INFERMIERISTICA DI COMUNITÀ

Dott.ssa Laura De Biasio
a.a. 2024 - 2025

DOVE NASCE L'INFERMIERE DI FAMIGLIA?

INFERMIERE DI FAMIGLIA®
...il tuo infermiere

HEALTH 21 – OMS 1998

Documento di politica sanitaria degli Stati Membri della Regione Europea Oms

Definisce i 21 obiettivi per il 21° secolo

Ha 2 scopi principali:

- La promozione e la protezione della salute lungo tutto l'arco della vita
- La riduzione dell'incidenza delle malattie e delle lesioni principali e il sollievo dalle sofferenze che causano

3 valori di fondamento etico

- ✓ La salute come diritto umano fondamentale
- ✓ L'equità nella salute e la solidarietà nell'azione all'interno delle nazioni e tra i suoi abitanti
- ✓ La partecipazione e la responsabilità per lo sviluppo della salute

OBIETTIVO 15 – *L'integrazione del settore sanitario*

In molti Stati Membri è necessaria una **maggior integrazione** del settore sanitario con particolare attenzione all'**assistenza** sanitaria di **primo livello**

Al centro dovrebbe collocarsi un INFERMIERE di FAMIGLIA adeguatamente formato in grado di consigliare sugli stili di vita, sostegno alla famiglia e servizi di assistenza domiciliare.

Servizi più specializzati dovrebbero essere offerti da un medico di famiglia che assieme all'infermiere, dovrebbe interagire con le strutture della comunità locale sui problemi di salute

Dovrebbe essere prerogativa di ciascun cittadino la **libertà di scelta** di **queste due figure**, che dovrebbero occuparsi anche del sostegno attivo all'autocura

Tale approccio svilupperebbe la prevenzione delle malattie e delle lesioni e fornirebbe il **trattamento precoce** ed efficace **di tutte quelle persone che non necessitano di assistenza ospedaliera**

L'assistenza di secondo e terzo livello dovrebbe essere di sostegno all'assistenza di primo livello

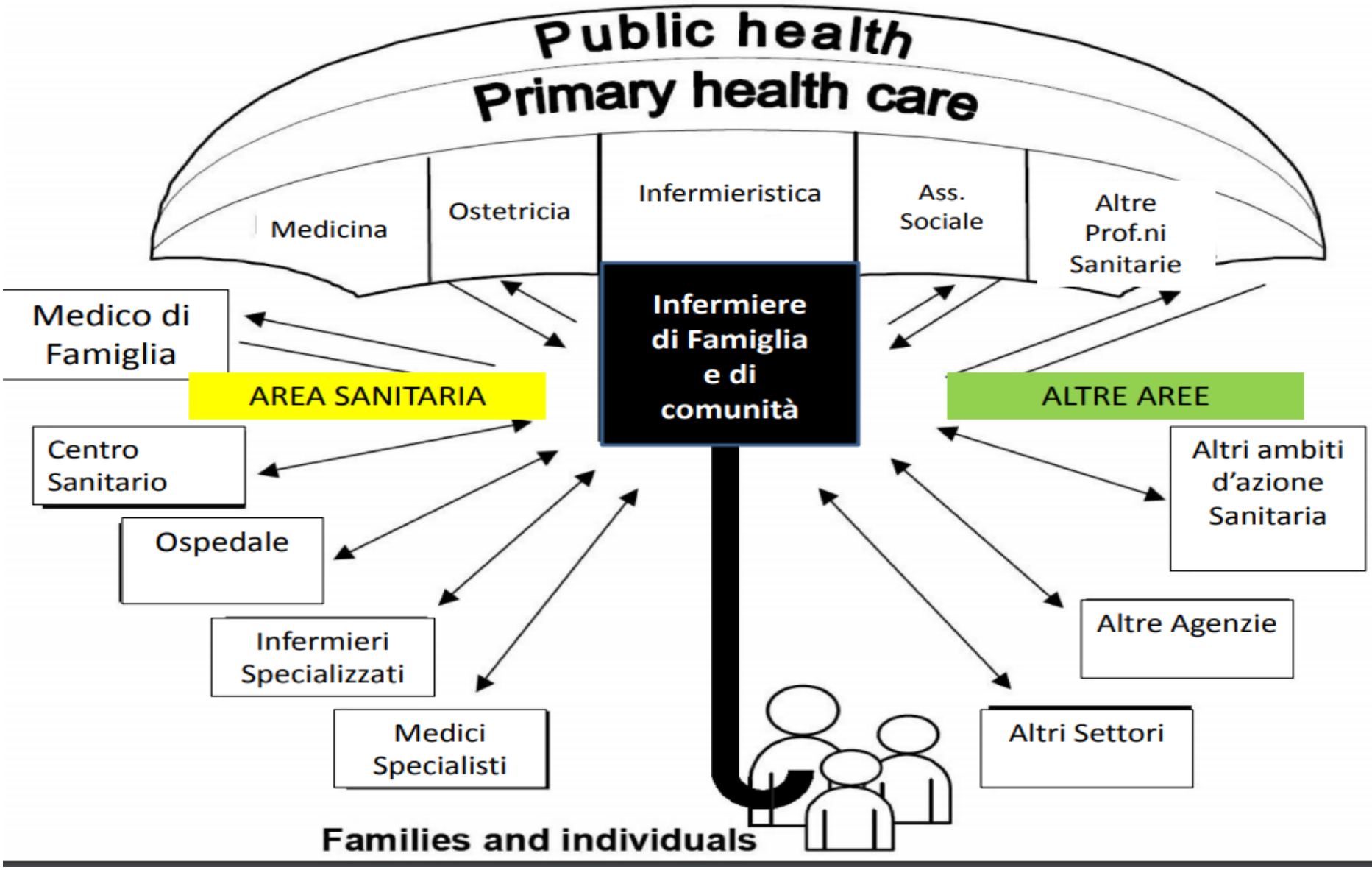
Il Delegato OMS reg. Europea

l'Infermiere di Famiglia nel continuum assistenziale:
- promozione della salute
- prevenzione della malattia

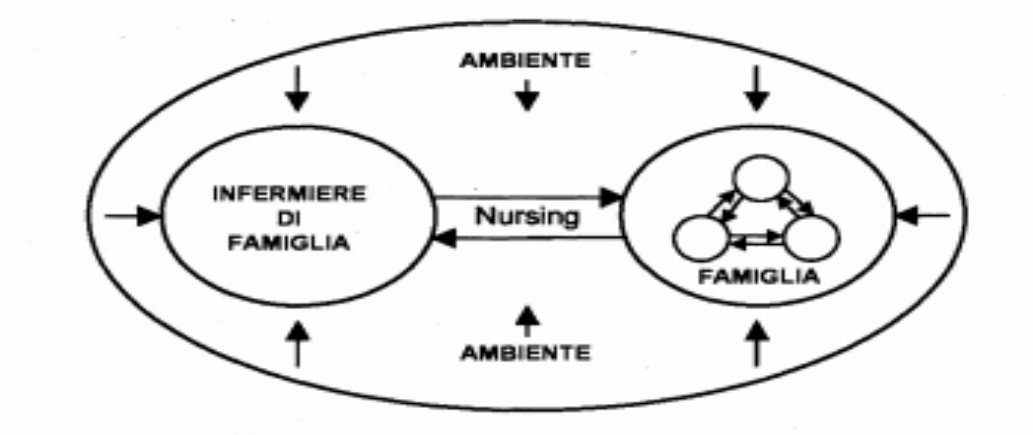
- riabilitazione
- assistenza ai malati
- assistenza nelle fasi finali della vita

Il ruolo abbraccia tutta la comunità
Deve potenziare la comunità e lavorerà congiuntamente per fare raggiungere le soluzioni utili alla comunità

L'infermiere di famiglia e i suoi ambiti



INFERMIERE DI FAMIGLIA E L'AMBIENTE



L'Infermiere di famiglia deve conoscere:

- il loro ambiente domestico e familiare,
- il lavoro o le condizioni di lavoro
- l'ambiente sociale o fisico

possono avere un peso considerevole sulle loro malattie
Se i problemi non sono riconosciuti e/o male interpretati → ERRORI e RITARDI

DECRETO BALDUZZI – D.L. 158/2012

«*Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*» RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE (ART. 1)

Promozione della medicina territoriale → ruolo strategico alle cure primarie

Rafforzamento dell'assistenza sanitaria sul territorio:

multiprofessionale, multidisciplinare e multisettoriale
Offerta servizi sulle 12/24 h

Le regioni organizzano l'assistenza primaria secondo:

- modalità operative monoprofessionali = aggregazioni funzionali territoriali (AFT)
- forme organizzative multiprofessionali = unità complesse di cure primarie (UCCP) che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Ssn, degli infermieri, delle ostetriche, delle tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria

Visione del Decreto Balduzzi

	AFT AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI	UCCP UNITÀ COMPLESSE DELLE CURE PRIMARIE
Che cosa sono	**aggregazioni funzionali** di professionisti **distinte** per MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali	**Gruppi di Medici convenzionati** MMG, PLS, MCA, Specialisti e altri Professionisti sanitari convenzionati, **con eventuali altri operatori** per garantire i **LEA**, presa in carico dell'utente
Obiettivi	**obiettivi di salute** definiti dalla **programmazione** regionale e aziendale	**Integrazione socio-sanitaria, medicina d'iniziativa, assistenza h. 24 die e 7 gg. su 7**
Cosa fanno	• condividono **GPC** buone pratiche, **peer review, ricerca**... • **monitoraggio e verifica obiettivi** da parte del Distretto	• erogano prestazioni sanitarie, nell'ambito dei LEA • sono attivate secondo i bisogni della pop., le caratteristiche oro-geografiche e demografiche
Dove operano	• **nei propri studi** e sono individuati in ambito infradistrettuale • adottano percorsi di integrazione con MCA e ospedale	• in **sede unica o con sede di riferimento**, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale
Come vengono attivate	La Regione, con le OO.SS. individua le AFT entro 6 mesi, tenendo conto, per i MMG, di: pop. ≤ 30.000 ab. e almeno 20 medici	La Regione con le OO.SS. disciplinerà tutti gli aspetti: indennità, incentivi, dotazioni strumentali etc.

Perché l'infermiere di famiglia e di comunità?

