



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Corso di perfezionamento

**Organizzazione e gestione delle Case della Comunità
nell'ambito del riordino della sanità territoriale**

**Modelli di integrazione multidisciplinare per la presa in
carico degli utenti fragili e della cronicità nell'ambito
territoriale della Provincia di Imperia. Ruolo strategico
dell' Infermiere di famiglia e di comunità**

Autore: Marino Anfosso

Direttore scientifico
Prof. Renato Balduzzi

Tutor di progetto
Dott. Davide Servetti

Anno accademico 2021-2022

Abstract	Pag 3
1 Analisi di contesto	Pag 4
1.1 Quadro normativo di riferimento	Pag 4
1.2 Dati epidemiologici	Pag 6
1.3 Descrizione del contesto della provincia	Pag 7
2 Destinatari e attori coinvolti	Pag 14
2.1 Destinatari	Pag 14
2.2 Attori coinvolti	Pag 14
3 Analisi e finalità del progetto	Pag 15
3.1 Competenze dell'infermiere di comunità e del coordinamento	Pag 15
3.2 Integrazione multidisciplinare per la spesa in carico dell'utente	Pag 16
3.3 Le COT e le Case della Salute quale punto di riferimento del territorio	Pag 19
3.3.1 Le case della Salute	Pag 19
3.3.2 La Centrale Operativa Territoriale (COT)	Pag 21
3.3.3 Reparto a conduzione infermieristica	Pag 21
3.4 Strutturazione organizzativa all' interno degli ambiti territoriali: Chronic Care Model	Pag 23
3.5 Modalità di presa in carico	Pag 26
3.6 Obiettivi generali e specifici	Pag 27
4 Analisi delle necessità	Pag 28
4.1 Metodi e Strumenti	Pag 28
4.2 Risorse umane e strumentali	Pag 28
4.3 Risorse finanziarie	Pag 30
5 Fasi e tempi di realizzazione	Pag 31
5.1 Fasi di realizzazione	Pag 32
5.2 cronogramma di Gant, tempi di realizzazione	Pag 33
6. Risultati attesi e valutazione	Pag 34
6.1 Risultati attesi	Pag 34
6.2 Valutazione e strumenti	Pag 34
6.2.1 Valutazione a breve/medio termine	Pag 34
6.2.2 Valutazione a lungo termine	Pag 34
8 Allegati	Pag 35
9 Riferimenti bibliografici e sitografia	Pag 35

Abstract

I significativi mutamenti epidemiologici tra cui l'aumento dell'età media e delle patologie croniche, hanno messo in evidenza la necessità di cambiamento del Servizio Sanitario Nazionale nella direzione di migliorare sistematicamente le cure erogate. L'Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS -, in molteplici report, ha evidenziato come punto prioritario la centralità della famiglia e della comunità nel percorso di invecchiamento e dell'assistenza primaria nella prevenzione e contenimento della fragilità. Risulta pertanto necessario sviluppare e implementare, come sottolineato anche nel Piano Nazionale Cronicità, modelli e strumenti che consentano di spostare l'asse di cura dall'Ospedale al Territorio, in modo clinicamente efficace ed economicamente sostenibile. Il Patto per la Salute 2019-2021, al fine di promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sociosanitaria e garantire una presa in carico integrata delle persone, ha introdotto, accanto ai Medici di Medicina Generale e Specialisti Ambulatoriali, l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), ovvero un professionista della salute che, dopo aver acquisito competenze specifiche, aiuti gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, accompagnandoli al domicilio e nelle relazioni quotidiane. L'IFeC risponde ai bisogni della popolazione di una specifica area in collaborazione con il Medico di Medicina Generale, gli Operatori del Distretto Sanitario, i Medici Specialisti, le Istituzioni Locali e le Associazioni di Volontariato.

Il professionista, nell'ambito della sanità di iniziativa, promuove un'assistenza di natura preventiva, curativa e riabilitativa, differenziata per bisogno e fasce d'età, attraverso interventi domiciliari e/o ambulatoriali; assicura un collegamento con la rete sociale formale e informale, garantendo un continuo sostegno alle persone e alle loro famiglie anche attraverso follow-up telefonici.

Questo progetto pilota, supportato dalla normativa attuale e dalla letteratura scientifica, è stato elaborato con l'intento di implementare al più presto un nuovo modello di assistenza territoriale all'interno della nostra Azienda.

In un momento come l'attuale, in cui si assiste ad una crescente domanda socio-sanitaria in presenza di forti vincoli di spesa, l'Infermiere di Famiglia e Comunità può essere una risposta coerente ai frequenti cambiamenti epidemiologici e sociali e un punto importante di riferimento per soddisfare necessità sempre più complesse, ottimizzando le risorse attualmente presenti nella comunità e offrendone di nuove.

1. Analisi del Contesto

1.1 Quadro normativo di riferimento

- Documento OMS Europa “Health 21” del 1998 L’Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) nel 2000, attraverso il documento ‘The family health nurse - Context, conceptual framework and curriculum’ introdusse un nuovo tipo di infermiere, l’infermiere di famiglia, individuato come componente di un team multidisciplinare di operatori sanitari per il raggiungimento dei 21 obiettivi per il ventunesimo secolo stabiliti dall’Oms Europa nel 1998. L’infermiere di famiglia è colui che aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica o nei momenti di stress, trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia. Proprio sull’aiuto al nucleo familiare è incentrato il suo lavoro e sotto il profilo organizzativo il modello prevede che l’infermiere di famiglia sia responsabile di un gruppo predefinito di “famiglie”.

- Legge 190/2014 (legge di stabilità 2015) al comma 566 dell’art. 1 ha stabilito che: «Fermo restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari».

- Patto per la salute 2019-2021 stabilisce che, al fine di promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l’integrazione con i servizi socio-assistenziali, vengano definite linee di indirizzo per l’adozione di parametri di riferimento, anche considerando le diverse esperienze regionali in corso, favorendo l’integrazione con tutte le figure professionali, compresa l’assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone.”

- Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, all’articolo 1, comma 5 ha introdotto nell’ordinamento la figura dell’infermiere di famiglia o di comunità per rafforzare i servizi infermieristici e per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati come affetti da COVID-19, anche coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4”.

Il comma 4 del medesimo articolo 1, colloca tale misura in un contesto non solamente emergenziale, ma di ben più ampio respiro, prevedendo che: “Le regioni e le province autonome, per garantire il massimo livello di assistenza compatibile con le esigenze di sanità pubblica e di sicurezza delle cure [...] , qualora non lo abbiano già fatto, incrementano e indirizzano le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare [...] per i soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi

mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del Capo IV del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017”.

- Decreto Rilancio e Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia e di Comunità Legge 17 Luglio 2020 numero 77 è il documento approvato in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, nel quale si tratteggiano gli orientamenti organizzativi e formativi in ordine alla figura dell’infermiere di famiglia/comunità. Un’evoluzione rilevante nell’assistenza sul territorio, in grado di meglio integrare – in sinergia con il medico di famiglia – i servizi sanitari e fornire una prima risposta basilare per il corretto svolgimento delle cure. Una figura, appunto, in linea con gli orientamenti europei per quanto riguarda i due ambiti di competenza – famiglia e comunità – ritenuti strategici per la promozione della salute e gestione della cronicità/fragilità sul territorio.

- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, adottato il 6 agosto 2020 con intesa in Conferenza Stato-Regioni, ha fatto riferimento alla figura dell’infermiere di famiglia/comunità affermando, nelle sezioni sulla visione ed i principi e sulla efficacia degli interventi ed efficienza del modello organizzativo che per la realizzazione di processi appropriati di prevenzione e promozione della salute è necessario attuare interventi multiprofessionali anche con il coinvolgimento di figure di prossimità, come ad esempio l’infermiere di famiglia e di comunità, ovvero professionisti che abbiano come setting privilegiati gli ambienti di vita della persona e che agiscano in modo proattivo, in rete con tutti i servizi socio sanitari e gli attori sociali del territorio per l’utenza portatrice di bisogni sanitari e sociali inscindibilmente legati tra loro.

