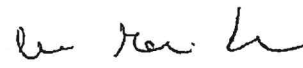


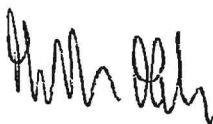
**PROGETTO INFERMIERE DI FAMIGLIA**  
**E DI COMUNITÀ**

Responsabili del progetto:

***Dr.ssa Anna Maria Sanna***

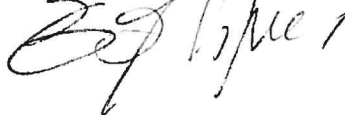
Direttore Dipartimento Direzionale Ospedale Territorio Asl Gallura 

***Dott.ssa Marika Mela***



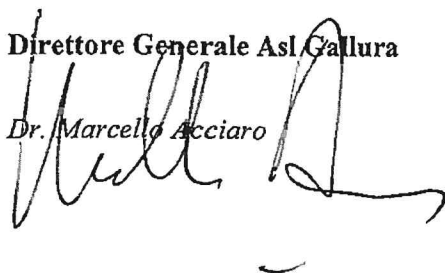
Coordinatore Professioni Sanitarie Dipartimento Direzionale Ospedale Territorio Asl Gallura

Valutazione documento: Servizio Qualità e Risk Management ***Dr.ssa Enequina Bandinu***



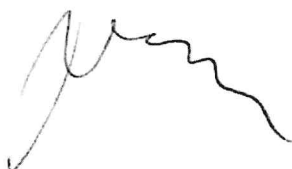
**Direttore Generale Asl Gallura**

***Dr. Marcello Acciaro***



**Direttore Sanitario Asl Gallura**

***Dr. Raffaele De Fazio***



### Premessa

Le trasformazioni demografiche, epidemiologiche e sociali ricercano soluzioni innovative ai nuovi bisogni di salute dei cittadini, che obbligano a scenari di assistenza molto diversi rispetto al passato e necessitano di un sostanziale mutamento organizzativo dell'assistenza sanitaria.

Alla luce di quanto esposto, si intende rafforzare la strategia dei sistemi di assistenza primaria e delle strutture territoriali, per garantire una più efficace presa in carico dei nuovi bisogni di salute ed assistenza, potenziando i servizi erogati sul territorio e i sistemi di assistenza primaria, con percorsi di cura e assistenza organizzati all'interno della rete dei servizi anche attraverso la telemedicina, inclusa l'Assistenza Domiciliare e di Comunità.

È indispensabile intraprendere un percorso di presa in carico per soddisfare le esigenze di cura quanto più vicino possibile al domicilio dei pazienti, la presa in carico del paziente deve avvenire attraverso la costruzione di reti cliniche integrate costituite da professionalità e centri di erogazione facilmente riconoscibili, nelle quali il paziente possa indirizzarsi avendo riferimenti stabili, dei quali deve poter percepire il valore e l'affidabilità.

Si vuole promuovere un modello organizzativo maggiormente orientato sul territorio promuovendo un approccio multidimensionale, multiprofessionale e multidisciplinare, al fine di dare centralità al paziente valorizzando pienamente le sue potenzialità nell'autogestione della patologia; in tal modo il paziente potrà trovare le risposte nella rete sanitaria territoriale con una presa in carico personalizzata e, solo in caso di emergenza o elevata complessità, in quella ospedaliera.

Con il DM 77 del 23 maggio 2022, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", si è dato il via al nuovo Modello di Organizzazione Territoriale, una *sanità d'iniziativa* con un forte orientamento alla gestione *proattiva* della salute, con il riferimento di una nuova figura sanitaria quale l'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC), con l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, promuovendo una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

La Missione Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede investimenti finalizzati a due specifiche componenti quali le reti di prossimità, le strutture, la telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale da una parte e l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale dall'altra.

### *Analisi ambito territoriale di riferimento*

Il bacino di utenza della ASL Gallura corrisponde al 10% della popolazione regionale, ed è pari a circa 158000 abitanti, l'ambito territoriale è articolato su tre Distretti Socio-Sanitari con una distribuzione di cittadini di circa 120000 nel Distretto di Olbia, 75%, 29000 in quello di Tempio Pausania, 18%, e 11000 in quello di La Maddalena, 7%. La maggior parte della popolazione risiede nei comuni più grandi quali Olbia, Tempio Pausania, Arzachena e La Maddalena, i comuni rimanenti sono di piccole dimensioni. Il 22% della popolazione, ovvero circa 35000, appartengono alla fascia di età over 65 anni di cui 25000 sul Distretto prevalente, 7500 su quello di Tempio Pausania e 2800 in quello di La Maddalena.

