

Formazione degli operatori della Long-Term Care ed empowerment di pazienti anziani e caregiver

Raffaele Antonelli Incalzi

Università Campus Bio Medico

Roma

Sono gli operatori in LTC a necessitare di più formazione? (Barba BE. J

Clinical Nursing 2011; 21: 833)

	Acute care		Long-term care		<i>t</i>	<i>p</i> -value
	M	SD	M	SD		
Total score	2.05	0.50	2.23	0.52	-4.02	<0.01
S1	2.08	0.66	2.37	0.65	-3.76	<0.01
S2	2.19	0.62	2.48	0.61	-3.87	<0.01
S3	2.16	0.68	2.39	0.69	-2.83	<0.01
S4	1.91	0.69	2.21	0.67	-3.73	<0.01
S5	2.20	0.71	2.49	0.64	-3.67	<0.01
S6	2.01	0.68	2.25	0.71	-2.36	<0.05
S7	2.16	0.64	2.48	0.68	-4.03	>0.01
S8	2.00	0.73	2.12	0.72	-1.32	NS
S9	1.65	0.66	1.85	0.74	-2.38	<0.05
S10	1.90	0.67	2.20	0.72	-3.60	<0.01
S11	2.16	0.75	2.38	0.71	-2.55	<0.01
S12	2.10	0.68	2.36	0.71	-3.18	<0.01
S13	2.33	0.66	2.57	0.59	-3.30	<0.01

Table 2 *t*-tests and mean scores of level of satisfaction between participants in acute care (*n* = 126) vs. long-term care (*n* = 172) facilities

Formazione infermieristica e carente formazione nella LTC: le radici

(Squaglia S et al Assistenza infermieristica e ricerca: 2007; 26: 67)

Conclusioni. La professione infermieristica ha una dimensione fortemente valoriale e gli infermieri sono disponibili a privilegiare la scelta etica, anche se meno conveniente, piuttosto che l'ambito clinico di lavoro. L'area di cure geriatriche viene percepita come generalista, meno professionalizzante rispetto ad altre aree cliniche come ad esempio l'area critica. La formazione può giocare un ruolo determinante nell'appassionare e spingere i nuovi professionisti verso ambiti assistenziali dedicati all'anziano.

Le carenze nella formazione geriatrica, specie in LTC, nei corsi di laurea in Scienze infermieristiche

(Matarese M et al. Professioni Infermieristiche, Ottobre - Dicembre 2009, Vol.62, n.4, pag. 218-26)

Area geografica	Università			Sedi didattiche		
	Attive	Partecipanti all'indagine		Attive	Partecipanti all'indagine	
		AA 2005-06	N		AA 2005-06	N
Nord Italia	18	18	100	71	55	77.46
Centro Italia	10	10	100	60	23	38.3
Sud Italia e isole	10	6	60	40	10	25
Totale	38	34		171	88	

Tab. 1. Distribuzione geografica delle sedi universitarie che hanno partecipato all'indagine

Corsi previsti	N.	%	1 anno	2 anno		3 anno	
			1 semestre	1 semestre	2 semestre	1 semestre	2 semestre
			%	%	%	%	%
Geriatria/Gerontologia	12	13.64	3.12	10.53	34.21	39.47	15.79
Geriatria/gerontologia e Infermieristica geriatrica /geronto- logica	65	73.86		9.38	32.81	39.06	15.63
Nessun corso	11	12.5					

Tab. 2. Distribuzione dei corsi di interesse geriatrico

Le carenze nella formazione geriatrica, specie in LTC, nei corsi di laurea in Scienze infermieristiche

(Matarese M et al. Professioni Infermieristiche, Ottobre - Dicembre 2009, Vol.62, n.4, pag. 218-26)

Sedi cliniche	N.	%	1 anno		2 anno		3 anno	
			1 semestre	2 semestre	1 semestre	2 semestre	1 semestre	2 semestre
			%	%	%	%	%	%
Ospedale	74	84.09	11.98	41.24	11.98	11.98	3.46	3.45
Assistenza Domiciliare	51	58	3.63	1.21	5.14	16	22.06	9.96
RSA	36	41	12.88	12.88	2.34	4.68	4.68	3.54
Lungodegenza	31	36	7.4	15.42	3.32	4.88	3.32	1.66
Casa di Riposo	21	23.86	9.54	8.41	2.73	0	1.59	1.59
Ambulatorio geriatrico	12	13.64	2.44	0.2	4.8	2.44	2.44	1.32
Centro Diurno	9	10.23	3.87	1.59	1.59	0	1.59	1.59
Comunità-territorio	3	3.42	0	1.14	1.14	0	1.14	0
Altro	7	7.94	0.79	0.79	1.59	1.59	1.59	1.59

Tab 5. Sedi di apprendimento clinico in ambito geriatrico e periodo di svolgimento (1 scelta)

Le carenze nella formazione geriatrica post laurea

(Martellotti E. L'infermiere
6/2007)

Tabella 1 - Master di primo livello per area e anno di attivazione

	Anno accademico					Totale	%
	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06		
Area critica	2	11	21	18	22	74	43,5
Didattica/Formazione		2	2	3	3	10	5,9
Geriatria		1	2	1	2	6	3,5
Infermieristica legale e forense					4	4	2,4
Management	1	8	10	14	14	47	27,6
Pediatria		1	1	1	2	5	2,9
Psichiatria/Salute mentale				3	3	6	3,5
Ricerca			1	2	1	4	2,4
Sanità pubblica		3	4	3	4	14	8,2
Totale	3	26	41	45	55	170	100,0

Le carenze nella formazione geriatrica post laurea

(Martellotti E. L'infermiere
6/2007)