- Decreto del Ministero dell’Economia e Finanze 6 agosto 2021 recante “Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l’attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione” assegna alle singole amministrazioni le risorse finanziarie per l’attuazione degli interventi di cui sono titolari. La Missione 6 contiene tutti gli interventi a titolarità del Ministero della Salute suddivisi in due componenti.

Spetta ad AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Regionali), quale tramite per il Ministero della Salute, l’attuazione degli interventi relativi alla Missione 6 Salute (M6) - Componente 1 (C1):

- 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona;
- 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina;
 - 1.2.1 Casa come primo luogo di cura (ADI);
 - 1.2.2 Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT);
 - 1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici;
- 1.3 Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

1.2 Dati epidemiologici

Attualmente i dati epidemiologici disponibili con riferimento al territorio della Provincia di Imperia necessitano di essere significativamente completati e migliorati.

Secondo i dati ISTAT, 24 milioni di italiani presentano almeno una patologia cronica, numero destinato a crescere a 25 milioni nel 2028. La Liguria, con 264,5 anziani ogni 100 giovani fino a 14 anni, registra la prevalenza più elevata (45,1% della popolazione). Le condizioni morbose più significative sono: artrosi/artrite (22,6%), ipertensione (20,1%), allergie (11,1%), osteoporosi (9,7%), bronchite cronica (6,6%), depressione (5,6%), diabete (5,5%), cardiopatie (4,2%), ulcere gastriche e duodenali (2,5%) (Osservatorio Nazionale sulla Salute, 2019)

Per quanto riguarda un'analisi della nostra zona, si segnala un aumento significativo della popolazione non residente nei mesi più caldi (maggio-ottobre), che soggiorna in Liguria ma ha medico curante nella regione di residenza. Durante il periodo di soggiorno usufruiscono naturalmente dei servizi presenti sul territorio ma non è possibile includere tali dati a fini statistici. L'ISTAT provvede alla raccolta dati per patologia e/o stile di vita ma non esiste un sistema di individuazione di persone con comorbidità (esempio: viene elencato il numero di persone diabetiche e il numero di persone con BPCO, ma non sono conteggiati gli utenti con entrambe le patologie).

Infine, l'imprevista diffusione del virus da COVID-19 e la sua aggressività hanno avuto un impatto significativo sul sistema sanitario pubblico; molti servizi sono stati ridimensionati, riorganizzati o completamente sospesi per far fronte alla gestione dei pazienti affetti da COVID-19. A ciò si è aggiunto il timore delle persone di contrarre l'infezione che ha spinto molti a rinunciare o a ritardare il ricorso alle prestazioni sanitarie di cui avevano bisogno.

Per i motivi sopra descritti, si evidenzia la necessità di raccogliere e aggiornare i dati epidemiologici, e attuare una stratificazione della popolazione. L'infermiere di famiglia e comunità, attraverso la presa in carico dell'utente, raccoglie dati essenziali a tale stratificazione; assieme al dipartimento di prevenzione può certamente collaborare per un'analisi più dettagliata dei dati ottenuti.

1.3 Descrizione del contesto della provincia

La provincia, con capoluogo Imperia, comprende 66 comuni.

Popolazione: 209.382 abitanti

Densità: 181,20 ab/km²

Superficie: 1.154,76 km²

In base ai dati forniti dall'ISTAT, la percentuale di anziani dal 2009 al 2019 è aumentata, rappresentando oltre il 28,2% della popolazione residente.

Sul territorio della provincia di Imperia, da ponente verso levante, si articolano 3 distretti sanitari:

- DISTRETTO DI VENTIMIGLIA
- DISTRETTO DI SANREMO
- DISTRETTO DI IMPERIA

I distretti, salvo per la zona costiera, si sviluppano principalmente all'interno, verso le valli (Val Roya, Val Nervia, Valle del Rio Borghetto, Valle Armea, Valle Argentina, Valle Arroscia). Si tratta, quindi, di un territorio prevalentemente montano, con arterie stradali di difficile percorrenza, ed un servizio di pubblico trasporto carente. Durante l'inverno la viabilità stradale diventa più difficile per le condizioni meteorologiche, mentre d'estate i tempi di percorrenza si allungano notevolmente per il maggior afflusso turistico. Sovente, i piccoli centri abitati restano dislocati lontani da ospedali, ambulatori, distretti, rete dei servizi e farmacie. Si rende necessario, quindi, l'istituzione di un nuovo modello organizzativo di presa in carico di soggetti potenzialmente fragili, assicurando così la garanzia delle cure all'utente ed alla sua famiglia.

DISTRETTO DI VENTIMIGLIA

Dati ISTAT aggiornati a Gennaio 2021

Comune	N° Farmacie	Superficie totale in km ²	Densità abitativa ab/km ²	65+ anni	Tot residenti	Età media
AIROLE	1	14,63	23,8	139	376	53,1
APRICALE	1	19,94	29,6	179	643	48,7
BORDIGHERA	3	10,65	953,9	3.232	10.160	51,5
CAMPOROSSO	1	17,94	306,0	1.205	5.474	44,9
CASTELVITTORIO	0	25,93	10,4	128	263	60
DOLCEACQUA	1	20,28	100,2	515	2.085	47
ISOLABONA	1	12,35	54,7	165	685	46,5
OLIVETTA SAN MICHELE	0	13,84	13,8	69	199	53,1
PERINALDO	1	20,30	40,1	249	826	50,7
PIGNA	1	53,23	14,4	265	766	51,8
ROCCHETTA NERVINA	0	15,28	18,4	77	304	45,2
SAN BIAGIO DELLA CIMA	1	4,31	290,9	277	1.238	46,5
SEBORGIA	0	4,87	57,5	97	281	52,3
SOLDANO	1	3,47	287,7	213	1.005	44,7
VALLECROSIA	2	3,68	1856,2	1.969	6.700	49,1
VALLEBONA	1	5,88	217,3	321	1.259	47,5
VENTIMIGLIA	8	53,73	445,1	6.127	23.131	47,8
				15.227		

RISORSE ISTITUZIONALI, VOLONTARIE E PRIVATE DISPONIBILI:

- ASSOCIAZIONE VOLONTARI PERINALDO
- AMICI DEI DISABILI ONLUS
- ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO PER IL SERVIZIO ANTINCENDI BOSCHIVI
- AVO ZONA INTEMELIA ODV
- AISM (ASSOCIAZIONE ITALIANA SCLEROSI MULTIPLA)
- BETHEL ODV
- CARITAS INTEMELIA
- CROCE AZZURRA MISERICORDIA DI VALLECROSIA
- P.A CROCE ROSSA ITALIANA – COMITATO DI BORDIGHERA E DI VENTIMIGLIA
- P.A CROCE VERDE INTEMELIA
- P.A PONENTE EMERGENZA ODV
- MAGGIORDOMO DI QUARTIERE (COMUNE DI VENTIMIGLIA)

- TRIBUNALE PER I DIRITTI DEL MALATO
- SERVIZIO DI TELESOCORSO, TELEASSISTENZA E TELEINFORMAZION

Offerta servizi Distretto Socio-Sanitario n.1 Ventimigliese		
Unità locali		Tipologia prestazioni
Ventimiglia	Villa Olga corso Genova 88	Attività amministrative al pubblico
		Assistenza consultoriale: neuropsichiatria infantile, logopedia, psicomotricità
		Assistenza domiciliare integrata-ADI
		Assistenti sociali
		Dialisi
		Protesica pannoloni
		Dipartimento di prevenzione -Igiene pubblica
		Medicina legale
Bordighera	Area Presidio Ospedaliero via Aurelia 122	Attività amministrative al pubblico
		Assistenza consultoriale: Psicologia
		Centro Salute Mentale
	Dipartimento di prevenzione -Igiene pubblica	
	Corso Marconi	Assistenza specialistica ambulatoriale

