

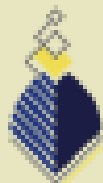


PROGALENOVAIDR  
ONLUS

## NOI SIAMO QUI

Corso per volontari a domicilio  
per persone con HIV / AIDS

**Cosa differenzia una PLWHA da  
una persona di pari età HIV  
negativa ?**



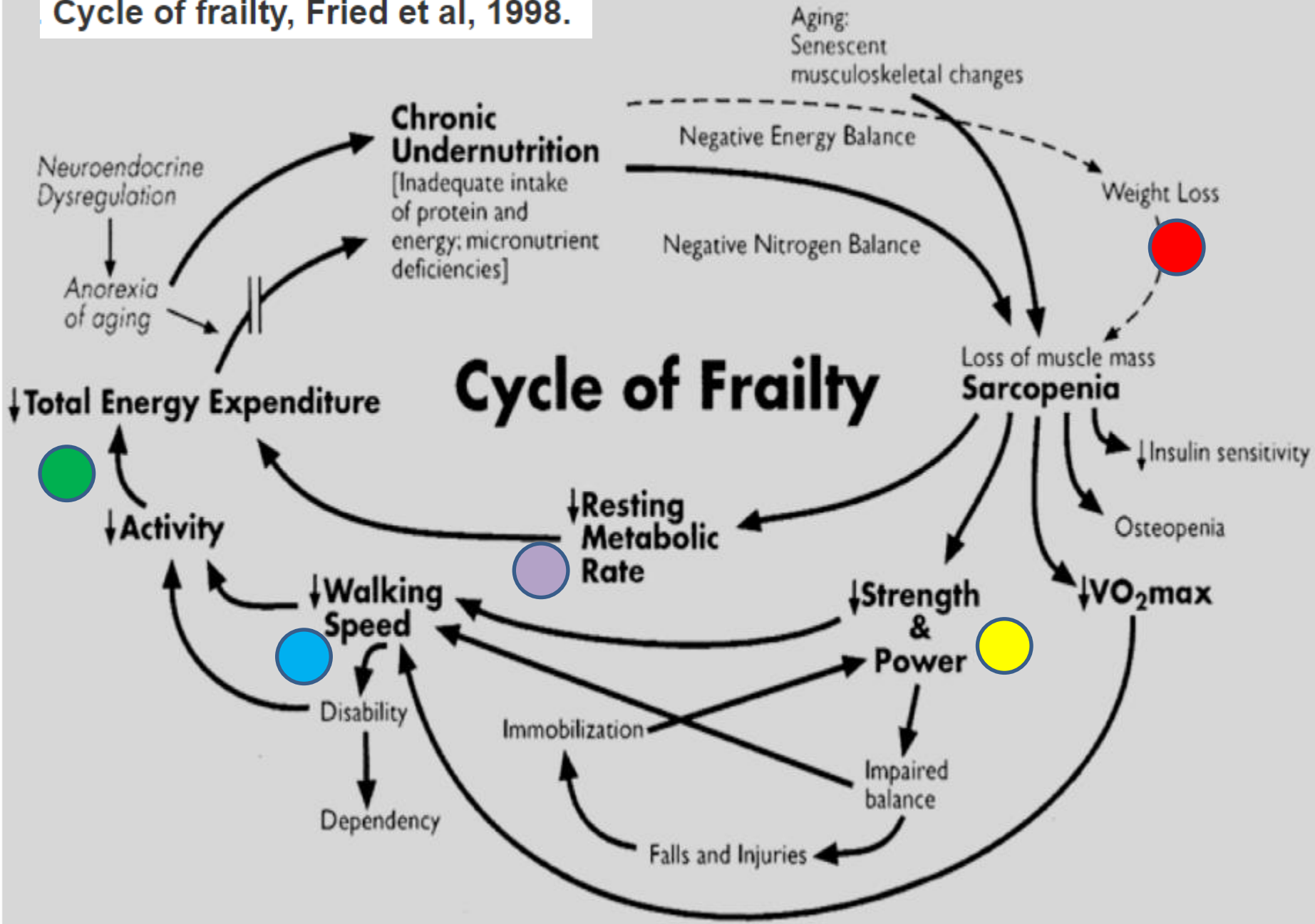
**ASL**  
CITTA' DI TORINO

- 1 ) la solitudine nella malattia : non poter parlare con altri**
- 2) Il senso di colpa**
- 3) Lo stigma ( giudizio negativo degli altri = te la sei cercata) ed il conseguente isolamento**
- 4) l' ignoranza e la paura ( anche del contagio)**

