 37773113 Free PMC article.

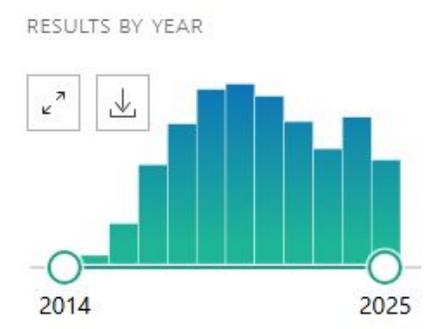
29
novembre
2023

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

PubMed Search
[Advanced](#) [Create alert](#) [Create RSS](#) [User Guide](#)

Save Email Send to Sort by: Most recent Display options

MY CUSTOM FILTERS 7,122 results Page 1 of 713



PUBLICATION DATE

1 year

5 years

- 1** [Insights Into How Digital Health Interventions Shape Outcomes for Emerging Adults Living With Type 1 Diabetes: Qualitative Realist Process Evaluation.](#)
Cite Wang R, Panesar B, Sonnenberg M, Landry A, Brazeau AS, Greenberg M, Nakhla M, Zenlea I, Mok E, Kichler JC, Goldbloom EB, Booth GL, Henderson M, Shulman R, Desveaux L. *J Med Internet Res.* 2025 Sep 5;27:e70401. doi: 10.2196/70401. PMID: 40910693 Clinical Trial.
- 2** [What stroke survivors say about living with upper limb spasticity and how they manage it.](#)
Cite Pike S, Lannin NA, Cameron L, Palit M, Schneider E, Cusick A. *Aust Occup Ther J.* 2025 Oct;72(5):e70045. doi: 10.1111/1440-1630.70045. PMID: 40905064 **Free PMC article.**

6 settembre
2025

SANITÀ D'INIZIATIVA ED EMPOWERMENT

OBIETTIVO:

- Promuovere lo sviluppo del processo di empowerment nelle varie fasi di presa in carico della persona con malattia cronica e nel coinvolgimento dei familiari e caregiver
- Promuovere l'educazione e l'informazione del paziente/caregiver in merito alla patologia cronica di cui soffre e alla sua corretta gestione
- Promuovere programmi di empowerment rivolti ai cittadini sia in ambito ospedaliero che territoriale, con una particolare attenzione alla prevenzione, all'aderenza terapeutica e al miglioramento della qualità dei servizi
- Promuovere azioni di contrasto alle disuguaglianze sociali e culturali sia nelle politiche assistenziali che in quelle di prevenzione, anche attraverso l'empowerment della comunità



LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE:

- Realizzare programmi di educazione e informazione documentabili e monitorabili anche in base ad indicatori di esito con la partecipazione attiva delle Associazioni dei pazienti e delle Organizzazioni civiche
- Realizzare iniziative di promozione dell'empowerment che favoriscano la capacità di autogestione della malattia e la messa in atto di azioni correttive
- Favorire attraverso la formazione, in una visione condivisa, lo sviluppo dell'empowerment organizzativo, cioè del processo attraverso il quale individui appartenenti ad un gruppo sono coinvolti attivamente, si sentono responsabili di ciò che accade ed esercitano un'influenza positiva sui componenti del gruppo e sui servizi erogati
- Prevedere nei percorsi di presa in carico e nei PDTA attività per la realizzazione di interventi specifici di empowerment
- Predisporre iniziative di ascolto e partecipazione della comunità alla definizione delle politiche assistenziali e di quelle di prevenzione



CRITICITA:

- Difficoltà di tipo strutturale e organizzativo nel coinvolgere il paziente/caregiver nell'assistenza e nella prevenzione
- Difficoltà di natura culturale nel cambiamento di atteggiamento e di ruolo dei professionisti sanitari verso il paziente/familiare/caregiver e dei pazienti familiare/caregiver verso i professionisti



RISULTATI ATTESI:

- Maggiore consapevolezza
- Maggiore attenzione degli operatori sanitari alla comunicazione e informazione
- Migliore gestione della malattia
- Maggiore coinvolgimento e partecipazione delle Associazioni di pazienti e delle Organizzazioni civiche nelle attività di informazione, educazione, empowerment del paziente e del caregiver
- Aumento dell'appropriatezza, della sostenibilità e dell'equità

OBIETTIVO

- Promuovere lo sviluppo del processo di **empowerment** nelle varie fasi di presa in carico della persona con malattia cronica e nel coinvolgimento dei familiari e caregiver;
- Promuovere l'educazione e l'informazione del paziente/caregiver in merito alla patologia cronica di cui soffre e alla sua corretta gestione;
- Promuovere programmi di **empowerment** rivolti ai cittadini sia in ambito ospedaliero che territoriale, con una particolare attenzione alla prevenzione, all'aderenza terapeutica e al miglioramento della qualità dei servizi;
- Promuovere azioni di contrasto alle disuguaglianze sociali e culturali sia nelle politiche assistenziali che in quelle di prevenzione, anche attraverso l'**empowerment** della comunità.

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

- Realizzare programmi di educazione e informazione documentabili e monitorabili anche in base ad indicatori di esito (per esempio check sulle conoscenze) con la partecipazione attiva delle Associazioni dei pazienti e delle Organizzazioni civiche;
- Realizzare iniziative di promozione dell'empowerment che favoriscano la capacità di autogestione della malattia e la messa in atto di azioni correttive, anche attraverso l'utilizzo di strumenti di automonitoraggio personalizzato riferito agli stili di vita in base a obiettivi specifici con il coinvolgimento dei familiari e dei caregiver;
- Favorire attraverso la formazione, in una visione condivisa, lo sviluppo dell'empowerment organizzativo, cioè del processo attraverso il quale individui appartenenti ad un gruppo sono coinvolti attivamente, si sentono responsabili di ciò che accade ed esercitano un'influenza positiva sui componenti del gruppo e sui servizi erogati;
- Prevedere nei percorsi di presa in carico e nei PDTA attività per la realizzazione di interventi specifici di empowerment;
- Predisporre iniziative di ascolto e partecipazione della comunità alla definizione delle politiche assistenziali e di quelle di prevenzione.

RISULTATI ATTESI

- **Maggiore consapevolezza:** le persone che partecipano attivamente alle decisioni che riguardano la propria salute sono in grado di acquisire maggiori conoscenze sulla propria condizione, sulle opzioni terapeutiche e sugli stili di vita che possono favorire il recupero e il mantenimento della salute;
- **Maggiore attenzione degli operatori sanitari alla comunicazione e informazione:** una persona informata e in grado di acquisire maggiore conoscenza sulla malattia e si trova nelle condizioni di poter seguire al meglio consigli e suggerimenti ricevuti per migliorare la sua condizione di salute;
- **Migliore gestione della malattia:** l'empowerment favorisce la prevenzione delle complicanze, diminuisce le probabilità di peggiorare la qualità di vita e riduce i costi sanitari;
- **Maggiore coinvolgimento e partecipazione delle Associazioni di pazienti e delle Organizzazioni civiche nelle attività di informazione, educazione, empowerment del paziente e del caregiver.**
- **Aumento dell'appropriatezza, della sostenibilità e dell'equità.**

CRITICITA'

- Difficoltà di tipo strutturale e organizzativo nel coinvolgere il paziente/*caregiver* nell'assistenza e nella prevenzione.
- Difficoltà di natura culturale nel cambiamento di atteggiamento e di ruolo dei professionisti sanitari verso il paziente/ familiare/*caregiver* e dei pazienti familiare/*caregiver* verso i professionisti.

Buone pratiche per l'empowerment



2. Il self management e l'empowerment dei pazienti come risorse di sistema

<https://it.scribd.com/document/615616553/Who-Pen-2020>

WHO PACKAGE
OF ESSENTIAL
NONCOMMUNICABLE (PEN)
DISEASE INTERVENTIONS
FOR PRIMARY HEALTH CARE



The WHO PEN defines a minimum set of interventions to address major NCDs in primary care. The interventions are for the detection, diagnosis, treatment and care of cardiovascular diseases, diabetes and chronic respiratory diseases. These components are feasible even in low-resource settings, and can be delivered by primary care physicians and non-physician health workers.

Il PEN dell'OMS definisce una serie minima di interventi per affrontare le principali malattie non trasmissibili nelle cure primarie. Gli interventi sono progettati per l'individuazione, la diagnosi, il trattamento e la cura delle malattie cardiovascolari, del diabete e delle malattie respiratorie croniche. Tali interventi sono fattibili anche in condizioni di risorse limitate e possono essere erogati da medici di base e operatori sanitari non medici.

CARDIOVASCULAR DISEASES



- CVD risk assessment and management
- Hypertension management

DIABETES



- Management of diabetes

CHRONIC RESPIRATORY DISEASES



- Management of asthma and exacerbation
- Management of COPD, and exacerbation

CANCER EARLY DIAGNOSIS



- Early diagnosis
- Cervical cancer
- Breast cancer

HEALTHY LIFESTYLE COUNSELLING



- Health education
- Counseling on tobacco cessation

SELF CARE



- Self-care among patients with cardiovascular disease, diabetes or respiratory disease

PALLIATIVE CARE



- Practice points for palliative care

ADAPTING WHO PEN





SELF-CARE

AMONG PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASE, DIABETES OR RESPIRATORY DISEASE

- All patients with NCDs perform some level of self-care. Health workers can work to strengthen self-care strategies among these patients by following this protocol
- Counseling patients on self-care can be integrated into existing care structures
- All interactions with patients can be seen as opportunities to understand and improve patients' self-care strategies
- Strategies to improve adherence should form part of self-care for NCDs.
- Promoting self-care among patients with NCDs should take into account patients' beliefs and concerns about medicines and their effects on adherence
- No single strategy to improve overall adherence is recommended over another. Health workers should use their skills, resources, and patient preferences to devise plans to improve adherence
- Group education programmes, rather than individual education, may offer a cost-effective strategy to deliver education in low- and middle-income countries

FIRST VISIT

- Identify opportunities to improve self-care
- Provide written or visual educational materials and training in self-care
- For self-care recommendations that require an action plan, agree on and provide a written or visual action plan

FOLLOWING VISITS

- Check the patient's progress
- If necessary and the patient wishes it, repeat the steps from the first visit



CONDITION-SPECIFIC RECOMMENDATIONS ON SELF-CARE

CARDIOVASCULAR DISEASES

■ Raised blood pressure

- Self-measurement to monitor blood pressure is recommended for the management of hypertension in appropriate patients where the affordability of the technology has been established.

■ Heart failure

- Appropriate patients could benefit from being educated on the benefits of cardiac rehabilitation, and can be encouraged to undertake rehabilitation exercise in the home setting.

■ Need for anticoagulation

- Self-monitoring of blood coagulation and self-adjustment of dosage in patients receiving oral anticoagulation agents is recommended if affordable and according to an agreed action plan with a health professional.

DIABETES

■ Diabetes Type 1 and 2

- People with type 1 and type 2 diabetes on insulin should be offered self-monitoring of blood glucose based on individual clinical need.

■ Diabetes Type 1

- Self-monitoring and self-adjustment of dosage is recommended in type 1 diabetes according to an agreed action plan with a health professional.

RESPIRATORY DISEASES

■ Asthma and chronic obstructive pulmonary disease

- Self-monitoring in asthma and COPD and self-adjustment of dosage is recommended according to an agreed action plan with a health professional.

■ Chronic obstructive pulmonary disease

- Appropriate patients may benefit from being educated on the benefits of chronic obstructive pulmonary disease rehabilitation, and encouraged to undertake rehabilitation exercise.

WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision



Self-care is the ability of individuals, families and communities to promote health, prevent disease, maintain health and **cope with illness and disability with or without the support of a health worker**. The scope of self-care in this definition includes health promotion, disease prevention and control, self-medication, giving care to dependent people, seeking hospital, specialist or primary care when needed, and rehabilitation, including palliative care.

La cura di sé è la capacità degli individui, delle famiglie e delle comunità di promuovere la salute, prevenire le malattie, mantenere la salute e affrontare la malattia e la disabilità con o senza il supporto di un operatore sanitario. L'ambito dell'autocura in questa definizione comprende la promozione della salute, la prevenzione e il controllo delle malattie, l'automedicazione, l'assistenza alle persone non autosufficienti, la ricerca di cure ospedaliere, specialistiche o primarie quando necessario e la riabilitazione, comprese le cure palliative.

MeSH

MeSH

Search

Limits Advanced

Help

Full

Send to:

Self Care

Caring for self when ill or positive actions and adopting behaviors to prevent illness.

Year introduced: 1981

Date introduced: May 19, 1980

PubMed search builder options

[Subheadings:](#)

- | | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> adverse effects | <input type="checkbox"/> instrumentation | <input type="checkbox"/> standards |
| <input type="checkbox"/> classification | <input type="checkbox"/> methods | <input type="checkbox"/> statistics and numerical data |
| <input type="checkbox"/> economics | <input type="checkbox"/> mortality | <input type="checkbox"/> trends |
| <input type="checkbox"/> ethics | <input type="checkbox"/> psychology | <input type="checkbox"/> veterinary |
| <input type="checkbox"/> history | | |

Restrict to MeSH Major Topic.

Do not include MeSH terms found below this term in the MeSH hierarchy.

Tree Number(s): E02.900, I03.050.563, N02.421.784.680

MeSH Unique ID: D012648

Entry Terms:

- Care, Self
- Self-Care

PubMed Search Builder

Add to search builder AND

Search PubMed

[YouTube Tutorial](#)

Related information

[PubMed](#)

[PubMed - Major Topic](#)

[Clinical Queries](#)

[NLM MeSH Browser](#)

Recent Activity

[Turn Off](#) [Clear](#)

Self Care

MeSH

«Prendersi cura di sé quando si è malati o adottare comportamenti e azioni positive per prevenire le malattie»



"Self Care"[Mesh]

Search

[Advanced](#) [Create alert](#) [Create RSS](#)

[User Guide](#)

Save

Email

Send to

Sort by: Most recent

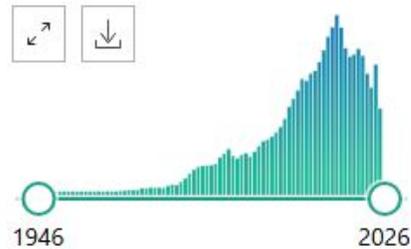
Display options

MY CUSTOM FILTERS

66,719 results

Page 1 of 6,672

RESULTS BY YEAR



[AppRaise: Software for Quantifying Evidence Uncertainty in Systematic Reviews Using a Posterior Mixture Model.](#)

1
Cite Kabali C.

J Eval Clin Pract. 2025 Sep;31(6):e70272. doi: 10.1111/jep.70272.

PMID: 40927971

[Acceptability and effectiveness of empathy-based provider training and community-level awareness activities on self-injectable contraceptive use in](#)

2

13
settembre
2025

3. Gli interventi evidence-based per la promozione del self management dei pazienti (Self Management Interventions – SMI)



LAY SUMMARY



WHAT IS THE COMPAR-EU PROJECT?

COMPAR-EU is a multimethod, inter-disciplinary project that will contribute to bridging the gap between current knowledge and practice of self-management interventions. COMPAR-EU aims to identify, compare, and rank the most effective and cost-effective self-management interventions (SMIs) for adults in Europe living with one of the four high-priority chronic conditions: type 2 diabetes, obesity, chronic obstructive pulmonary

disease, and heart failure. The project will provide support for policymakers, guideline developers and professionals to make informed decisions on the adoption of the most suitable self-management interventions through an IT platform, featuring decision-making tools adapted to the needs of a wide range of end users (including researchers, patients, and industry).

<https://self-management.eu>



WHICH SELF-MANAGEMENT INTERVENTIONS SHOULD BE INCLUDED IN CLINICAL GUIDELINES?

LAY SUMMARY



WHAT IS THE COMPAR-EU PROJECT?