Queste semplici informazioni dimostrano come l'istituzione, in ogni Casa di Comunità, dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, che ha le capacità di integrarsi con gli altri Professionisti dei Servizi della Rete Sanitaria, avrebbe un grande impatto sull'offerta di prevenzione, assistenziale ed educativa sul bacino di utenza dei Distretti Socio-Sanitari in un periodo come questo, caratterizzato da profondi mutamenti sociali, economici e culturali e dalla crescita qualitativa e quantitativa della domanda sanitaria, in cui siamo chiamati alla programmazione di interventi Sanitari Territoriali.

Nella nostra Azienda è già presente l'IFeC, nella Casa della Comunità di La Maddalena, con l'obiettivo di concentrare all'interno di una stessa struttura diverse professionalità in grado di operare in equipe, dando risposte assistenziali programmate e più complete.

Un Modello indubbiamente da replicare nelle future Case della Comunità della ASL Gallura, infatti gli IFeC sono in continuo contatto con i MMG/PLS, i Medici Specialisti e i Colleghi del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata, consentendo la presa in carico degli utenti, di predisporre una calendarizzazione degli interventi domiciliari, accedere nelle loro case quindi individuare precocemente e di conseguenza prevenire eventuali complicazioni dello stato di salute, al contempo alleggerendo l'accesso improprio alle strutture ospedaliere con una contenzione dei costi di occupazione dei posti letto e facendo diventare gli IFeC delle figure di riferimento per le famiglie, la comunità, i medici e le istituzioni che operano nel territorio.

Le Case della Comunità, "Strutture Ausiliarie Territoriali del Servizio Sanitario Regionale che raccolgono l'offerta extra-ospedaliera del Servizio Sanitario integrata con il Servizio Sociale", previste per la ASL Gallura, nelle accezioni di Hub e Spoke, sono tre Hub individuati nei comuni di

Olbia, Tempio Pausania e La Maddalena e sei Spoke di cui cinque nel Distretto di Olbia, nei comuni di Arzachena, Santa Teresa di Gallura, Berchidda, Buddusò, San Teodoro, e uno in quello di Tempio Pausania nel comune di Trinità d'Agultu e Vignola.

È prevista inoltre la realizzazione di tre Centrali Operative Territoriali ad Olbia, a Tempio Pausania e a La Maddalena, la COT è la *cabina di regia* dell'assistenza distrettuale.

### **L'Infermiere di Famiglia e di Comunità**

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità è quella figura innovativa che dopo aver acquisito competenze specifiche, attraverso un percorso formativo dedicato, Master Universitario di I Livello, assume un ruolo concreto nella valorizzazione della salute, prevenzione delle malattie, gestione della cronicità e fragilità, assicurando la sua funzione anche nell'assistenza diretta.

L'IFeC rappresenta una realtà consolidata per alcune nazioni quali Stati Uniti, Inghilterra e Australia, che nel tempo hanno infatti costruito una valida rete territoriale; nella realtà italiana la sua istituzione è avvenuta con il **Decreto "Rilancio" (DL 34/2020)** ma la svolta e il suo riconoscimento è avvenuto due anni dopo con il **Decreto Ministro della Salute n. 77/2022 sugli standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale che ha previsto, all'interno delle Case della Comunità, la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità**. Il Decreto ha previsto un Infermiere di Famiglia e di Comunità *ogni 3.000 abitanti*.

L'IFeC, in coerenza con il Piano Nazionale della Cronicità, cura il monitoraggio dello stato di salute degli assistiti, mediante visite domiciliari, follow up telefonici e la telemedicina, sorveglia i cambiamenti delle cure, momenti critici di dispersione delle informazioni cliniche.

L'IFeC riveste una notevole immagine e importanza, è chiamato a guidare e incoraggiare la famiglia e la comunità identificando i suoi bisogni di salute e indicando il percorso per l'individuazione dei servizi sanitari più appropriati, con l'obiettivo di promuovere e proteggere la salute dell'individuo e della popolazione con particolare attenzione rivolta ai pazienti fragili e cronici.

L'IFeC, vero e proprio professionista della salute e figura di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica collaborando con tutti i professionisti presenti nella comunità, divenendo il fulcro dell'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, ponendo al centro la persona.