# fragilità

- **Mancanza di autonomia**
- **Minore resilienza : diminuisce la riserva funzionale, ossia la capacità di far fronte ad eventi stressanti**

# Cycle of frailty, Fried et al, 1998.



Characteristic		Definition
Shrinking		Unintentional weight loss >10 lbs, past year; F/U: $\geq 5\%$ weight loss over 1 year
Weakness		Grip strength: lowest 20%
Slowness		Walking time: lowest 20%
Poor endurance		Exhaustion (self report)
Low activity		Kcal/week: lowest 20%

**3 o più fattori definiscono la fragilità**

**1 o 2 fattori la pre-fragilità**

**nessun fattore , assenza di fragilità**

# È reversibile, la fragilità?

## A Physical Activity Intervention to Treat the Frailty Syndrome in Older Persons—Results From the LIFE-P Study

Matteo Cesari,<sup>1,2</sup> Bruno Vellas,<sup>1,2</sup> Fang-Chi Hsu,<sup>3</sup> Anne B. Newman,<sup>4</sup> Hani Doss,<sup>5</sup> Abby C. King,<sup>6</sup> Todd M. Manini,<sup>7</sup> Timothy Church,<sup>8</sup> Thomas M. Gill,<sup>9</sup> Michael E. Miller,<sup>3</sup> and Marco Pahor<sup>6</sup>; for the LIFE Study Group

J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2015 Feb;70(2):216-22.

Cambiare stile  
di vita..

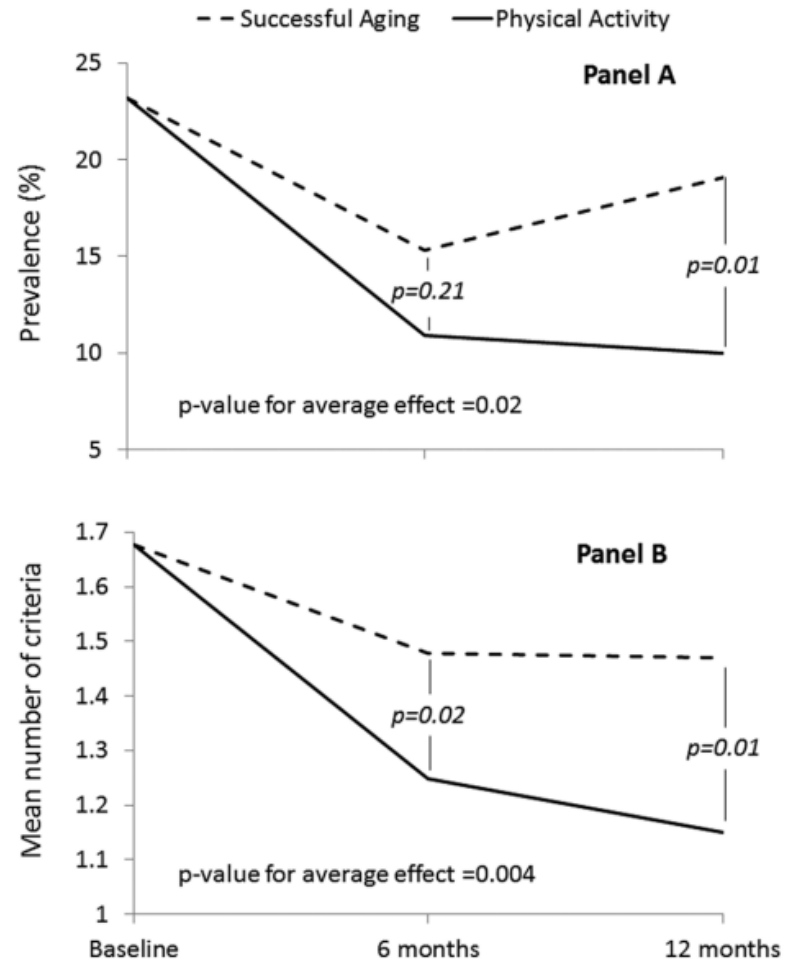
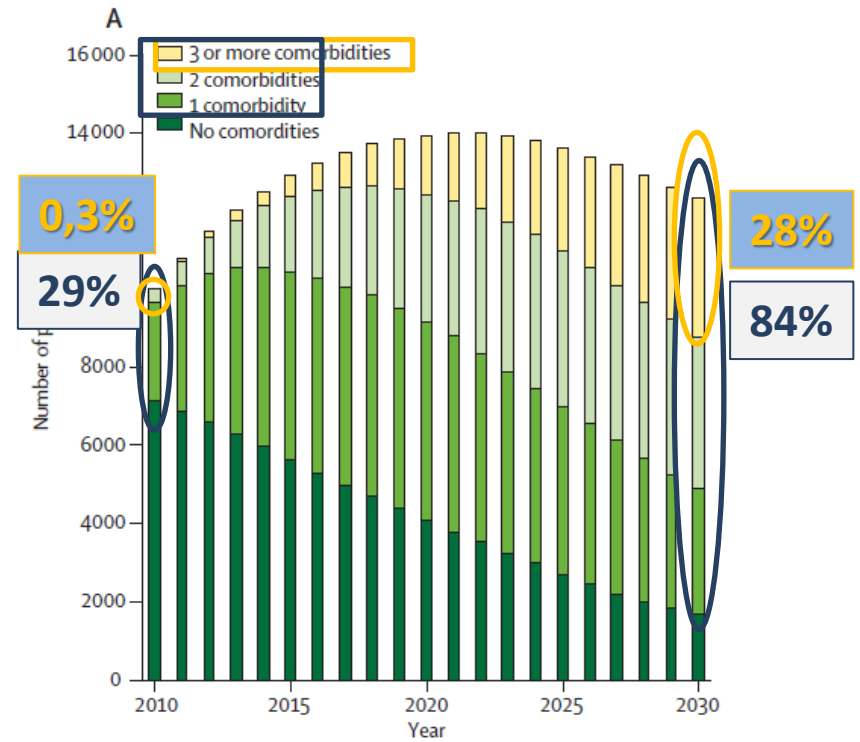