COMPAR-EU is a multimethod, inter-disciplinary project that will contribute to bridging the gap between current knowledge and practice of self-management interventions. COMPAR-EU aims to identify, compare, and rank the most effective and cost-effective self-management interventions (SMIs) for adults in Europe living with one of the four high-priority chronic conditions: type 2 diabetes, obesity, chronic obstructive pulmonary

disease, and heart failure. The project will provide support for policymakers, guideline developers and professionals to make informed decisions on the adoption of the most suitable self-management interventions through an IT platform, featuring decision-making tools adapted to the needs of a wide range of end users (including researchers, patients, and industry).

<https://self-management.eu>



LAY SUMMARY



WHAT IS THE COMPAR-EU PROJECT?

COMPAR-EU is a multimethod, inter-disciplinary project that will contribute to bridging the gap between current knowledge and practice of self-management interventions. COMPAR-EU aims to identify, compare, and rank the most effective and cost-effective self-management interventions (SMIs) for adults in Europe living with one of the four high-priority chronic conditions: type 2 diabetes, obesity, chronic obstructive pulmonary

disease, and heart failure. The project will provide support for policymakers, guideline developers and professionals to make informed decisions on the adoption of the most suitable self-management interventions through an IT platform, featuring decision-making tools adapted to the needs of a wide range of end users (including researchers, patients, and industry).

<https://self-management.eu>

CHE COS'È IL PROGETTO COMPAR-EU?

COMPAR-EU è un progetto multidisciplinare multimetodo che contribuisce a **colmare il divario tra le conoscenze attuali e la pratica degli interventi di autogestione.**

E' finalizzato ad identificare, confrontare e classificare gli interventi di autogestione (SMI) più efficaci ed economici per gli adulti in Europa che vivono con una delle quattro condizioni croniche ad alta priorità: **diabete di tipo 2, obesità, broncopneumopatia cronica ostruttiva e insufficienza cardiaca.**

Il progetto fornisce un supporto **ai responsabili politici, agli sviluppatori di linee guida e ai professionisti** per prendere decisioni informate sull'adozione degli interventi di autogestione più adatti attraverso una piattaforma informatica, dotata di strumenti decisionali adattati alle esigenze di un'ampia gamma di utenti finali (inclusi **ricercatori, pazienti e industria**).



1704+
Randomized controlled
trials



395+
Tools



146+
Interventions



37+
Recommendations

WELCOME TO THE COMPAR-EU PLATFORM!

This platform has been developed by the [COMPAR-EU](#) project funded by the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme.

In this platform we present the evidence on self-management interventions **i** for four chronic diseases:



TYPE 2 DIABETES



OBESITY



COPD



HEART FAILURE



Patient Decision Aids

Designed to help reaching a shared decision between a healthcare professional and a patient on the best course of action regarding self-management interventions.



Recommendations

Designed to help policymakers and managers to make decisions about what self-management interventions should be considered for implementation.



Repositories

Repositories of tools used to measure self-management interventions; studies analysing self-management interventions and a catalogue of self-management interventions.



Interactive Summary of Findings tables (iSoF)

Designed for guideline developers and healthcare professionals to find and understand the main messages from systematic reviews, and to highlight the most important outcomes (both benefits and harms), the size of these effects, and the certainty of the supporting evidence.



Evidence to Decision frameworks (EtD)

Designed to summarize the pros and cons of self-management interventions.



What matters to patients and other stakeholders

Check out the outcomes that are most important for self-management interventions for patients and other stakeholders (clinicians & policy-makers).



Cost-effectiveness analysis results

Check out the results on the cost-effectiveness **i** of self-management interventions and tailor the analysis to your interest.



Network Meta-analysis results

Check out the network meta-analysis **i** results, presented for each outcome and our component network meta-analysis, to find out what elements of self-management are most effective.



Contextual analysis results

Check out what factors can facilitate or hinder the implementation of a self-management intervention.

BMJ Open Comparing the effectiveness and cost-effectiveness of self-management interventions in four high-priority chronic conditions in Europe (COMPAR-EU): a research protocol

Marta Ballester ,^{1,2,3} Carola Orrego,^{1,2,3} Monique Heijmans,⁴ Pablo Alonso-Coello,^{5,6} Matthijs Michaël Versteegh,⁷ Dimitri Mavridis,^{8,9} O Groene,¹⁰ Kaisa Immonen,¹¹ Cordula Wagner,⁴ Carlos Canelo-Aybar,^{5,6} Rosa Sunol,^{1,2,3} for the COMPAR-EU consortium

To cite: Ballester M, Orrego C, Heijmans M, *et al*. Comparing the effectiveness and cost-effectiveness of self-management interventions in four high-priority chronic conditions in Europe (COMPAR-EU): a research protocol. *BMJ Open* 2020;**10**:e034680. doi:10.1136/bmjopen-2019-034680

ABSTRACT

Introduction Population ageing and increasing chronic illness burden have sparked interest in innovative care models. While self-management interventions (SMIs) are drawing increasing attention, evidence of their efficacy is mostly based on pairwise meta-analysis, generally derived from randomised controlled trials comparing interventions versus a control or no intervention. As such, relevant efficacy data for comparisons among different SMIs that can be applied to specific chronic conditions are

Strengths and limitations of this study

- ▶ The project will result in the largest network meta-analysis (NMA) of complex self-management interventions (SMIs).
- ▶ SMIs are inconsistently defined across the literature potentially generating a high level of heterogeneity for the NMA, which we will mitigate by developing a validated taxonomy.
- ▶ The development of Core Outcome Sets with in-

BMJ Open: first published as 10.1136/bmjopen-2019-034680 on 19 January 2020. Downloaded from

19
gennaio
2020



Dr Carola Orrego



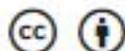
Prof Dr Rosa Sunol



Dr Monique Heymans

ORIGINAL ARTICLE

 Open Access



Talking the same language on patient empowerment: Development and content validation of a taxonomy of self- management interventions for chronic conditions

Carola Orrego  Marta Ballester, Monique Heymans, Estela Camus, Oliver Groene,
Ena Niño de Guzman, Hector Pardo-Hernandez, Rosa Sunol, COMPAR-EU Group

First published: 12 July 2021 | <https://doi.org/10.1111/hex.13303> | Citations: 9

Funding information

This project has received funding from the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme under grant agreement no. 754936.

L'autogestione («**self management**») di una condizione di salute è stata definita come "ciò che individui, famiglie e comunità fanno con l'intenzione di promuovere, mantenere o ripristinare la salute e di far fronte a malattie e disabilità con o senza il supporto di professionisti sanitari...".

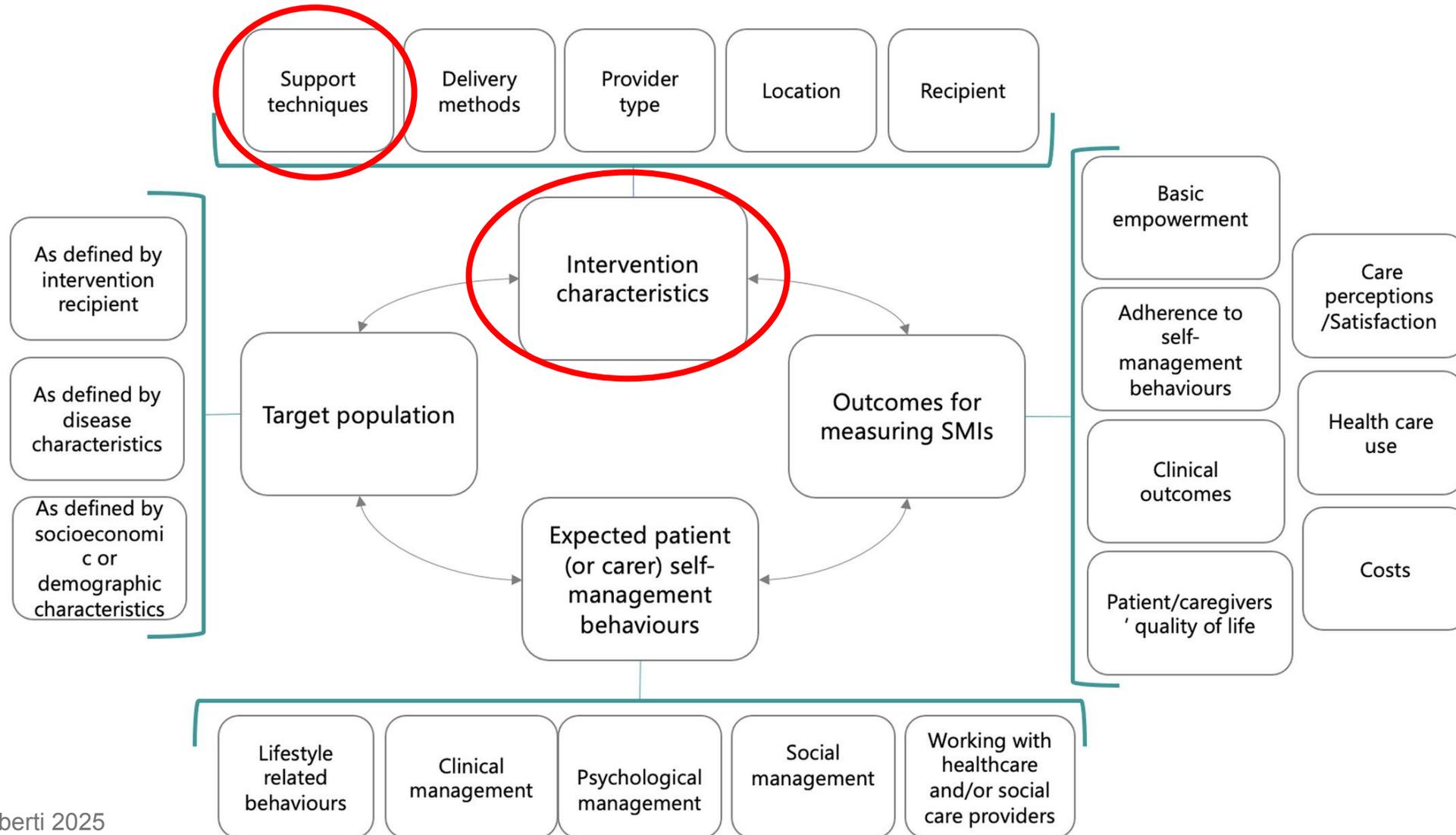
In pratica, l'autogestione di una condizione di salute a lungo termine richiede che una persona abbia autoefficacia («**self efficacy**») (**fiducia** nella propria capacità di far fronte alla malattia), il che comporta l'acquisizione delle competenze necessarie per monitorare i sintomi e i marcatori clinici, comprenderne le implicazioni e adattare di conseguenza i **comportamenti** (ad esempio stile di vita, aderenza/compliance al trattamento, lavoro e altre attività quotidiane).

Sulla base di questa definizione, **gli interventi per il self management (SMI)** possono essere caratterizzati come interventi di supporto che operatori sanitari, persone con la stessa condizione patologica o volontari non professionisti praticano sistematicamente per aumentare le competenze dei pazienti e la fiducia nella loro capacità di gestire condizioni a lungo termine.

Gli SMI mirano a dotare i pazienti (e, ove appropriato, i caregiver informali) in modo tale che possano partecipare attivamente alla gestione delle condizioni croniche.

Gli SMI sono **interventi complessi e per lo più multicomponenti** che riflettono gli elementi chiave dell'assistenza incentrata sul paziente per patologie a lungo termine.

Main components and conceptual relationships of the definitive self-management intervention taxonomy



Tecniche di supporto

Condivisione
delle informazioni

Coaching e
colloqui
motivazionali

Gestione dello
stress e/o delle
emozioni

Condivisione del
processo
decisionale

Definizione degli
obiettivi e
pianificazione
delle azioni

Miglioramento
delle capacità di
risoluzione dei
problemi

Formazione
sull'auto-monitor
aggio e feedback

Supporto sociale

Utilizzo di
suggerimenti e
promemoria

Incoraggiamento
e guida all'uso di
servizi

Fornitura di
attrezzature

Insegnamento
delle competenze

1. Condivisione delle informazioni

Fornire e condividere informazioni e spiegazioni su argomenti di autogestione, come le possibili o probabili conseguenze generali della gestione della malattia, i costi e i benefici, e informazioni su ciò che fanno le altre persone, sulla malattia stessa o su qualsiasi altro aspetto rilevante che potrebbe portare a una migliore autogestione. Queste informazioni possono essere accompagnate da materiale cartaceo.

Esempi: sessione educativa su un'alimentazione sana per le persone con obesità, fornitura di un opuscolo stampato sull'importanza della cura del piede nel diabete o un link a un sito Web con informazioni sulla cura della broncopneumopatia cronica ostruttiva.

2. Coaching e colloqui motivazionali

Facilitare il cambiamento comportamentale in un processo interpersonale identificando i valori e i punti di forza fondamentali di un individuo e trasformando gli obiettivi in azioni utilizzando strategie e supporto mirati e individualizzati. Una persona (operatore sanitario, amico o altro) dovrebbe svolgere il ruolo di coach. Il colloquio motivazionale e il counselling sono inclusi in questo elemento, poiché le conversazioni collaborative tra professionisti e pazienti possono rafforzare la motivazione e l'impegno del paziente, ridurre al minimo la resistenza e superare l'ambivalenza al cambiamento.

Esempi: sessioni di coaching guidate da infermieri per facilitare la transizione dall'ospedale a casa, programmi riabilitativi che utilizzano metodi di coaching.

3. Gestione dello stress e/o delle emozioni

Aiutare i pazienti a comprendere il ruolo dello stress e delle emozioni e insegnare loro a utilizzare diverse strategie di coping per gestire, ad esempio, lo stress e le emozioni dolorose causate dalla loro malattia.

Esempi: consapevolezza, esercizio fisico, stretching, ascolto di musica, respirazione profonda, meditazione.

4. Condivisione del processo decisionale

Coinvolgere i pazienti come partner attivi con un professionista o un team multidisciplinare per incoraggiare e facilitare processi decisionali condivisi. All'interno di questi processi, i partner esplorano diverse opzioni di cura o trattamento, discutono i rischi e i benefici di ciascuno e raggiungono una decisione congiunta. Il processo decisionale condiviso è appropriato per qualsiasi situazione in cui vi sia più di una linea d'azione ragionevole e in cui nessuna singola opzione sia evidentemente la migliore per tutti.

Esempi: discussione di diversi trattamenti, procedure, test diagnostici o comportamenti ispirati ad uno stile di vita sano e decisione congiunta su quali opzioni sono più adatte alle esigenze e alle preferenze del paziente.

5. Definizione degli obiettivi e pianificazione delle azioni

Incoraggiare i pazienti a fissare uno o più obiettivi raggiungibili in base alle loro esigenze e preferenze. Questi obiettivi possono essere comportamenti o risultati e la loro definizione può essere utilizzata come punto di partenza per un'interazione produttiva. Il processo di solito comporta la formulazione di un piano d'azione dettagliato che specifica cosa farà la persona e almeno quando e/o dove lo farà. Potrebbe anche includere una valutazione congiunta dei comportamenti, la discussione delle modifiche degli obiettivi e la stesura di piani d'azione concordati, compresi i piani per le situazioni di emergenza.

Esempi di obiettivi: distanza percorribile a piedi ogni giorno (ad es. 2 km), perdita di peso (ad es. X%), dieta ed esercizio fisico.

6. Miglioramento delle capacità di risoluzione dei problemi

Analizzare o spingere un paziente ad analizzare i fattori che influenzano il suo comportamento e generare o selezionare strategie per ridurre o superare le barriere e/o migliorare i facilitatori. Le strategie includono l'anticipazione, l'auto-trattamento, l'utilizzo delle risorse e la gestione dei problemi. Idealmente, dovrebbe esserci un piano iniziale, ma questo non è un requisito.

Esempio: identificazione e attenuazione delle barriere ambientali alle attività fisiche quotidiane.

7. Formazione sull'automonitoraggio e feedback

Formare e incoraggiare le persone a riconoscere, monitorare e registrare comportamenti, sintomi o dati clinici.