Quindi garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari, espressi o potenziali, in una **logica proattiva** così come descritto nel *Modello di Primary Care*.

Tale professionista può ancora essere indicato come una figura chiave per il *counselling* rivolto all'educazione sanitaria, alla promozione della salute fisica, psichica e sociale dell'individuo e della famiglia. Ad egli compete inoltre l'individuazione di fattori di rischio che possono esporre ad una determinata malattia e segnala i casi ad altri professionisti o strutture più idonee.

La relazione infermiere/assistito, rilevante e fondamentale per rispondere ad esigenze di cura ed assistenza è in costante evoluzione, infatti si manifesta come una realtà significativa dell'attuale sistema della salute. Una realtà in grado di dare risposte innovative e competenti alla crescente domanda di percorsi assistenziali diversificati e di coniugare la capacità di presa in carico dell'assistito, la risposta strutturata in relazione ai bisogni dei singoli e della collettività, la continuità assistenziale.

L'IFeC assume l'importante ruolo di *intermediario* tra medico e famiglia, quindi l'*anello di congiunzione*, attualmente carente, tra il MMG/PLS/Medico Specialista e il paziente nella fase post dimissione e nell'assistenza quotidiana, un tassello fondamentale per costruire una sanità adeguata a rispondere e intercettare i bisogni e le esigenze dei cittadini. Un professionista sanitario a cui ogni cittadino può rivolgersi con la possibilità di ricevere un'assistenza infermieristica personalizzata.

L'IFeC ha la sua base logistica all'interno della Casa della Comunità e come riferimento organizzativo la COT.

Il modello assistenziale "Infermiere di Famiglia e di Comunità" rappresenta per l'Ambito Territoriale una *sfida vincente*.

### **Obiettivi Generali**

Il progressivo invecchiamento della popolazione, responsabile dell'aumento del numero di individui affetti da malattie croniche, determina una serie di problematiche che richiedono un profondo cambiamento dell'approccio alla salute del paziente.

Il nuovo modello si fonda, sul piano clinico, sul passaggio dalla medicina orientata al trattamento della singola patologia alla medicina della complessità e sul piano gestionale, dal passaggio dal modello classico della "*medicina d'attesa*" alla "*medicina d'iniziativa*".

Per ridurre l'impatto della cronicità sulla qualità di vita dei cittadini e sulla spesa sanitaria, l'assistenza deve essere concepita e strutturata in una **logica proattiva**, promuovendo la prevenzione

e supportando il paziente nel percorso di cura, per evitare che sopraggiungano complicanze, instabilità clinica e disabilità.

La “*parola d’ordine*” è la “*presa in carico*” del paziente/cittadino in un percorso integrato all’interno del quale il cittadino può muoversi in sicurezza, avendo i suoi punti di riferimento, conoscendo per tempo i percorsi e le tappe, non preoccupandosi più di prescrizioni, prenotazioni e liste di attesa.

Presupposti della presa in carico sono la definizione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) sostenibili, destinati ai pazienti con patologia cronica, e l’implementazione di reti territoriali in grado di gestire la complessità di Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) finalizzati alla presa in carico di pazienti fragili e con multi morbidità.

Gli obiettivi ai quali si vuole andare incontro sono:

- ✓ Il miglioramento della qualità dell’assistenza fornita attraverso l’istituzione di un professionista in grado di aiutare a prevenire i problemi di salute, di educare le persone alla scelta di stili di vita sani, di sostenerle nel potenziamento delle proprie capacità di autocura e di risoluzione delle problematiche e a utilizzare al meglio le risorse sociali e sanitarie;
- ✓ La riorganizzazione della rete territoriale/ospedaliera e contestuale esigenza di implementare l’attività territoriale con l’inserimento di un professionista con competenze infermieristiche avanzate, capace di integrarsi con altri professionisti.