Fattore chiave

↓

L'invecchiamento della popolazione

↓

Aumento delle patologie croniche
Aumento delle richieste ai servizi sanitari e sociali
Solitudine → poca o nessuna rete di aiuti

↓

Una nuova cultura del sistema, dei servizi, dei professionisti e dei pazienti

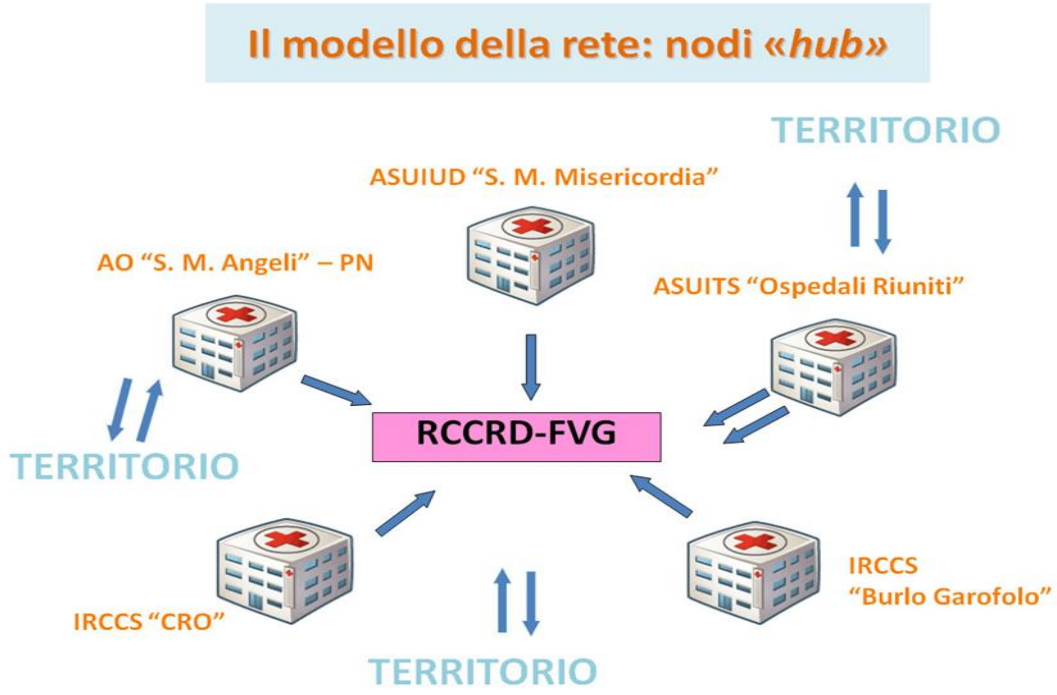
1° Messaggio chiave

coinvolgere /responsabilizzare tutte le componenti → dalla persona al macrosistema salute

Un diverso modello integrato ospedale/territorio

2° Messaggio chiave

L'ospedale concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la Cronicità, che interagisca con la Specialistica ambulatoriale e con l'Assistenza Primaria



Un sistema di cure centrato sulla persona

3° Messaggio chiave

Il paziente "persona" (e non più "caso clinico"), a sua volta esperto in quanto portatore del sapere legato alla sua storia di "co-esistenza" con la cronicità

Una nuova prospettiva di valutazione multidimensionale e di outcome personalizzati

4° Messaggio chiave

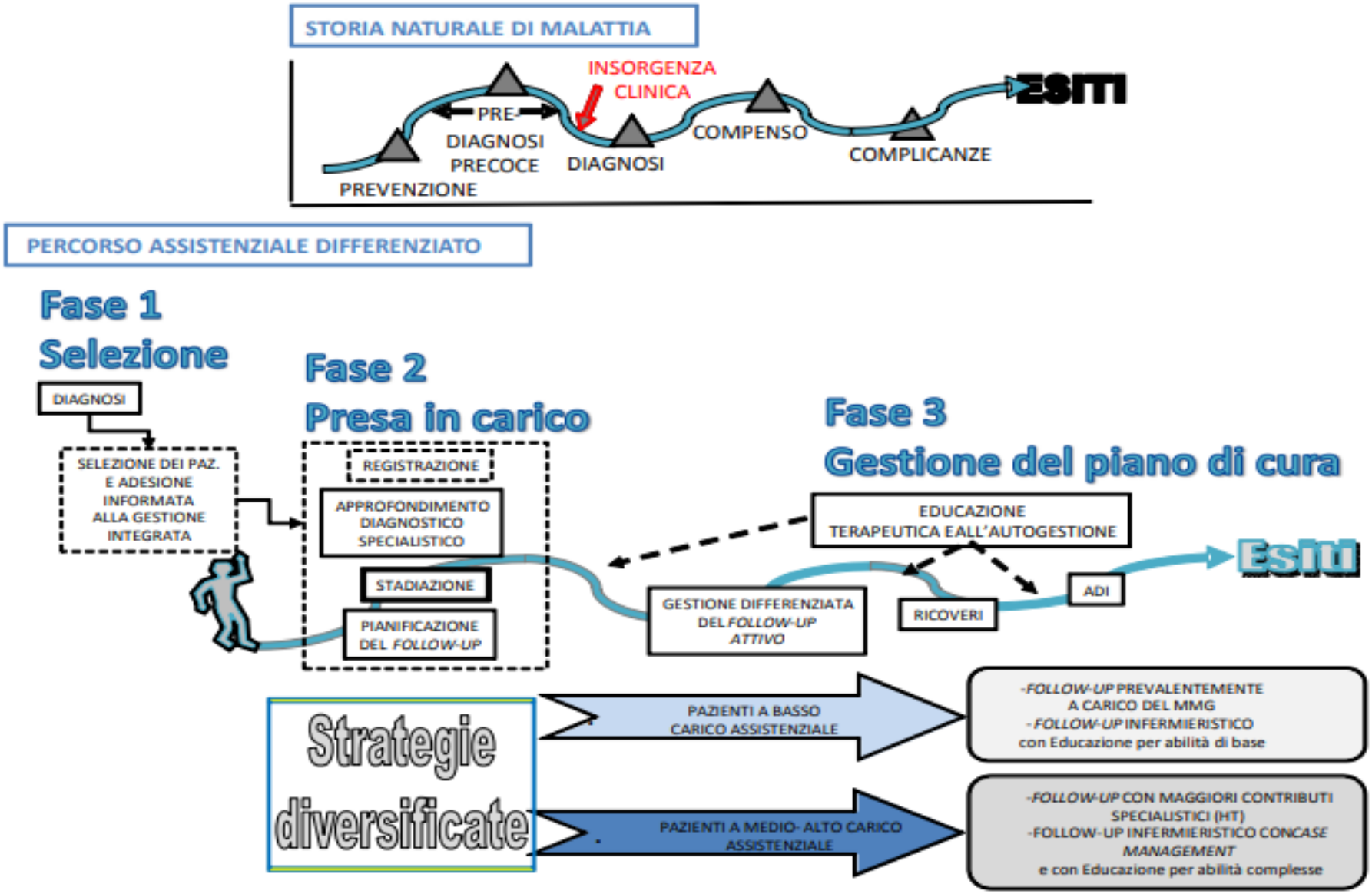
- Valutazione orientata sul paziente-persona
- Valutazione sugli esiti raggiungibili
- Valutazione sul sistema sociosanitario

Le cure domiciliari

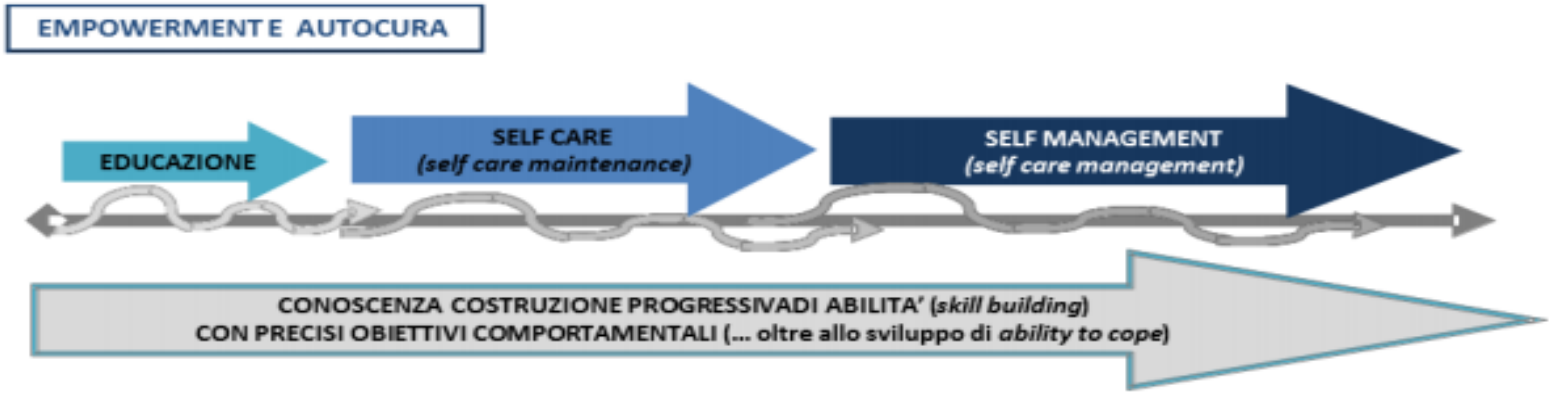
5° Messaggio chiave

- ✓ mantenere il più possibile la persona malata al suo domicilio
- ✓ impedire o ridurre il rischio di istituzionalizzazione

PERCORSO ASSITENZIALE



Percorsi Assistenziali che siano strumenti di Empowerment



Gli elementi chiave di gestione della cronicità

- ADERENZA
- APPROPRIATEZZA
- PREVENZIONE
- CURE DOMICILIARI
- INFORMAZIONE EDUCAZIONE EMPOWERMENT
- CONOSCENZA COMPETENZA

Aderenza alle terapie e strategie per migliorare l'uso sicuro ed efficace dei farmaci

La scarsa aderenza alle prescrizioni del medico è la principale causa di non efficacia delle terapie farmacologiche ed è associata a un aumento degli interventi di assistenza sanitaria, della morbilità e della mortalità, rappresentando un danno sia per i pazienti che per il sistema sanitario e per la società.
Per aderenza alla terapia si intende il conformarsi del paziente alle raccomandazioni del medico riguardo ai tempi, alle dosi e alla frequenza nell'assunzione del farmaco per l'intero ciclo di terapia.
Maggior aderenza significa infatti minor rischio di ospedalizzazione, minori complicanze associate alla malattia, maggiore sicurezza ed efficacia dei trattamenti e riduzione dei costi per le terapie. Com'è ormai noto, la popolazione anziana è quella più a rischio sotto il profilo dell'aderenza alle terapie, specie in compresenza di più patologie. L'Italia è al secondo posto in Europa per indice di vecchiaia, con intuibili conseguenze sull'assistenza sanitaria a causa del numero elevato dei malati cronici. L'aderenza alle terapie è pertanto fondamentale per la sostenibilità del SSN.

L'AIFA è impegnata in Italia e in Europa a promuovere schemi terapeutici efficaci e sicuri e una migliore educazione terapeutica e l'Italia (con l'AIFA), insieme alla Scozia e alla Spagna, guida il Gruppo d'Azione sull'aderenza e la prescrizione costituito nell'ambito della Partnership europea sull'invecchiamento attivo e in salute.

Esistono diverse strategie per migliorare l'uso sicuro ed efficace dei farmaci, e in primis l'aderenza alle prescrizioni, ma la ricerca in questo ambito non fornisce evidenze tali da distinguere in modo convincente quali siano efficaci e quali no.

I ricercatori del Cochrane Collaboration hanno recentemente proposto una panoramica aggiornata (la prima era stata pubblicata nel 2011) di revisioni sistematiche "Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews" che analizzano gli effetti degli interventi attuati nella pratica clinica per migliorare l'efficacia e la sicurezza delle terapie farmacologiche.

Il lavoro riassume le evidenze di 75 revisioni sistematiche pubblicate fino a marzo 2012 su *Cochrane Database of Systematic Reviews* e sul *Database of Abstracts of Review of Effect*, che riguardano sia malattie acute che croniche in popolazioni e contesti differenti e valutano una vasta gamma di strategie per migliorare l'uso dei farmaci, incluso il sostegno per il cambiamento dei comportamenti, la riduzione dei rischi e l'acquisizione di competenze. L'aderenza ai farmaci è l'outcome più comunemente riportato, seguito dalla conoscenza e dai risultati clinici.

Le strategie che sembrano migliorare l'utilizzo dei farmaci comprendono i programmi di auto-monitoraggio e auto-gestione dei medicinali, mentre sembrano promettenti i regimi semplificati di dosaggio e il coinvolgimento diretto dei farmacisti nella gestione dei farmaci. Altre strategie, come ad esempio le prescrizioni di antibiotici in ritardo, strumenti pratici (ad esempio confezioni pro-memoria); istruzioni o informazioni combinate con altre strategie (ad esempio, formazione di competenze di auto-gestione e consulenza) e incentivi finanziari possono avere anche alcuni effetti positivi, ma i dati a supporto sono meno consistenti.