Figure 1. Results from general linear models showing the prevalence of frailty at the different study visits according to randomization group. Results are reported as means (95% CI). Gender (stratifying variable for randomization), number of frailty criteria at the baseline (A) or prevalence of frailty at the baseline (B), and diabetes are included as covariates of the model. CI = confidence interval.

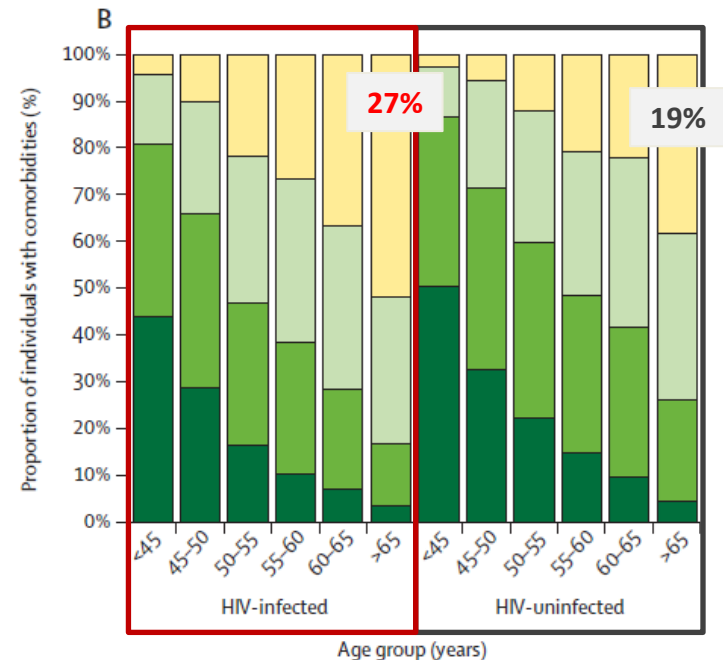
**Comorbosita, comorbilità,  
multimorbilità**