Tabella 4 - Immatricolati ai master di primo livello per area e sesso (A.A. dal 2001-02 al 2005-06)

	Immatricolati			% maschi
	Maschi	Femmine	Totale	
Area critica	447	1.090	1.537	29,1
Didattica/Formazione	60	239	299	20,1
Geriatria	18	84	102	17,6
Infermieristica legale e forense	24	69	93	25,8
Management	737	2.133	2.870	25,7
Pediatria	7	46	53	13,2
Psichiatria/Salute mentale	21	63	84	25,0
Ricerca	6	33	39	15,4
Sanità pubblica	74	194	268	27,6
Totale	1.394	3.951	5.345	26,1

Quando la lacuna diviene una voragine: il caso del Sud

(Martellotti E.
L'infermiere 6/2007)

Tabella 6 - Master di primo livello per area e ripartizione geografica (A.A. dal 2001-02 al 2005-06)

	Ripartizione geografica			Totale
	Nord	Centro	Sud	
Area critica	21	43	10	74
Didattica/Formazione	4	4	2	10
Geriatria	5	1	0	6
Infermieristica legale e forense	2	2	0	4
Management	15	19	13	47
Pediatria	3	2	0	5
Psichiatria/Salute mentale	6	0	0	6
Ricerca	1	3	0	4
Sanità pubblica	3	6	5	14
Totali	60	80	30	170
%	35,3	47,1	17,6	100,0

La formazione degli operatori non sanitari

- OS-OSA: A differenza dei professionisti sanitari, non sono tenuti ai crediti ECM per l'aggiornamento.
- Assistenti familiari: la criticità è che sono chiamati a fornire assistenza di tipo sociale ma spesso nella cronicità questa si trasforma anche in assistenza sanitaria, ad esempio per la gestione di presidi sanitari (cateteri vescicali) e somministrazione di terapie (insuliniche o eparina, ecc).

Empowerment secondo il WHO

- In health promotion, empowerment is a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health.
- Empowerment may be a social, cultural, psychological or political process through which individuals and social groups are able to express their needs, present their concerns, devise strategies for involvement in decision-making, and achieve political, social and cultural action to meet those needs.

Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? (Aujoulat I et al. Patient Education and Counseling 66 (2007) 13–20)

- Empowerment is more often defined according to some of its anticipated outcomes rather than to its very nature. However, because they do not respect the principle of self-determination, most anticipated outcomes and most evaluation criteria are not specific to empowerment. Concerning the process of empowerment, our analysis shows that (i) the educational objectives of an empowerment-based approach are not disease-specific, but concern the reinforcement or development of general psychosocial skills instead; (ii) empowering methods of education are necessarily patient-centred and based on experiential learning; and (iii) the provider–patient relationship needs to be continuous and self-involving on both sides.

A Web-Based Psychosocial Intervention for Family Caregivers of Older People: Results from a Mixed-Methods Study in Three European Countries (Barbabella F et al. JMIR Res Protoc 2016 | vol. 5 | iss. 4 | e196)

- **Conclusions:** The intervention seemed to contribute to the improvement of family caregivers' awareness, efficacy, and empowerment, which in turn may lead to a better self-recognition of their own needs and improved efforts for developing and accessing coping resources. A major implication of the study was the finalization and implementation of the InformCare Web platform in 27 European countries, now publicly accessible (www.eurocarers.org/informcare).

L'educazione è più semplice se disease-specific (Heckman GA et al. Can J Aging 2016; 35: 447)

Table 11: Practical tips related to staff educational needs

Domain	Tips for Meeting that Need
HF education	<ul style="list-style-type: none">Multimodal, interprofessional interventions are preferred
Appropriate pharmacotherapy	<ul style="list-style-type: none">Prescribed protocols should outline in a clear manner how to:<ul style="list-style-type: none">monitor residents receiving HF medications;manage hypotension, dizziness, bradycardia, or renal dysfunction; anduse alternative therapies in the case of true intolerance to a first-line medication (e.g., ARBs for residents intolerant of ACEi)Engagement of consultant pharmacists to assist LTC physicians may be helpful
Advance care planning	<ul style="list-style-type: none">Clinicians involved in advance care planning discussions must understand the unpredictable course and prognosis of HF prognosis in order to be able to confidently address resident and family caregiver concerns.Advance care plans should be reviewed annually and when clinically important events occur, such as HF exacerbations, clinically significant deterioration in the resident's condition, or when requested by the resident or family caregivers.A lead family member should be identified as substitute decision-maker (SDM), this information should be shared with other family members.

ACEi = angiotensin-converting-enzyme inhibitor; ARBs = angiotensin receptor blockers; HF = heart failure

...sempre che vi sia assistenza

Table 10. Probability of receiving home help and private help by persons aged 80 or older, England 2001-02 in three disability categories and two household/receipt of informal care groups

		Probability of receipt of home help (Tenure not significant)	Probability of receipt of private help	
			Home owner	Tenant
Cannot perform 1 or more IADLs	Living alone with no informal care	14.9	67.9	43.9
	Living as couple and spouse provides informal help*	3.2	15.1	6.2
Cannot perform 1 ADL without help	Living alone with no informal care	36.8	71.9	48.7
	Living as couple and spouse provides informal help*	9.8	17.7	7.4
Cannot perform 2 or more ADLs without help	Living alone with no informal care	68.8	81.8	61.8
	Living as couple and spouse provides informal help*	29.1	26.8	11.9

* 'Spouse care' illustrates the negative effects of receipt of high levels of informal care on the receipt of formal services in England. Another group with similarly low levels of formal service receipt are those receiving co-resident care from adult children.

Source: Analysis of the General Household Survey, 2001/2.