

INFERMIERISTICA DI COMUNITÀ

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

PROGRAMMA 2024-2025 – ripasso

CONCETTO DI SALUTE E LA SALUTE IN ITALIA

I MODELLI DELLA SALUTE

I DETERMINANTI DI SALUTE

PROMOZIONE DELLA SALUTE – CARTA DI OTTAWA

EMPOWERMENT

IN COSA CONSISTE LA PROMOZIONE DELLA SALUTE (*rafforzare l'azione comunitaria, sviluppare capacità personali, creare ambienti favorevoli, riorientare i servizi sanitari, dare mezzi promuovere idee, costruire politiche per la salute*)

HEALTHY DAYS

Quali sono gli indicatori chiave degli Healthy Days

1. Percentuale di persone che giudicano il proprio stato di salute buono o molto buono
2. Percentuale di persone che giudicano il proprio stato di salute cattivo o molto cattivo
3. Media dei giorni in cui la persona non è stata bene dal punto di vista fisico
4. Media dei giorni in cui la persona non è stata bene dal punto di vista mentale
5. Media dei giorni non in salute (ottenuta sommando i giorni cattivi dal punto di vista fisico con quelli cattivi dal punto di vista mentale, con un tetto massimo di 30 per persona), in cui la persona non è stata bene dal punto di vista fisico o mentale
6. Media dei giorni con limitazioni nelle attività della vita quotidiana
7. Media dei giorni in salute (ottenuto sottraendo i giorni non in salute a 30), in cui la persona non è stata bene dal punto di vista fisico o mentale
8. Percentuale di persone che dichiarano di non essere state bene dal punto di vista fisico, per 14 giorni o più, negli ultimi 30 giorni
9. Percentuale di persone che dichiarano di non essere state bene dal punto di vista mentale, per 14 giorni o più, negli ultimi 30 giorni (Frequent Mental Distress)
10. Percentuale di persone che dichiarano di aver avuto limitazioni di attività per 14 giorni o più, negli ultimi 30 giorni



PATIENT ACCESS

Come si misura la qualità di vita correlata alla salute?

I CAMBIAMENTI NELLA POPOLAZIONE

NEL XXI SECOLO

TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA

- * Incremento patologie cronico – degenerative
- * Fragilità socio-sanitaria

TRANSIZIONE DEMOGRAFICA

- * Calo delle nascite
- * Allungamento della vita
- * Invecchiamento della popolazione
- * Aumento delle persone immigrate

TRANSIZIONE SOCIALE

- * Contrazione nuclei familiari
- * Riduzione rete parentale
- * Cambiamento tipologia lavoro - precarietà

SIGNIFICATO DI FRAGILITÀ

Non esiste una definizione condivisa MA si deve tener conto di tre aspetti

- ❑ *SUSCETTIBILITÀ INDIVIDUALE (MALATTIE CRONICHE)*
- ❑ *FATTORI DI VULNERABILITÀ (DI NATURA SOCIALE)*
- ❑ *LA INTRINSECA CAPACITÀ DI ADATTAMENTO (RESILIENZA)*

Vulnerabilità e fragilità in sanità pubblica, nelle politiche e nei metodi di studio – G. Costa – E&P 2020

ANZIANO FRAGILE → Persona non disabile, ossia autonoma in tutte le ADL, ma non autonoma nello svolgimento di due o più
funzioni complesse IADL

PASSI d'Argento 2016

«La “fragilità” è una condizione di rischio elevato di outcome sfavorevoli che condizionano un significativo peggioramento della qualità della vita. La definizione si riferisce a quei soggetti di età avanzata, affetti da patologie croniche multiple, frequentemente disabili e con stato di salute instabile, in cui l'invecchiamento e le malattie sono spesso complicati da problematiche socio economiche»

Congresso Nazionale SIGG 2007

□ **MEDICINA DI INIZIATIVA** o **SANITA' DI INIZIATIVA** → un modello assistenziale considerato **più idoneo a gestire le patologie croniche** fondato su un'assistenza proattiva all'individuo