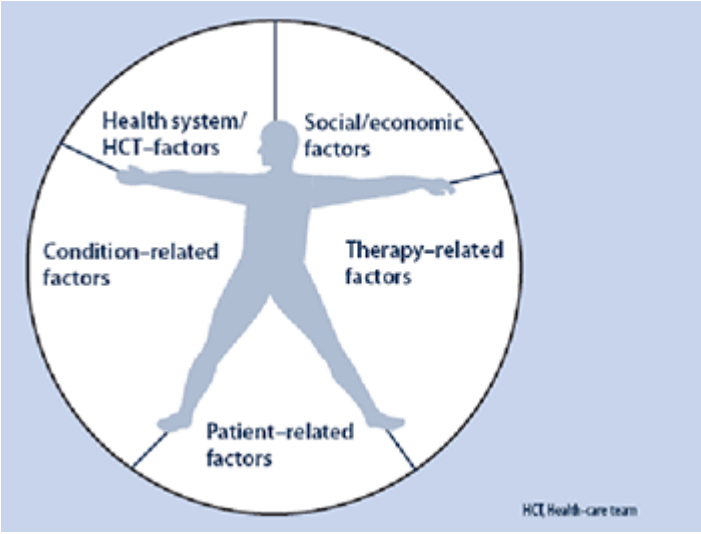
Alcune strategie, come la terapia direttamente osservata, possono essere inefficaci. Altre, come il fornire solo informazioni o istruzioni, producono effetti variabili, essendo poco efficaci per cambiare alcuni risultati (aderenza ai farmaci), pur migliorando la conoscenza, che è fondamentale per le scelte informate sui farmaci. Nonostante il raddoppio del numero delle revisioni incluse in questo aggiornamento – scrivono gli Autori – permane l'incertezza sugli effetti di molti interventi, e le evidenze su ciò che funziona sono particolarmente scarse per specifiche popolazioni, tra cui bambini e giovani e persone con multimorbilità.

Le cause della mancata o della scarsa aderenza ai trattamenti sono di varia natura e comprendono fattori socioeconomici, fattori legati al sistema sanitario ed al team di operatori sanitari, alla condizione patologica, al trattamento e al paziente. Tra gli esempi più comuni la complessità del trattamento, l'inconsapevolezza della malattia, il follow-up inadeguato, il decadimento cognitivo e la depressione, la scarsa informazione in merito alle terapie.

ADERENZA TERAPEUTICA

L'OMS la definisce come *Il grado di effettiva coincidenza tra il comportamento individuale del paziente e le prescrizioni terapeutiche ricevute dal personale sanitario curante*

L'aderenza: i cinque fattori interagenti



Fattori sociali ed economici
Fattori legati al Sistema Sanitario
Fattori relativi alla terapia
Fattori relativi alla condizione clinica
Fattori relativi al paziente

Multiple risk factor intervention trial. Risk factor changes and mortality results. Multiple risk factor intervention trial research group. Journal of the American medical association, 1982, 248:1465–1477.

Swain M S, Steckel S B (1981). Influencing adherence among hypertensives. Research nursing and health, 4:213–222.

L’aderenza terapeutica

Non c’è un profilo di paziente aderente o non aderente

L’impatto sull’aderenza al trattamento farmacologico:

- la gravità della malattia;
- la presenza e la gravità dei sintomi;
- l’andamento della malattia;
- la storia della malattia (eventuali precedenti trattamenti falliti);
- le comorbidità;
- la percezione del paziente relativamente alla patologia

L’aderenza terapeutica

Fattori correlati all’aderenza:

• la complessità del trattamento (numero di farmaci, numero di assunzioni, modalità di assunzione);

• la durata del trattamento;

• gli effetti collaterali;

• la velocità nella presentazione degli effetti del trattamento;

• il livello di informazione del paziente relativamente al trattamento;

• le aspettative del paziente;

• il timore di dipendenze;

• il sospetto di over prescrizione

L’aderenza terapeutica

Le caratteristiche del medico influenzano la relazione tra medico e paziente. Perché questa sia efficace il medico deve essere:

- capace di comunicare
- motivato a comunicare
- messo in condizioni di offrire una comunicazione valida e continuativa sull’aderenza.

L’aderenza è influenzata:

- ✓ dal valore che gli individui attribuiscono al trattamento e dalla motivazione a seguirlo: sintomi sufficientemente significativi e percepiti come acuti e trattabili,
- ✓ il trattamento deve offrire una rapida e notevole diminuzione dei sintomi stessi, minimo rischio di potenziali eventi avversi. L’aderenza è più bassa nelle malattie asintomatiche.

La relazione terapeutica

OMS (2003) → visione della qualità ed efficacia

ATMOSFERA POSITIVA

ESPLORAZIONE DELLE ALTERNATIVE TERAPEUTICHE

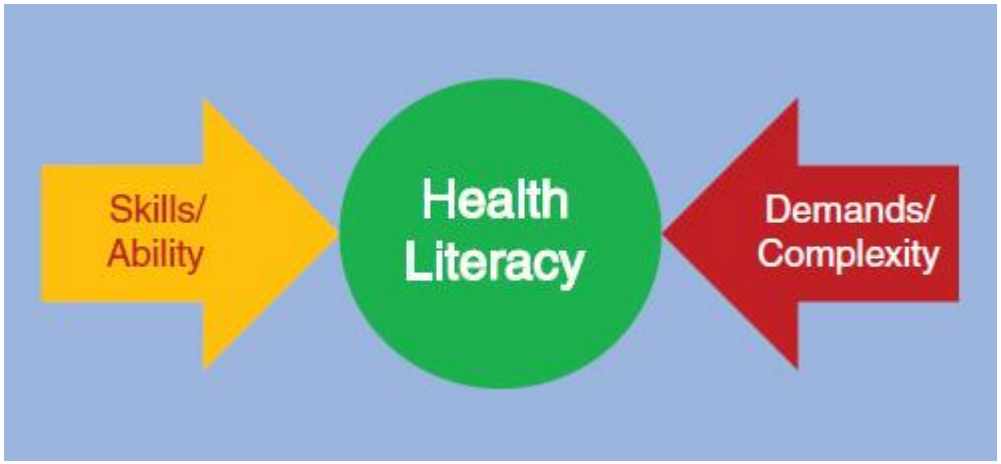
NEGOZIAZIONE DEL TRATTAMENTO

DISCUSSIONE DELLA POSSIBILITÀ DI ADESIONE

PROGRAMMAZIONE DI UN FOLLOW UP

Attenzione alle confezioni simili !!!!

Uguali colori e forme per i farmaci equivalenti !!!!



Educare il paziente ad automonitorarsi (es. glicemia – PA – n.passi….)

Educare il care giver (se presente)

Monitorare le persone nel tempo verificando gli esiti

Qualche volta dimentica di prendere le pillole per….?	SI	NO
Nelle ultime 2 settimane, ci sono stati dei giorni in cui non ha preso le medicine per…..?	SI	NO
Ha mai ridotto o smesso di prendere le medicine senza dirlo al suo medico, perché si sentiva male quando le prendeva?	SI	NO
Quando viaggia o esce di casa, a volte si dimentica di portare con se i farmaci?	SI	NO
Ha preso ieri le sue medicine per…..?	SI	NO
Quando sente che la sua malattia (es. pressione sanguigna) è sotto controllo, a volte smette di prendere le sue medicine	SI	NO
L'assunzione quotidiana dei farmaci è un vero e proprio disagio per alcune persone. Si sente mai infastidito o sente di avere delle difficoltà nell'attenersi al piano di trattamento della sua malattia (es. pressione sanguigna)?	SI	NO
Le capita di avere difficoltà a ricordarsi di prendere tutti i suoi farmaci per la sua malattia?	SI	NO

Ogni risposta positiva ha un punteggio di 0 ed ogni risposta negativa di 1:
punteggio < 6 : poco aderenti;
punteggio di 6-8: mediamente aderenti;
punteggio > 8 :molto aderenti.

(Morisky, Ang et al., 2008)

Aderenza terapeutica: infermiere primo riferimento del paziente. Fnopi su rapporto Cittadinanzattiva - 2018

Fattori esogeni

Alcuni fattori sono strettamente correlati alla patologia e alla condizione clinica della persona. Questi aspetti possono avere un impatto importante sull'aderenza. La popolazione anziana in condizione di cronicità è quella più a rischio sotto il profilo dell'aderenza alle terapie, specie in compresenza di più patologie. La condizione di più patologie nella persona anziana o affetta da cronicità può, infatti, aumentare il rischio di errore nell'assunzione della terapia, specie se la persona è costretta ad assumere un numero elevato di farmaci nell'arco della giornata. Sono frequenti gli errori nell'assunzione della terapia legati al trattamento terapeutico (preparazione difficoltosa, frequenza elevata di assunzione, effetti collaterali numerosi; interazione con altri prodotti/alimenti).

Ci sono poi fattori legati al sistema sanitario e alla sua organizzazione (carenza di personale, disorganizzazione nei servizi, poca collaborazione tra professionisti, etc.)

Fattori endogeni

Alcuni attengono alla sfera dei comportamenti. Dal lato del paziente accade spesso che la perizia nel seguire pedissequamente un piano terapeutico sia messa a dura prova dalla scarsa motivazione o dal senso di frustrazione nel non "percepire" esiti e benefici dalle cure.

.

Ci sono poi altri fattori quali quelli **economici e sociali** che riguardano la "capacità economica della persona" (acquisto delle terapie, accudimento da parte di un caregiver, etc.) ed ancora **motivi organizzativi** (lavoro/turnazione del personale sanitario; tempo dedicato alla relazione di cura; orari di apertura al pubblico, presenza di *case manager*, etc.); **carenze nei servizi** (distanza dal luogo di cura, etc.); **errore o difficoltà di interpretazione della prescrizione** (es. 1/2 cp die) o **fattori legati al trattamento terapeutico** (preparazione difficoltosa, frequenza elevata di assunzione, effetti collaterali numerosi; interazione con altri prodotti/alimenti); carenza o parziale **informazione, educazione**

8.2 L'aderenza alle terapie

L'Atlante delle disuguaglianze di AIFA riporta che i livelli medi di aderenza e persistenza al trattamento farmacologico calcolati a livello nazionale **sono in generale poco soddisfacenti, anche se per entrambi gli indicatori si osserva un gradiente decrescente Nord-Sud. In generale, le donne sono meno aderenti rispetto agli uomini per tutte le categorie terapeutiche analizzate, ad eccezione dei farmaci antiosteoporotici.** A livello nazionale si rileva che **l'aderenza e la persistenza sono maggiori nelle aree meno deprivate; tuttavia,** nella maggior parte dei casi l'interpretazione dell'andamento è resa difficile dalla notevole variabilità tra regioni.

Ipertensione

Il consumo di farmaci antipertensivi in Italia è maggiore negli uomini (170,8 DDD pro capite) rispetto alle donne (141,8 DDD pro capite), con differenze tra regioni in linea con la distribuzione geografica della prevalenza della patologia.

I tassi seguono un andamento in crescita dal terzile meno deprivato a quello più deprivato, in particolare nelle donne.

L'aggiustamento per indice di deprivazione riduce i consumi in misura maggiore nelle donne e nelle regioni meridionali.

L'aderenza è del 57,8% negli uomini e del 48,5% nelle donne mentre la persistenza è del 54,2% negli uomini e del 45,0% nelle donne, senza differenze statisticamente significative per terzile di deprivazione sia all'interno delle regioni che tra regioni.

Ipotiroidismo

Il consumo di preparati tiroidei in Italia è più elevato nelle regioni del Centro-Sud ed è maggiore nelle donne (13,02 DDD pro capite) rispetto agli uomini (3,4 DDD pro capite), coerentemente con l'epidemiologia della patologia. Per entrambi i generi si osserva un consumo maggiore nei soggetti più svantaggiati, con un andamento più marcato nelle donne residenti in alcune regioni del Centro, come Lazio e Marche.

Sia **l'aderenza che la persistenza al trattamento osservate nei soggetti che iniziano la terapia sostitutiva con preparati tiroidei sono complessivamente molto basse, in modo piùmarcato nelle donne rispetto agli uomini: 11,4% donne vs** 19,1% uomini per l'aderenza; 17,4% donne vs 23,9% uomini per la persistenza. Entrambi gli indicatori non risultano influenzati dal livello di deprivazione dell'area di residenza

Ipertiroidismo

Il consumo dei farmaci antitiroidei in Italia è complessivamente basso, con valori più elevati al Sud, coerentemente con l'andamento geografico dell'incidenza della patologia, e nelle donne (0,6 DDD pro capite) rispetto agli uomini (0,3 DDD pro capite). All'aumentare dell'indice di deprivazione il consumo aumenta al Nord e decresce al Centro-Sud. Anche **per l'aderenza e la persistenza al trattamento osservate nei soggetti che iniziano la terapia si registrano valori complessivamente bassi: aderenza 52,2% negli uomini e 45,2% nelle donne; persistenza 26,1% per gli uomini e 22,3% nelle donne.** Entrambi gli indicatori non sono influenzati dal livello di deprivazione dell'area di residenza.