DISTRETTO DI SANREMO

Dati ISTAT aggiornati a Gennaio 2021

Comune	N° farmacie	Superficie totale in km ²	Densità abitativa ab/km ²	65+ anni	Tot. residenti	Età media
BADALUCCO	1	16,10	67,0	317	1.059	50,2
BAIARDO	0	24,32	13,8	126	321	56,7
CASTELLARO	1	7,86	155,6	310	1.222	47,3
CERIANA	1	31,79	35,5	347	1.083	51,7
MOLINI DI TRIORA	1	58,05	10,2	210	606	53,0
MONTALTO CARPASIO	0	30,00	16,4	177	500	53,6
OSPEDALETTI	1	5,45	572,1	987	3.205	51,5
POMPEIANA	1	5,38	156,9	206	851	47,0
RIVA LIGURE	1	2,07	1353,5	826	2.800	49,7
SANREMO	17	55,95	940,6	15.728	53.451	49,8
S. STEFANO AL MARE	1	2,69	762,7	628	2.058	50,6
TAGGIA	4	31,36	443,7	3.696	13.869	47,5
TERZORIO	0	1,93	121,0	67	237	49,2

TRIORA	0	67,61	5,1	118	360	50,7
				23.743		

RISORSE ISTITUZIONALI, VOLONTARIE E PRIVATE DISPONIBILI:

- P.A CROCE ROSSA
- P.A CROCE VERDE
- P.A VOLONTARI SANREMO SOCCORSO
- P.A OSPEDALETTI EMERGENZA
- AVO SANREMO
- A.F.P.L. ASSOCIAZIONE FAMIGLIE PONENTE LIGURE
- A.N.F.F.A.S ONLUS DI SANREMO
- CENTRO DI SOLIDARIETA' L'ANCORA
- CENTRO ASCOLTO CARITAS SANREMO
- ANTEAS – ASSOCIAZIONE NAZIONALE TERZA ETA' ATTIVA
- ASSOCIAZIONE AUTOGESTIONE SERVIZI SOLIDARIETA' AUSER
- ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO "IL GIRASOLE"
- COOPERATIVA SOCIALE QUADRIFOGLIO ARL
- LILT -LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI
- NONSIAMOSOLI
- CENTRO PROMOZIONE FAMIGLIA
- CENTRO AIUTO ALLA VITA
- ASSOCIAZIONE ONLUS "CUORE IN MOVIMENTO"
- L'AQUILONE ONLUS SANREMO
- CENTRO DI ASCOLTO O.A.S.I – TAGGIA

Offerta servizi Distretto Socio-Sanitario n.2 Sanremese		
	Unità locali	Tipologia prestazioni
San Remo	Corso Garibaldi 1	Attività amministrative al pubblico
		Sportello Accoglienza: autorizzazioni ambulanze, protesica accoglienza cure domiciliari e prelievi domiciliari
		Assistenza consultoriale: Dipartimento Donna Bambino
		Centro prelievi
	Via Privata Scoglio 3	Assistenza psichiatrica: Centro di Salute Mentale
Via Fiume 33/34	Dipartimento di prevenzione: ambulatorio vaccinazioni Centro Endocrino Metabolico (CEM)	
Via Goethe 85	Assistenza Psichiatrica:	

		Comunità Alloggio Utenza Psichiatrica e Cento Diurno
	Via Carli 9	Assistenza specialistica ambulatoriale Ambulatorio infermieristico
	Via Martiri Libertà 5 (Mercato annonario)	Sanità animale
Bussana		RRF: ambulatori fisioterapia SERT Medicina Legale URP Igiene pubblica PSAL
Ospedaletti	Via Matteotti, 116	Assistenza consultoriale: servizio di Psicologia Centro prelievi
Arma di Taggia	Via Nino Pesce, 36	Ambulatorio infermieristico Centro prelievi Dipartimento di prevenzione - Igiene pubblica(vaccinazioni)

Badalucco - Baiardo - Ceriana - Molini di Triora - Montalto - Triora

Ambulatori infermieristici

Prelievi domiciliari

Accoglienza cure domiciliari

DISTRETTO DI IMPERIA Dati ISTAT aggiornati a Gennaio 2021

Comune	N° farmacie	Superficie totale in km ²	Densità abitativa ab/km ²	65+ anni	Tot residenti	Eta' media
AQUILA D'ARROSCIA	0	10,06	15,4	51	149	52,9
ARMO	0	10,09	11,6	38	116	51,8
AURIGO	0	9,14	36,6	116	338	50,6
BORGHETTO D'ARROSCIA	0	25,94	16,2	145	403	52,7
BORGOMARO	1	23,44	35,2	264	822	51,3
CARAVONICA	0	4,47	59,0	72	254	49,5
CERVO	1	3,58	318,6	373	1.129	51,5
CESIO	0	8,86	30,1	61	273	47,9
CHIUSANICO	0	13,51	42,3	159	585	49,3
CHIUSAVECCHIA	1	4,09	123,9	103	515	44,6
CIPRESSA	1	9,39	127,9	339	1.197	49,2
CIVEZZA	1	3,88	154,6	162	619	47,4
COSIO D'ARROSCIA	0	40,55	4,6	85	179	60,0

COSTARAINERA	1	2,52	302,5	201	773	49,2
DIANO ARENTINO	0	8,33	80,6	202	689	49,0
DIANO CASTELLO	1	6,11	366,4	519	2.266	46,6
DIANO MARINA	2	6,67	866,1	1.978	5.681	52,1
DIANO SAN PIETRO	1	11,91	92,1	295	1.066	49,2
DOLCEDO	1	19,80	66,3	351	1.283	48,5
IMPERIA	12	45,38	924,8	11.309	41.941	48,0
LUCINASCO	0	7,90	35,2	64	275	46,1
MENDATICA	0	30,69	5,5	60	171	53,6
MONTEGROSSO PIAN LATTE	0	10,03	11,6	55	122	57,6
PIETRABRUNA	1	10,22	43,2	133	446	50,2
PIEVE DI TECO	1	40,50	32,9	367	1.315	49,2
PONTEDESSIO	1	13,31	173,3	527	2.318	46,5
PORNASSIO	1	27,21	24,0	193	663	49,1
PRELA'	1	14,80	31,7	160	478	53,1
RANZO	1	10,86	50,4	166	545	49,9
REZZO	0	37,37	8,3	104	311	52,9
SAN BARTOLOMEO AL MARE	1	10,85	281,2	924	2.983	50,0
SAN LORENZO AL MARE	1	1,29	977,9	358	1.235	50,3
VASIA	0	11,15	34,3	144	386	54,7
VESSALICO	0	10,46	23,4	57	254	47,4
VILLA FARALDI	0	9,52	41,0	133	447	49,3
				20.268		

RISORSE ISTITUZIONALI, VOLONTARIE E PRIVATE DISPONIBILI:

- ADGP – ASSOCIAZIONE DIABETE GIOVANILE PONENTE
- CENTRO TUTELA DIRITTI DEL MALATO IMPERIA
- AFAT – ASSOCIAZIONE FAMIGLIE AIUTO TOSSICODIPENDENTI
- ALFaPP – ASSOCIAZIONE LIGURE FAMIGLIE PAZIENTI PSICHIATRICI
- AVO IMPERIA
- AUSER FILO D'ARGENTO IMPERIA
- A.N.F.F.A.S ONLUS
- SORRISI IN PILLOLE
- LILT IMPERIA
- AISM IMPERIA
- SIAMA – SIAMO INSIEME PER AUTO MUTUO AIUTO
- CARITAS IMPERIA
- PROTEZIONE CIVILE
- P.A CROCE ROSSA
- P.A CROCE BIANCA