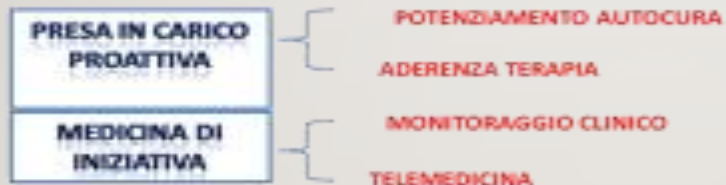
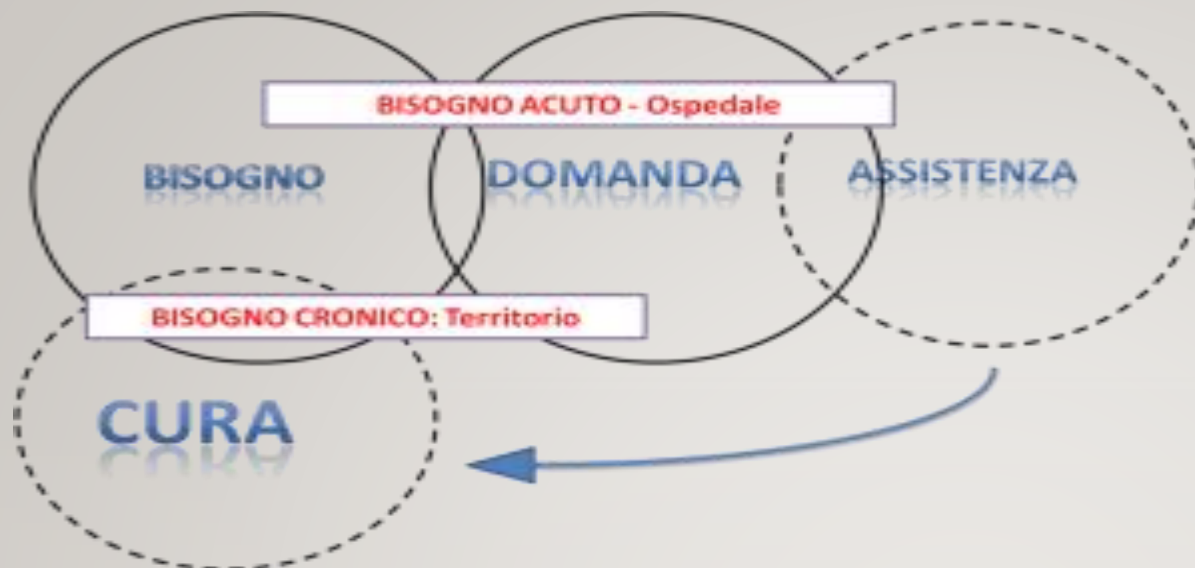
Es. di patologie Croniche: diabete, ipertensione arteriosa, BPCO

Es. di fattori di rischio (ipercolesterolemia)

strumenti organizzativi

- sistemi di primo invito e di richiamo che agevolino l'avanzamento lungo i percorsi di cura
- un insieme di indicatori che permetta di verificare qualità degli interventi e risultati di salute
- un sistema informativo che registri i percorsi del paziente e permetta l'attività di valutazione

“Medicina di iniziativa” orientata alla “promozione attiva” della salute e alla responsabilizzazione del cittadino verso il proprio benessere. In tale ottica è rafforzato il ruolo del MMG e del PLS attraverso la realizzazione delle forme aggregate delle cure primarie e l'integrazione con le altre professionalità del territorio



Malattie acute	Malattie croniche
■ Insorgenza improvvisa	■ Insorgenza graduale nel tempo
■ Episodiche	■ Continue
■ Eziopatogenesi specifica e ben identificabile	■ Eziopatogenesi multipla e non sempre identificabile
■ Cura specifica a intento risolutivo	■ Cura continua, raramente risolutiva
■ Spesso disponibile una specifica terapia o trattamento	■ Terapia causale spesso non disponibile
■ La cura comporta il ripristino dello stato di salute	■ La <i>restitutio ad integrum</i> è impossibile e si persegue come obiettivo il miglioramento della qualità di vita
■ Assistenza sanitaria di breve durata	■ Assistenza sanitaria a lungo termine (presa in carico del malato)

Le premesse per una gestione efficace, efficiente e centrata sui pazienti

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

Messaggio chiave:

coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti, dalla persona al macrosistema salute

Un diverso modello integrato ospedale/territorio

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

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

Le cure domiciliari

Messaggio chiave:

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

Una nuova prospettiva di valutazione multidimensionale e di outcome personalizzati

Messaggio chiave:

la valutazione orientata sul paziente-persona, sugli esiti raggiungibili e sul sistema sociosanitario

PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ - PNC

nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, proponendo un documento, condiviso con le Regioni che individui un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza

Questo per contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, **riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale** migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini

Il Piano Nazionale della Cronicità vuole quindi indirizzare la gestione della cronicità verso un sistema integrato → **5 obiettivi** 1. **assicurare collegamenti con disegni di prevenzione primaria e diagnosi precoce** 2. ottenere e mantenere nel tempo un buon controllo della malattia 3. **prevenire e curare le complicanze, le comorbidity e le disabilità** 4. garantire la qualità di vita, anche attraverso modelli di welfare di comunità 5. **ottimizzare l'uso delle risorse disponibili (economiche, umane, strutturali, organizzative)** Il Piano tiene conto dei vari modelli esistenti sulla cronicità: - Chronic care model CCM - "Model of Innovative and Chronic Conditions (ICCC) aggiunge al CCM la visione focalizzata sulle politiche sanitarie

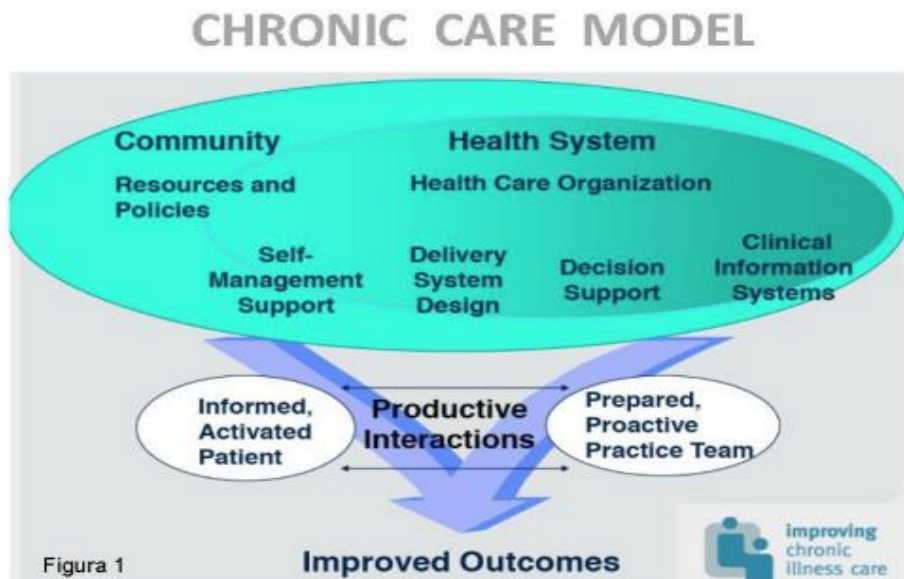
ESEMPIO DI MODELLO DI APPROCCIO ALLE MALATTIE CRONICHE

CHRONIC CARE MODEL – prof. Wagner e colleghi

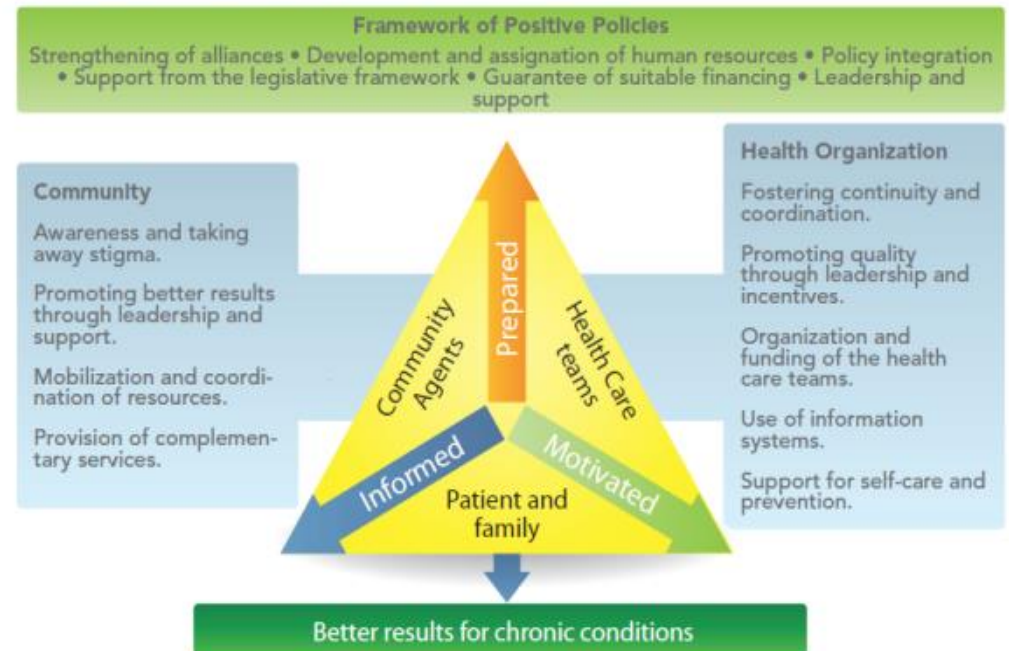
Modello per l'assistenza delle malattie croniche sviluppato dal McColl Institute for Healthcare Innovation California