Diabete

Il tasso di consumo di farmaci antidiabetici in Italia è più elevato negli uomini (21,8 DDD pro capite) rispetto alle donne (15,1 DDD pro capite), presenta un gradiente geografico Nord-Sud ed un gradiente crescente a sfavore dei soggetti residenti nelle aree più deprivate più accentuati nelle donne.

L'aggiustamento per indice di deprivazione riduce il valore dei tassi di consumo, in particolar modo nelle regioni meridionali.

L'aderenza alla terapia è bassa, 37,6% negli uomini e 31,6% nelle donne, ed è più elevata nei soggetti residenti nelle aree meno deprivate, mentre la persistenza ad un anno dall'inizio del trattamento è del 43,2% negli uomini e del 36,8% nelle donne, con differenze per indice di deprivazione meno accentuate. In entrambi i casi il profilo geografico non viene modificato dall'aggiustamento per indice di deprivazione.

BPCO

Il consumo di farmaci per BPCO in Italia è maggiore negli uomini (9,9 DDD pro capite) rispetto alle donne (6,5 DDD pro capite), è variabile tra le regioni e presenta valori tendenzialmente più alti al Centro-Sud rispetto al Nord.

Il tasso di consumo è maggiore nella fascia di popolazione residente nelle aree più svantaggiate. L'aggiustamento per indice di deprivazione porta ad una riduzione dei valori di consumo specialmente nelle province del Sud. **L'aderenza è del 36,1% negli uomini e del 30,5% nelle donne, leggermente più elevata nel terzile meno deprivato, mentre la persistenza è del 23,7% negli uomini e del 18,0% nelle donne.** Il confronto interno alle regioni nelle differenze tra terzili non permette di definire un pattern univoco e rileva differenze tra regioni per la maggior parte non statisticamente significative

Asma età pediatrica

Il consumo di farmaci antiasmatici nella popolazione pediatrica in Italia presenta una distribuzione concorde con quella dei dati epidemiologici disponibili sulla patologia: è maggiore nei maschi (2,3 DDD pro capite) rispetto alle femmine (1,6 DDD pro capite), ed è più elevato nel Centro Italia. Inoltre, il consumo è maggiore nei soggetti residenti nelle aree più deprivate, con valori pari a 2,3 DDD pro capite nei maschi e 1,6 DDD pro capite nelle femmine, ma si riduce in quasi tutte le province dopo standardizzazione per terzile di deprivazione, fenomeno leggermente più evidente nelle province del Sud, sia tra i maschi sia tra le femmine.

Fonte: Rielaborazione Salutequità su "Atlante delle disuguaglianze sociali nell'uso dei farmaci per la cura delle principali malattie croniche. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2021"

Gli elementi chiave di gestione della cronicità

ADERENZA	APPROPRIATEZZA
PREVENZIONE	CURE DOMICILIARI
INFORMAZIONE EDUCAZIONE EMPOWERMENT	CONOSCENZA COMPETENZA

APPROPRIATEZZA

«I risultati di un processo decisionale che assume il massimo beneficio netto per la salute del paziente nell'ambito delle risorse che la società rende disponibili»

da Il Manuale di formazione per il governo clinico – 2012

«Utilizzo corretto basato sulle evidenze e/o esperienza clinica e/o buone pratiche, di un intervento sanitario efficace, in paziente che ne possono effettivamente beneficiare in ragione delle loro condizioni cliniche»

APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

«erogazione di un intervento/prestazione in un contesto organizzativo idoneo e congruente, per quantità di risorse impiegate, con le caratteristiche di complessità dell'intervento erogate e con quelle cliniche del paziente»

da Il Manuale di formazione per il governo clinico – 2012

APPROPRIATEZZA CLINICA E HEALTH LITERACY

- Concetti correlati
- Contribuiscono a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria
- Contribuiscono a migliorare il coinvolgimento dei pazienti nella gestione della propria salute

Health literacy → capacità di una persona di ottenere – comprendere – utilizzare le informazioni relative alla salute per prendere decisioni informate perché sarà diventata capace di ascoltare, leggere e comprendere le indicazioni mediche, valutare criticamente le informazioni e saper comunicare con i curanti

Gli elementi chiave di gestione della cronicità

ADERENZA	APPROPRIATEZZA
PREVENZIONE	CURE DOMICILIARI
INFORMAZIONE EDUCAZIONE EMPOWERMENT	CONOSCENZA COMPETENZA

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Le cure domiciliari → cinque obiettivi principali

1. l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale

2. la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure

3. il supporto alla famiglia

4. il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione

5. il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale

Piano Nazionale della Cronicità - 1

MALATTIE RENALI CRONICHE E INSUFFICIENZA RENALE

MACRO ATTIVITA'
- Prevenzione e ritardo nell'evoluzione delle patologie croniche renali esitante in insufficienza renale cronica
- Diagnosi precoce delle malattie renali croniche attraverso la prevenzione dei fattori di rischio e delle malattie prevenibili
- Personalizzazione della terapia non dialitica e sostitutiva
- Mantenimento del buon stato di funzionamento e stadiazione dei bisogni per l'autonomia e il massimo livello di partecipazione sociale

MINISTERO DELLA SALUTE
AGENAS
REGIONE
AZIENDA SANITARIA
ASSOCIAZIONI

OBIETTIVI GENERALI
- Identificare le persone a rischio di sviluppare malattie renali croniche
- Ritardare l'insorgenza della insufficienza renale
- Personalizzare le terapie sostitutive e in fase predialitica nonché quelle in fase dialitica
- Favorire la domiciliarità del paziente
- Incrementare il numero di trapianti

OBIETTIVI SPECIFICI
- Definire il target di popolazione e la relativa stadiazione
- Individuare precocemente la MRC (stadio 1-2)
- Promuovere trattamenti appropriati e individualizzati del paziente inserito in un PDTA (stadio 3-5)
- Personalizzare la terapia dialitica mantenendo il paziente a domicilio (abitazione; RSA; Case di riposo; etc.).
- Promuovere un trattamento dietetico nutrizionale
- Incentivare il numero di trapianti da vivente

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE
1. Favorire la formazione dei MMG e PLS per la individuazione precoce delle malattie renali croniche e dei soggetti a rischio e promuovere l'appropriatezza nell'uso delle terapie
2. Sperimentare modelli di dialisi domiciliare sia peritoneale che di emodialisi utilizzando strumenti di teledialisi assistita.
3. Sviluppare studi che mirino a definire i criteri di personalizzazione delle terapie.
4. Promuovere la istituzione di unità operative specialistiche per le MRC, inserite nella rete nefrologica, con presenza di specialisti e personale infermieristico dedicato e consulenza di dietologi, psicologi, diabetologi, cardiologi.
5. Favorire l'applicazione di strumenti mirati alla individuazione dei fattori di progressione della malattia renale e delle sue traiettorie.
6. Implementare la personalizzazione della terapia conservativa.
7. Promuovere il rispetto dei criteri per la terapia conservativa favorendo l'utilizzo appropriato dei prodotti aproteici.
8. Sensibilizzare la popolazione generale, le istituzioni e i rianimatori per favorire le donazioni.
9. Incentivare il trapianto da vivente.
10. Utilizzare organi da donatori a cuore non battente.
11. Implementare modelli di valutazione del funzionamento della persona (ICF) con approccio biopsicosociale per la prevenzione e il contrasto della disabilità
12. Garantire la mobilità interregionale assicurando la possibilità di effettuare la dialisi, anche per brevi periodi, fuori dal luogo di residenza abituale.

RISULTATI ATTESI
- Riduzione della popolazione affetta da insufficienza renale cronica.
- Aumento, tra i soggetti in terapia dialitica, della domiciliarità delle prestazioni (dialisi peritoneale, emodialisi).
- Definizione dei criteri di personalizzazione delle terapie conservative e sostitutive.
- Mantenimento della domiciliarità dei pazienti affetti da MRC e riduzione delle istituzionalizzazioni.
- Incremento delle donazioni di organi e del numero dei trapianti di rene.

INDICATORI
- % di persone con insufficienza renale cronica sulla popolazione affetta da MRC
- % di soggetti affetti da insufficienza renale cronica che non si giovano della terapia dialitica indirizzati alla terapia conservativa (farmacologica e dietetica)
- Numero di soggetti con insufficienza renale cronica in teledialisi assistita

- ❑ DIETA
- ❑ DIALISI PERITONEALE
- ❑ MOBILITA' INTERREGIONALE PER ESECUZIONE DIALISI FUORI RESIDENZA ABITUALE

Piano Nazionale della Cronicità - 2

MALATTIA DI CROHN E RETTOCOLITE ULCEROSA

MACRO ATTIVITA'
- Metodologie e principi per la conduzione di studi epidemiologici sull' incidenza e la prevalenza delle MICI, delle loro complicanze e del loro andamento nel tempo
- Diagnosi precoce
- Identificazione dei casi complessi e aggressivi

AREA PEDIATRICA
- Transizione dalla gestione in età evolutiva all'età adulta
- Integrazione sociale

MINISTERO DELLA SALUTE

AGENAS

REGIONE

AZIENDA SANITARIA

ASSOCIAZIONI

OBIETTIVI GENERALI
- Implementare studi di popolazione e di stratificazione basati sullo stadio di gravita della patologia
- Identificare precocemente le MICI
- Migliorare la presa in carico con percorsi dedicati sia per l'adulto che in età pediatrica coerenti con il grado di complessità in particolare per i casi gravi e aggressivi
- Aumentare la cultura delle MICI nell'ambito sociale e favorire una transizione adeguata alle esigenze del bambino

OBIETTIVI SPECIFICI
- Migliorare la capacità degli MMG e dei PLS di identificare più precocemente possibile la malattia
- Migliorare la presa in carico del paziente nella fase acuta
- Identificare il più precocemente possibile i casi aggressivi
- Ridurre il carico economico della malattia sul paziente e sulla famiglia
- Migliorare il collegamento tra cure primarie e livello specialistico.

AREA PEDIATRICA
- Creare un network tra PLS e i centri di gastroenterologia pediatrica
- Migliorare l'informazione su aspetti clinici e terapeutici della patologia in ambito sociale (scuola, circoli sportivi, etc.) per una migliore comprensione delle esigenze del bambino con MICI
- Migliorare il collegamento tra cure primarie e livello specialistico.