Offerta servizi Distretto Socio-Sanitario n.3 Imperiese		
Unità locali		Tipologia prestazioni
Imperia	Palasalute via Lorenzo Acquarone,9	Attività amministrative al pubblico
		Assistenza specialistica ambulatoriale
		Assistenza consultoriale: neuropsichiatria infantile centro pediatrico di riabilitazione motoria
		Ambulatorio infermieristico -centro prelievi
		Assistenza farmaceutica-distribuzione presidi
		Assistenza domiciliare integrata-ADI
		Protesica
		Cure palliative
		Dipartimento prevenzione -Igiene e Sanità Pubblica
	Medicina Legale	
	Via Nizza	SERT
		Servizi S.C. Sanità animale
Pontedassio	Via Garibaldi,154	Attività amministrative al pubblico
		Assistenza specialistica ambulatoriale
		Assistenza consultoriale: ambulatorio pediatrico
		Ambulatorio infermieristico -centro prelievi
Pieve di Teco	Via Vittorio Emanuele 2	Attività amministrative al pubblico
		Assistenza specialistica ambulatoriale
		Assistenza consultoriale: ambulatorio pediatrico
		Ambulatorio infermieristico -centro prelievi
		Dipartimento prevenzione -Igiene e sanità pubblica
Diano Marina	Corso XX Settembre,9	Attività amministrative al pubblico
		Assistenza specialistica ambulatoriale
		Assistenza consultoriale:ambulatorio pediatrico
		Ambulatorio infermieristico -centro prelievi
		Dipartimento prevenzione -Igiene e sanità pubblica
		Centro di Salute Menta

2. Destinatari e attori coinvolti

2.1 Destinatari

Il progetto iniziale è destinato a tutti i residenti over 65 anni dell'entroterra dei 3 Distretti sanitari; verrà data la precedenza alle persone affette da patologie croniche e polifarmacoterapia.

Si auspica, in un imminente futuro, di rivolgere l'assistenza e la presa in carico a tutti i residenti, in modo da sfruttare al massimo la funzione dell'infermiere di famiglia e comunità sull'intero territorio extraospedaliero.

2.2 Attori Coinvolti

Dimensione	Attori coinvolti
A. Istituzionale	<ul style="list-style-type: none">- Sindaci- Assessori- Assistenti sociali
B. Organizzativo - gestionale	<ul style="list-style-type: none">- Direzione aziendale- Distretto- COT- Case della salute

Dimensione	Attori coinvolti
C. Professionale	<ul style="list-style-type: none"> - MMG o PLS - Medici specialisti (endocrinologo, cardiologo, neurologo, fisiatra, nefrologo, geriatra, ch vascolare, pneumologo, palliativista) - Professioni sanitarie infermieristiche (- IFeC, ADI, cure palliative) - Professioni sanitarie della riabilitazione (fisioterapista, logopedista, tecnico riabilitazione psichiatrica, educatore professionale) - Area tecnico assistenziale (nutrizionista, dietista, tecnico ortopedico) - Area sociale (assistente sanitario, operatore socio-assistenziale) - OMCEO FOFI OPI
D. Comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Associazioni di volontariato presenti sul territorio - Pubbliche assistenze - Onlus a scopo sociale

3. Analisi e finalità del progetto

3.1 Competenze e funzioni dell'infermiere di comunità e del coordinamento

Il Position Statement IFC di FNOPI di Luglio 2020 enuncia: *“L’Infermiere di Famiglia e di Comunità è il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, in possesso di conoscenze e competenze specialistiche nell’area infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica. Agisce sulle competenze dell’erogazione di cure infermieristiche complesse, nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e della comunità, operando all’interno del sistema dell’Assistenza Sanitaria Primaria. L’Infermiere di Famiglia e Comunità ha come obiettivo la salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione adulta e pediatrica di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento e favorendo l’integrazione sanitaria e sociale dei servizi. Agisce in autonomia professionale, afferendo ai servizi infermieristici del Distretto di riferimento, in stretto raccordo con i servizi sanitari e sociali e con gli altri professionisti del Servizio Sanitario Nazionale. L’infermiere di Famiglia e Comunità può operare in modelli assistenziali di cure primarie molto diversi per le diverse caratteristiche del contesto territoriale. Infatti, zone urbane ad elevata intensità,*

periferie cittadine, paesi isolati, zone montane richiedono soluzioni organizzative e di intervento specifiche.”

Interessante diventa anche comprendere cosa non è un IfeC.

La FNOPI spiega che non è l'infermiere di studio del medico; non è l'infermiere che garantisce solo prestazioni (siano esse in AID e ADI), ma collabora con tutti e può erogare prestazioni correlate alle sue specifiche competenze clinico assistenziali.

Al contrario di altre professioni sanitarie, l'infermiere di famiglia e comunità (e in generale l'infermiere) non è una figura tecnica perché il suo intervento non si esaurisce con la prestazione erogata a fronte di un bisogno, ma agisce in modo preventivo, proattivo e partecipativo rispetto al paziente e anche alla sua famiglia perché questi siano in grado di comprendere la loro situazione e di affrontarla secondo i parametri necessari all'assistenza e alla tutela della salute, ma anche da punto di vista sociale e di integrazione per una qualità di vita migliore.

E non va confuso nemmeno con l'infermiere ADI, svolge infatti una funzione integrata e aggiuntiva, anche se può erogare direttamente cure infermieristiche complesse.

Al coordinatore infermieristico oggi è richiesta una funzione di tipo manageriale (leader) e di rappresentanza per tutto ciò che accade all'interno del servizio che coordina: rappresenta l'organizzazione e la cultura presenti all'interno del gruppo dei professionisti sanitari nell'ambito del servizio in cui opera.

Si occupa delle soluzioni dei problemi, che costituiscono il suo principale campo di azione, nonché dell'individuazione delle opportunità di crescita e di sviluppo del gruppo che coordina.

Il coordinatore si trova frequentemente a dover prendere delle decisioni e tale aspetto richiede particolari conoscenze ed abilità come la capacità di negoziare, la comprensione dei bisogni delle persone, la capacità di delegare, di promuovere e sostenere processi collaborativi e partecipativi motivando il personale.

Il coordinatore assume quindi il ruolo di garante e di motivatore, è il leader del gruppo di lavoro che si interfaccia con i colleghi infermieri, con le altre figure professionali appartenenti all'equipe multidisciplinare, con i pazienti e con i caregiver, rappresenta quindi il collegamento tra le necessità organizzative, esigenze clinico-assistenziali ed obiettivi aziendali.

Possiamo riassumere le funzioni del coordinatore dell'Ifec nei seguenti punti:

- a) Supportare gli Ifec nella definizione degli obiettivi a breve, medio e lungo termine
- b) Promuovere la formazione, possibilmente integrata, e verificare i bisogni formativi di ciascun componente del gruppo
- c) Programmare e monitorare l'organizzazione l'andamento dei progetti assistenziali e dei livelli di integrazione professionale (in particolare sui percorsi di cure per le patologie croniche)

- d) Partecipare alla definizione di strumenti di verifica (audit clinico)
- e) Proporre progetti elaborati dal gruppo Ifec in coerenza con le linee strategiche di programmazione della azienda
- f) Promuovere e coordinare riunioni periodiche, con il coinvolgimento e l'integrazione di tutte le figure professionali (sanitarie e sociali)

3.2 Integrazione multidisciplinare per la presa in carico dell'utente

Per la realizzazione di processi appropriati di prevenzione e promozione della salute è necessario attuare interventi multiprofessionali con il coinvolgimento di figure di prossimità, come IFeC, ovvero professionisti che abbiano come setting privilegiati gli ambienti di vita della persona e che agiscono in modo proattivo, in rete con tutti i servizi socio sanitari e sociali del territorio per l'utenza portatrice di bisogni sanitari e sociali .

IL PNP 2020 riconosce l'importanza dell'IFEC all'interno di un Team multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare e promuovere percorsi armonici e sostenibili di salute.

Il Distretto è il fulcro dell'articolazione territoriale dell'Azienda cui è affidato il compito di assicurare alla popolazione residente la disponibilità, secondo criteri di equità, accessibilità ed appropriatezza, dei servizi di tipo sanitario e sociale ad alta integrazione sanitaria.