6 elementi

1. **Risorse della Comunità** → associazioni di pazienti, volontariato, centri per anziani
2. **Organizzazioni Sanitarie** → malattie croniche come priorità del SSN
3. **Supporto all'autogestione** → la persona malata diventa parte attiva (dieta, esercizio fisico, monitoraggio PA e glicemia, uso dei farmaci)
4. **Supporto alle decisioni** → percorsi di cura con Standard basati sulle evidenze e Formazione
5. **Organizzazione del Team** → condivisione del lavoro e multidisciplinare
6. **Sistema Informativo Informatizzato**



The Model of Innovative Care and Chronic Conditions (ICCC)



Regno Unito → National Health Service Social Care and Chronic Disease Management Model



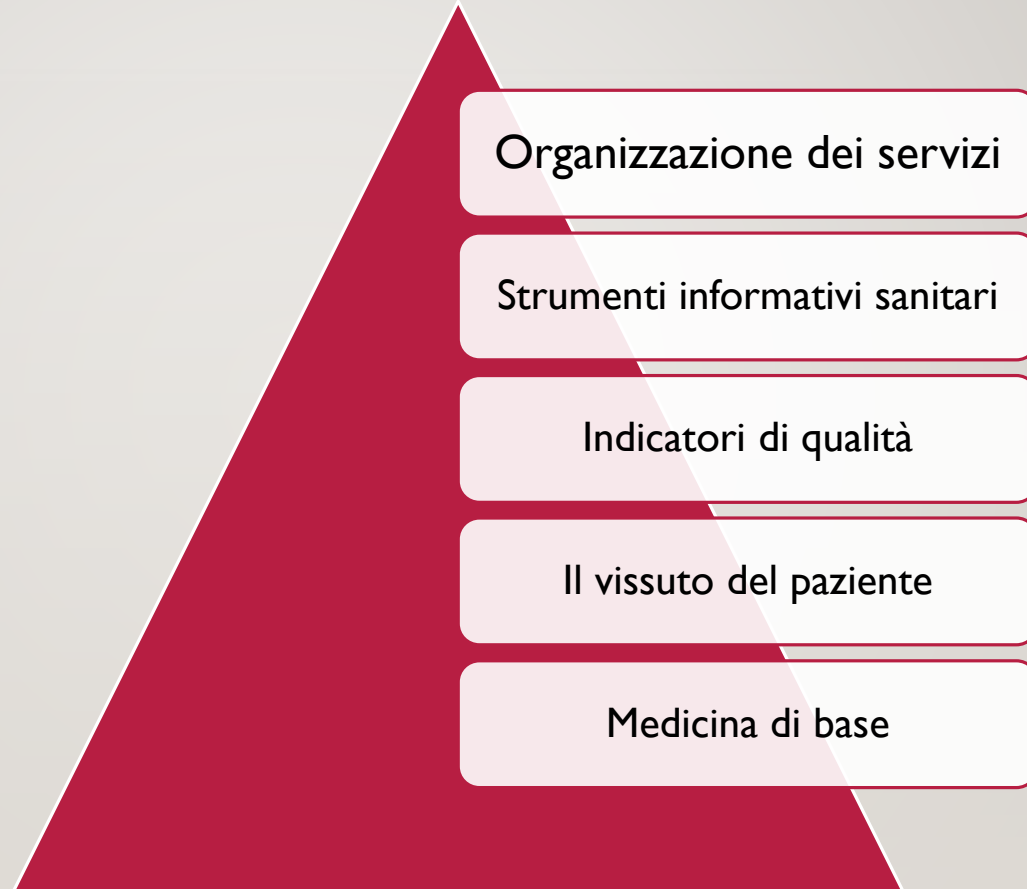
ESEMPI NEL MONDO – 3

Stati Uniti → Stratificazione della popolazione secondo il livello di rischio (Kaiser Permanente)



ESEMPI NEL MONDO – 4

Stati Uniti → Patient Centered Medical Home



Elementi comuni ai modelli assistenziali:

- Passaggio da assistenza reattiva ad una proattiva
- Assistenza sulla popolazione con stratificazione del rischio e con diversi livelli di intensità assistenziale
- Riconoscere l'importanza delle Cure Primarie e creare forti collegamenti con il resto del sistema
- Erogare assistenza sui bisogni individuali della persona nel suo contesto sociale
- Devono essere presenti sistemi informativi evoluti
- Far leva sulla partecipazione comunitaria
- Investire sulla auto-gestione degli assistiti e dei caregivers
- Avere linee guida che tengono conto della co-morbilità
- Team multiprofessionali a gestione integrata

TABELLA 8

Articolazione Missione 6 "Salute" e risorse. rielaborazione su dati estratti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2021-2026

MISSIONE 6 "SALUTE"	RISORSE / MILIARDI EURO
M6C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	
Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima	
Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona	2
Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina	4
Investimento 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	1
TOT. M6C1	7

M6C2: INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	
<i>M6C2.1 AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE</i>	
	7,36
Riforma 1: Riorganizzare la rete degli IRCCS	
Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	4,05
Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1,64
Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	1,67
<i>M6C2.2 FORMAZIONE, RICERCA SCIENTIFICA E TRASFERIMENTO TECNOLOGICO</i>	
Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	0,52
Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	0,74
TOT. M6C2	8,63

Casa della Comunità: è lo strumento attraverso cui vengono coordinati tutti i servizi offerti, in particolare rivolti ai malati cronici. La Casa della Comunità è la struttura fisica in cui è presente il **punto unico di accesso** alle prestazioni sanitarie e il **team multidisciplinare** di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute in collegamento con gli assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale. L'investimento prevede l'attivazione di **1.350²⁸ Case della Comunità entro la metà del 2026**. Il costo complessivo dell'investimento è stimato in **2,00 miliardi di euro**. Entro il primo trimestre del 2022 è prevista la definizione di uno strumento di programmazione negoziata che vede il Ministero della Salute, anche attraverso i suoi Enti vigilati, come autorità responsabile per l'implementazione e il coinvolgimento delle amministrazioni regionali e di tutti gli altri enti interessati.

Ospedali di Comunità: L'investimento mira al potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tale struttura, di norma dotata di **20 posti letto** (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari (ad esempio, quelli al pronto

Casa come primo luogo di cura e telemedicina: L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a **prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni**.

L'investimento mira a:

- identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle **tecnologie digitali (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione)**
- realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un **sistema informativo in grado di rilevare dati clinici** in tempo reale.
- attivare **600³⁴ Centrali Operative Territoriali (COT)**, una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.
- utilizzare la **telemedicina** per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche.

Le **Centrali Operative Territoriali** assolvono funzioni distinte e specifiche dei distretti, seppur tra loro interdipendenti^{83 78} :