Questo processo può includere un feedback regolare da parte di un medico o una sintesi delle informazioni registrate in uno strumento digitale per incoraggiare il paziente a continuare a monitorare la propria malattia e i propri comportamenti.

Esempio: mostrare a un paziente come registrare i livelli di zucchero nel sangue, l'attività fisica, il dolore.

8. Supporto sociale

Aiutare una persona a pensare a come potrebbe ottenere sostegno sociale dagli altri per essere aiutata a raggiungere obiettivi comportamentali o di risultato. Potrebbe anche includere l'effettiva fornitura di supporto sociale o discussioni sulle reti di supporto sociale adatte alle preferenze, ai bisogni, al carico di malattia e alle ulteriori problematiche della vita del paziente. Parte di questo supporto include il collegamento dell'individuo ai servizi comunitari pertinenti per migliorare la socializzazione e utilizzare al meglio i meccanismi di supporto nella comunità locale.

Esempi: incoraggiare i membri della famiglia a impegnarsi nell'aiutare il paziente a gestire la propria malattia o i pazienti a partecipare a un gruppo di attività locale.

9. Utilizzo di suggerimenti e promemoria

Utilizzare suggerimenti ambientali e pratici per ricordare ai pazienti e agli operatori sanitari di eseguire un comportamento richiesto compatibile con le loro preferenze. Questi suggerimenti possono anche essere utilizzati per ricordare ai pazienti di evitare un comportamento indesiderato o di sostituirlo con uno più desiderabile. Promemoria regolari sulle tecniche e le abilità corrette sono anche importanti per mantenere standard elevati.

Esempi: incoraggiare/insegnare a un paziente a utilizzare promemoria elettronici (ad esempio, un'app di promemoria dei farmaci) o a fare una lista di cose da fare per i comportamenti quotidiani di autogestione.

10. Incoraggiamento e guida all'uso di servizi

Promozione e/o facilitazione dell'uso di servizi che potrebbero migliorare i comportamenti di autogestione.

Questi comprendono una vasta e variegata gamma di servizi al di fuori del sistema sanitario diretto e comprendono servizi di supporto elettronico e comunitario.

Esempi: incoraggiare un paziente a utilizzare un nuovo servizio (ad esempio, partecipare a sessioni in piscina) o a utilizzare un determinato servizio, sia più (ad esempio, un servizio di supporto telefonico 24 ore su 24) che meno (ad esempio, pronto soccorso).

11. Fornitura di attrezzature

Fornire attrezzature per abilitare, assistere o promuovere l'automonitoraggio e/o l'autogestione di una condizione cronica. Richiede una formazione per un uso corretto e un'adeguata valutazione delle esigenze e dell'idoneità delle apparecchiature.

Esempi: misuratori di portata di picco, organizzatori di pillole, contapassi, apparecchiature di telemedicina.

12. Insegnamento delle competenze

Insegnare abilità e tecniche pratiche a supporto delle attività quotidiane, con pratica e valutazione continua delle abilità e delle tecniche apprese.

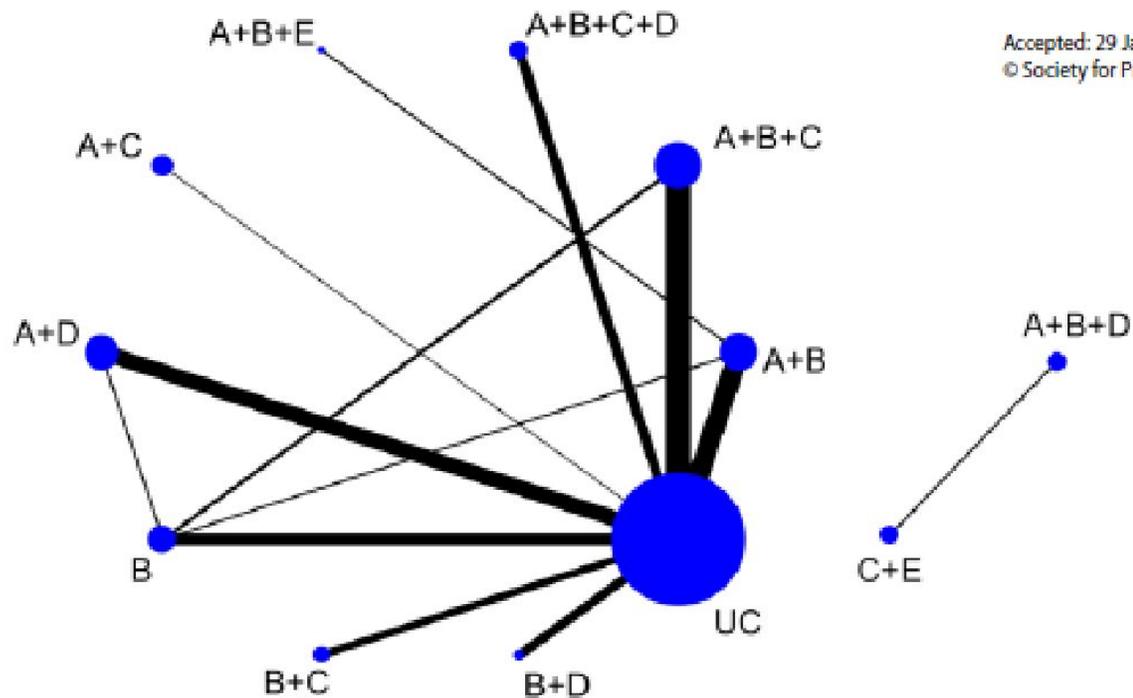
Esempi: suggerimenti sull'uso dell'inalatore, sulla cura dei piedi.



Modern Meta-Analytic Methods in Prevention Science: Introduction to the Special Issue

Emily E. Tanner-Smith¹ · Sean Grant² · Evan Mayo-Wilson³

Accepted: 29 January 2022 / Published online: 16 February 2022
© Society for Prevention Research 2022



COMPAR-EU

Component Network Meta-Analysis in a nutshell

S. Tsokani¹, G. Seitidis¹, D. Mavridis^{1,2}

1. Department of Primary Education, School of Education, University of Ioannina, Ioannina, Greece
2. Faculté de Médecine, Paris Descartes University, Paris, France

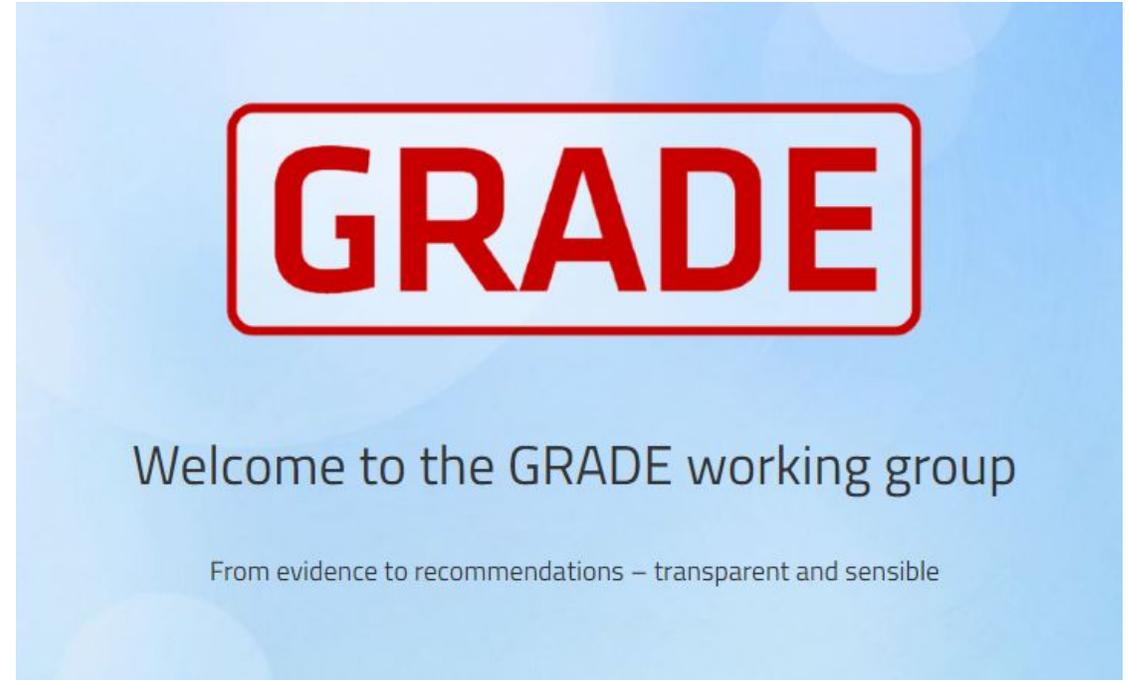


Il metodo

GRADE

**Laura Amato
Luca De Fiore
Elena Parmelli
Marina Davoli**

 **Il Pensiero
Scientifico
Editore**





COMPAR-EU Recommendations on Self-Management Interventions in Type 2 Diabetes Mellitus

by Jessica Beltran ^{1,2}  , Claudia Valli ³  , Melixa Medina-Aedo ^{1,2}  , Carlos Canelo-Aybar ^{1,2} ,
Ena Niño de Guzmán ^{1,2}  , Yang Song ^{1,2} , Carola Orrego ^{3,4}  , Marta Ballester ^{3,4} ,
Rosa Suñol ^{3,4} , Janneke Noordman ⁵ , Monique Heijmans ⁵ , Georgios Seitidis ⁶  ,
Sofia Tsokani ⁶ , Katerina-Maria Kontouli ⁶  , Christos Christogiannis ⁶  , Dimitris Mavridis ⁶ ,
Gimon de Graaf ⁷ , Oliver Groene ⁸  , Maria G. Grammatikopoulou ⁹ ,
Francisco Camalleres-Guillem ¹⁰ , Lilisbeth Perestelo-Perez ¹¹  , Helen McGloin ¹² ,
Kirsty Winkley ¹³  , Beate Sigrid Mueller ¹⁴  , Zuleika Saz-Parkinson ¹⁵ , Rosa Corcoy ^{16,17}   and
Pablo Alonso-Coello ^{1,2,17,*}   – Hide full author list

Healthcare **2024**, *12*(4), 483; <https://doi.org/10.3390/healthcare12040483>

Submission received: 25 October 2023 / Revised: 24 January 2024 / Accepted: 4 February 2024 /

Published: 16 February 2024

Gli interventi per promuovere l'autogestione (SMI) offrono un approccio promettente per coinvolgere attivamente i pazienti nella gestione delle loro malattie croniche. Nell'ambito del progetto COMPAR-EU, il nostro obiettivo è fornire raccomandazioni basate sull'evidenza per l'utilizzo e l'implementazione degli SMI nella cura di individui adulti con diabete mellito di tipo 2 (T2DM). Un gruppo multidisciplinare di esperti, utilizzando un set di risultati di base (COS), ha identificato risultati critici e stabilito soglie di effetto per ciascun risultato. Il gruppo ha formulato raccomandazioni utilizzando l'approccio Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation (GRADE), un quadro trasparente e rigoroso per sviluppare e presentare le migliori prove disponibili per la formulazione di raccomandazioni.

Tutte le raccomandazioni si basano su **revisioni sistematiche (SR)** degli effetti e dei valori e delle preferenze, un'analisi contestuale e un'analisi del rapporto costo-efficacia. Il gruppo COMPAR-EU è favorevole all'utilizzo di SMI piuttosto che delle cure usuali (UC) da sole (condizionale, certezza molto bassa delle prove). Inoltre, il panel è specificamente a favore dell'utilizzo di dieci SMI selezionati, piuttosto che delle sole UC (condizionale, bassa certezza delle prove), che comprendono principalmente istruzione, automonitoraggio e tecniche comportamentali. Il panel riconosce che, per la maggior parte delle SMI, esistono requisiti di risorse moderati e le analisi di costo-efficacia non favoriscono distintamente né la SMI né la UC. Inoltre, riconosce che è probabile che le SMI migliorino l'equità, ritenendole accettabili e fattibili per l'implementazione.

1. Riepilogo delle raccomandazioni

1.1. Raccomandazione per SMI vs. CU

Per i pazienti con T2DM, il panel COMPAR-EU è favorevole all'uso di interventi di autogestione, piuttosto che CU (raccomandazione condizionale basata su una certezza molto bassa nell'evidenza degli effetti ⊕○○○).

Nota: le SMI dovrebbero essere di **elevata intensità** (più di dieci ore di contatto) e includere componenti di **istruzione, monitoraggio, tecniche comportamentali** (basate sull'azione o sulle emozioni) e/o **supporto sociale**. I pazienti con T2DM con scarso controllo glicemico (scarso HbA1c al basale) hanno maggiori probabilità di sperimentare un effetto maggiore.

1.2. Raccomandazioni per SMI selezionati vs. CU

Per i pazienti con diabete di tipo 2, il panel COMPAR-EU è favorevole all'uso dei seguenti interventi di autogestione, piuttosto che CU (raccomandazione condizionale basata sulla scarsa certezza delle prove sugli effetti ⊕⊕○○):

- Tecniche di monitoraggio guidate da pari fornite in gruppo, con o senza supporto professionale;
- Tecniche comportamentali basate sulle emozioni guidate da pari fornite da remoto, con o senza supporto professionale;
- Monitoraggio, tecniche comportamentali basate sull'azione e processo decisionale condiviso forniti in gruppo;

- Monitoraggio, tecniche comportamentali basate sull'azione e sulle emozioni e supporto sociale guidati da pari con o senza professionisti forniti da remoto;
- Tecniche comportamentali basate sulle emozioni e supporto sociale forniti in gruppo
- Tecniche comportamentali basate sull'azione, supporto sociale guidati da pari e professionisti;
- Formazione fornita in gruppo e da remoto;
- Tecniche di monitoraggio e supporto sociale forniti da remoto; -
Monitoraggio e tecniche comportamentali basate sull'azione, processo decisionale condiviso e supporto sociale, erogati in gruppo;
- Monitoraggio e tecniche comportamentali basate sulle emozioni erogate a distanza.

1.3. Cosa significano queste raccomandazioni?

Molte persone con diabete di tipo 2 potrebbero prendere in considerazione l'uso di SMI come parte del loro trattamento, ma non tutti.

I medici dovrebbero riconoscere che scelte diverse saranno appropriate per pazienti diversi, aiutando ogni paziente a prendere una decisione di trattamento che sia in linea con i propri valori e preferenze.

REVIEW

Recommendations on self-management interventions for adults living with obesity: COMPAR-EU project

Melixa Medina-Aedo¹  | Jessica Beltran¹ | Claudia Valli^{1,2} |
Carlos Canelo-Aybar¹ | Yang Song¹ | Marta Ballester² |
Jacqueline Bowman-Busato³ | Christos Christogiannis⁴ |
Maria G. Grammatikopoulou⁵ | Oliver Groene⁶ | Monique Heijmans⁷ |
Martine Hoogendorn⁸ | Sarah Louise Killeen⁹ | Katerina-Maria Kontouli⁴ |
Dimitris Mavridis⁴ | Inka Miñambres^{10,11,12} | Beate Sigrid Mueller¹³ |
Ena Niño de Guzman¹ | Janneke Noordman⁷ | Carola Orrego² |
Lilisbeth Perestelo-Perez^{14,15} | Zuleika Saz-Parkinson¹⁶ | Georgios Seitidis⁴  |
Rosa Suñol² | Sofia Tsokani⁴ | Pablo Alonso-Coello¹

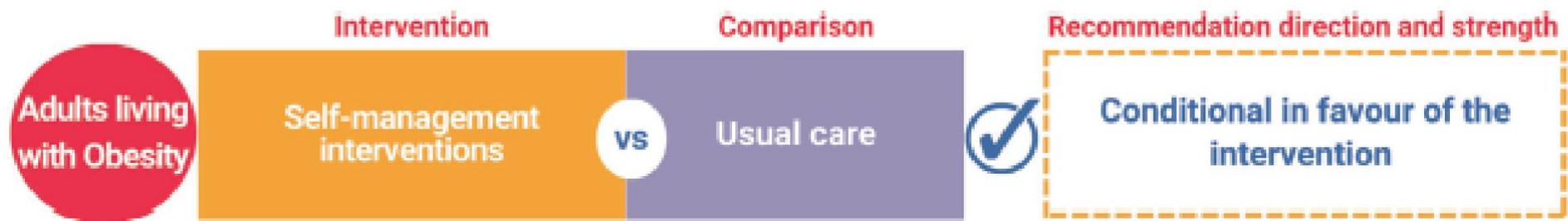


FIGURE 1 General recommendation.