La nascita di questa nuova figura in ASL1 Imperiese deve postare la massima attenzione nel costruire una forte integrazione con le reti socio-sanitarie e tra territoriali e ospedale.

Andrà quindi rafforzata l'integrazione con l'assistenza ospedaliera a garanzia della continuità dell'assistenza e presa in carico territoriale. Al fine di migliorare ulteriormente la risposta assistenziale in ambito territoriale e offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati è necessario potenziare la capacità di presa in carico, in particolare dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità, all'atto della dimissione ospedaliera. L'obiettivo della continuità assistenziale, ovvero la prosecuzione del trattamento nel luogo di cura più appropriato secondo la complessità e i bisogni del paziente, sarà la sfida maggiore per la nostra Azienda; diverrà necessario cercare d' implementare strategie condivise al fine di assicurare l'attivazione dei percorsi di accompagnamento e di presa in carico più appropriati in base alle condizioni del paziente, del contesto familiare e sociale, confrontandoci con le risorse disponibili localmente, siano esse di natura sanitaria che sociale.

Il Team multidisciplinare si compone di:

- Medico di medicina generale (MMG) o pediatra di libera scelta (PLS) in qualità di coordinatore dell'attività clinica
- Medici specialisti (Endocrinologo, Neurologo, Fisiatra, Cardiologo, Nefrologo, Geriatra, chirurgo vascolare, Palliativista)

- Professioni sanitarie Infermieristiche (IFeC, Infermiere di Assistenza Domiciliare, Infermiere di cure palliative)
- Professioni sanitarie della riabilitazione (Fisioterapista, Logopedista, Tecnico Riabilitazione Psichiatrica, Educatore Professionale)
- Area tecnico assistenziale (Nutrizionista, dietista, Tecnico Ortopedico)
- Area sociale (assistente sanitario, associazioni onlus a scopo sociale, operatore socio-assistenziale, assistente familiare).

Uno strumento vincente per integrare le competenze, le conoscenze e le abilità di ogni figura professionale al solo scopo di ottenere migliori risultati per la cura del paziente è la Cartella Clinica Integrata Territoriale per raccogliere in unico documento tutte le informazioni utili nel percorso di cura e assistenziale del paziente.

Di seguito alcuni vantaggi che si possono ottenere utilizzando la cartella clinica integrata territoriale:

- Miglioramento dell'assistenza ai malati;
- Integrazione dei processi clinico -assistenziali;
- Uniformità degli strumenti di comunicazione;
- Centralità delle documentazioni;
- Riduzione degli errori: si evitano le doppie trascrizioni;
- Riduzione dei tempi di consultazione da parte di tutti i professionisti;
- Miglioramento della rintracciabilità del lavoro d'equipe;
- Facilità di identificazione degli operatori coinvolti;
- Maggiore valorizzazione dei professionisti;
- Reciprocità di accesso alle valutazioni ed alle evoluzioni del processo clinico;
- Modulazione degli interventi in base alle diverse valutazioni;
- Ottimizzazione degli interventi terapeutici e assistenziali

Le risposte assistenziali previste nell'ambito dell'assistenza domiciliare sono articolate in differenti livelli di intensità e complessità assistenziale che vengono individuati a partire dalla Valutazione Multidimensionale e dalla conseguente formulazione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI).

Tale valutazione multidimensionale è effettuata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), che garantisce la rivalutazione periodica dell'individuo e definisce criteri di chiusura della presa in carico. Viene inoltre assicurato il coinvolgimento degli specialisti di riferimento in relazione a quanto stabilito nel PAI e l'integrazione con i servizi sociali. Il MMG/PLS costituisce il responsabile clinico del paziente.

3.3 Le Case della Salute e le COT quale punto di riferimento delle attività territoriali

3.3.1 Le Case della Comunità

Le Case della Comunità sono strutture sanitarie, che promuovono un modello di intervento multidisciplinare, per la progettazione di interventi di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria. Nella Casa della Comunità deve essere il cittadino può trovare una risposta adeguata alle diverse esigenze sanitarie o socio-sanitarie attraverso figure professionali, sia mediche che assistenziali: Medicina Generale e il Pediatri di Libera lavorano in equipe, in collaborazione con gli infermieri di famiglia, gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari quali logopedisti, fisioterapisti, dietologi, tecnici della riabilitazione e altri.

La figura chiave nella Casa della Comunità sarà l'infermiere di famiglia, figura già introdotta dal Decreto Legge n. 34/2020 che, grazie alle sue conoscenze e competenze specialistiche nel settore delle cure primarie e della sanità pubblica, diventa il professionista responsabile dei processi infermieristici in famiglia e Comunità.

Secondo il PNRR, la Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti servizi offerti sul territorio, in particolare ai malati cronici. Con la creazione di case di comunità queste potranno essere Hub o spoke a secondo degli Standard:

- almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali

– almeno 1 Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 2.000 – 3.000 abitanti.

Servizio Offerto	CDC Hub	CDC Spoke
Equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie	X	X
Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale	X	X
Punto prelievi	X	
Programmi di screening	X	X
Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione)	X	
Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.)	X	X
Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche	X	X
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	X	X
Servizio di assistenza domiciliare di base	X	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato	X	X
Relazione tra la CdC hub con il funzionamento delle strutture per le cure intermedie (es. assistenza medica nelle strutture residenziali territoriali come l'ospedale di comunità)	X	
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento		X

3.3.2 La Centrale Operativa Territoriale (COT)

La COT svolge un ruolo di integratore e di facilitatore tra l’Ospedale ed il Territorio. Dispone della mappa delle disponibilità e delle soluzioni offerte dal territorio e garantisce la continuità assistenziale nel percorso del paziente, organizzando le attività post dimissione e riducendo la percentuale di nuovi ricoveri non necessari.

Il sistema territoriale, costituito dal MMG, dal servizio infermieristico distrettuale (ADI) e dal servizio sociale comunale, si collega collega alla Centrale Operativa Territoriale dalla quale riceve le segnalazioni in tempo reale, corredate da tutte le informazioni necessarie alla presa in carico. L’integrazione è realizzata attraverso una piattaforma insieme ad un sistema di comunicazione multicanale (sms, mail, notifica su smartphone ecc.)

Le strutture (Cure Intermedie, RSA, Hospice ecc.) sono integrate nel processo e condividono le disponibilità con la Centrale Operativa Territoriale, in modo tale da garantire l’ottimizzazione del flusso di dimissione e massimizzare il turnover sui posti letto. La piattaforma consente di rendere visibili le proprie disponibilità, effettuare l’accettazione del paziente, gestire le domande di proroga e facilitare il processo di dimissione al domicilio.

Centrale Operativa Territoriale (COT): i vantaggi

- Riduzione del tempo di degenza media
- Aumento dell'indice di rotazione dei posti letto
- Razionalizzazione del processo di dimissione protetta
- Maggiore appropriatezza e gradualità dei differenti setting di cura e prevenzione del problema dei bed-blockers
- Razionalizzazione delle risorse del territorio
- Integrazione socio-sanitaria e continuità assistenziale
- Integrazione con i PDTA
- Sistemi di Business Intelligence per l'analisi dei dati di attività

3.3.3 Reparto a conduzione infermieristica

L'Area di Cure Infermieristiche (ACI) è L'Unità Degenza di cure a bassa intensità clinica di tipo intermedio dotata di 12 posti letto funzionali gestita da personale infermieristico e può essere allocata sia all'interno della Casa della Salute che dentro la struttura ospedaliera e afferente gerarchicamente alla responsabilità delle Professioni Sanitarie.