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di cure intermedie o dimissione domiciliare), allocando e prioritizzando le risorse per i pazienti più fragili; specifici sistemi operativi permette infatti alla COT di programmare l'uso di tutte le dotazioni dei servizi del territorio;
- funzione di case manager per i pazienti più fragili accompagnandoli e facilitandone il passaggio da un setting assistenziale all'altro (tracciamento e monitoraggio), sia in fase di downgrading, sia in fase di upgrading dell'intensità assistenziale fino al momento in cui possono tornare autonomamente a domicilio o essere assegnati alla presa in carico della cronicità da parte della Casa della Comunità o dei loro spoke;
- si coordinano e si integrano con la piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della cronicità (PIC) gestita operativamente dalle Case della Comunità, in modo da garantire i necessari raccordi up e down stream, con le cure e i servizi medici dedicati specificatamente alle patologie croniche, che complementano i setting di natura più sociosanitaria e di recupero funzionale (ADI, OdC o RSA), riabilitativi, lungodegenza e ospedalieri.
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFoC ecc.), riguardo alle attività e ai servizi distrettuali.
- monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno e di controllare l'esito dei processi assistenziali delle cure intermedie e socio-sanitarie alla luce degli obiettivi definiti nei PAI dei pazienti.

ASSISTENZA PRIMARIA

PRIMA PORTA D'ACCESSO AD UN SERVIZIO SANITARIO

«L'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita» cit. Commissione Salute Europea 2014

APPROCCIO INCLUSIVO – EQUO – CONVENIENTE ED EFFICIENTE PER MIGLIORARE LA SALUTE FISICA E MENTALE DEGLI INDIVIDUI E IL BENESSERE DELLA SOCIETÀ



IL DISTRETTO

STRUTTURA AZIENDALE DOTATA DI
AUTONOMIA TECNICO-GESTIONALE
ORGANIZZATIVA E CONTABILE



ATTIVITÀ DELLE PROFESSIONI SANITARIE È
SVOLTA IN EQUIPE MULTIPROFESSIONALE
CON LA FINALITÀ DI PRIVILEGIARE LA
CENTRALITÀ DELLA PERSONA IN
COORDINAMENTO CON LE ALTRE
PROFESSIONI SANITARIE

Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22

Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006.

TESTO VIGENTE dal 14/05/2024

1. Il Piano di zona (PDZ) è lo strumento fondamentale per la definizione del **sistema integrato degli interventi e servizi sociali del territorio di competenza dei Comuni associati negli ambiti territoriali**. Il PDZ costituisce inoltre mezzo di partecipazione degli attori sociali al sistema integrato.

2. Il PDZ è definito in coerenza con la programmazione regionale ed è **coordinato con la programmazione locale in materia sanitaria, educativa, formativa, del lavoro, culturale, abitativa e dei trasporti e nelle altre materie afferenti alle politiche sociali**.

3. **Il PDZ** è informato ai principi di responsabilità, solidarietà e sussidiarietà e **deve garantire un sistema efficace, efficiente, capace di produrre promozione, prevenzione, cura, tutela e inclusione sociale**, anche attraverso il coinvolgimento delle risorse locali di solidarietà e di auto-mutuo aiuto.