# Predicted comorbidities

**(A) Predicted burden of NCDs in HIV-infected patients between 2010 and 2030 as simulated by the model**



**(B) Distribution of the number of NCDs by age group for HIV-infected and HIV-uninfected patients in 2030**



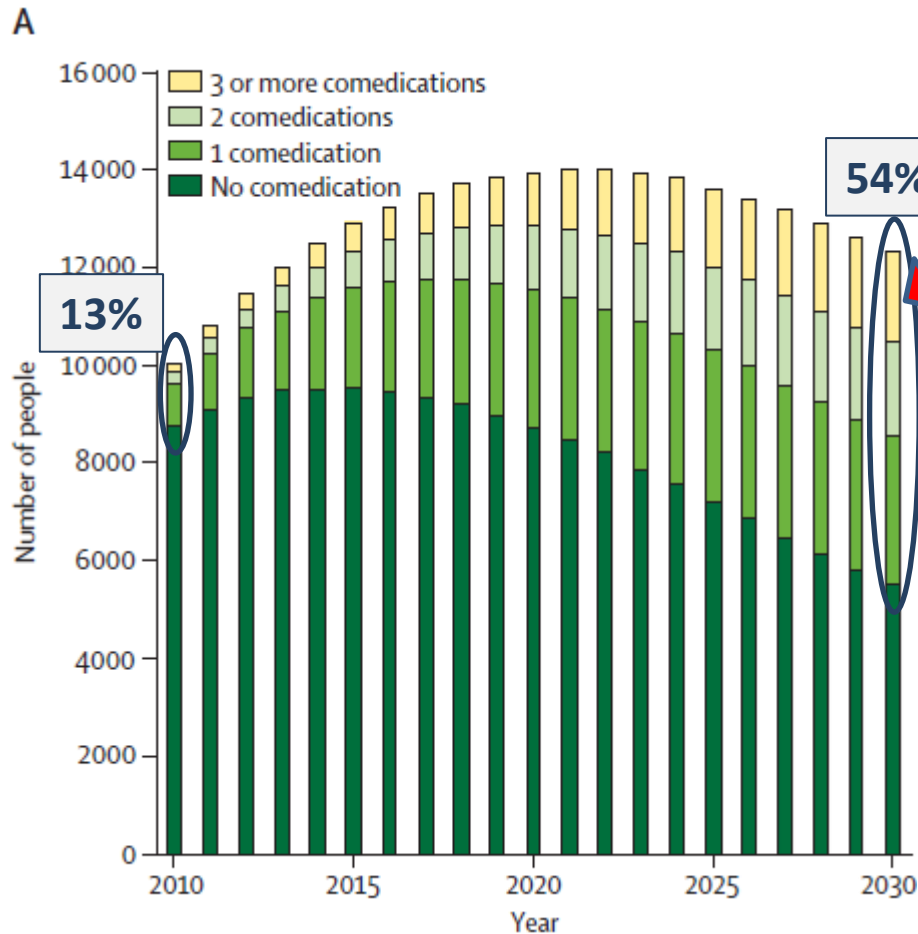
The profile of NCD burden is higher than is expected for the HIV-infected population with the same age structure and sex ratio



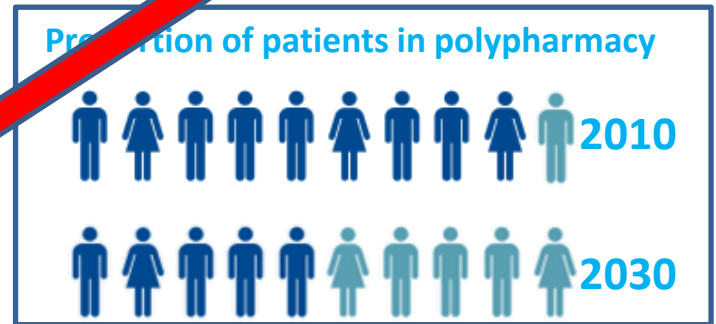
# polypharmacy

- **Uso regolare di almeno 5 farmaci / die**
- **In area europea ( Progetto SHARE, pub. Midao et al, 2018) , prevalenza, nella popolazione generale non HIV , tra il 26 % e il 40% in over 65**

# Polypharmacy\*



20 % con 3 o più farmaci



**The increasing burden of polypharmacy will mainly be driven by cardiovascular drugs**

In the ATHENA cohort in 2010, 9% of HIV-infected patients were prescribed cardiovascular drugs. This proportion is predicted to increase to 50% in 2030, with patients prescribed both antidiabetic drugs and cardiovascular drugs expected to increase from 2% in 2010 to 7% in 2030