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE
1. Identificare e sperimentare modelli prospettici di stratificazione della popolazione con MICI, basati sul bisogno di assistenza, che consentano di disegnare specifiche azioni per ciascun gruppo con particolare attenzione ai soggetti che soffrono di forme aggressive
2. Promuovere la formazione degli MMG e PLS per migliorare la capacità di identificare precocemente la malattia
3. Favorire l'applicazione di PDTA dedicati coerenti con le linee guida e con i bisogni clinici dei pazienti complessi.
4. Diffondere e implementare linee guida per il trattamento chirurgico della diagnosi intra-operatoria o delle complicanze.
5. Definire criteri per caratterizzare le strutture con esperienza nella gestione delle malattie gastrointestinali croniche

AREA PEDIATRICA
1. Definire protocolli per migliorare il processo di transizione pediatria/adulto e di inclusione e integrazione sociale
2. Sperimentare modelli di integrazione sociale
3. Sperimentare modelli di transizione dalla gestione pediatrica a quella dell'adulto
4. Programmare incontri di aggiornamento per i PLS sui criteri di diagnosi e di follow-up
5. Migliorare la performance delle strutture pediatriche con esperienza nel trattamento delle MICI

RISULTATI ATTESI
- Aumento del numero di soggetti diagnosticati precocemente (entro 6 mesi dalla comparsa dei primi sintomi)
- Aumento del numero di modelli di integrazione sociale e di transizione

INDICATORI
- % di soggetti con diagnosi entro 6 mesi dalla comparsa della sintomatologia
- % di studi sui modelli di integrazione sociale e transizione in ambito pediatrico

- IDENTIFICARE PRECOCEMENTE LA MALATTIA
- LINEE GUIDA PER TRATTAMENTO CHIRURGICO DIAGNOSI INTRA OPERATORIA O DELLE COMPLICANZE
- CRITERI PER LE STRUTTURE DA CLASSIFICARE PER LA GESTIONE DELLE MALATTIE GASTROINTESTINALI

Piano Nazionale della Cronicità - 3

INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (scompenso cardiaco)

MACRO ATTIVITA'
- Percorsi assistenziali per i pazienti più complessi
- Continuità assistenziale e assistenza domiciliare
- Teleassistenza

ASSOCIAZIONI

MINISTERO DELLA SALUTE

AGENAS

REGIONE

AZIENDA SANITARIA

OBIETTIVI GENERALI
- Prevenire le riacutizzazioni e la progressione della malattia con una gestione attiva e intensiva del paziente nel suo domicilio utilizzando anche la telemedicina ed evitando ospedalizzazioni inappropriate

OBIETTIVI SPECIFICI
- Favorire la diffusione e la implementazione di linee guida e PDTA
- Ridurre la frammentazione dei percorsi
- Implementare modelli di monitoraggio della stabilità clinica del paziente nel territorio attraverso una organizzazione che tenga il più possibile a domicilio il paziente
- Migliorare la formazione del personale sanitario e non nella gestione della malattia
- Implementare l'uso della telemedicina e del controllo a distanza dei pazienti più anziani, in particolare nelle aree più disagiate
- Garantire un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE
1. Favorire l'implementazione dei PDTA per i pazienti con scompenso cardiaco
2. Promuovere la diffusione di un modello organizzativo che garantisca la gestione bidirezionale integrata della persona tra il dipartimento cardiologico ospedaliero e i servizi del territorio
3. Promuovere forme di collaborazione professionale intra ed extra ospedaliere, finalizzate al miglioramento dell'assistenza, anche all'interno di ambulatori dedicati, in particolare per i pazienti con scompenso cardiaco avanzato, a più alta complessità di cura e per i portatori di dispositivi cardiaci
4. Promuovere l'adozione di forme di assistenza domiciliare e/o teleassistita (telemonitoraggio-telemedicina) per parametri vitali e/o predittori di riacutizzazione

RISULTATI ATTESI
- Aumento del numero di soggetti seguiti a domicilio
- Aumento dei casi seguiti in teleassistenza

INDICATORI
- % di soggetti in assistenza domiciliare
- % di pazienti seguiti a domicilio e in teleassistenza

- GESTIONE INTEGRATA TRA SERVIZI OSPEDALIERI E DEL TERRITORIO
- TELEMEDICINA COME PREDITTORE DI RIACUTIZZAZIONE

Piano Nazionale della Cronicità - 4

MALATTIA DI PARKINSON E PARKINSONISMI

MACRO ATTIVITA'

- Diagnosi precoce e impostazione terapeutica comprese le terapie complesse(infusive e chirurgiche)
- Interventi collegati alla disabilità
- Mantenimento del buon stato di funzionamento e stadiazione dei bisogni per l'autonomia e il massimo livello di partecipazione sociale

ASSOCIAZIONI

MINISTERO DELLA SALUTE

AGENAS

REGIONE

AZIENDA SANITARIA

OBIETTIVI GENERALI

- Migliorare la conoscenza della dimensione multidisciplinare e della complessità della gestione della patologia e ridurre la disomogeneità degli interventi attuati sul territorio nazionale
- Ridare piena autonomia e stabilità clinica al paziente

OBIETTIVI SPECIFICI

- Migliorare la formazione dei professionisti per una gestione multidisciplinare del paziente
- Promuovere un monitoraggio adeguato delle terapie farmacologiche con una personalizzazione della terapia farmacologica per le differenti esigenze dei singoli con particolare attenzione per le condizioni di fragilità e/o esclusione sociale.
- Favorire la realizzazione di strutture con disponibilità di terapie complesse infusive (apomorfina e duodopa) e chirurgiche (stimolazione cerebrale profonda).
- Promuovere l'adozione di PDTA nazionali condivisi, codificati per ogni fase di malattia, sulla base dei bisogni assistenziali
- Promuovere un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato (Progetto Riabilitativo Individuale).

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. Promuovere la formazione degli operatori delle cure primarie (MMG, infermieri) per indirizzare il sospetto diagnostico.
2. Migliorare la formazione dei professionisti sanitari per la gestione multidisciplinare del paziente.
3. Promuovere interventi per omogeneizzare le indicazioni terapeutiche spesso non aderenti alle linee guida.
4. Applicazione dei percorsi riabilitativi.
5. Avviare indagini conoscitive sui dati epidemiologici regionali e sulla consistenza delle proprie strutture dedicate.
6. Migliorare la conoscenza del numero dei soggetti con Parkinson e parkinsonismi
7. Definire criteri obiettivi (numero di pazienti trattati, disponibilità di risorse per diagnosi e cura, aderenza a linee guida, ecc.) per l'individuazione di strutture ospedaliere e strutture ambulatoriali territoriali dedicate e verificare la rispondenza delle strutture
8. Promuovere la revisione dei criteri di "appropriatezza" del processo terapeutico/riabilitativo (ricoveri trattamenti farmacologici, trattamenti riabilitativi) con particolare attenzione ai momenti di cambiamento sintomatologico e all'aggravamento della disabilità
9. Favorire l'adozione di strumenti di gestione condivisi e accessibili ai differenti livelli dagli operatori della Rete.
10. Favorire la realizzazione di strutture con disponibilità di terapie complesse infusive (apomorfina e duodopa) e chirurgiche (stimolazione cerebrale profonda).

RISULTATI ATTESI

- Diagnosi precoce entro i tempi stabiliti dalle linee guida
- Omogeneità dei percorsi diagnostici, di follow-up e riabilitativi

INDICATORI

- % di pazienti con diagnosi entro i tempi previsti dalle linee guida
- % di pazienti inseriti in un PDTA che assicuri l'aderenza alle linee guida e le risposte ai bisogni complessi dei pazienti

- RENDERE OMOGENEE LE INDICAZIONI TERAPEUTICHE RISPETTO LE LINEE GUIDA
- REVISIONE DEI CRITERI DI APPROPRIATEZZA DEL PROCESSO TERAPEUTICO/RIABILITATIVO PER MOMENTI DI CAMBIAMENTO SINTOMATICO E AGGRAVAMENTO DISABILITA'

Piano Nazionale della Cronicità - 5

BPCO e IRC

MACRO ATTIVITA'
- Programmi nazionali di prevenzione e controllo dei fattori di rischio
- Favorire un percorso di adeguato ai bisogni del paziente nel rispetto de linee guida

MINISTERO DELLA SALUTE
AGENAS
REGIONE
AZIENDA SANITARIA
ASSOCIAZIONI

OBIETTIVI GENERALI
- Migliorare la consapevolezza sulla patologia e sui fattori di rischio ad essa collegati a livello politico e sociale
- Prevenire le riacutizzazioni e la progressione della malattia con una gestione attiva e intensiva della persona nel suo domicilio utilizzando anche la telemedicina ed evitando ospedalizzazioni inappropriate
- Migliorare l'aderenza alla profilassi, terapia farmacologica e riabilitativa
- Creare livelli intermedi di assistenza fra ospedale e domicilio, tra cure primarie e ospedaliere

OBIETTIVI SPECIFICI
- Cessazione del fumo
- Controllo dell'inquinamento indoor e outdoor-educazione sanitaria
- Educazione del paziente/caregiver all'autogestione della malattia
- Prevenzione delle riacutizzazioni
- Migliorare la qualità sia clinica sia strutturale, tecnologica e operativa delle strutture di cura
- Sensibilizzare e attivare la formazione dei MMG per l'individuazione dei soggetti a rischio di insufficienza respiratoria e loro invio precoce nelle strutture ospedaliere/specialistiche per evitare condizioni complicanti
- Prevenire infezioni
- Favorire gli interventi di riabilitazione respiratoria
- Garantire presa in carico unitaria della persona con IRC da MNM
- Garantire un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE
1. Implementare una carta di rischio respiratorio
2. Incrementare programmi e adottare strumenti che aumentino la consapevolezza sulla patologia
3. Implementare l' Integrazione multidisciplinare e multiprofessionale adottando i PDTA
4. Incrementare programmi che sviluppino l'empowerment del paziente e che rendano i professionisti sanitari e non sanitari consapevoli dell'importanza dell'aderenza sia farmacologica che tecnologica individuando strumenti che facilitino la compliance
5. Strutturare in maniera appropriata l'assistenza domiciliare (ossigenoterapia e ventiloterapia) ponendo attenzione alle cure di fine vita
6. Sperimentare modelli di strutture intermedie rispondenti a criteri strutturali, operativi, organizzativi, omogenei a livello nazionale
7. Implementare la riabilitazione respiratoria
8. Mettere a regime i modelli basati su sistemi di monitoraggio a distanza (telemedicina)
9. Sensibilizzazione e formazione dei MMG per l'individuazione dei soggetti a rischio di IRC i e loro invio precoce nelle strutture ospedaliere/specialistiche per evitare condizioni complicanti
10. Potenziare l'assistenza domiciliare e prevedere programmi di addestramento del caregiver
11. Favorire la valutazione del funzionamento della persona(ICF) con approccio biopsicosociale
12. Garantire la mobilità interregionale assicurando la possibilità di effettuare l'ossigenoterapia, anche per brevi periodi, fuori dal luogo di residenza abituale

RISULTATI ATTESI
- Aumento della popolazione curata a domicilio, anche attraverso forme di teleassistenza
- Riduzione delle ospedalizzazioni

INDICATORI
- % di popolazione con BPCO grave e IRC curata a domicilio rispetto alla popolazione affetta da BPCO grave e IRC.
- % di popolazione inserita in programmi domiciliari che abbia avuto necessità di una o più ospedalizzazioni
- % di popolazione con BPCO grave e IRC ospedalizzata e dimessa (SDO) rispetto al trend dell'anno precedente

- STRUTTURARE IN MODO APPROPRIATO L'ASSISTENZA DOMICILIARE PER OSSIGENO TERAPIA E VENTILOTERAPIA
- ATTENZIONE ALLE CURE NEL FINE VITA
- TELEMEDICINA
- PREVEDERE PROGRAMMI DI ADDESTRAMENTO DEL CAREGIVER

scenario nazionale
1. il livello centrale

I PIANI SANITARI NAZIONALI (PSN) E LA MODIFICA DEL TITOLO V DELLA COSTITUZIONE

nuovo assetto dei rapporti tra lo stato e le Regioni → modifica del titolo V della Costituzione e dalla individuazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).
Il Dpcm 29 novembre 2001 e successive integrazioni ha rappresentato l'avvio di una nuova fase per la politica sanitaria

IL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE (PNP)

macro obiettivo → il PNP 2014-2018 prevede la riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità di patologie croniche attraverso un approccio che comprenda strategie di popolazione (di comunità) e strategie sull'individuo

scenario nazionale
2. i modelli regionali per la presa in carico della cronicità

ELEMENTI COMUNI AI MODELLI REGIONALI PER LA PRESA IN CARICO DEI SOGGETTI CRONICI

La necessità di superare la frammentazione dell'assistenza sanitaria nel territorio

L'adozione di modalità operative per favorire il passaggio da un'assistenza "reattiva" a un'assistenza "proattiva"

Una assistenza basata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale

Il riconoscimento che l'assistenza primaria rappresenta il punto centrale (hub) dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema, con un ruolo cardine svolto dal distretto