Action-based behavioural techniques: i.e., learn problem-solving skills or goal setting and action planning.; **Delivered remotely:** i.e., telephone, smartphone, Internet; **Emotional-based behavioural techniques:** i.e., stress and/or emotional management, or coaching and motivational interviewing; **Led by peers:** i.e., Training and teaching activities provided by peers to guide about a related health care concern; **Monitoring techniques:** i.e., self-monitoring training and feedback; **Social Support:** i.e., encouraging to participate in a local exercise group.

FIGURE 2 Recommendations for selected SMIs (n = 8).

Tecniche per la promozione dell'autogestione				
Sigla e denominazione		Descrizione	Esempi	
E	Educazione sanitaria.	Condivisione delle informazioni.	Fornire e condividere informazioni e spiegazioni su argomenti di autogestione, come le possibili o probabili conseguenze generali della gestione della malattia, i costi e i benefici, e informazioni su ciò che fanno le altre persone, sulla malattia stessa o su qualsiasi altro aspetto rilevante che potrebbe portare a una migliore autogestione. Queste informazioni possono essere accompagnate da materiale cartaceo.	Sessione educativa sull'alimentazione sana per le persone con obesità, fornitura di un opuscolo stampato sull'importanza della cura dei piedi nel diabete o un collegamento a un sito Web con informazioni sulla cura della broncopneumopatia cronica ostruttiva.
BE	Tecniche per il cambiamento comportamentale basate sulle emozioni.	Coaching e colloqui motivazionali.	Facilitare il cambiamento comportamentale in un processo interpersonale identificando i valori e i punti di forza di un individuo e trasformando gli obiettivi in azione utilizzando strategie e supporto mirati e personalizzati. Una persona (operatore sanitario, amico o altro) dovrebbe svolgere il ruolo di coach. I colloqui motivazionali e il counselling sono inclusi in questo approccio, poiché le conversazioni collaborative tra medici e pazienti possono rafforzare la motivazione e l'impegno del paziente, ridurre al minimo la resistenza e risolvere l'ambivalenza al cambiamento.	Sessioni di coaching guidate da infermieri per facilitare la transizione dall'ospedale alla casa, programmi di riabilitazione utilizzando metodi di coaching.
		Gestione dello stress e/o delle emozioni.	Aiutare i pazienti a comprendere il ruolo dello stress e delle emozioni e insegnare loro a utilizzare diverse strategie di coping per gestire, ad esempio, lo stress e le emozioni dolorose causate dalla loro malattia.	Consapevolezza, esercizio fisico, stretching, ascolto di musica, respirazione profonda, meditazione.
BA	Tecniche per il cambiamento comportamentale basate sulle azioni.	Definizione degli obiettivi e pianificazione delle azioni.	Incoraggiare i pazienti a fissare uno o più obiettivi raggiungibili in base alle loro esigenze e preferenze. Questi obiettivi possono essere comportamenti o risultati e la loro creazione può essere utilizzata come punto di partenza per l'interazione produttiva. Il processo di solito comporta la formulazione di un piano d'azione dettagliato che specifica ciò che la persona farà e almeno quando e/o dove lo farà. Potrebbe anche includere una valutazione congiunta dei comportamenti, la discussione delle modifiche degli obiettivi e la stesura di piani d'azione concordati, compresi i piani per le situazioni di emergenza.	Obiettivi: distanza giornaliera a piedi (ad esempio, 2 km), perdita di peso (ad esempio, X%), dieta ed esercizio fisico.
		Miglioramento delle capacità di risoluzione dei problemi.	Analizzare o indurre un paziente ad analizzare i fattori che influenzano il suo comportamento e generare o selezionare strategie per ridurre o superare le barriere e/o migliorare i facilitatori. Le strategie includono l'anticipazione, l'autotrattamento, l'utilizzo delle risorse e la gestione dei problemi. Idealmente, ci dovrebbe essere un piano iniziale, ma questo non è un requisito.	Individuazione e mitigazione degli ostacoli ambientali all'attività fisica quotidiana.

M		Formazione all'auto-monitoraggio e al feedback.	Formare e incoraggiare le persone a riconoscere, controllare e registrare i comportamenti, i sintomi o i dati clinici. Questo processo può includere un feedback regolare da parte di un clinico o una sintesi delle informazioni registrate in uno strumento digitale per incoraggiare il paziente a continuare a monitorare la propria malattia e i propri comportamenti.	Mostrare a un paziente come registrare i livelli di zucchero nel sangue, l'attività fisica, il dolore.
DC		Condivisione del processo decisionale.	Coinvolgere i pazienti come partner attivi con un professionista o un team multidisciplinare per incoraggiare e facilitare processi decisionali condivisi. All'interno di questi processi, i partner esplorano diverse opzioni di cura o trattamento, discutono i rischi e i benefici di ciascuno e raggiungono una decisione congiunta. L'adozione di decisioni condivise è appropriata per qualsiasi situazione in cui vi sia più di una linea d'azione ragionevole e in cui nessuna singola opzione è evidentemente la migliore per tutti.	Discussione di diversi trattamenti, procedure, test diagnostici o comportamenti di stile di vita sano e decisione congiunta su quali opzioni sono più adatte alle esigenze e alle preferenze del paziente.
SS		Supporto sociale.	Aiutare una persona a pensare a come potrebbe ottenere il sostegno sociale da altri per aiutarla a raggiungere obiettivi comportamentali o di risultato. Potrebbe anche includere l'effettiva fornitura di sostegno sociale o discussioni sulle reti di sostegno sociale adatte alle preferenze, ai bisogni, al carico di malattia del paziente e ad ulteriori problematiche della vita. Parte di questo sostegno include il collegamento dell'individuo ai servizi della comunità per migliorare la socializzazione e sfruttare al meglio i meccanismi di supporto nella comunità locale.	Incoraggiare i familiari ad essere coinvolti nell'aiutare il paziente a gestire la propria malattia o i pazienti a partecipare a un gruppo di attività locale.
		Utilizzo di suggerimenti e promemoria.	Utilizzare suggerimenti ambientali e pratici per ricordare ai pazienti e a coloro che li assistono di adottare un determinato comportamento, compatibile con le loro preferenze. Questi suggerimenti possono anche essere utilizzati per ricordare ai pazienti di evitare un comportamento indesiderato o di sostituirlo con uno più desiderabile. Promemoria regolari sulle tecniche e le competenze corrette sono anche importanti per mantenere standard elevati.	Incoraggiare/insegnare a un paziente a usare promemoria elettronici (ad esempio, un'app di promemoria dei farmaci) o a fare una lista di cose da fare per i comportamenti quotidiani di autogestione.
		Promozione del corretto uso dei servizi.	Stimolare, facilitare o promuovere l'uso di servizi che potrebbero migliorare i comportamenti di autogestione. Questi comprendono una vasta e variegata gamma di servizi al di fuori del sistema dei servizi sanitari e comprendono servizi di supporto elettronico e comunitario.	Incoraggiare un paziente a utilizzare un nuovo servizio (ad esempio, partecipare a sessioni in piscina) o di utilizzare un determinato servizio sia più (ad esempio, un servizio di assistenza telefonica 24 ore) che meno (ad esempio, pronto soccorso).
		Fornitura di attrezzature.	Fornire attrezzature per consentire, assistere o promuovere l'automonitoraggio e/o l'autogestione di una condizione cronica. Richiede una formazione sull'uso corretto e un'adeguata valutazione delle esigenze e dell'idoneità delle attrezzature.	Misuratori di portata di picco, organizzatori di pillole, contapassi, apparecchiature di telemedicina.
		Insegnamento delle competenze.	Insegnare abilità e tecniche pratiche a supporto delle attività quotidiane, con pratica e valutazione continua delle abilità e delle tecniche apprese.	Consigli sull'uso dell'inalatore, cura dei piedi.

Persone (ulteriori rispetto agli operatori sanitari) che effettuano l'intervento		
	Sigla e denominazione	Descrizione
P	Pari.	Persone con la stessa condizione cronica.

Destinatari dell'intervento		
	Sigla e denominazione	Descrizione
I	Individui.	Intervento effettuato in favore di una sola persona per volta.
G	Gruppi.	Intervento effettuato in favore di un gruppo di persone.

Modalità di effettuazione dell'intervento		
	Sigla e denominazione	Descrizione
R	A distanza (remoto).	Intervento effettuato per mezzo di tecnologie di comunicazione a distanza.
F	Faccia a faccia.	Intervento effettuato nel corso dell'incontro con il destinatario.

Interventi per la promozione dell'autogestione (SMI) raccomandati da COMPAR-EU

Diabete di tipo 2		Obesità		BPCO		Scompenso cardiaco	
1	E + M + P	1	E + M + BA + I + F	1	E + M + I + F	1	E + M + BA + I + F
2	E + BE + P + I + R	2	E + M + BE + I + F	2	E + BA + I + F	2	E + M + BA + BE + I + F
3	M + BA + DC + I + F	3	E + M + BA + I + F	3	E + BA + BE + SS + G + F	3	E + BA + BE + I + F
4	E + M + BA + BE + SS + P + I + R	4	E + M + I + F	4	E + M + BA + I + R	4	E + SS + I + F
5	E + BE + SS + G + F	5	E + BE + I + F	5	E + G + F	5	E + M + I + F
6	E + BA + SS + P + I + F	6	E + M + BA + BE + SS + I + F	6	E + M + BA + I + F	6	E + BA + SS + I + F
7	E + I + R	7	E + M + BA + BE + I + F			7	E + M + BE + DC + SS + I + F
8	E + M + SS + I + R	8	E + M + BA + BE + P + I + R			8	E + SS + G + F
9	E + M + BA + DC + SS + G + F					9	E + M + BE + P + I + F
10	E + M + BE + SS + I + R						



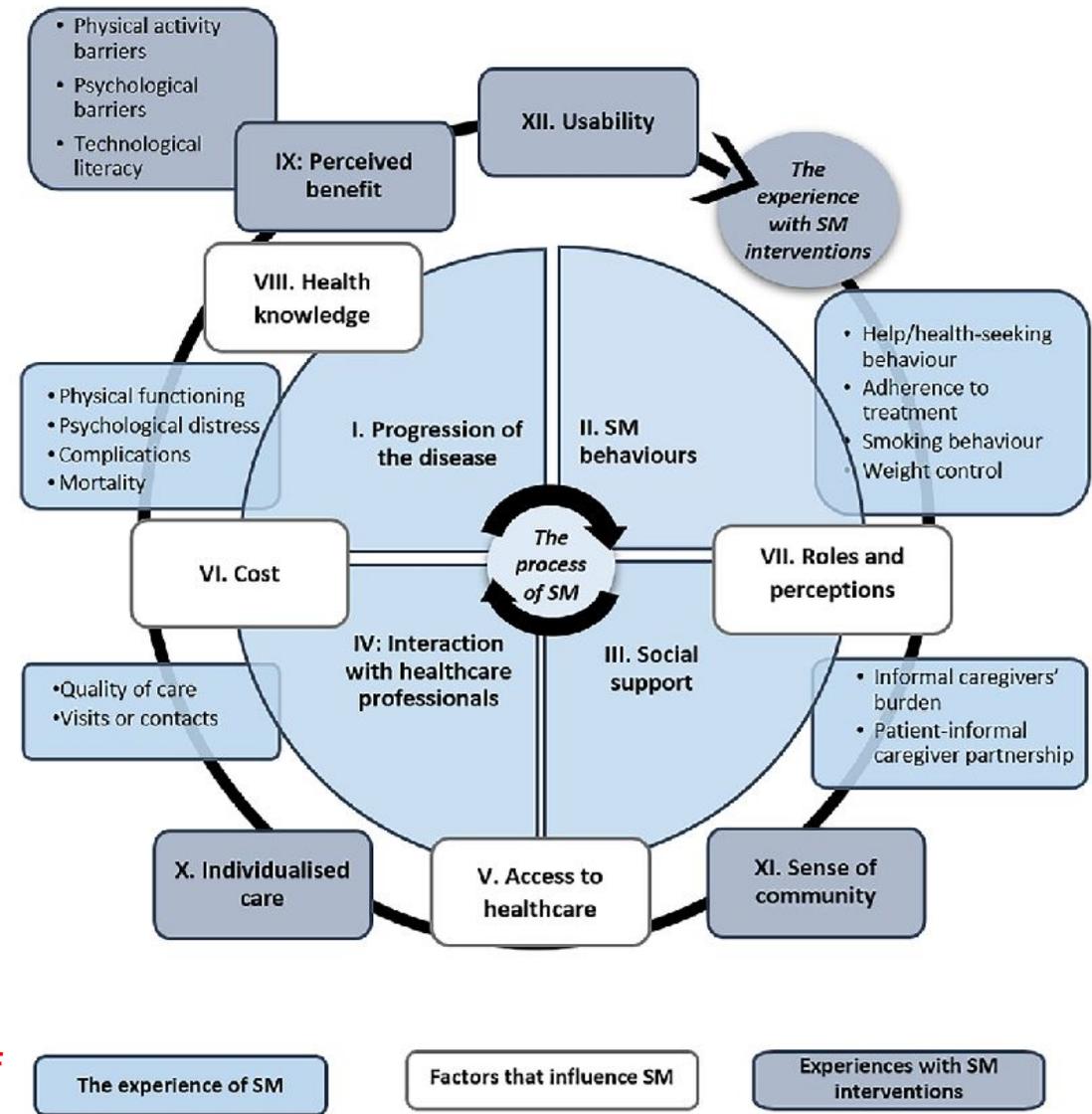
The Perspectives of Patients with Chronic Diseases and Their Caregivers on Self-Management Interventions: A Scoping Review of Reviews

Ena Niño de Guzmán Quispe¹ · Laura Martínez García^{1,2} · Carola Orrego Villagrán^{3,4,5} · Monique Heijmans⁶ · Rosa Sunol^{3,4,5} · David Fraile-Navarro^{7,8} · Javier Pérez-Bracchiglione⁹ · Lyudmil Ninov¹⁰ · Karla Salas-Gama^{11,12} · Andrés Viteri García^{13,14} · Pablo Alonso-Coello^{1,2}

Accepted: 26 March 2021 / Published online: 19 April 2021
© The Author(s) 2021

Conclusion The process of SM shaped the perspectives of patients and their caregivers on SM interventions. Their perspectives were influenced by the perceived benefit of the intervention, the sense of community with peers, the intervention's usability, and the level of individualised care. Our findings can inform the selection of patient-important outcomes, decision-making processes, including the formulation of recommendations, and the design and implementation of SM interventions.

Fig. 2 The process of self-management (SM) and the experience with SM interventions. The numbered themes are the main themes, see descriptions in the text



RECOMMENDATIONS FOR THE FUTURE

SMI taxonomy

Different stakeholders can use the COMPAR-EU self-management interventions (SMIs) taxonomy: SMI developers can use it in the design of interventions and researchers can use it to categorize SMIs using standardised concepts. In the future, we need clear reporting standards which ensure accurate and comparable reporting of SMIs in scientific publications.

Core Outcome Sets

Researchers can use the COMPAR-EU Core Outcome Sets to increase the consistency of the outcomes for trials evaluating SMIs and, more importantly, ensure that future trials evaluate results that are relevant to patients.