I pazienti accolti in tale reparto saranno riconducibili a tre categorie: senza limiti di età, caratterizzati da non autosufficienza, anche temporanea, nella fase della malattia in cui non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa come nel ricovero ordinario per acuti; dimissibili dall'ospedale per acuti il cui bisogno sanitario è quello di mantenere e completare la stabilizzazione clinica raggiunta nel corso del ricovero acuto, e che presentano ancora una necessità di assistenza infermieristica continuativa nelle 24 ore prima rientrare a domicilio o essere trasferiti presso altra struttura; che per la particolare situazione socio-sanitaria necessitano di un percorso terapeutico e di monitoraggio difficilmente gestibile a domicilio sia per ragioni di ordine sociale che assistenziale anche da parte dell' A.D.I.

La presa in carico nel divisione a conduzione infermieristica sarà concordata con i reparti acuti, dopo un apposita valutazione da parte del case manager del reparto ricevente tramite degli score di valutazione validati tipo MEWS, IDA ,

La durata della degenza massima, di norma sarà prevista di 20 giorni.

I pazienti accolti da reparti di acuti dovranno già avere un percorso socio assistenziale per la dimissione o il trasferimento presso un'adeguata allocazione dopo i 20 giorni di ricovero.

La struttura organizzativa per un reparto di 12 posti letti sarà:

- Direttore della S.C delle Professioni Sanitarie
- 1 Coordinatore Infermieristico
- 7 infermieri
- 6 O.S.S.
- Fisioterapista ad integrazione
- Altre figure professionali

Modalità di ricovero

Il medico della degenza ospedaliera alla dimissione potrà fare richiesta di ricovero presso l'ACI compilando apposito modulo di richiesta (applicativo informatico). Tale richiesta dovrà essere esaustiva e completa mettendo in evidenza le criticità del paziente con diagnosi di ingresso, eventuali procedure chirurgiche, condizione cliniche attuali e conferma della situazione di stabilità attraverso score MEWS, e se vi sono necessità assistenziali particolari (peg, net, stomie o altro), indice di dipendenza del paziente, e l'indice di intensità di cure. Valutazione del case manager e coordinatore infermieristico per la presa in carico.

In caso di urgenza o mutamento della stabilità del paziente si contatterà il medico delle continuità di cure (ex guardia medica) o il servizio di emergenza territoriale 112, che valuterà il caso specifico e l'eventuale invio in pronto soccorso. Se il medico di continuità assistenziale e/ o 112 fossero non disponibili, allora sarà il coordinatore infermieristico o un suo delegato ad informare il MMG delle condizioni del paziente e l'eventuale ricovero in altra struttura.

Continuità di cure

In considerazione del modello organizzativo proattivo visto che i pazienti saranno prevalentemente cronici, il personale infermieristico dovrà rendere il paziente protagonista attivo dei processi assistenziali. La gestione di queste malattie può essere insegnata alla maggior parte degli utenti – caregiver. L'infermiere programmerà follow up da eseguire dopo la dimissione e a di seguirà il paziente a domicilio tramite telefonate periodiche e se necessario attivando il servizio degli Infermieri di Famigli e comunità.

La dimissione dei pazienti dall'ACI avviene previo colloquio informativo eseguito dal Coordinatore infermieristico per la presa in carico da parte dei servizi territoriali e/o della famiglia, anche se in linea generale, salvo altra valutazione all'interno dell'ACI, la data di uscita è già predefinita all'ammissione in reparto.

3.4 Strutturazione organizzativa all' interno degli ambiti territoriali: Chronic Care Model e la presa in carico dell'Utente.

Il Chronic Care Model (CCM) è un modello assistenziale ideato nel 1990 dal Prof. Ed Wanger del McColl Institute for Healthcare Innovation (California), adottato dall'OMS e largamente introdotto nelle strategie d'intervento dei sistemi sanitari di diversi paesi, dal Canada all'Olanda, dalla Germania al Regno Unito. Il modello propone una serie di cambiamenti a livello dei sistemi sanitari utili a favorire il miglioramento della condizione dei malati cronici, suggerendo un approccio proattivo tra il personale sanitario e i pazienti, che diventano parte integrante del processo assistenziale. In questo modo, come suggerisce il percorso per i pazienti cronici toscani (incluso nel PSR 2008-2010), si cerca

di portare il sistema sanitario da un concetto di sanità d'attesa – e quindi di cura della malattia – ad un concetto di sanità d'iniziativa – e quindi di prevenzione e formazione del paziente e dei caregiver. Tutto ciò si traduce in un enorme beneficio economico-sociale, che vede una netta diminuzione dei ricoveri nelle strutture ospedaliere, una riduzione di accessi impropri presso le strutture di pronto soccorso e una migliore qualità di vita per i pazienti cronici, a fronte di investimenti mirati e relativamente contenuti.

I mezzi necessari a questo scopo sono la ramificazione dei servizi sul territorio, l'impiego di strutture (ad es. le case della salute), la maggior erogazione di prestazioni da parte dei distretti sanitari, la forte presenza dei medici di base e l'introduzione di figure come l'infermiere di famiglia ed il case manager. Si aggiungono poi altri strumenti come i follow-up domiciliari e telefonici, che consentono di seguire il decorso del paziente in maniera puntuale e continuativa.

Il CCM è basato sull'individuazione precoce dei segni e sintomi di aggravamento della malattia, coinvolgimento e responsabilizzazione del paziente e dei suoi familiari nella gestione della malattia e spostamento verso i servizi territoriali. In questo l'infermiere di famiglia è chiamato ad offrire un significativo contributo per perseguire gli obiettivi volti a promuovere e a conservare la salute della popolazione nell'arco della vita.

Il modello deve prendere in esame la persona nella sua complessità di malattie intercorrenti, storia personale e situazione sociale, per costruire un percorso integrato e una rete a più livelli di interventi di promozione della salute e dei suoi determinanti.

Per il raggiungimento degli obiettivi prefissati sono indispensabili la presa in carico, la personalizzazione dell'assistenza e degli interventi ed è richiesta una forte sinergia tra medico di medicina generale e infermiere di famiglia.

Il Chronic Care Model si basa su sei elementi fondamentali per lo sviluppo di una buona assistenza ai pazienti cronici:

Risorse della comunità	Necessità di stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti
Organizzazioni sanitarie	Una nuova gestione delle malattie croniche dovrebbe entrare a far parte delle priorità degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria. Se ciò non avviene difficilmente saranno introdotte innovazioni nei processi assistenziali e ancora più difficilmente sarà premiata la qualità dell'assistenza.
Supporto all'auto-cura	Il paziente diventa protagonista attivo dei processi assistenziali. Aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, fornendo gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi.
Organizzazione del team	La struttura del team assistenziale (medici di famiglia, infermieri di famiglia, altre figure professionali) deve essere profondamente modificata, introducendo una chiara divisione del lavoro e separando l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata ai pazienti cronici.

Supporto alle decisioni	L'adozione di linee-guida basate sull'evidenza forniscono al team gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici. Le linee-guida sono rinforzate da un'attività di sessioni di aggiornamento per tutti i componenti del team.
Sistemi informativi	I sistemi informativi computerizzati svolgono tre importanti funzioni: 1) come sistema di allerta che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee-guida; 2) come feedback per i medici, mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche; 3) come registri di patologia per pianificare la cura individuale dei pazienti e per amministrare un'assistenza "population-based". I registri di patologia – una delle caratteristiche centrali del Chronic Care Model – sono liste di tutti i pazienti con una determinata condizione cronica in carico a un team di cure primarie.