Una maggiore caratterizzazione e definizione delle funzioni delle diverse figure professionali, mediche e non

La possibilità di definire sedi fisiche di prossimità sul territorio per l'accesso e l'erogazione dei servizi

PIANO STRATEGICO 2018-2023 FVG

Approvato dalla Giunta regionale l'8 febbraio 2019 - raccoglie gli obiettivi politici strategici del Programma di governo e illustra, per la durata della legislatura, le strategie per i diversi ambiti di attività individuati dalle Linee Strategiche:

1 - **Famiglia e benessere delle persone**
2 - Sicurezza
3 - Identità e autonomie locali
4 - Compettività e occupazione
5 - Grandi infrastrutture e Piano unitario del territorio
6 - Mondo agricolo e ambiente
7 - Cultura e turismo di qualità
8 - Semplificazione, fiscalità e autonomia

Le prime due Linee strategiche si occupano di benessere che va perseguito seguendo tre direttrici che corrispondono ad altrettanti diritti: salute, protezione sociale, sicurezza. Il benessere dell'individuo, della famiglia e della comunità è diretto a restituire piena dignità a tutti i cittadini prestando attenzione alle fasce più fragili della popolazione

Si vuole **rafforzare l'integrazione tra i servizi assistenziali e sanitari** in modo da garantire una presa in carico della persona nella sua totalità. Mettere al centro l'utente, con tutte le sue sfaccettature, esaltandone le differenze, permette di riconoscerle e costituisce la vera forza di un sistema sociosanitario equo e costo-efficace, in grado di **fornire prestazioni appropriate** sull'intero territorio regionale

PIANO STRATEGICO 2018-2023 FVG

Per la governance del sistema socio sanitario si rende necessario individuare un'equilibrata e coerente **distinzione tra le prestazioni delle strutture ospedaliere e del servizio territoriale,** istituendo un unico punto di governo per la pianificazione, il coordinamento e il controllo

La distinzione tra gli ospedali "hub" e i presidi ospedalieri territoriali "spoke" permetterà di attuare una ridistribuzione delle attività programmate fra i diversi centri

L'obiettivo di **garantire il benessere delle persone** si persegue non solo per la salute ma anche effettuando **azioni di protezione sociale** rivolte alle fasce più delicate della cittadinanza

Nell'ambito della disabilità e della non autosufficienza sia di tipo sanitario che sociale, il centro deve essere la persona con le sue specificità, in modo da predisporre progetti di sviluppo e crescita che rinforzino le **capacità di autodeterminazione e le abilità residue**

Riguardo alla non autosufficienza, è necessario prediligere **azioni proattive all'incremento e al mantenimento della salute e delle competenze sociali**, favorendo contesti di cura domiciliari, la sperimentazione di soluzioni abitative innovative e la riqualificazione della rete dei servizi residenziali con il supporto del Servizio Sociale comunale

https://www.regione.fvg.it/rafvg/export/sites/default/RAFVG/GEN/piano-strategico-2018/allegati/PianoStrategico_2018_2023.pdf

Dalla *Delibera della Regione FVG 1484 2022*

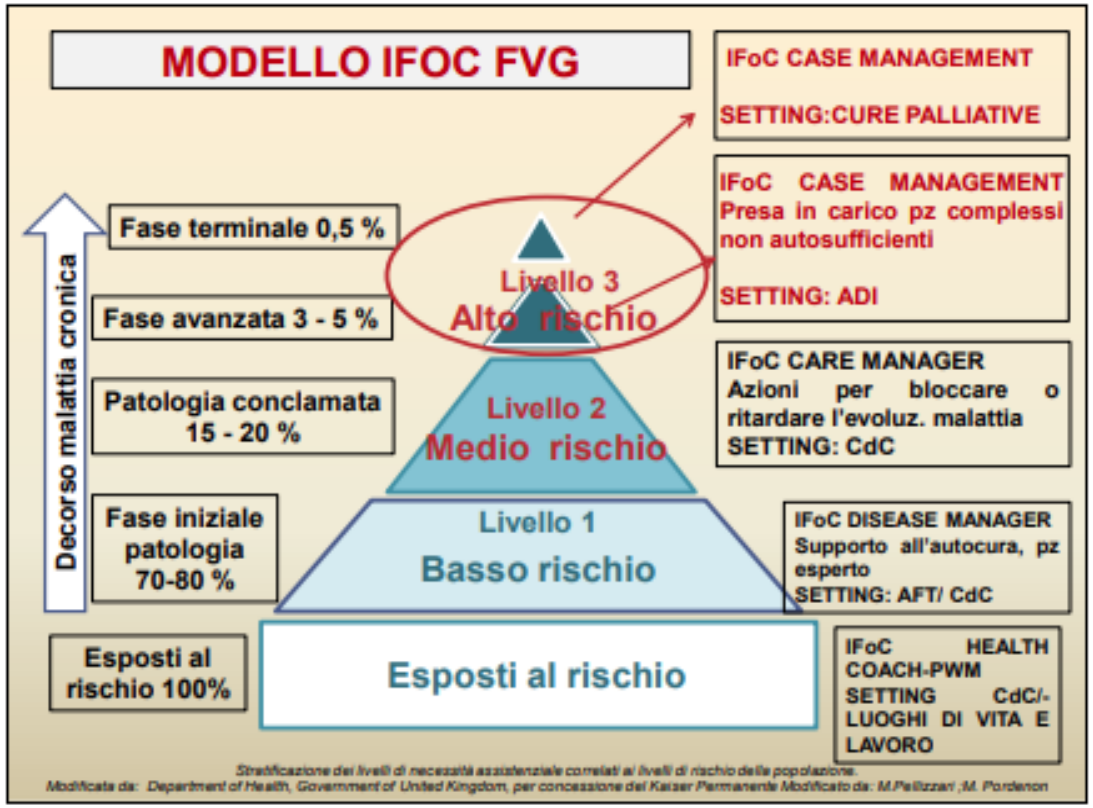


Figura 8. Stratificazione dei livelli di necessità assistenziale correlati ai livelli di rischio della popolazione. Modificata da: Department of Health, Government of United Kingdom, per concessione del Kaiser Permanente. Modificato e aggiornato 2021 da Pellizzari M, Pordenon M.

Le funzioni di *Health Coach* e di *Population Wide Management*

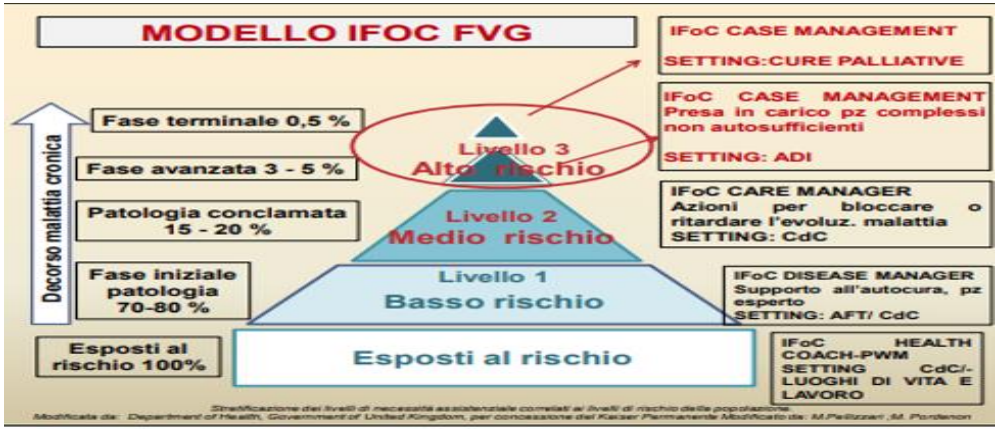
Definizione e competenze specifiche: l'IFoC con la funzione di *Health Coach* (HC) agisce nel contesto della comunità civile rappresentata dalla popolazione sana al fine di promuovere la salute attraverso la partecipazione attiva da parte della comunità addestrando/formando dei leader informali appartenenti alla comunità affinché si realizzi la formazione tra pari per determinati target di utenza.

Le competenze specifiche per entrambe le funzioni sono orientate alla comunità e ad interventi di promozione e di mantenimento della salute. La funzione è prevalentemente di tipo educativo, i professionisti che agiscono entrambe le funzioni diventano attori del territorio al servizio della comunità per la promozione del benessere e della salute delle persone e dei gruppi.

Target d'utenza: popolazione sana e a potenziale rischio di esposizione a malattie croniche presente nei principali luoghi di vita e di lavoro tra cui ad esempio le scuole, le associazioni culturali, sportive, di volontariato, le imprese di beni e di servizi.

Setting: luoghi di vita e di lavoro nella comunità in un territorio di riferimento.

Indicatori: per misurare l'efficacia degli interventi attuati, gli indicatori possono essere riferiti a modifica dei determinanti alla salute come ad esempio gli stili di vita, la riduzione di incidenti nella comunità in relazione al *setting* di intervento.



La funzione di *Disease Manager*

Definizione e competenze specifiche: l'IFoC *Disease Manager* (DM) collabora alla presa in carico proattiva attraverso *follow-up* delle persone portatrici di una malattia cronica con iniziale danno d'organo e autonomia funzionale conservata. L'obiettivo della presa in carico è quello di rafforzare l'autocura della persona e l'autogestione della malattia attraverso un approccio sistemico ed *evidence based* alle patologie croniche e mediante un sistema di interventi coordinati e di comunicazioni/informazioni con il paziente che generano un impatto positivo sul livello di *compliance* e gestione della patologia. L'IFoC DM contribuisce alla realizzazione dei percorsi di diagnosi e terapia dei malati cronici inseriti in un apposito registro di patologia.

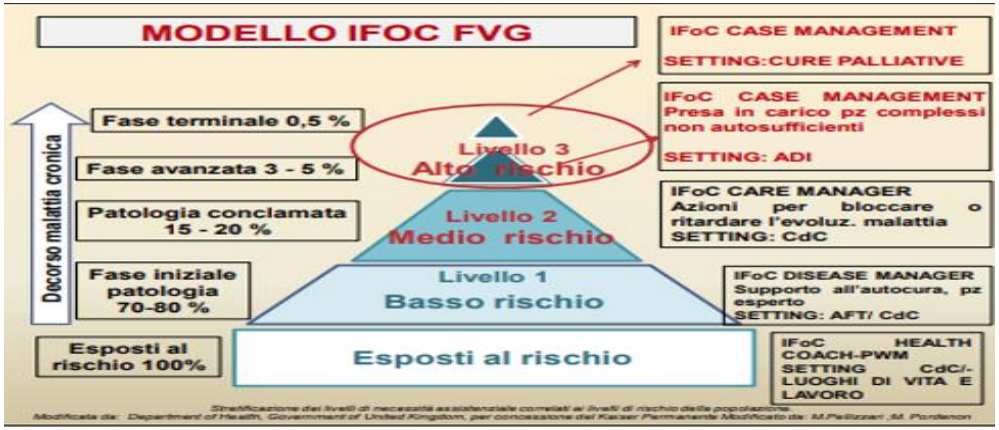
L'esercizio di questa funzione richiede competenze specifiche che attengono alla presa in carico proattiva, al follow-up, al monitoraggio clinico, all'educazione terapeutica. La sua funzione è volta

principalmente a rafforzare l'autocura come capacità di adattamento e di auto-gestione della persona con malattia cronica, nell'ottica dell'*empowerment* al fine di trasmettere conoscenze e competenze alla persona e ai suoi familiari affinché riescano a gestire nel miglior modo possibile i problemi di salute e prevenirne le complicanze.

Target d'utenza: persone a bassa complessità assistenziale con malattie croniche non complicate.

Setting: ambulatorio infermieristico e nella fattispecie nelle AFT che insistono all'interno delle Case della Comunità (*Hub e Spoke*), in forte collaborazione con il MMG.

Indicatori: per misurare l'efficacia degli interventi attuati, gli indicatori possono essere riferiti a livelli di compenso della patologia, ricorso ai servizi sanitari, aumento della capacità di autocura, *compliance* terapeutica, aderenza ai PDTA.