Effective SMIs

The COMPAR-EU panels recommend patients living with one of the four chronic conditions (type 2 diabetes, obesity, COPD, and heart failure) to use and implement SMIs rather than usual care. SMIs should be of high intensity (more than ten contact hours) and should at least include the following three components: education, monitoring techniques and/or behavioural support techniques (action and emotional based). Recommendations are based on the best available evidence for effectiveness, cost-effectiveness, values and preferences, and contextual factor analysis.

Cost-effective SMIs

SMIs for heart failure and COPD which reduce hospitalizations or exacerbations are more likely to be cost-effective. SMIs for obesity which reduce BMI can prevent the occurrence of co-morbid diseases (e.g. diabetes, cardiovascular disease) in the long run and are likely to be cost-effective.

Further investigation is needed on the maintenance of treatment effects after the SMI to better predict their long-term outcomes.

Contextual factors

Tailoring to local circumstances and patient population is the most important contextual factor for all types of interventions from the contextual factor analysis. That is not blind copying the intervention as it is but looking whether it fits your target population, the healthcare professionals' skills and knowledge and the possibilities of the organization.



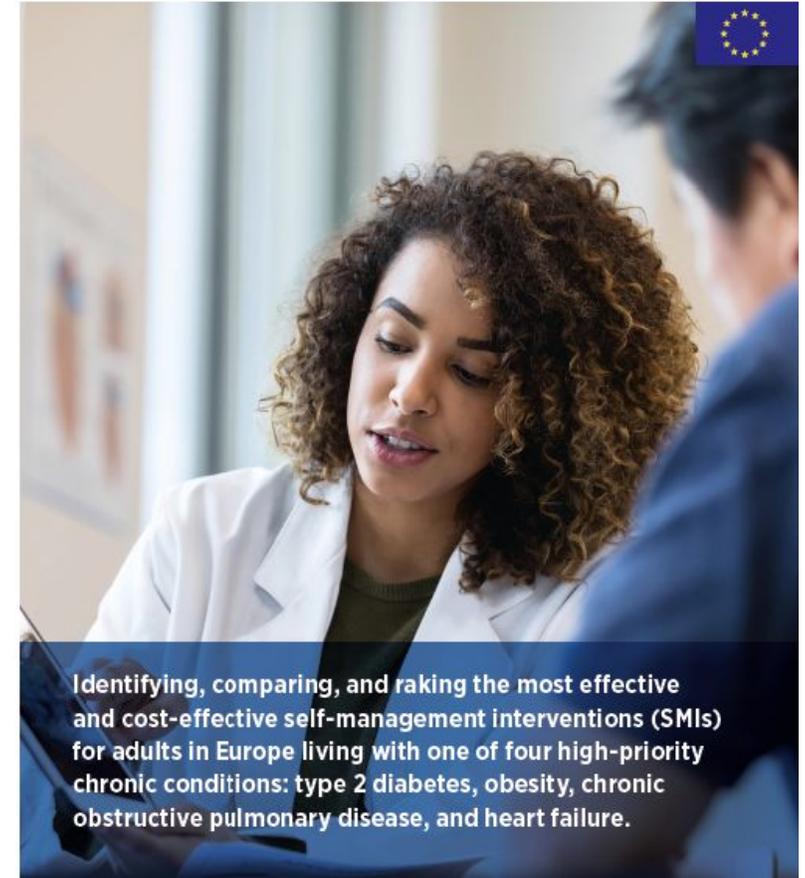
The European Research and Innovation Centre on Patient Empowerment and Self-Management, called "Self-Management Europe", is a not-for-profit partnership of organisations working on patient empowerment and self-management with a special focus on chronic diseases.

SELF-MANAGEMENT EUROPE Alert

We publish Alerts that aim to contribute to greater awareness and accessibility of self-management support for patients, especially for those living with a chronic condition. The Alerts address healthcare professionals, managers and other stake[]holders looking for practical recommendations to implement practices that enhance self-management and patient empowerment.

A grid of four alert cards, each with a title, a QR code, and a brief description. The top card is red and says "Visit our website". The other three are orange, blue, and purple.

Visit our website	
Issue 1 PRACTICE SHARE! THE ART OF SHARING CLINICAL DECISIONS	Issue 2 MAKING HEALTHCARE ACCESSIBLE FOR EVERYONE
Issue 3 HEALTH KIOSK TO PROMOTE SELF-MANAGEMENT	Issue 4 SUPPORTIVE CONVERSATIONS FOR BEHAVIOUR CHANGE



THE INNOVATIVE COMPAR-EU PLATFORM

The online platform presents the main results of the COMPAR-EU project funded by the European Union's Horizon 2020 research and innovation program.

The goal of this platform is to facilitate a smooth transition from the evidence generated to practice.

PATIENT DECISION AIDS

Designed to help reaching a shared decision between a healthcare professional and a patient on the best course of action regarding self-management interventions.

RECOMMENDATIONS

Designed to help policymakers and managers to make decisions about what self-management should be considered for implementation.

REPOSITORIES

Check out the repositories of tools used to measure self-management interventions; studies analyzing self-management interventions and a catalogue of self-management interventions.

EVIDENCE TO DECISION FRAMEWORKS

Designed to summarize the pros and cons of self-management interventions.

INTERACTIVE SUMMARY OF FINDINGS TABLES

Designed for guideline developers and healthcare professionals to find and understand the main messages from systematic reviews, and to highlight the most important outcomes (both benefits and harms), the size of these effects, and the certainty of the supporting evidence.

COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS RESULTS

Check out the results on the cost-effectiveness of self-management interventions and tailor the analysis of your interests.

CONTEXTUAL ANALYSIS RESULTS

Check out what factors can facilitate or hinder the implementation of a self-management intervention.

NETWORK META-ANALYSIS RESULTS

Check out the network meta-analysis results, presented for each outcome and component network meta-analysis, to find out what elements of self-management are most effective.

Check out the tools of the COMPAR-EU platform to support self-management

VISIT OUR PLATFORM



COORDINATOR

× × × × ×
× × × × × **AVEDIS**
× × × × × **DONABEDIAN**
× × × × ×
× × × × × INSTITUTO UNIVERSITARIO-LAB

Dr. Carola Orrego
C/ Provença 293, pral.
08037 Barcelona
E-Mail: contact@self-management.eu

PARTNERS



www.self-management.eu
www.platform.self-management.eu



This project has received funding from the European Union's Horizon 2020 Research and Innovation Programme under grant agreement No 754936.

The content of this leaflet reflects only the COMPAR-EU groups' views and the European Commission is not liable for any use that may be made of the information contained herein.

Evviva - vivere meglio

Un servizio dell'azienda sanitaria dell' Alto Adige

★ [Aggiungi ai preferiti](#)

Descrizione generale

Cos'è Evviva?

Evviva è un corso gratuito che permette alle persone affette da una o più malattie croniche di condurre una vita attiva, appagante e attenta alla salute. Si tratta di un corso di gruppo dove s'incontrano persone che vivono condizioni di vita simili. Il corso offre strumenti pratici per costruire competenze concrete nel gestire la vita quotidiana. Grazie al corso si apprendono le più attuali tecniche per la gestione consapevole della malattia, utili a migliorare il proprio stile di vita e a familiarizzare con il concetto di "autogestione".

Ente competente

Azienda sanitaria dell'Alto Adige

Via Thomas Alva Edison 10/D, 39100

Bolzano

Telefono: [840002211](tel:840002211)

✉ [PEC](#)

🔗 [Web](#)

A chi si rivolge Evviva?

Evviva è aperto a tutte le persone affette da malattie croniche, ai loro familiari, aiutanti domestici e a tutti gli interessati e le interessate.

Quanto dura Evviva?

Evviva prevede 6 incontri di 2 ore e mezza ciascuno (uno a settimana).

Chi conduce Evviva?

Evviva viene gestito da due conduttori qualificati: un operatore sanitario / un'operatrice sanitaria ed una persona affetta da malattia cronica.

Evviva speciale per persone diabetiche

Si chiama "Evviva-D" ed è il corso di self-management dedicato a persone affette da diabete ed ai loro familiari. Tale corso prevede ulteriori contenuti per la gestione dei sintomi correlati al diabete.

∨ **Presupposti d'accesso**

∨ **Costi**

∨ **Altre informazioni**

Ultimo aggiornamento: 10/07/2024, 12:26

Scadenze

Corsi Evviva:

- **Bolzano**, mercoledì dal 02.10.24 - 06.11.24, ore 16:00-18:30, distretto Bolzano, Piazza Löw.Cadonna 12, 5° piano, **in lingua italiana**, Antonella Lazzarini, Luigi Sciurti
- **Bolzano**, martedì dal 17.09.24 - 22.10.24, ore 15:30-18:00, distretto Bolzano, Via Palermo 54, palestra, **in lingua italiana**, Maria Lia, Antonio Prencipe
- **Merano**, 03.10.2024 - 07.11.2024, ore 15:00-17:30, distretto sanitario Merano, Via Roma 3, **in lingua italiana**, Stolcis Daniela e Paola Gadotti



Self-Management Resource Center

Millions of adults live with one or more chronic health conditions. How these people manage their conditions on a day to day basis greatly determines their symptoms and quality of life. **SMRC Self-Management Resource Center** programs help people and their caregivers manage their symptoms, improve quality of life, and reduce healthcare costs.

[FIND A WORKSHOP](#)

SMRC Launches Aging Well with HIV Program [See News Article](#)

Learn all about implementing and ensuring fidelity for SMRC Programs [Download Implementation & Fidelity Manual](#)

Have questions about our website? [Download Website Guide](#)

Meet Our Staff

Kate Lorig, Dr.P.H.

Partner

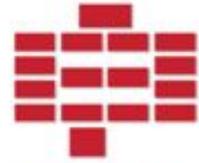


Kate served as the Director of the Stanford Patient Education Research Center and Professor of Medicine in the Stanford School of Medicine. She earned her bachelor's degree in nursing at Boston University, and her masters and doctorate of public health in health education at the University of California, Berkeley. She came to Stanford in 1979 while a graduate student at Cal to develop and research an educational program that emphasized self-help skills for people with arthritis. This program became the Arthritis Self-Help Course and was the prototype for the Chronic Disease Self-Management Program, The Diabetes Self-Management Program, the Aging Well with HIV for HIV, the Cancer: Thriving and Surviving Program, the Building Better Caregiver's Program, the Chronic Pain Self-Management Program, and others. She has authored several books and many articles about arthritis, chronic disease in general, health education and behavioral science. She travels extensively at the invitation of organizations concerned with patient care and academic research. She lives in Los Altos, CA, with her collection of Native American art.

[Email Kate](#)



REGIONE SICILIANA
Assessorato della Salute



CEFPAS
Energy for Knowledge



Gli interventi per la promozione del self management dei pazienti con condizioni patologiche croniche (SMI)

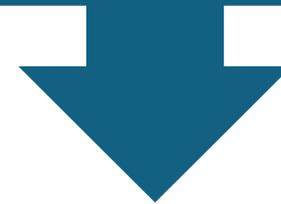
Le raccomandazioni di COMPAR-EU

La prevalenza delle malattie croniche è in incremento in tutto il mondo. Nel 2020, 14,1 milioni di italiani riferivano di aver ricevuto la diagnosi di almeno una condizione patologica cronica. Le patologie croniche incidono negativamente sulla qualità della vita degli individui e delle loro famiglie, causano la maggior parte dei decessi e contribuiscono ad aumentare la disabilità e i costi sanitari.



Epidemiologia e clinica delle condizioni patologiche croniche

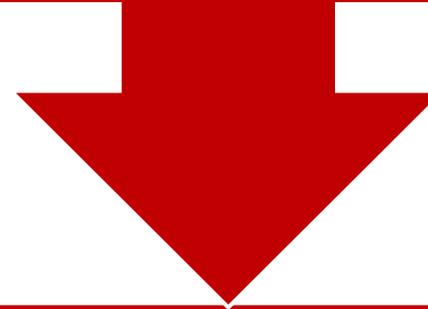
I trattamenti medici attuali delle malattie croniche possono attenuarne l'impatto sulla qualità della vita e ridurre la mortalità. Ma la loro efficacia dipende in modo significativo dall'autonomia (empowerment) e dall'autogestione (self-management) dei pazienti e di coloro che li assistono. Il MESH definisce il self-management come la capacità degli individui di gestire i sintomi, il trattamento, le conseguenze fisiche e psicosociali e i cambiamenti dello stile di vita inerenti alla convivenza con una condizione cronica.



I professionisti e i servizi per la salute, negli ultimi anni, oltre a prescrivere i trattamenti specifici hanno cominciato a promuovere proattivamente l'autonomia e l'autogestione dei pazienti e di coloro che li assistono, a casa o nelle istituzioni di residenza e cura. I ricercatori hanno realizzato numerosissime ricerche finalizzate a valutare l'efficacia degli interventi finalizzati alla promozione dell'autonomia e dell'autogestione dei pazienti.

Evidenze
scientifiche
disponibili e
priorità cliniche

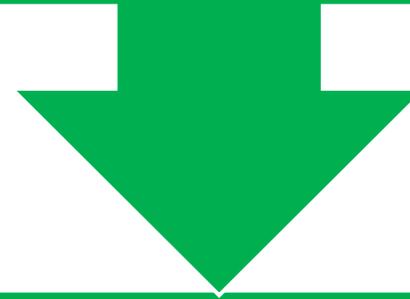
Il progetto europeo COMPAR-EU ha recentemente dimostrato, sulla base delle migliori evidenze scientifiche disponibili, che alcuni degli interventi per la promozione dell'autogestione (SMI) sperimentati nell'ultimo decennio possono essere efficaci e sostenibili, cioè apportare benefici ai pazienti, a coloro che li assistono, ai sistemi sanitari e all'ambiente.



Occorre quindi che tali SMI siano conosciuti dai professionisti e dai servizi per la salute, messi a disposizione dei pazienti e sistematicamente praticati.

Progetto CEFPAS

Progettare, realizzare e valutare sistematicamente appropriate iniziative di implementazione degli SMI raccomandati da COMPAR-EU mediante un approccio collaborativo che includa autorità regolatorie, istituzioni sanitarie, istituzioni formative, associazioni professionali e comunità locali.



Mettere sistematicamente a disposizione della comunità scientifica internazionale i metodi, i processi e i risultati di impatto di tali iniziative mediante articoli pubblicati su riviste indicizzate.