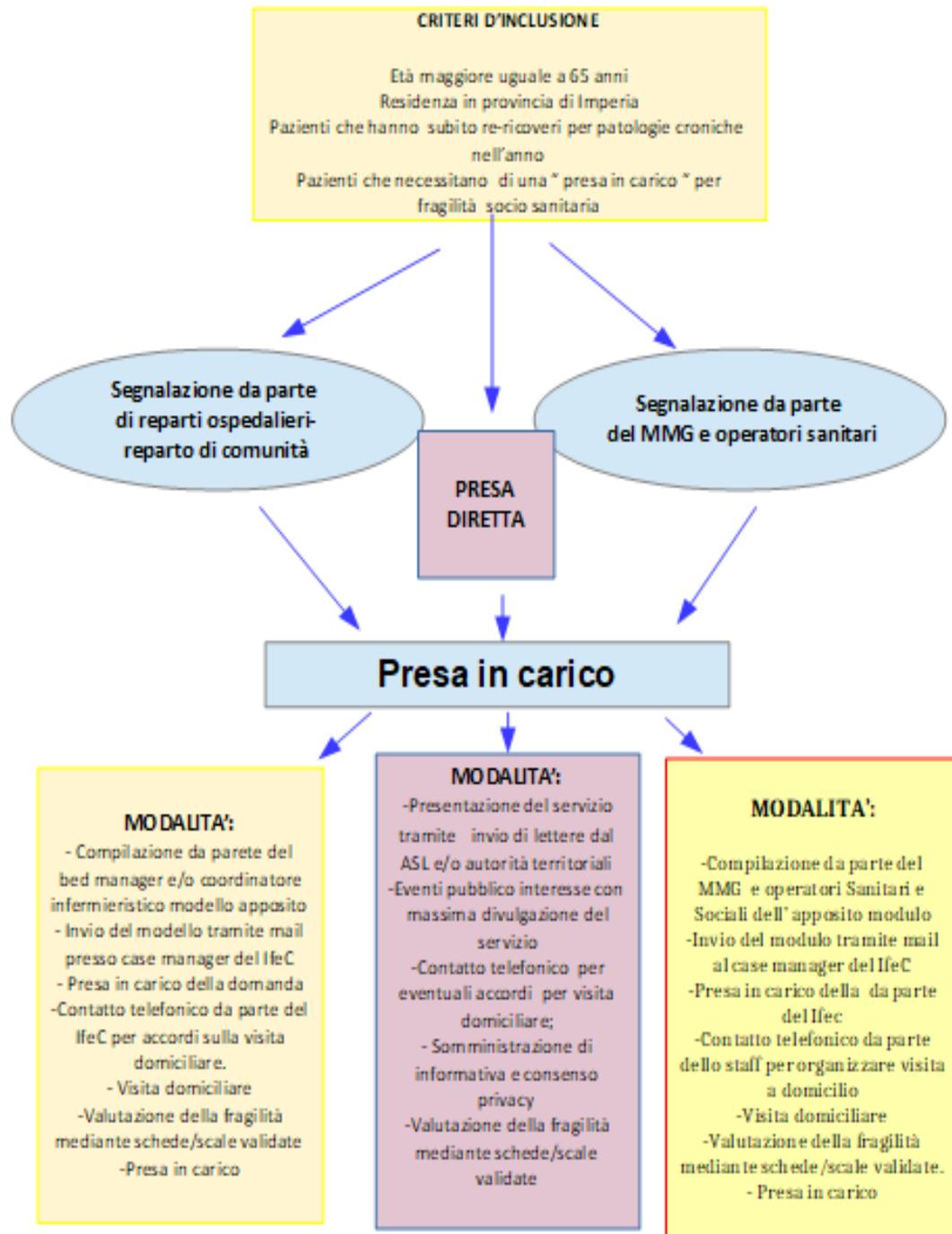
Punti chiave che caratterizzano questo modello assistenziale sono:

- il passaggio da un'assistenza reattiva a un'assistenza proattiva
- un'assistenza basata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale
- riconoscimento delle cure primarie come punto centrale dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema
- l'erogazione di un'assistenza focalizzata sui bisogni individuali della persona, nel suo specifico contesto sociale
- la presenza di sistemi informativi evoluti
- poter far leva sulla partecipazione comunitaria
- investire sull'autogestione dei pazienti e dei caregiver
- disporre di linee-guida in grado di tener conto delle comorbidità
basarsi su team multiprofessionali che puntano al miglioramento continuo

In conclusione, il CCM vede un paziente informato che interagisce con un team preparato e proattivo, con lo scopo di ottenere cure primarie di alta qualità, un'utenza soddisfatta e miglioramenti nello stato di salute della popolazione.

Prendendo dunque in esame questo modello e le sue caratteristiche, analizzando le esperienze condotte in Italia e in altri Paesi ed osservando i risultati da questi conseguiti, sarebbe auspicabile promuovere la sua applicazione al territorio imperiese, adattandone ogni elemento sulla base di quelle che sono le sue peculiarità.

3.5 Modalità di preso in carico



3.6 generali e Obiettivi specifici

Obiettivi generali

- ✓ Aiutare l'assistito a vivere in autonomia presso il proprio domicilio, il più a lungo possibile, garantendogli sicurezza, continuità ed appropriatezza nelle cure.

Obiettivi specifici

- ✓ Riduzione dei re-ricoveri, dell'istituzionalizzazione e dell'accesso improprio al PS/PPI.
- ✓ Mantenimento e miglioramento nel tempo dell'equilibrio dello stato di salute dell'assistito, evitando le minacce in un contesto familiare supportato/controllato.
- ✓ Rafforzamento dell'aderenza terapeutica.
- ✓ Prevenzione, per quanto possibile, di cronicizzazione, complicanze e ricadute di patologie pregresse o in corso.
- ✓ Educazione a stili di vita e comportamenti corretti nella popolazione identificata.

Risparmi finanziari a lungo termine, derivanti dallo snellimento e dalla regolamentazione consapevole dei ricoveri, dalla riconversione del percorso che, dalla "Sanità d'attesa", si trasferisce alla "Sanità d'iniziativa" a domicilio

4 Analisi delle Necessità

4.1 Metodi e strumenti

- Capillarizzazione dell'informazione di avvio del progetto ai MMG, ai farmacisti, ai sindaci, alle associazioni di volontariato, alle pubbliche assistenze e alla popolazione tramite eventi pubblici per far conoscere la nuova figura;
- Selezione dei pazienti a cui rivolgere il progetto in base alle segnalazioni ricevute dal MMG, dai servizi ospedalieri e tramite presa in carico diretta con invio di lettera ai pazienti che soddisfano i criteri di inclusione;
- Somministrazione informativa e consenso ai fini privacy;
- Acquisizione del consenso;
- Compilazione cartella infermieristica con somministrazione schede e scale di valutazione;
- Definizione di un Piano Assistenziale Individuale e follow-up a timing prestabiliti;
- Integrazione con altri progetti aziendali già avviati (es. screening prevenzione tumore seno-intestino- prostata ecc.);
- Collaborazione con MMG;
- Collaborazione con le figure professionali presenti sul territorio (servizi ambulatoriali di medici specialisti, infermieri ADI, assistenti sociali, scuole ecc.);
- Collaborazione con associazioni di volontariato.

4.2 Risorse umane e strumentali

Risorse umane

Considerando gli ultimi dati Istat, le caratteristiche del territorio e della popolazione, e le direttive europee, si rende necessaria la presenza di un IFeC ogni 2000 abitanti over 65 anni, per un totale di **34 ifec e 3 coordinatori** (uno per ogni distretto).

Ogni attività sarà costri strutturata:

C.O.T	1 COORDINATORE INFERMIERISTICO E 5 IFeC
IfeC teritroriali	12 IFeC

Le COT previste saranno una nel distretto di Imperia e 1 nel distretto di Sanremo , mentre nel distretto di Ventimiglia ci sarà solo un servizio di IFeC territoriale composto da un coordinatore infermieristico e 10 IFeC.

Le sedi fisiche dove eseguire la pianificazione del lavoro, la telemedicina, l'organizzazione e lo studio dei dati raccolti, sono identificate inizialmente in :

1. PIEVE DI TECO-

2. IMPERIA
3. SANREMO
4. VENTIMIGLIA

Orari di lavoro		
Lunedì-Venerdì	07.00-14.12	13.00-19.00
Sabato	08.00-14.00	

Le attività a domicilio e all'interno dei servizi distrettuali si svolgeranno dal lunedì al venerdì. Le visite a domicilio vengono stabilite in base alle necessità della famiglia in carico con massima flessibilità di orario. Un primo contatto telefonico è necessario per prendere accordi; mentre le visite successive si possono organizzare sia durante il colloquio, sia ai contatti che verranno forniti all'utente/caregiver.