\*at least one other long-term drug aside from their HIV drugs

# Servizio di assistenza domiciliare specialistica

- Persone residenti nella ASL Città di Torino
- Patologia cronica da HIV e comorbilità serie
- Importante limitazione funzionale
- Supporto “ tecnico” a persone domiciliate presso 2 comunità : casa Giobbe ( Grugliasco) e casa dell’Emmanuele ( Leinì )

# Obiettivi

- Formare volontari che vadano a domicilio, seguendo dei “casi ” in collaborazione con la equipe medico infermieristica e con i referenti dell’Associazione Arcobaleno Aids
- Formare volontari che diventino anche “ operatori di collegamento ” all’interno della strategia di “ prescrizione sociale ”

È disponibile la traduzione italiana del documento "A toolkit on how to implement social prescribing", pubblicato a maggio 2022 dall'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) con l'obiettivo di fornire a organizzazioni, decisori e singoli professionisti sanitari una guida pratica per l'attuazione di un programma di prescrizione sociale da offrire ai cittadini e pazienti dei servizi sanitari. Come descritto nella guida, la prescrizione sociale è una pratica che permette ai professionisti sanitari di promuovere il ben-essere dei cittadini e degli assistiti, indicando servizi e risorse presenti e attivi nella comunità locale in cui vivono. Questo approccio, salutogenico e biopsicosociale, è stato validato dalle prove scientifiche relative all'impatto dei fattori socio-economici sulla salute e risponde all'ipotesi che affrontare i determinanti sociali sia cruciale per migliorare i risultati di salute e qualità della vita.

Benché sia una pratica relativamente nuova nell'assistenza sanitaria, risultato di una alleanza e collaborazione con molteplici partner della comunità locale e il settore sanitario, la prescrizione sociale è una pratica già in uso in diversi Paesi europei ed extraeuropei, in particolare nel Regno Unito dove a livello locale è una realtà organizzativa ben consolidata.

## **Un modello di prescrizione sociale**

Un percorso classico di prescrizione sociale prevede che il professionista sanitario delle cure primarie, accertata la necessità del proprio assistito/paziente di avvalersi di questo approccio, lo indirizzi a un operatore di collegamento (link worker) fra il servizio sanitario e i servizi e le risorse presenti nella comunità. L'operatore di collegamento (un professionista dei servizi sociali, del terzo settore o una figura coinvolta ad hoc) lavora con l'assistito/paziente per sviluppare un piano di ben-essere personalizzato e appropriato ai suoi bisogni e invia la persona a uno specifico servizio della comunità per partecipare ad attività individuali o di gruppo, dall'attività fisica alle attività artistiche, occupazionali o di volontariato, dal supporto abitativo alla consulenza per l'accesso al credito. I progressi legati alla partecipazione all'attività vengono riportati periodicamente all'operatore di collegamento e al professionista sanitario. Un sistema di monitoraggio, in capo ai servizi sanitari o un'organizzazione affidataria, valuterà l'andamento della adesione e dei miglioramenti relative alla salute della popolazione e sosterrà il modello organizzativo e le collaborazioni per promuovere l'equità di accesso.

La prescrizione sociale rappresenta una concreta interpretazione delle comunità locali che promuovono ben-essere sostenibile, come indicato nell'ultimo aggiornamento della "Carta della Promozione della Salute" (OMS, Carta di Ginevra, 2021). I punti di forza della prescrizione sociale sono principalmente due: mettere al centro la persona e i suoi bisogni, concentrandosi sulle competenze e le potenzialità; fornire un collegamento a servizi che, nella maggior parte dei casi, sono già disponibili nelle comunità locali, quindi in grado di generare un impatto significativo a un costo relativamente basso.

In quest'ottica, le comunità locali sono premessa e risultato di società attente alle ricadute sulla salute e all'equità.

## I destinatari

Sebbene la prescrizione sociale possa giovare a chiunque, gli studi indicano che le persone più fragili sono quelle che possono trarne maggiori benefici. In particolare:

- persone con patologie croniche o con fattori di rischio per queste
- persone sole o socialmente isolate
- persone ad alto rischio di disturbi mentali
- persone vulnerabili, ad esempio a causa dell'età o della loro condizione socio-economica.

In questi gruppi, la prescrizione sociale mette i destinatari in condizione di prendersi cura della propria salute e del proprio benessere e riduce la pressione sui sistemi sanitari. Inoltre, questa pratica può contribuire ad aumentare l'equità nella salute, riducendo le disuguaglianze di salute all'interno di una comunità locale.