Protocollo di collaborazione

tra il Centro Europeo per la ricerca e l'innovazione sull'autonomia e l'autogestione dei pazienti (Self-Management Europe) e il Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del personale del Servizio Sanitario (CEFPAS)

Premesso che:

- La Fondazione Avedis Donabedian (FAD – Spagna – <http://www.fadq.org>), il Forum dei pazienti europei (EPF – Belgio – <http://www.eu-patient.eu>), l'Istituto per la valutazione delle tecnologie sanitarie (iMTA – Paesi Bassi – <https://www.imta.nl>), l'Istituto olandese per la ricerca sui servizi per la salute (Nivel – Paesi Bassi – <https://www.nivel.nl/en>), la Fondazione privata Istituto di ricerca dell'Ospedale della Santa Croce e San Paolo (IR-HSCSP – Spagna – www.iibsanpau.cat), OptiMedis (Germania – www.optimedis.com) e l'Università di Ioannina (UOI – Grecia – <http://www.uoi.gr>) hanno congiuntamente realizzato il progetto **COMPAR-EU**, finalizzato ad identificare, confrontare e classificare gli interventi di autogestione ("Self-Management Interventions") più efficaci e convenienti per gli adulti che vivono in Europa in una delle quattro condizioni croniche ad alta priorità: diabete di tipo 2, broncopneumopatia cronica ostruttiva, obesità e insufficienza cardiaca.
- Per mezzo di una piattaforma IT sviluppata *ad hoc* (<https://self-management.eu>) il progetto consente ai responsabili politici, agli sviluppatori di linee guida ed ai professionisti dei servizi sanitari di prendere decisioni informate sull'adozione degli interventi di autogestione più adatti alle esigenze di una vasta gamma di utenti finali (compresi ricercatori, pazienti e industria).
- Il Centro europeo per la ricerca e l'innovazione sull'autonomia e l'autogestione dei pazienti, chiamato "**Self-Management Europe**", è un partenariato senza scopo di lucro costituito tra alcune delle organizzazioni che hanno portato a termine il progetto COMPAR-EU (Nivel, FAD, OptiMedis, and EPF), finalizzato all'utilizzazione dei risultati del progetto per sviluppare il potenziale di persone, professionisti, organizzazioni, sistemi e comunità, e contribuire a creare una società che rafforzi l'autonomia e l'autogestione nelle persone con malattie croniche, anche lavorando con altre organizzazioni affini presenti nei paesi europei.
- Il Centro per la Formazione Permanente e l'Aggiornamento del personale del Servizio Sanitario della Regione Siciliana (**CEFPAS** – www.cefpas.it) dal 1996 contribuisce al miglioramento della qualità della formazione continua in medicina dei professionisti della Sanità, generando sinergie con il mondo della ricerca e dell'istruzione a vari livelli. Patrimonio del CEFPAS – ente italiano con personalità giuridica e di diritto pubblico – è la competenza maturata nel campo della formazione e della salute pubblica, che coniuga metodologie e tecnologie all'avanguardia a supporto dell'apprendimento, dell'eccellenza e della diffusione delle migliori pratiche. Il CEFPAS, inoltre, fa



parte della Rete dei Referenti Aziendali per la Ricerca e l'Internazionalizzazione nel settore sanitario con compiti di supporto per l'internazionalizzazione, la ricerca e la progettazione sanitaria.

- Il **CEFPAS** ha incluso tra i propri obiettivi formativi anche la promozione e lo sviluppo di competenze finalizzate a rafforzare l'autonomia e l'autogestione dei pazienti affetti da patologie croniche; a tal fine il 25 settembre 2023 ha organizzato il seminario internazionale "**Il Self Management: la gestione della cronicità in Medicina Generale**", rivolto ai Medici di Medicina Generale, iscritti presso la Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale del Centro. Nel corso del seminario la professoressa Rosa Suñol, Presidente del Consiglio di Amministrazione della Fondazione Avedis Donabedian, ha illustrato i risultati del progetto COMPAR-EU e le sue future prospettive di sviluppo con l'interesse di voler coinvolgere anche le Scuole italiane di Medicina Generale.

Si conviene quanto segue:

- Il Centro europeo per la ricerca e l'innovazione sull'autonomia e l'autogestione dei pazienti "**Self-Management Europe**" e il Centro per la Formazione Permanente e l'Aggiornamento del personale del Servizio sanitario della Regione Siciliana (**CEFPAS**) si impegnano congiuntamente e sinergicamente a supportare il processo decisionale degli stakeholder italiani fornendo, creando e diffondendo conoscenze nuove e innovative per una migliore autogestione e autonomia dei pazienti, con particolare attenzione alle condizioni croniche.
- Obiettivi principali della collaborazione tra le due istituzioni sono:
 - Fornire conoscenze scientifiche aggiornate sull'autonomia e sull'autogestione dei pazienti.
 - Promuovere la ricerca e generare nuove conoscenze su come migliorare l'autogestione con particolare attenzione alle persone vulnerabili e alle condizioni croniche.
- Per la progettazione condivisa delle attività necessarie al raggiungimento dei già menzionati obiettivi il Centro "Self-Management Europe" e il CEFPAS si impegnano a costituire uno specifico comitato di coordinamento composto da formatori, ricercatori e dirigenti di documentata esperienza.
- Il presente accordo ha una durata di tre anni dalla firma del presente documento. Dopo tre anni entrambe le parti possono decidere di rinnovare di comune accordo i termini dell'attuale accordo, approfondire ulteriormente la collaborazione o porre fine all'accordo.

Protocollo di collaborazione

tra il Centro Europeo per la ricerca e l'innovazione sull'autonomia e l'autogestione dei pazienti (**Self-Management Europe**) e il Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del personale del Servizio Sanitario (**CEFPAS**)

Si conviene quanto segue:

1. Il Centro europeo per la ricerca e l'innovazione sull'autonomia e l'autogestione dei pazienti "**Self-Management Europe**" e il Centro per la Formazione Permanente e l'Aggiornamento del personale del Servizio sanitario della Regione Siciliana (**CEFPAS**) si impegnano congiuntamente e sinergicamente a **supportare il processo decisionale degli stakeholder italiani fornendo, creando e diffondendo conoscenze nuove e innovative per una migliore autogestione e autonomia dei pazienti, con particolare attenzione alle condizioni croniche.**
2. Obiettivi principali della collaborazione tra le due istituzioni sono:
 - **Fornire conoscenze scientifiche aggiornate sull'autonomia e sull'autogestione dei pazienti.**
 - **Promuovere la ricerca e generare nuove conoscenze su come migliorare l'autogestione con particolare attenzione alle persone vulnerabili e alle condizioni croniche.**
3. Per la progettazione condivisa delle attività necessarie al raggiungimento dei già menzionati obiettivi il Centro "Self-Management Europe" e il CEFPAS si impegnano a costituire uno specifico comitato di coordinamento composto da formatori, ricercatori e dirigenti di documentata esperienza.
4. Il presente accordo ha una durata di tre anni dalla firma del presente documento. Dopo tre anni, entrambe le parti possono decidere di rinnovare di comune accordo i termini dell'attuale accordo, approfondire ulteriormente la collaborazione o porre fine all'accordo.

Promoting self-management of chronic diseases in Italy: bridging the gap between current knowledge and practice of self-management interventions

D. Colimberti¹, A. Gardini², E. Indorato³, R. Frediani⁴

¹Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Palermo,
²Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Ancona,
³Scuola di Medicina Generale, CEFPAS, Caltanissetta,
⁴Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Torino, Italy

Chronic diseases are a worldwide public health problem. They adversely affect the quality of life of individuals and their families, cause most deaths and contribute to increasing disability and healthcare costs. Current treatments of chronic diseases can slow their progression and mitigate their burden on people and society, but their effectiveness significantly depends on patients' self-management, defined as the ability to manage the symptoms, treatment, physical and psychosocial consequences, and lifestyle changes inherent in living with a chronic condition. In the last decade there has been an increasing interest in self-management interventions (SMIs), supportive interventions provided by healthcare staff or peers, aimed at increasing patients' skills and confidence in their own ability to cope with long-term conditions. In 2022 seven European institutions accomplished the COMPAR-EU project, funded by European Union, to identify, compare, and rank the most effective and sustainable SMIs for adults living with one of the four high-priority chronic conditions: type 2 diabetes, obesity, COPD, and heart failure. Through an IT platform (<https://self-management.eu>) the project provides support for policymakers, guideline developers and professionals to make informed decisions on the adoption of the most suitable SMIs. In 2024 the CEFPAS (Educational Center of Regional Health Service of Sicily) and Self-Management Europe (an initiative of COMPAR-EU project) agreed on an educational program aimed at providing updated scientific knowledge on self-management and patient empowerment.



CEFPAS - Proc. N. 000002891 - Data: 13/03/2024 - Tipo: Reg. - PARENZA DESTINATARIO COLIMBERTI DOMENICO OGGETTO: Individuazione e nomina componenti del comitato di coordinamento in esecuz



Direzione del Centro
Ing. Roberto Sanfilippo | Direttore del Centro

Al Dott. Domenico Colimberti
Al Dott. Roberto Frecciani

Al Dott. Andrea Gardini

Alla Dott.ssa Eleonora Indorato

Alla Dott.ssa Ilenia Parenti
Alla Dott.ssa M. Luisa Zoda

OGGETTO: Individuazione e Nomina Componenti del Comitato di coordinamento in esecuzione al Protocollo di collaborazione stipulato tra il CEFPAS e il Centro europeo per la ricerca e l'innovazione sull'autonomia e l'autogestione dei pazienti "Self Management Europe"- Rep. n. 07/2024

Al fine di avviare iniziative previste dall'Accordo di collaborazione, stipulato il giorno 29 gennaio 2024, tra il CEFPAS e la Fondazione Avedis Donabedian - Spagna (Rep. n. 07/2024, delibera di presa d'atto dell'1/2/2024), come previsto dal punto 3 del suddetto Accordo, si istituisce il comitato di coordinamento "composto da formatori, ricercatori e dirigenti di documentata esperienza" di progettazione, realizzazione e valutazione di interventi di promozione dell'autogestione (Self - Management Interventions).

Per le motivazioni espresse in premessa, le SS.LL. scno individuate quali componenti del Comitato di coordinamento CEFPAS, come di seguito specificato:

- Dott.ri Domenico Colimberti, Roberto Frecciani e Andrea Gardini - Medici, esperti con documentata e specifica esperienza di formazione sull'oggetto del suddetto Accordo;
- Dott.ssa Eleonora Indorato - Dirigente della Scuola di Medicina Generale del Centro e coordinatrice del progetto pilota sugli interventi del Self -Management nella medicina generale, con documentata e specifica esperienza di formazione.
- La Dott.ssa Ilenia Parenti -Collaboratrice di formazione e referente aziendale per la ricerca e l'internazionalizzazione nel settore sanitario;
- La Dott.ssa Maria Luisa Zoda -Dirigente del Centro Mediterraneo di Simulazione (CEMEDIS) e referente aziendale per la ricerca e l'internazionalizzazione nel settore sanitario.

Ai componenti del suddetto Comitato, si applica il regolamento vigente, per il rimborso delle spese di trasferta sostenute per gli eventuali incontri organizzati in presenza, per un massimo di 1 incontro al mese. Inoltre per l'attività di redazioni di testi cittadini, report, studi, indagini e analisi, ad eccezione del personale dipendente del CEFPAS, è riconosciuto un compenso orario di euro 100,00, per un massimo di 3 ore mensili ciascuno, secondo quanto concordato con la dott.ssa Indorato e nel rispetto degli obiettivi del progetto. Il presente Comitato ha una durata di tre anni dalla firma di accettazione del presente documento.



Roberto Sanfilippo
Direttore del Centro

<p>CEFPAS Comitato per la formazione pomeridiana e serale del personale del servizio di pronto soccorso, 1° piano, 1° livello, 27127 360197</p>	<p>Sede: viale Luigi Grossi, 1 36100, Città vecchia - 39.0934, 105.215, info@cefpas.it</p>	<p>Sede Operativa via IV Novembre, 5 36145, Palestro +39 041 7279151 palestro@cefpas.it</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ente controllato e vigilato e controllo dell'Assessorato Regionale della Salute della Regione della Puglia







Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale
in collaborazione con gli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Sicilia



REGIONE SICILIANA
Assessorato della Salute

*Gli SMI
nelle Case
della
Comunità*

La gestione della cronicità nella medicina generale e nell'assistenza territoriale

Domenico
Colimberti
&
Eleonora
Indorato

Catania e Messina
12 febbraio 2025



28 gennaio 2025 - Dialogo con ChatGPT

<https://openai.com/>

Domanda: Le case della comunità istituite in Italia con il decreto n. 77 del 2022 riusciranno a promuovere il self management delle persone con patologie croniche?

Risposta: Il Decreto n. 77 del 2022 in Italia rappresenta un passo significativo verso la riforma del sistema sanitario e l'implementazione delle **case della comunità**, strutture destinate a offrire assistenza sanitaria e sociale in maniera integrata e prossima ai cittadini. Il suo obiettivo è quello di migliorare l'accesso alle cure primarie, ridurre le disuguaglianze e favorire una gestione più sostenibile delle risorse sanitarie.

In relazione alle **persone con patologie croniche**, queste strutture potrebbero effettivamente contribuire al **self management**, ovvero la gestione autonoma della malattia da parte del paziente.

Le case della comunità si concentrano sulla cura globale del paziente, in un'ottica di continuità assistenziale, e potrebbero fornire supporto attraverso:

1. **Assistenza personalizzata:** Le case della comunità potrebbero favorire un approccio più individualizzato, con un team sanitario multidisciplinare che offre supporto e consulenze per la gestione quotidiana delle malattie croniche.

- 2. Educazione alla salute:** Un altro aspetto fondamentale è l'educazione dei pazienti, che potrebbero beneficiare di percorsi informativi per apprendere come gestire meglio le proprie condizioni, prevenire complicazioni e seguire trattamenti appropriati.
- 3. Tecnologie per il monitoraggio:** L'introduzione di tecnologie per il monitoraggio a distanza potrebbe permettere ai pazienti con patologie croniche di rimanere sotto osservazione continua senza necessità di spostamenti frequenti, facilitando il self management.
- 4. Supporto psicologico e sociale:** La gestione delle malattie croniche spesso comporta anche un impatto psicologico significativo. Le case della comunità, integrando anche supporto psicologico e sociale, potrebbero affrontare questa dimensione importante, migliorando la qualità della vita dei pazienti.

Tuttavia, la riuscita di questo modello dipenderà da diversi fattori, tra cui **la disponibilità di risorse adeguate**, **la formazione del personale**, e **la cooperazione tra diversi attori** del sistema sanitario.

Le case della comunità potrebbero essere uno strumento potente, ma la loro efficacia dipenderà dalla capacità di affrontare queste sfide in modo coerente e strutturato.

In sintesi, le case della comunità hanno il potenziale per promuovere il self management delle persone con patologie croniche, ma è fondamentale che vengano implementate con un forte impegno per la personalizzazione e l'integrazione delle **cure**.

Simulation training of Self Management Interventions (SMIs) in Chronic Diseases

PRESENTED BY ILENIA PARENTI AND MARIA LUISA ZODA

CEFPAS - Centro per la Formazione Permanente e l'Aggiornamento del Personale del Servizio Sanitario Caltanissetta (Italy)



CEFPAS

Centro regionale per la Formazione Permanente e l'Aggiornamento del Personale del Servizio Sanitario



Education and Training Center for healthcare workers



Simulation training of Self Management Interventions (SMIs) in Chronic Diseases

PRESENTED BY ILENIA PARENTI AND MARIA LUISA ZODA

CEFPAS project team members:

M. L. Zoda, D. Colimberti, A. Gardini, E. Indorato, R. Frediani, I. Parenti

Proposta di progetto di ricerca sull'efficacia clinica degli interventi per la promozione del self management dei pazienti con condizioni patologiche croniche (SMI)

Finalità della ricerca è la valutazione dell'efficacia clinica dell'utilizzazione di uno o più degli *interventi per la promozione del self management (SMI)* raccomandati dal consorzio di ricerca COMPAR-EU (<https://platform.self-management.eu/recommendations-per-disease>), praticati in aggiunta al trattamento abituale (“usual care”) dei pazienti adulti con una delle quattro patologie croniche prevalenti in Europa (diabete mellito di tipo 2, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva e obesità severa).

La presente proposta è conforme al modello generale (“New RCT”) raccomandato dal consorzio di ricerca COMPAR-EU (<https://platform.self-management.eu/new-rcts>).

Competenze comunicative e relazionali per il potenziamento del self Management delle persone con condizioni patologiche croniche: un protocollo di ricerca

E. Indorato, D. Colimberti, R. Prestani, A. Gardini, L. Parenti, M.L. Zotta.
Comitato di coordinamento in esecuzione del protocollo di collaborazione con il Centro europeo per la ricerca e l'innovazione su Autonomia e Gestione dei pazienti Self Management Europe del CEFPAS



Autorevoli ricercatori europei hanno recentemente concluso il progetto **compas-eu**, una scrupolosa revisione sistematica degli studi clinici sull'efficacia e sulla sostenibilità degli **interventi per il potenziamento del self management (SM)** delle persone con condizioni patologiche croniche (<https://selfmanagement.eu>), sono stati raccolti e analizzati i risultati di 1700 sperimentazioni cliniche randomizzate e controllate ed è stato utilizzato il metodo grade per formulare la raccomandazione conclusiva di utilizzare nella pratica clinica uno o più sm, in aggiunta al trattamento medico usuale, in favore di pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2, bronco-pneumopatia cronica ostruttiva, scompenso cardiaco e obesità severa.