Al sabato si svolgono attività di prevenzione e informazione rivolta alla popolazione. Assieme ad associazioni di volontariato, istituzioni locali, ed altre figure sanitarie si organizzano eventi di proattività e promozione della salute. L'orario sarà modificabile in base all'evoluzione del servizio e in base alle necessità territoriali.

Risorse Strumentali

a) Strumenti informatici:

All'interno delle sedi dislocate sul territorio sarà necessaria la presenza di:

- Un terminale con stampante.
- Software adeguato alle necessità professionali (o introduzione di aggiornamenti al programma "Poliss" da definire durante le fasi di assestamento del servizio);
- Un tablet per ogni IFeC con associato numero telefonico aziendale (totale 34+3 tablet per i coordinatori e 34+3 numeri telefonici).

b) Strumenti operativi

- 15 auto aziendali.

Ogni auto necessita di un kit d'emergenza (pallone ambu, cannula di gauedel, bombola O2) e di una borsa/zaino che al suo interno conterrà sfigmomanometro, fonendoscopio, glucometro, saturimetro, metro da sarta flessibile, bilancia pesa-persone, elettrocardiografo, materiale necessario per reperire cvp, flebo e deflussori, garze medicazioni varie, sicure box;

- 1 camper attrezzato per lo svolgimento di attività proattive, di prevenzione ed educazione alla salute per la persona sana la famiglia e la comunità.
- fornitura divise estive ed invernali e calzature adeguate.

4.3 Risorse finanziarie

- costi d'acquisto automobili;
- costo manutenzione e utilizzo automobili;
- costi acquisto strumenti informatici;
- costi di telefonia;
- costi relativi all'acquisto dei presidi sanitari e dei dispositivi;
- costi del personale.

5. Fasi e tempi di realizzazione

5.1 Fasi di realizzazione

- Presentazione del servizio (M0-M2) - Vedere Diagramma di Gantt nel dettaglio
Introduzione del potenziamento dei servizi territoriali e specialmente dell'IfcC.
Incontri con MMG, farmacie, sindaci, associazioni di volontariato/pubbliche assistenza, e popolazione
Eventi pubblici per massima diffusione e iniziare una prima raccolta dati per presa in carico.
Distribuzione di materiale informativo da parte dell'Azienda Sanitaria
- Analisi del contesto (M0-M6)
Lo studio del territorio e degli aspetti geo-morfologici è stato in parte già descritto. Sarebbe opportuno integrare le informazioni con le distanze chilometriche dei paesi e della rete dei servizi disponibili e una raccolta dati per segnalare l'incidenza di alcune malattie croniche rispetto agli stili di vita.
Verificare le esenzioni per patologie croniche, prestazioni sanitarie erogate e monitoraggio prescrizioni farmacologiche.
- Identificazione della modalità di reclutamento degli utenti (M0-M1)
Definizione dell'utente target e suoi criteri di inclusione (età, contesto sociale di appartenenza, autonomia, aderenza alla terapia, comorbidità)
Reclutamento della popolazione tramite attivazione diretta e volontaria , o tramite segnalazione ospedaliera e distrettuale
- Identificazione degli strumenti operativi e delle strategie formative (M0-M3)
 - Scheda di attivazione (vedere allegato n.1) ; per la richiesta di attivazione IfcC da parte di MMG, Reparti Ospedalieri e Operatori Sociali.
 - Incontri conoscitivi e/o formativi
 - Biglietti da visita
 - Chiamata volontaria al numero diretto della COT
- Organizzazione attiva (M2-M24+)

SCHEDA DI ATTIVAZIONE



APPUNTAMENTO CON ASSISTITO E/O CAREGIVER. (L'IFeC prende accordi con la famiglia per il primo colloquio, in base alle necessità dell'utente)



PRIMO COLLOQUIO CONOSCITIVO. Durata di almeno un'ora; raccolta dati, questionario, informative privacy, accordo assistenziale



CARTELLA INFERMIERISTICA Schede di valutazione per fragilità, stato nutrizionale, livello di autonomia, dolore. Terapia assunta a domicilio. Diario infermieristico. Allegati 2,3,4



PIANIFICAZIONE INTERVENTI E VISITE SUCCESSIVE decise in base al grado di fragilità emerso dalla compilazione della cartella infermieristica

➤ Start del progetto infermieristica di comunità (M2-M24+)

Inizio lavoro con primi accessi e primi utenti presi in carico.

La presa in carico dell'utente deve avvenire tempestivamente; entro 72 ore dalla segnalazione.

➤ Valutazione interventi con timing prestabiliti (M3 – M6 – M9 – M12 etc.)

Rivalutazione periodica degli utenti con scale di valutazione già presenti nella cartella infermieristica.

➤ Disseminazione dei risultati (M6-M12-M18 etc.)

5.2 Cronogramma di Gantt (tempi di realizzazione)

6. Risultati attesi e valutazione

6.1 Risultati attesi

Risparmi finanziari a lungo termine, derivanti dallo snellimento e dalla regolamentazione consapevole dei ricoveri, dalla riconversione del percorso che, dalla “Sanità d'attesa”, si trasferisce alla “Sanità d'iniziativa” a domicilio.

6.2 Valutazione e strumenti

6.2.1 Valutazione a breve / medio termine

Il follow-up periodico permette una rivalutazione continua dell'utente in carico, attraverso le schede di valutazione già utilizzate all'interno della cartella infermieristica (vedi allegato 2). Un follow-up generico prevede di ricalcolare i punteggi delle seguenti scale a 3, 6, 9 e 12 mesi:

- Scala Nutrizionale (MUST)
- Scala Dolore (NRS)
- Scala di aderenza Terapeutica (Morisky)
- Scala valutazione fragilità (Sunfrail Tool) – idealmente a 6/12 mesi poiché i parametri difficilmente variano in pochi mesi.

Per alcuni casi personalizzati, il follow-up può avvenire anche mensilmente, soprattutto per la valutazione del dolore e dell'aderenza terapeutica, valori più facilmente modificabili nel breve termine.

6.2.2 Valutazione a lungo termine

I risultati ottenibili dai 12 a 60 mesi di attività territoriale dell'IFeC comprendono:

- La riduzione degli accessi impropri in PS. Strumento utilizzato: Analysis Reports attraverso programmi informatici
- Stabilità della patologia cronica (riduzione delle riacutizzazioni e dei ricoveri)
- Minori inserimenti degli utenti in RSA grazie a un'aumentata o conservata autonomia.

8. Allegati

1. Scheda di attivazione
2. Cartella Infermieristica
3. Scheda terapia e parametri vitali
4. Informativa Privacy
5. Brochure introduzione IFeC

9. Riferimenti Bibliografici e Sitografici

6. Osservatorio Nazionale sulla Salute, La cronicità in Italia, 2019
7. World Health Organization, The Family Health Nurse – Context, conceptual framework and curriculum, 2000
8. Murray I. Family health nurse project--an education program of the World Health Organization: the University of Stirling experience. J Fam Nurs. 2008 Nov;14(4):469-85.
9. FNOPI; Position Statement; l'infermiere di famiglia e di comunità, E-book; FNOPI; 2020
10. Proia; L'infermiere di famiglia e il team multiprofessionale. Una soluzione per la cronicità? Quotidiano Sanità; 2018
11. Apuzzo, Iodice, Gambella, Scarpa, Burrari, Il Chronic Care Model, Giornale di clinica Nefrologia e dialisi; V33 N.1 (2021)
12. Ministero della Salute; Piano Nazionale della Cronicità; 2016;
13. Saffi, Ettore, Giustini; La personalizzazione dell'assistenza nel Chronic Care Model; Toscana Medica 9/12; 2016