L’IFeC è il professionista sanitario provvisto di specifiche competenze per:

- ✓ Valutare lo stato di salute e i bisogni della persona nelle diverse fasi della vita, del contesto familiare e conoscere quelli della comunità;
- ✓ Promuovere e partecipare ad iniziative di prevenzione e promozione della salute rivolte al singolo e alla collettività;
- ✓ Promuovere interventi informativi ed educativi rivolti ai singoli, alle famiglie e ai gruppi, atti a promuovere modificazioni degli stili di vita;
- ✓ Presidiare e agevolare i vari percorsi con l’impiego delle competenze presenti nella rete;
- ✓ Pianificare ed erogare interventi di assistenza alla persona e alla famiglia, anche avvalendosi delle consulenze specifiche di infermieri esperti;

- ✓ Promuovere l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi;
- ✓ Partecipare alla verifica e al monitoraggio dei risultati di salute;
- ✓ Sostenere i percorsi di continuità assistenziale tra sociale e sanitario, tra ospedale e territorio e nell'ambito dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari residenziali e semi-residenziali;
- ✓ Garantire le attività per la realizzazione degli obiettivi della nuova sanità di iniziativa;
- ✓ Partecipare nell'integrazione professionale al perseguimento dell'appropriatezza degli interventi terapeutici e assistenziali, contribuendo alla relazione di cura, al rispetto delle volontà del paziente espresse nella pianificazione delle cure, anche in attuazione della Legge 219/17 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento).

### **Destinatari**

Le prestazioni di Assistenza Infermieristica di Famiglia e di Comunità saranno rivolte a tutti pazienti e alle loro famiglie, con particolare attenzione alla popolazione fragile e affetta da cronicità. La presenza costante e continua degli infermieri nella comunità crea le condizioni per realizzare la cosiddetta sanità d'iniziativa che prevede un lavoro in equipe multidisciplinare e che consente ai servizi sanitari di arrivare prima che la malattia insorga nella sua acuzie.

Nella fattispecie, l'infermiere conoscendo la popolazione fragile, attraverso una stretta sorveglianza con delle visite periodiche, azione che consente una mappatura delle persone fragili, monitorandone costantemente i parametri vitali, i segni e sintomi più importanti, rileva anticipatamente i segni d'acuzie garantendo un "alert" precoce al MMG che interviene su casi selezionati, che certamente si sarebbero rivolti al Pronto Soccorso se nessun operatore avesse rilevato anticipatamente l'evoluzione della malattia.

### **Presa in carico degli utenti**

Verrà garantita la presa in carico di tutti gli utenti, già seguiti dai MMG in Assistenza Domiciliare Programmata. Verranno inoltre presi in carico futuri pazienti su segnalazione o individuazione attraverso altri percorsi o servizi socio sanitari.

La valutazione dei bisogni sanitari, gli interventi attuativi e la valutazione dei risultati avverrà mediante l'attivazione del processo di assistenza mediante la stesura, da parte del Medico Curante, di un Piano di Assistenza Personalizzato (PAI).

L'intero processo assistenziale verrà registrato sulla cartella Integrata, a cura di tutti i professionisti sanitari che accedono al domicilio del paziente, in quella infermieristica a cura dell'infermiere di riferimento e sarà detenuta presso la sede della Casa della Comunità, mentre la rendicontazione delle prestazioni mensili erogate sarà riportata e trasmessa al Coordinatore in un apposito file. Sarà inoltre somministrato agli utenti un questionario per la rilevazione del grado di soddisfazione del servizio prestato.

### **Monitoraggio**

Il sistema di monitoraggio rappresenta l'indispensabile supporto al processo di valutazione delle attività, con l'obiettivo di verificare con cadenza semestrale l'efficacia, l'efficienza degli interventi e rilevare eventuali scostamenti tra risultati attesi e risultati effettivi.

Gli strumenti utilizzati dagli operatori nel corso del monitoraggio sono:

- ✓ La Cartella Integrata Domiciliare;
- ✓ La Cartella infermieristica;
- ✓ Documento di rilevazione tipologia/numero di prestazioni effettuate;
- ✓ Questionario di rilevazione di gradimento degli utenti.

### **Indicatori**

- N utenti presi in carico / N richieste
- N prestazioni domiciliari erogate / N di utenti presi in carico
- % di attivazione rete sociale / N utenti presi in carico

### **Riferimenti normativi**

- ✓ DM 77 del 23 maggio 2022 (Nuovi Modelli e Standard per lo Sviluppo dell'Assistenza Territoriale del SSN);
- ✓ Decreto "Rilancio" (DL 34/2020)
- ✓ Legge 17 luglio 2020, n. 77
- ✓ Legge 219/17 – Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.



**Modulistica**

- ✓ Cartella Integrata Domiciliare
- ✓ Cartella Infermieristica
- ✓ Documento di rilevazione tipologia/numero di prestazioni effettuate
- ✓ Consenso informato e trattamento dei dati personali
- ✓ Questionario di gradimento