Il CEFPAS in partnership con alcune delle istituzioni europee che hanno realizzato lo studio **compas-eu**, ha adottato un programma di formazione-intervento finalizzato all'implementazione degli sm nel servizio sanitario della sanità e alla contemporanea valutazione della loro efficacia, nella progettazione della ricerca sono state coinvolte le società regionali di società medico-scientifiche e associazioni professionali accreditate presso il ministero della salute.



Interventi complessi e multi-component, richiedono specifiche competenze comunicative e relazionali, sono caratterizzati dalla contemporanea utilizzazione di tecniche comportamentali, tecnologie per il monitoraggio e la comunicazione a distanza e moduli assistenziali dedicati. Nella pratica degli SMI, tra gli operatori sanitari, sono impiegati anche pazienti esperti e caregiver formali.



Gli interventi per la promozione del self management dei pazienti adulti con diabete mellito di tipo due raccomandati da COMPAR-EU sono clinicamente efficaci? Protocollo di una sperimentazione clinica multicentrica controllata e randomizzata

Gli SM raccomandati da COMPAR-EU verranno implementati in aggiunta rispetto al trattamento usuale di pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2. Come ai parametri clinici usuali, verranno monitorati mediante questionari i livelli di self efficacy e di qualità della vita.

Le Azioni integrate sono basate sui 10 SMI raccomandati da COMPAR-EU per pazienti con diabete tipo 2, con durata complessiva >10 ore (requisito minimo COMPAR-EU per ottenere un effetto clinicamente rilevante).

Obiettivi
Valutare l'effetto dell'aggiunta di almeno uno degli SMI raccomandati da COMPAR-EU al trattamento abituale di pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 sul controllo glicemico (HbA1c a 6 mesi).

Partecipanti
4 ambulatori diabetologici specializzati della Sicilia con operatori formati alla pratica degli SMI, secondo le raccomandazioni COMPAR-EU.

Criteri di inclusione
Età > 18 anni
Diagnosi di diabete mellito tipo 2 da almeno 6 mesi
HbA1c tra 7,0% e 10,0% (valore recente: < 8 giorni)
Trattamento farmacologico stabile negli ultimi 12 mesi (ipoglicemizzanti orali o iniezioni)
Capacità di partecipare attivamente al programma SMI (valutazione clinica)
Comprensione adeguata della lingua italiana
Consenso informato scritto



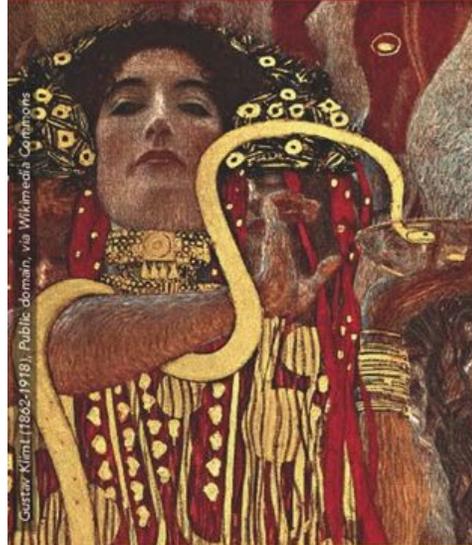
Metodo
L'analisi statistica sarà condotta secondo il principio dell'intention-to-treat (ITT), includendo tutti i partecipanti randomizzati, indipendentemente dal livello di aderenza all'intervento o dal completamento del follow-up. Un'analisi per protocollo sarà eseguita come analisi secondaria, includendo i partecipanti che avranno completato almeno il 75% del programma SMI (3 o more 12 di contatto attivo).



Risultati attesi
L'outcome primario è la variazione media della HbA1c (%) a 6 mesi rispetto al basale.
L'outcome secondario è la variazione media della pressione arteriosa, BMI, profilo lipidico, qualità di vita - EQ-5D-5L.

Servizio Diabetologia, Ospedale di Medicina Generale, Indacoletta (Messina)
Centro di Ricerca Innovativa, condotta formazione@cefpas.it

CEFPAS
Centro per la Formazione Permanente
e l'aggiornamento del Personale del Servizio Sanitario
Via Giuseppe Verdi, 1 - 38100 Verona
+39 0445 800100 - info@cefpas.it



Gustav Klimt (1862-1918), Public domain, via Wikimedia Commons



Kimiko Yoshida, Painting (Hygieia, the Goddess of Health, by Klimt), Self-portrait

XXII CONGRESSO NAZIONALE SIPEM

TRA PASSATO E FUTURO
I TEMI SCOTTANTI
DELLA FORMAZIONE
DEI PROFESSIONISTI
PER LA SALUTE

Congresso in memoria del Prof. Luciano Vettore
che ha dedicato la sua vita
all'insegnamento della Medicina

Presidente del Congresso:
Prof. Giuseppe Borzellino

POLO ZANOTTO - VERONA
2-4 OTTOBRE 2025

La medicina e la politica basate sulle prove, per il bene pubblico



La sanità, come la scuola o la magistratura, è una parte importante della politica che ha in mano le sorti delle persone, ne condiziona il futuro. Su di essa dobbiamo tutti scegliere la strada da seguire in maniera competente e condivisa. Medicina e politica inevitabilmente si intrecciano, e i mezzi politici diventano necessari per perseguire obiettivi medici. Potrebbe essere ritenuto auspicabile non solo l'affidamento a una *medicina basata sulle evidenze* (ebm), ma anche il convinto sostegno di una **politica basata sulle evidenze**. In questo contesto, l'attenzione e la comprensione delle evidenze scientifiche dovrebbe estendersi anche alle realtà politiche e ai decisori, in particolare a coloro che debbono farsi carico di politiche sanitarie.

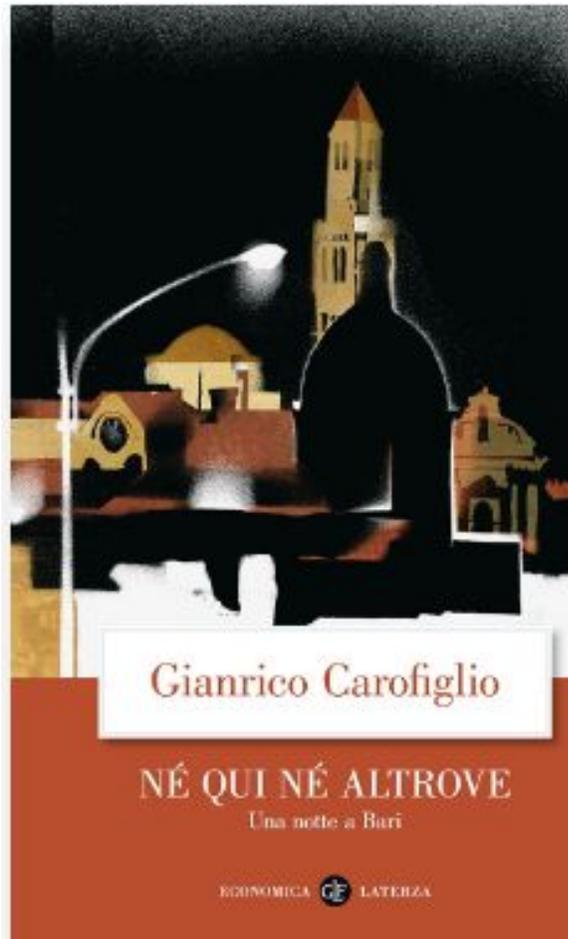
Domenico Ribatti

*Dipartimento di Biomedicina traslazionale e neuroscienze
Scuola di Medicina, Università di Bari*

il punto
confronti su medicina e sanità

**17 ottobre
2024**

4. Il valore della leadership nella gestione della multidisciplinarietà



“L’attenzione è una virtù morale. Essere attenti significa essere giusti con se stessi e con gli altri. Le persone attente sono curiose e attive; studiano e lavorano con entusiasmo, coinvolgimento e passione; scrutano i bisogni degli altri e sono capaci di aiutare.”

Gianrico Carofiglio, Né qui né altrove - una notte a Bari. Editori Laterza. Bari, 2008



ARTWORK: DAVID MAISEL, HISTORY'S SHADOW GM8, 2010, ARCHIVAL PIGMENT PRINT, 40" X 30"

**Harvard
Business
Review**

LEADERSHIP DEVELOPMENT

Turning Doctors into Leaders

by Thomas H. Lee, MD

FROM THE APRIL 2010 ISSUE

Improvements in performance require teamwork.

Individual clinicians and hospitals have only limited control over the fate of their patients. At any organization that provides health care, superior coordination, information sharing, and teamwork across disciplines are required if value and outcomes are to improve.

I miglioramenti delle prestazioni richiedono un lavoro di squadra. I singoli medici e gli ospedali hanno solo un controllo limitato sul destino dei loro pazienti. In qualsiasi organizzazione che fornisce assistenza sanitaria, sono necessari un coordinamento superiore, la condivisione delle informazioni e il lavoro di squadra tra le discipline se si vuole migliorare il valore e i risultati.



THE LANCET

www.thelancet.com Vol 376 December 4,
2010

Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world

Julio Frenk, Lincoln Chen*, Zulfiqar A Bhutta, Jordan Cohen, Nigel Crisp, Timothy Evans, Harvey Fineberg, Patricia Garcia, Yang Ke, Patrick Kelley, Barry Kistnasamy, Afaf Meleis, David Naylor, Ariel Pablos-Mendez, Srinath Reddy, Susan Scrimshaw, Jaime Sepulveda, David Serwadda, Huda Zurayk*

- a Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA
- b China Medical Board, Cambridge, MA, USA
- c Aga Khan University, Karachi, Pakistan
- d George Washington University Medical Center, Washington, DC, USA
- e Independent member of House of Lords, London, UK
- f James P Grant School of Public Health, Dhaka, Bangladesh
- g US Institute of Medicine, Washington, DC, USA
- h School of Public Health Universidad Peruana Cayetano, Heredia, Lima, Peru
- i Peking University Health Science Centre, Beijing, China
- j National Health Laboratory Service, Johannesburg, South Africa
- k School of Nursing, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA
- l University of Toronto, Toronto, ON, Canada
- m The Rockefeller Foundation, New York, NY, USA
- n Public Health Foundation of India, New Delhi, India
- o The Sage Colleges, Troy, MI, USA
- p Bill & Melinda Gates Foundation, Seattle, WA, USA
- q Makerere University School of Public Health, Kampala, Uganda
- r Centre for Research on Population and Health, Faculty of Health Sciences, American University of Beirut, Beirut, Lebanon

Redesign of professional health education is necessary and timely, in view of the opportunities for mutual learning and joint solutions offered by global interdependence due to acceleration of flows of knowledge, technologies, and financing across borders, and the migration of both professionals and patients. What is clearly needed is a thorough and authoritative re-examination of health professional education, matching the ambitious work of a century ago. That is why this Commission, consisting of 20 professional and academic leaders from diverse countries, came together to develop a shared vision and a common strategy for postsecondary education in medicine, nursing, and public health that reaches beyond the confines of national borders and the silos of individual

Una riprogettazione della formazione professionale in ambito sanitario è necessaria e tempestiva, in considerazione delle opportunità di apprendimento reciproco e di soluzioni congiunte offerte dall'interdipendenza globale dovuta all'accelerazione dei flussi di conoscenze, tecnologie e finanziamenti transfrontalieri, nonché alla migrazione sia dei professionisti che dei pazienti. Ciò che è chiaramente necessario è un riesame approfondito e autorevole della formazione professionale in ambito sanitario, in linea con l'ambizioso lavoro di un secolo fa. Per questo motivo, questa Commissione, composta da 20 leader professionali e accademici provenienti da diversi paesi, si è riunita per sviluppare una visione condivisa e una strategia comune per l'istruzione post-secondaria in medicina, infermieristica e sanità pubblica che vada oltre i confini nazionali e le

The Commission adopted a global outlook, a multiprofessional perspective, and a systems approach.

This comprehensive framework considers the connections between education and health systems. It is centered on people as co-producers and as drivers of needs and demands in both systems.

By interaction through the labour market, the provision of educational services generates the supply of an educated workforce to meet the demand for professionals to work in the health system.

To have a positive effect on health outcomes, the professional education subsystem must design new instructional and institutional strategies.

La Commissione ha adottato una prospettiva globale, una prospettiva multiprofessionale e un approccio sistemico. Questo quadro completo considera le connessioni tra i sistemi educativi e sanitari. È incentrato sulle persone come co-produttori e come motori di bisogni e domande in entrambi i sistemi. Attraverso l'interazione con il mercato del lavoro, l'offerta di servizi formativi genera l'offerta di una forza lavoro qualificata per soddisfare la domanda di professionisti che operano nel sistema sanitario. **Per avere un effetto positivo sui risultati sanitari, il sottosistema della formazione professionale deve progettare nuove strategie didattiche e istituzionali.**

We regard transformative learning as the highest of three successive levels, moving from informative to formative to transformative learning. Informative learning is about acquiring knowledge and skills; its purpose is to produce experts. Formative learning is about socializing students around values; its purpose is to produce professionals. Transformative learning is about developing leadership attributes; its purpose is to produce enlightened change agents.

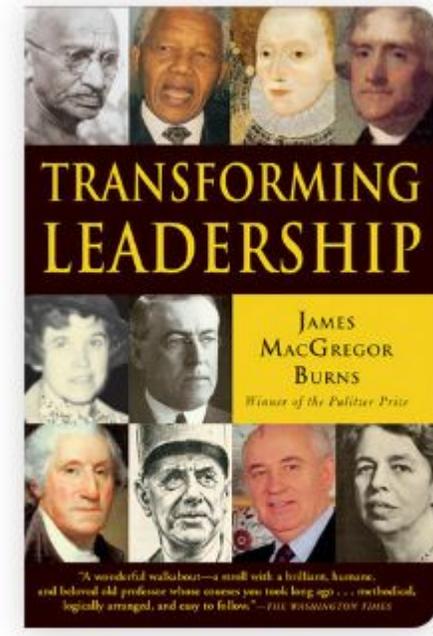
Consideriamo l'apprendimento trasformativo come il più alto dei tre livelli successivi, passando dall'apprendimento informativo a quello formativo a quello trasformativo. L'apprendimento informativo riguarda l'acquisizione di conoscenze e competenze; il suo scopo è quello di produrre esperti. L'apprendimento formativo riguarda la socializzazione degli studenti attorno ai valori; il suo scopo è quello di produrre professionisti. L'apprendimento trasformativo riguarda lo sviluppo di attributi di leadership; il suo scopo è quello di produrre agenti di cambiamento illuminati.



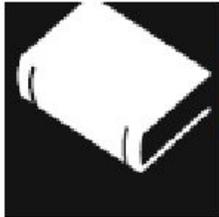
Jim Downton (1938)
University of Colorado at Boulder
«Transformational leadership»



**James MacGregor
Burns (1918 – 2014)**
University of Maryland



REVIEWS



Leadership Development Programs for Physicians: A Systematic Review

Jan C. Frich, MD, PhD^{1,2}, Amanda L. Brewster, MSc¹, Emily J. Cherlin, PhD¹, and Elizabeth H. Bradley, PhD¹

¹Global Health Leadership Institute, Yale School of Public Health, New Haven, CT, USA; ²Department of Health Management and Health Economics, Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway.

BACKGROUND: Physician leadership development programs typically aim to strengthen physicians' leadership competencies and improve organizational performance. We conducted a systematic review of medical literature on physician leadership development programs in order to characterize the setting, educational content, teaching methods, and learning outcomes achieved.

METHODS: Articles were identified through a search in Ovid MEDLINE from 1950 through November 2013. We included articles that described programs designed to expose physicians to leadership concepts, outlined teaching methods, and reported evaluation outcomes. A thematic analysis was conducted using a structured data entry form with categories for setting/target group, educational content, format, type of evaluation and outcomes.