La Funzione di *Care Manager*

Definizione e competenze specifiche: l'IFoC con funzione di *Care Manager* (CrM) collabora e assicura la presa in carico proattiva attraverso il monitoraggio e il *follow-up* delle persone portatrici di più malattie croniche, della gestione e del coordinamento del processo di cura dei pazienti allo scopo di ritardare il più possibile l'evoluzione verso la non-autosufficienza e l'aggravarsi della malattia. Per le persone incluse in questo livello di rischio con una maggiore complessità assistenziale e una condizione di comorbidità emerge un forte bisogno di coordinamento (ad esempio tra la medicina di base e quella specialistica), di presa in carico integrata, di continuità delle cure e di educazione terapeutica. La telemedicina diventa un utile strumento a supporto del processo di presa in carico per la prevenzione delle complicanze e il monitoraggio sullo stato di salute.

Target d'utenza: persone a media complessità assistenziale portatrici di malattie croniche con multimorbidità e danni d'organo presenti ma ancora contenibili e con livelli di autonomia funzionale e capacità di self care conservati.

Setting: ambulatori infermieristici delle Case della Comunità (*Hub e Spoke*), domicilio, servizi ambulatoriali in collaborazione con la medicina di gruppo.

Il driver della funzione di *care manager* sono le cure primarie di equipe. Oltre alla forte integrazione tra professionisti è necessario un coordinamento tra i nodi della rete anche grazie al coinvolgimento attivo del MMG che esercita il ruolo di referente clinico sia per la persona ed i familiari che per tutti i professionisti impegnati nel progetto di salute.

Indicatori: per misurare l'efficacia degli interventi attuati, gli indicatori possono essere riferiti a contenimento e riduzione delle complicanze in relazione alle principali comorbidità, grado di aderenza terapeutica, ricorso ai servizi sanitari, compenso clinico.

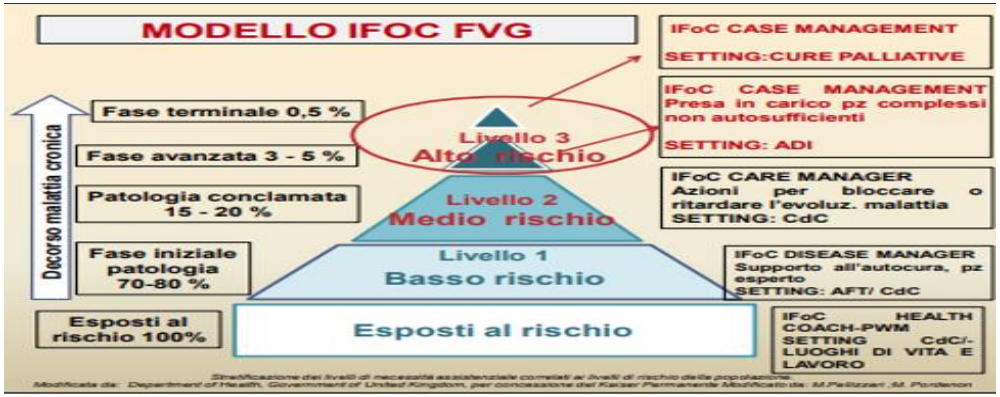
La funzione di *Case Manager*

Definizione e competenze specifiche: l'IFoC con funzione di *Case Manager* (CsM) è il professionista che riassorbe le funzioni svolte nei SID e sviluppa la dimensione della proattività e quella sociale dell'assistenza. Assicura l'assistenza infermieristica generale nell'ottica del *self-help* in collaborazione con tutte le risorse formali ed informali presenti nella comunità, perseguendo l'integrazione multi-professionale. L'IFoC CsM pone al centro il cittadino, i suoi famigliari e la comunità e li considera all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che lo generavano.

L'IFoC CsM non è solo un erogatore di *care*, ma attivatore di potenziali di *care*, che insistono in modo latente nella comunità e che portati alla luce sprigionano una serie di beni cognitivi, affettivi, emotivi e di legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico. L'infermiere esprime il suo agito professionale non solo nella prestazione, ma nella mobilizzazione di risorse informali che hanno già ricevuto forme di *welfare* e che restituiscono al sistema nuove energie e potenzialità contribuendo allo sviluppo del cosiddetto welfare generativo.

Target d'utenza: persone con bisogni complessi, con compromissione dell'autonomia funzionale e/o in stato di terminalità. La funzione assicura la presa in carico per le cure a lungo termine delle persone con malattie croniche in stato avanzato (presa in carico globale della persona e della famiglia nel suo contesto di vita), la creazione di un ambiente terapeutico, la garanzia di seguire nel tempo i problemi e la continuità tra i diversi *setting* di cura.

Setting: Livello ambulatoriale, domiciliare, comunitario.



A livello ambulatoriale l'IFoC CsM eroga l'assistenza a tutte le persone che sono in grado di deambulare e che necessitano di interventi tecnico-prestazionali o di educazione – promozione alla salute. Un elemento logistico ritenuto strategico e irrinunciabile per attivare percorsi di integrazione efficaci è l'ubicazione dell'ambulatorio infermieristico accanto al luogo di attività dell'assistente sociale e del MMG. Ciò facilita il riconoscimento di una sede socio-assistenziale e di conseguenza l'integrazione delle due aree.

A livello domiciliare, l'IFoC CsM eroga l'assistenza a tutti gli utenti che non possono recarsi in ambulatorio per gravi patologie o per difficoltà alla deambulazione che necessitano di assistenza infermieristica ad alta complessità, con carattere di continuità, con bassi livelli di autonomia che abbisognano di periodiche prestazioni sanitarie.

A livello comunitario, l'IFoC svolge attività trasversali di implementazione dell'integrazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali ed informali presenti sul territorio. La telemedicina diventa un utile strumento a supporto del processo di presa in carico per la prevenzione delle complicanze ed il monitoraggio sullo stato di salute.

FVG: LA FORMAZIONE REGIONALE DELL'IFoC

I requisiti formativi sono da definire con un ordine temporale differenziato. Se da un lato si riconosce la necessità di considerare rilevante prevedere un percorso di formazione specifica con l'acquisizione di titoli accademici (ad es. master in Infermieristica di famiglia o Comunità), dall'altro occorre considerare fondamentale avviare tempestivamente l'organizzazione dell'assistenza territoriale come indicato dal DM 77/2022.

Si ritiene quindi necessario individuare infermieri per i quali sia possibile valorizzare l'esperienza acquisita, la motivazione e l'interesse all'ambito territoriale dell'assistenza.

Tenuto conto della necessità di disporre di IFoC per l'implementazione di quanto previsto nella Missione 6 C1 del già citato PNRR, la Regione FVG ritiene necessario procedere con la progettazione di iniziative formative regionali che permettano di acquisire competenze specifiche.

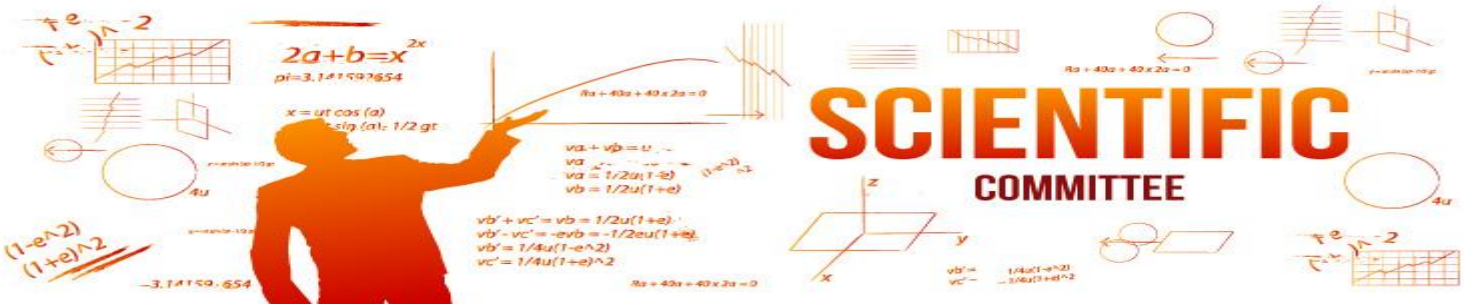
Tali iniziative dovranno rispettare, come indicato nelle Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale 2022 (DGR 321 dd 11.03.2022) punto 10.3.3.1 "*Percorso competenze avanzate comparto*", gli standard indicati nell'allegato I "*Corso di formazione complementare regionale*" previsti nel documento della Conferenza delle Regioni e Provincie Autonome "*Percorsi applicativi degli articoli 16-23 del CCNL 2016-2018 del comparto sanità relativamente agli incarichi di funzione di tipo professionale (reperto 20/17/CR6a/C7)*". Sulla base del Contratto Collettivo e secondo quanto previsto dal documento della Conferenza delle Regioni e Province Autonome sopra richiamato, è previsto che le Regioni attivino percorsi formativi dedicati alla crescita professionale specialistica del comparto, fatti salvi i master universitari specialistici.

La formazione, attivata in collaborazione con le aziende del SSR, e d'intesa con gli Atenei, sarà oggetto di accreditamento ECM, e potrà avvenire anche con modalità *blended* e formazione sul campo, per permettere agli infermieri di agire le proprie competenze nell'ambito delle cure comunitarie. Potrà inoltre essere riconosciuta e considerata anche ai fini dell'eventuale accesso a percorsi accademici.

Sarà costituito, con l'adozione di apposito atto dirigenziale, un comitato scientifico che coinvolgerà rappresentanti della Regione FVG, delle Università degli Studi di Udine e Trieste e delle Aziende Sanitarie per la formazione dei professionisti. Il Comitato Scientifico ha il compito di assicurare l'adeguatezza e la coerenza dei contenuti e delle metodologie del corso regionale.

A tal fine, svolge le seguenti funzioni:

- approva la struttura del percorso formativo;
- valida il contenuto e il materiale didattico del corso;
- approva l'elenco dei docenti;
- approva le regole per le verifiche di apprendimento intermedie e finali;
- definisce i requisiti di accesso al corso regionale;
- valuta gli esiti della Formazione e la qualità erogata attraverso lo sviluppo di sistemi di misura specifici.



I partecipanti ai percorsi formativi saranno individuati dalle Aziende Sanitarie del SSR, in coerenza con i programmi Regionali di attuazione del PNRR e in particolare con l'attivazione graduale e/o sviluppo delle seguenti Strutture-Funzioni:

- Case della Comunità (Hub e Spoke);
- AFT;
- Cure domiciliari, ADI –SID.

I requisiti di accesso al percorso formativo regionale sono definiti dal Comitato Scientifico tenuto conto dell'esperienza dei professionisti che operano in ambito territoriale.

La progettualità formativa sarà inserita nel Piano della Formazione Regionale e affidata ad ARCS che potrà, eventualmente, attivare le specifiche iniziative anche in collaborazione con gli altri provider ECM del SSR.

La formazione è costituita da una parte teorica e una parte pratica. Complessivamente per la parte teorica si prevedono circa 90 ore di lezione frontale articolate in più moduli come da allegato 2 (alcuni moduli teorici potranno essere attivati in modalità FAD). Per quanto riguarda il tirocinio, lo standard atteso è di circa 200 ore: potrà essere svolto in parte con riconoscimento "*on the job*" in un *setting* appropriato a favorire l'apprendimento esperienziale.

Nella docenza e nel tutorato potrà essere coinvolto sia personale universitario, sia personale del SSR.

ARCS
Azienda Regionale
di Coordinamento
per la Salute

REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Dalla *Delibera della Regione FVG 1484 2022*

Transitional Care

Il *Transitional Care* è l'insieme delle azioni volte a garantire il coordinamento e la continuità delle cure ricevute dal paziente trasferito al proprio domicilio o durante il trasferimento ad altri livelli di cura (Parry et al, 2008). Il *Transitional Care* applicato all'infermieristica di comunità declina il ruolo dell'IFoC nella transazione/continuità delle cure da un *setting* all'altro.