J Gen Intern Med 30(5):656–74

DOI: 10.1007/s11606-014-3141-1

© The Author(s) 2014. This article is published with open access at Springerlink.com

INTRODUCTION

High-quality health care increasingly relies on teams, collaboration, and interdisciplinary work, and physician leadership is essential for optimizing health system performance.^{1–3} The Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) has established common program requirements that include skills in interpersonal communication, quality improvement, and system-based practice.⁴ The CanMEDS Physician Compe-

Clinical leadership and integrated primary care: A systematic literature review

Minke S. Nieuwboer^a, Rob van der Sande^{d,e}, Marjolein A. van der Marck^{a,c}, Marcel G. M. Olde Rikkert^{b,c} and Marieke Perry^{a,d}

^aDepartment of Geriatric Medicine, Radboud University Medical Center, Radboud UMC Alzheimer Centre, Nijmegen, The Netherlands; ^bDepartment of Geriatric Medicine, Radboud University Medical Center, Donders Institute for Brain Cognition and Behaviour, Nijmegen, The Netherlands; ^cRadboud University Medical Center, Department of Geriatric Medicine, Radboud Institute for Health Sciences, Nijmegen, The Netherlands; ^dDepartment of Primary and Community Care, Radboud University Medical Center, Radboud Institute for Health Sciences, Nijmegen, The Netherlands; ^eFaculty of Health, Behaviour and Society, HAN University of Applied Sciences, Nijmegen, The Netherlands

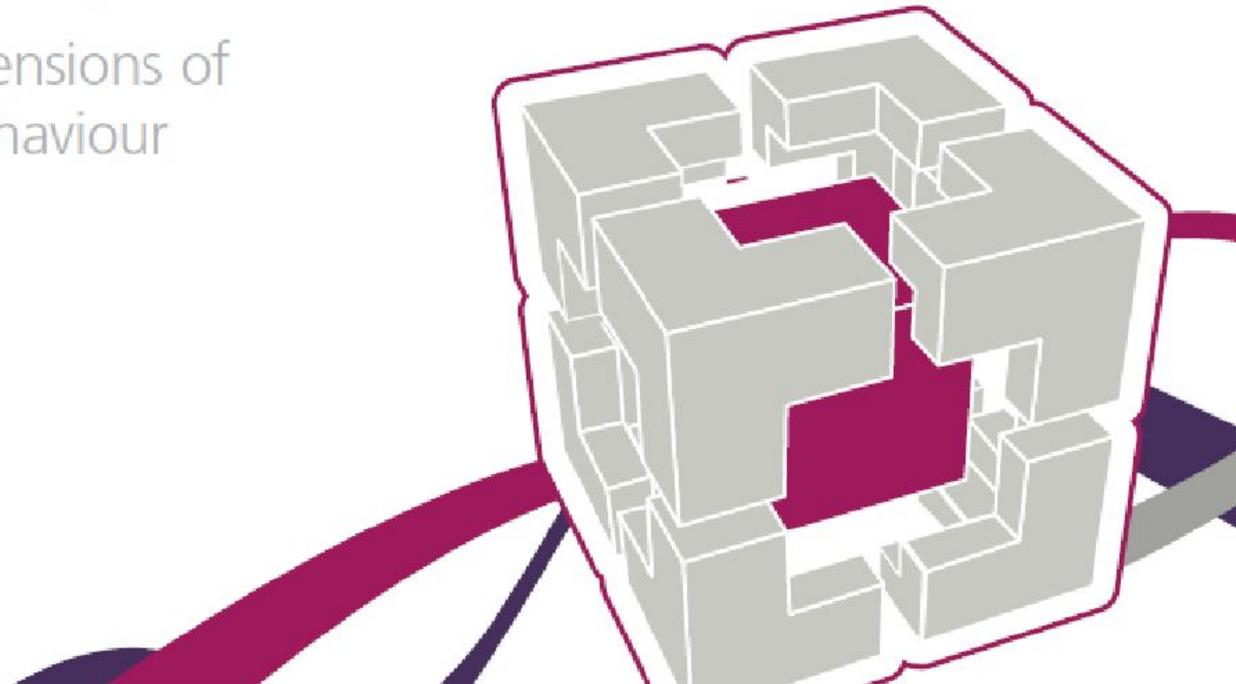
KEYMESSAGES

- Research to build a stronger evidence base for leadership and supportive leadership interventions is urgently needed to warrant the current emphasis on leadership in integrated primary care.
- Evidence on essential leadership skills adds that physicians require relational and organizational skills, as well as process-management and change-management skills.

Version 1.0

Healthcare Leadership Model

The nine dimensions of
leadership behaviour



www.leadershipacademy.nhs.uk

MEDICINA E CHIRURGIA

Journal of Italian Medical Education - JIME

Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia

ISSN: 2279-7068

Educazione alla Leadership in Medicina

n.71, 2016, pp. 3219-3224

**Walter Ricciardi, Andrea Silenzi, Paolo Parente,
Flavia Kheiraoui e Carlo Favaretti**

“I consider myself to be a leader”: a qualitative exploration of early career women family physicians’ intentions to assume a leadership role

Annie Koempel¹,, Melissa K. Filippi²,, Madeline Byrd¹, Anam Siddiqi², Andrew Bazemore^{1,3}, Yalda Jabbarpour²

¹American Board of Family Medicine, 1648 McGrathiana Parkway, Lexington, KY 40511, United States

²Robert Graham Center for Policy Studies in Family Medicine and Primary Care, 1133 Connecticut Ave NW #1100, Washington, DC 20036, United States

³Center for Professionalism and Value in Healthcare, 1016 16th Street NW, Suite 700, Washington, DC 20036, United States

*Corresponding author: American Board of Family Medicine, 1648 McGrathiana Parkway, Suite 550, Lexington, KY 40511-1247, USA. E-mail: AKoempa@theabfm.org

Abstract

Background: Despite the increasing presence of women in US medical schools over the past 25 years, gender equity in medical leadership remains elusive. This qualitative study delves deeper into definitions of institutional leadership roles, who they are designed for, and how women currently contribute in unrecognized and uncompensated leadership positions.

Methods: We recruited family physicians who responded to the American Board of Family Medicine 2022 or 2023 graduate survey. We developed a semistructured interview guide following a modified life history approach to uncover women’s experiences through the stages from residency to workforce. A qualitative researcher used Zoom to interview 25 geographically and racially diverse early career women physicians. Interviews were transcribed verbatim and analyzed utilizing NVivo software following an Inductive Content Analysis approach.

Results: Three themes emerged from the data. First, the nature of institutionally recognized leadership positions was largely perceived as bureaucratic and disciplinary, which did not appeal to most participants. Second, women engaged in leadership roles that increased practice efficiency, improved working conditions, and added to their emotional labor—without remuneration. Third, women experienced a tension between work and family, but this did not impact their long-term career goals—which remained focused on patient care or lower-level leadership positions.

Conclusion: Increasing the number of women in leadership positions can be achieved through innovative leadership models that prioritize collaboration, flexibility, and work–life balance. Organizations must revise definitions of leadership to expand it to include the valuable, unrewarded work women undertake that advance their goals and overall patient health.

Keywords: family medicine; leadership; pay equity; primary care; primary care physicians; qualitative research; women physicians

REVIEW ARTICLE

MEDICAL EDUCATION IN REVIEW

LEADS+ Developmental Model: Proposing a new model based on an integrative conceptual review

Sandra Ramelli¹ | Sarrah Lal^{2,3} | Jonathan Sherbino^{2,4}  | Graham Dickson^{5,6} | Teresa M. Chan^{1,2,4,7} 

¹Division Innovation and Education, Department of Medicine, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

²Division of Emergency Medicine, Department of Medicine, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

³University of Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada

⁴McMaster Education Research, Innovation, and Theory (MERIT) program, Faculty of Health Sciences, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

⁵Leadership Studies Royal Roads University, Victoria, British Columbia, Canada

⁶Canadian Health Leadership Network and Canadian Society of Physician Leaders and Principal, LEADS Global, Victoria, British Columbia, Canada

⁷Continuing Professional Development, Faculty of Health Sciences, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

REVIEW

Open Access



Can integrated care interventions strengthen primary care and improve outcomes for patients with chronic diseases? A systematic review and meta-analysis

Yuqi Zhang¹ , Jonathan Stokes² , Laura Anselmi¹ , Peter Bower³  and Jin Xu^{4*} 

Abstract

Background An increasing number of people live with chronic disease or multi-morbidity. Current consensus is that their care requires an integrated model bringing different professionals together to provide person-centred care. Although primary care has a central role in managing chronic disease, and integration may be important in strengthening this role, previous research has shown insufficient attention to the relationships between primary care and integration. This review summarizes primary care involvement in integrated care interventions and assesses the effect of those interventions on a range of measures of primary care functions and wider outcomes.



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Health policy

journal homepage: www.elsevier.com/locate/healthpol



Barriers and facilitators to integrated primary care from the perspective of people with chronic conditions and multiple care needs: A scoping review

L. Fischer^{a,1,*} , R.G.M. Smeets^a, M. Rijken^{b,c}, A.M.J. Elissen^a

^a Department of Health Services Research, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht, the Netherlands

^b Nivel (Netherlands Institute for Health Services Research), Utrecht, the Netherlands

^c Department of Health and Social Management, University of Eastern Finland, Kuopio, Finland

ABSTRACT

Background: Integrated care attempts to address multiple care needs, but barriers to implementation remain. The service user perspective can guide policy and practice to advance implementation.

Objective: To map barriers and facilitators to integrated primary care from the perspective of people with chronic conditions and multiple care needs.

Methods: A scoping review was conducted by searching PubMed, Embase, Web of Science, CINAHL, and grey literature. Eligible studies were analysed by categorising barriers and facilitators at the micro, meso, and macro levels of the healthcare system. They were further mapped by the components retrieved from the SELFIE framework for integrated care for multimorbidity.

Results: Across the 34 included studies, people with multiple care needs identified more barriers and facilitators at the micro level than at the meso and macro levels. Mapped under 'the individual and their environment', social and personal barriers (e.g. socioeconomic disadvantages, lack of social support) hindered integrated care. Mapped under 'service delivery' and 'workforce', a trusting relationship with a key care provider as part of a multidisciplinary care team was identified to facilitate integrated care.

Conclusions: Our findings show that 'soft' relational and social factors are critical to integrated care. These 'soft' factors are primarily created at the micro level, but seem actionable at meso and macro levels. The unique perspective of people with multiple care needs suggests that more rigorous involvement of service users at higher levels is needed to inform policymakers and care providers on how to shape enabling conditions for the implementation of integrated care.

The Impact of Interdisciplinary Team-Based Care on the Care and Outcomes of Chronically Ill Patients: A Systematic Review

Ruttanaporn Kongkar¹, Suebsarn Ruksakulpiwat¹, Lalipat Phianhasin¹,
Chitchanok Benjasirisan¹, Atsadaporn Niyomyart², Bootan Hasan Ahmed³,
Wimolrat Puwarawuttipanit¹, Wanicha L Chuenkongkaew⁴, Jon Adams⁵

¹Department of Medical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand; ²Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand; ³Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University, Cleveland, OH, USA; ⁴Department of Ophthalmology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand; ⁵School of Public Health, The University of Technology Sydney, Sydney, NSW, Australia

Correspondence: Suebsarn Ruksakulpiwat. Email suebsarn25@gmail.com

Objective: To examine the impact of interdisciplinary team-based care (ITBC) on chronically ill patients and their outcomes as reported in relevant contemporary literature.

Methods: In this systematic review, PubMed, MEDLINE, Web of Science, CINAHL Plus Full Text, and ten publishers were searched to identify studies published between 2019 and 2024. Titles, abstracts, and full texts were screened for eligible studies and assessed for relevance. Inclusion and exclusion criteria were implemented to ensure that only studies relevant to our objective were included. The convergent integrated analysis framework suggested by the Joanna Briggs Institute was utilized for data synthesis.

Results: Ten studies were included in the systematic review. Data synthesis revealed five major themes at different levels: 1) Patient level, including themes of Patients' Self-Improvement and Patients' Health Outcomes; 2) Interpersonal level, including themes of Providers' Work Performance and Shared Decision Making; and 3) Organizational level, including the theme of Healthcare Utilization.

Conclusion: ITBC has a significant positive impact on chronically ill patients at multiple levels. At the patient level, it enhances self-management and health outcomes. At the interpersonal level, it improves healthcare providers' performance and promotes shared decision-making. At the organizational level, it leads to more efficient healthcare utilization.

Keywords: interdisciplinary team-based care, chronic illness, patient outcomes, systematic review



OPEN ACCESS

Interprofessional collaboration in primary care for patients with chronic illness: a scoping review mapping leadership and followership

Guoyang Zhang ,¹ Renée E Stalmeijer ,¹ Fury Maulina ,²
Frank W J M Smeenk ,^{1,3} Carolin Sehlbach ¹

BMJ Leader 2024; 0:1-9. doi:
10.1136/leader-2024-001102



Maastricht University

Background Effective

interprofessional collaboration (IPC) in primary care is essential in providing high-quality care for patients with chronic illness.

However, the traditional role-based leadership approach may hinder IPC. Instead, physicians should also take followership roles, allowing other healthcare team members (OHCTMs) to lead when they have expertise and/or experience. Understanding of leadership and followership within IPC remains limited in primary care for patients with chronic illness. Hence, this review aims to explore the definitions and conceptualisations of leadership and followership and to map relevant training in this context.

Contesto Una collaborazione interprofessionale efficace (IPC) nelle cure primarie è essenziale per fornire cure di alta qualità ai pazienti con malattie croniche. Tuttavia, il tradizionale approccio di leadership basato sui ruoli può ostacolare l'IPC. Al contrario, **i medici dovrebbero anche assumere ruoli di followership, consentendo ad altri membri del team sanitario (OHCTM) di guidare quando hanno competenza e/o esperienza.** La comprensione della leadership e della followership all'interno dell'IPC rimane limitata nelle cure primarie per i pazienti con malattie croniche. Pertanto, questa revisione mira a esplorare le definizioni e le concettualizzazioni di leadership e followership e a mappare la formazione pertinente in questo contesto.

Discussion Leadership in IPC for chronic illness in primary care is rarely defined, and followership is largely neglected. Nevertheless, leadership–followership shifts do occur in leadership and followership roles of physicians and OHCTMs. Further research needs to explore physicians’ followership and relevant competencies, and relevant training is required.

Discussione La leadership nell'IPC per le malattie croniche nell'assistenza primaria è raramente definita e **il concetto di "followership" è ampiamente trascurato.** Ciononostante, si verificano cambiamenti tra leadership e followership nei ruoli di leader e di follower di medici e OHCTM. Sono necessarie ulteriori ricerche per esplorare il concetto di "followership" dei medici e le relative competenze, **ed è necessaria adeguata formazione.**

Organizational actions to tackle distrust: *Building Trust Italy*

Domenico Colimberti,¹ Roberto Frediani²

¹Slow Medicine ETS; School of Public Health, University of Palermo, Italy; ²Slow Medicine ETS; FADOI; OMCeO Turin, Italy

In current health systems, increasingly rich in complex technologies and increasingly organized in multidisciplinary and multiprofessional work and project groups, **doctors, nurses, and other health professionals must also acquire the relational skills necessary to reach optimal levels of coordination**, to be able to effectively carry out its specific role in the various phases of the care and assistance pathways.

Negli attuali sistemi sanitari, sempre più ricchi di tecnologie complesse e sempre più organizzati in gruppi di lavoro e di progetto multidisciplinari e multiprofessionali, **i medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari devono acquisire anche le competenze relazionali necessarie per raggiungere livelli ottimali di coordinamento**, per poter svolgere efficacemente il proprio ruolo specifico nelle diverse fasi dei percorsi di cura e assistenza.

domenico.colimberti@gmail.com