Il DM 77/2022 attribuisce alle centrali operative territoriali (COT) un ruolo significativo nella gestione e nel miglioramento delle transizioni, a garanzia della continuità assistenziale.

ALLEGATO n. 1: FVG - Modello delle competenze IFoC

DOMINIO	MACRO COMPETENZA	COMPETENZA SPECIFICA
ASSISTENZA	Gestire i percorsi assistenziali della persona/famiglia/comunità	Valutare il contesto sociale, culturale ed economico in cui vive il paziente
		Identificare e valutare lo stato di salute e i bisogni sanitari di individui e famiglie nel contesto delle loro culture e comunità
		Valutare con approccio multidimensionale i bisogni di salute della persona in tutte le fasi della vita, delle famiglie e della comunità attraverso l'utilizzo di strumenti validati e assicurare la progettazione dei piani assistenziali individuali
		Partecipare alla definizione di percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali per utenti cronici inseriti in appositi registri di patologia o fragilità
		Aderire agli standard assistenziali e valutare i risultati delle attività infermieristiche a domicilio e in comunità
		Effettuare prescrizioni e trattamenti terapeutici
		Monitorare il grado di stabilità e fornire assistenza a lungo termine a persone affette da malattie croniche e rare in tutte le fasi della vita e delle persone con livelli elevati di rischio di malattia, in collaborazione con altri membri del team multidisciplinare
		Gestire la promozione, l'educazione, il trattamento e il monitoraggio della salute anche con il supporto delle Technology e- Health (tecnologie sanitarie elettroniche mobili)
		Monitorare e fornire assistenza a lungo termine a persone affette da malattie croniche e rare in tutte le fasi della vita e delle persone con livelli elevati di rischio di malattia, in collaborazione con altri membri del team multidisciplinare
		Progettare, coordinare e verificare gli interventi di "aiuto infermieristico ed assistenza tutelare alla persona" resi da familiari e/o altri operatori (operatori di supporto, assistenti domiciliari)
		Valutare e documentare sistematicamente la propria pratica professionale attraverso l'utilizzo di supporti documentali e gestionali informatici
	Gestire il rischio clinico/assistenziale	Conoscere i fattori di rischio prevalenti nel territorio di riferimento, considerando i determinanti della salute
		Rilevare i rischi comportamentali, ambientali e domestici e individuare le eventuali strategie preventive
		Gestire gli strumenti di analisi reattiva valutando gli eventi che hanno portato all'errore (incident reporting, root cause analysis, revisione documentale)
		Gestire gli strumenti di analisi proattiva: FMEA-FMECA
		Sviluppare la leadership infermieristica e le competenze decisionali per garantire la sicurezza clinica e la sicurezza del paziente
		Partecipare alla redazione, verifica, attuazione e supervisione di protocolli e procedure per la qualità dell'assistenza

DOMINIO	MACRO COMPETENZA	COMPETENZA SPECIFICA
	Attivare la rete dei servizi nel contesto territoriale	Valutare i bisogni di orientamento rispetto ai servizi sociosanitari esistenti, ai percorsi necessari per la loro attivazione e all'utilizzo delle fonti di informazione e di comunicazione disponibili
		Assicurare la continuità assistenziale/transitional care tra i vari setting attraverso la messa in rete di tutti i servizi sanitari e sociali presenti sul territorio
RICERCA	Utilizzare le migliori evidenze	Utilizzare le migliori evidenze scientifiche disponibili nella pratica clinica
	Attuare progetti di ricerca selezionati	Identificare specifici problemi e aree di ricerca e partecipare alla stesura del protocollo di ricerca
		Verificare l'applicazione dei risultati delle ricerche per ottenere un miglioramento della qualità
		Divulgare i risultati delle ricerche all'equipe
CONSULENZA	Assicurare consulenza in qualità di esperto	Assicurare la propria competenza in qualità di esperto su processi ad elevata complessità nei diversi contesti clinico - organizzativi
		Mantenere relazioni professionali e interprofessionali e un ruolo di supporto con i colleghi per garantire il rispetto degli standard professionali
		Utilizzare tecniche di coaching favorendo una partecipazione attiva dei professionisti coinvolgendoli in un processo di apprendimento e potenziamento delle loro competenze
PREVENZIONE	Attivare interventi educativi e/o informativi per la promozione di stili di vita sani (health coach)	Promuovere la salute negli individui, nelle famiglie, nella comunità e la prevenzione primaria, secondaria e terziaria facendo riferimento ai modelli concettuali disponibili, tra cui: il Population Health Promotion Model, l'Expanded Chronic Care Model e il Population Health Management
		Promuovere la salute orientata all'empowerment dei soggetti e dei contesti, condotta dalla e con la comunità (anche scolastica), facendo riferimento al modello della medicina d'iniziativa, presa in carico "leggera e anticipata" del bisogno inespresso e delle fragilità
		Progettare e condurre interventi di promozione della salute, educazione alla salute, educazione terapeutica rivolti al singolo, alla famiglia, alla comunità, inclusa l'alfabetizzazione sanitaria e digitale
EDUCAZIONE TERAPEUTICA	Attuare interventi di educazione terapeutica	Promuovere il ruolo del caregiver e del nucleo familiare attraverso l'individuazione delle dinamiche relazionali per la gestione della malattia
		Attuare interventi educativi all'individuo/famiglia e costruire relazioni terapeutiche efficaci per l'autogestione della malattia nell'ottica dell'empowerment e dell'alleanza terapeutica e verificare gli esiti
		Coinvolgere le persone e le famiglie nelle decisioni che riguardano la loro salute e il loro benessere instaurando una relazione di aiuto con il paziente/famiglia per supportare la presa di coscienza della condizione di salute
ORGANIZZAZIONE	Gestire la complessità organizzativa delle cure territoriali	Agire come agenti di cambiamento per migliorare la pratica infermieristica familiare e comunitaria
		Valutare le politiche per la famiglia e la comunità ai fini della promozione della salute attraverso uno stile di leadership situazionale

DOMINIO	MACRO COMPETENZA	COMPETENZA SPECIFICA
		Gestire in modo razionale il proprio tempo in base ai bisogni e alle priorità assistenziali (in un contesto di turbolenza organizzativa)
		Utilizzare software e applicativi informatici utili alla valutazione e gestione della popolazione in carico
		Conoscere e utilizzare strumenti per il monitoraggio a distanza e per la teleassistenza, che possa favorire la cura a domicilio in sinergia con i professionisti coinvolti e con le organizzazioni territoriali
		Favorire la collaborazione e la partecipazione attiva delle associazioni di volontariato per patologia presenti sul territorio
RELAZIONE	Sviluppare intelligenza emotiva verso se stessi (Competenza personale)	Avere consapevolezza e padronanza di sé rispetto alle funzioni agite
		Dimostrare motivazione: tendenze emotive che guidano o facilitano il raggiungimento di obiettivi (spinta alla realizzazione, impegno, iniziativa, ottimismo)
	Sviluppare intelligenza emotiva verso gli altri (competenza sociale)	Essere empatici: avere consapevolezza dei sentimenti, delle esigenze e degli interessi altrui (comprensione degli altri, assistenza, promozione dello sviluppo altrui, accoglimento della diversità, consapevolezza politica)
		Dimostrare abilità sociali: possedere abilità nell'indurre risposte desiderabili negli altri (influenza, comunicazione, leadership, catalisi del cambiamento, gestione del conflitto, costruzione di legami, collaborazione e cooperazione, lavoro in team)
	Advocacy	Promuovere la capacità di advocacy del cittadino, rappresentandone gli interessi e valorizzando l'autodeterminazione del paziente
		Assumere i ruoli di helper e counselour in quanto l'infermiere aiuta il paziente, la famiglia e la comunità a individuare i problemi e promuove l'utilizzo delle risorse potenziali per la soluzione degli stessi
		Lavorare, secondo il modello organizzativo del case management, in rete con i servizi e in integrazione con altre figure (MMG, dietista, assistente sociale) attraverso la conoscenza delle competenze distintive dei professionisti
		Favorire e rafforzare legami solidaristici per rispondere ai bisogni di salute delle persone assistite attraverso l'attivazione delle risorse informali della comunità (vicini di casa, gruppi di volontariato, amministrazioni comunali, figura religiosa di riferimento) e attivare interventi/azioni di inclusione sociale
		Progettare occasioni di incontro tra persone che presentano problemi di salute simili per favorire i processi di auto mutuo aiuto con modelli validati come il Modello Stanford
		Garantire l'informazione e l'orientamento all'utente sui servizi favorendo la partecipazione attiva di tutti i professionisti alle attività della Centrale Operativa Territoriale
FORMAZIONE	Contribuire alla formazione	Aggiornare e accrescere le proprie conoscenze/competenze attraverso la partecipazione attiva ad iniziative di formazione continua nell'ottica del miglioramento delle competenze avanzate
		Svolgere la funzione di Mentorship nei confronti di operatori neofiti che degli studenti

ALLEGATO n. 2: FVG - Progetto formativo regionale per IFoC

N. Modulo	*Argomenti*	*N. Ore*
1	Economia e politica sanitaria e il ruolo dell'IFoC nelle cure primarie	7:00
	L'organizzazione dei servizi socio-sanitari in FVG	
2	Elementi di Sanità pubblica	7:00
	Epidemiologia delle malattie croniche e statistica sanitaria	
3	Elementi socio-demografici per la lettura dei bisogni di salute della comunità	7:00
	I processi e metodi di stratificazione della popolazione	
4	La presa in carico delle persone con fragilità	7:00
5	Modelli teorici di riferimento per l'infermieristica di famiglia e di comunità e sviluppo della progettualità in FVG	7:00
	Ambiti, livelli di intervento e competenze core dell'IFoC	
6	La presa in carico L'assessment infermieristico	7:00
	La visita domiciliare	
7	Promozione ed educazione alla salute	10:00
8	Il coinvolgimento del paziente	7:00
9	Metodologia del lavoro di Rete	7:00
	Il Lavoro d'equipe e l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale	
10	Technology and Health Care Sistemi Informativi Regionali flussi ministeriali Innovazione tecnologica nella sanità territoriale: telemedicina e teleassistenza	7:00
11	Approfondimenti sulle funzioni specifiche dell'IFoC	7:00
		7:00
	Ore complessive	***87:00***

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE

Modelli organizzativi – delibera della Regione FVG 1484 2022

		OBIETTIVI	TARGET	ATTIVITÀ	NODI DELLA RETE
FUNZIONI IFoC FVG	Case management	Supportare non autosufficienza	Persone ad alto rischio con pluripatologia e bisogni socio sanitari complessi Autonomia funzionale compromessa	Presa in carico integrata	ADI UDCP Ospedali di Comunità Ambiti Territoriali Sociali
	Care management	Ritardare l'evoluzione della malattia e le complicanze	Persone a medio rischio con pluripatologia Autonomia funzionale conservata	Presa in carico integrata	Case della Comunità Servizi ambulatoriali ADI
	Disease management	Autogestione malattia	Persone a basso rischio con iniziale danno d'organo Autonomia funzionale conservata	Presa in carico proattiva Follow-up Autocura Educazione terapeutica	Case della Comunità AFT Servizi ambulatoriali
	Health coach e Population Wide Management	Promozione salute	Persone sane	Formazione formatori	Comunità Dipartimento di Prevenzione

Tabella 8. Sintesi delle funzioni agite dall'IFoC FVG

In tabella 3 vengono riportate le funzioni prevalenti delineate nel Decreto Ministeriale.

Definizione
Professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario
Funzioni prevalenti
Intercettazione del bisogno di salute, promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età
Coinvolgimento attivo e consapevole della persona, caregiver e della comunità in collaborazione con tutti i livelli e gli attori sanitari, in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica
Counseling infermieristico e attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti
Integrazione con le reti socio-sanitarie e con le risorse della comunità e collaborazione in team con MMG, PLS, e gli altri professionisti sanitari
Utilizzo di strumenti digitali

Tabella 3. Sintesi delle funzioni prevalenti come da DM 77/2022