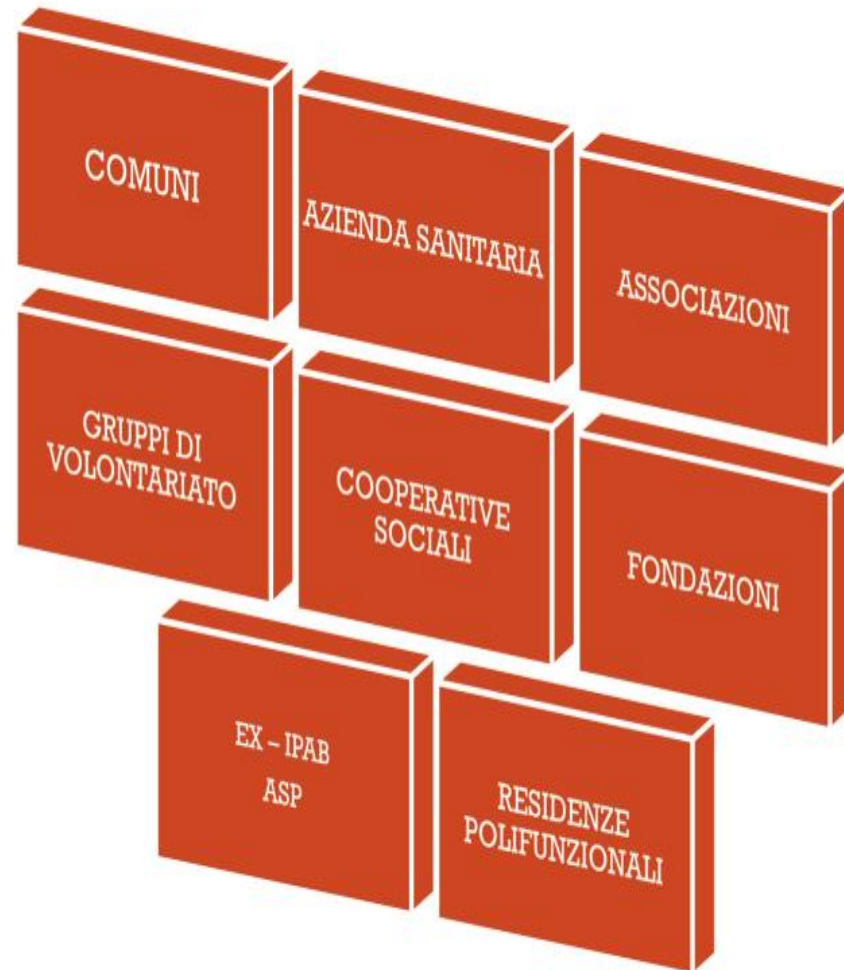


I PIANI DI ZONA - PDZ

GLI ATTORI DEL PIANO DI ZONA

Università di Milano Bicocca - Laurea in Scienze pedagogiche, corso POLITICHE SOCIALI II, Marzo - Maggio 2011,
Paolo Ferrario, I PIANI DI ZONA nella Legge 328/2000 11

FASI PER LA COSTRUZIONE DEI PIANI DI ZONA



LEA (Livello Essenziale di Assistenza)

L'Art. 22 del DPCM 12.1.2017 che disciplina i LEA declina le funzioni e i livelli di **assistenza domiciliare**. L'Azienda sanitaria accerta il bisogno clinico, funzionale e sociale del paziente attraverso:

1. Idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona.
2. La definizione del Progetto di assistenza individuale» (PAI) sociosanitario integrato.

In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, il LEA si articola nei seguenti livelli:

1. Cure domiciliari di livello base;
2. Cure domiciliari integrate (ADI) di I livello;
3. Cure domiciliari integrate (ADI) di II livello;
4. Cure domiciliari integrate (ADI) di III livello;

erogate interamente a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN) per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera e per una quota pari al 50% dei costi relativi all'aiuto infermieristico e all'assistenza tutelare professionale nei giorni successivi.

LEPS (Livello Essenziale delle Prestazioni Sociali) –

Ambiti territoriali Sociali

La L. 234/2021 articolo 1 comma 170 (finanziaria 2022) ha approvato sei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) prioritari e uno di questi è costituito dai "Servizi sociali per le dimissioni protette".

Il «Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023» definisce le **dimissioni protette** come: «un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o similare ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale.»

Il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024 (DPCM 3/10/2022) testualmente afferma che si devono considerare LEPS:

- a.1 l'assistenza domiciliare sociale;
- a.2 assistenza sociale integrata con i servizi sanitari;
- a.3 soluzioni abitative, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione;
- a.4 adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona"; ...

In tale quadro il LEPS deve garantire:

l'assistenza domiciliare sociale: Interventi di supporto alla persona nella gestione della vita quotidiana e/o con esigenza di tutela, al fine di garantire il recupero/mantenimento dell'autosufficienza residua, per consentire la permanenza al domicilio il più a lungo possibile e ritardando un eventuale ricorso alla istituzionalizzazione, attraverso un sostegno diretto nell'ambiente domestico e nel rapporto con l'esterno.

l'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria. La formulazione del Piano nazionale non autosufficienza 2022-2024 non è abbastanza esplicita ma il punto evidenzia la necessità di integrare l'assistenza domiciliare sociale con quella sanitaria al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale.

soluzioni abitative...;

adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza". Il telesoccorso è costituito da un'installazione di un terminale sul telefono di casa, che mette in collegamento la persona 24 ore su 24 con una centrale operativa in grado di attivare un intervento immediato in situazioni di necessità. È necessario che il gestore metta a disposizione personale presente 24 ore su 24 presso la sede della centrale operativa, in grado sia di ricevere le telefonate ed attivare gli opportuni interventi sia di effettuare telefonate "monitoraggio" ai soggetti in carico.

Le Dimissioni Protette rientrano nelle Missioni 5 e 6 del PNRR:

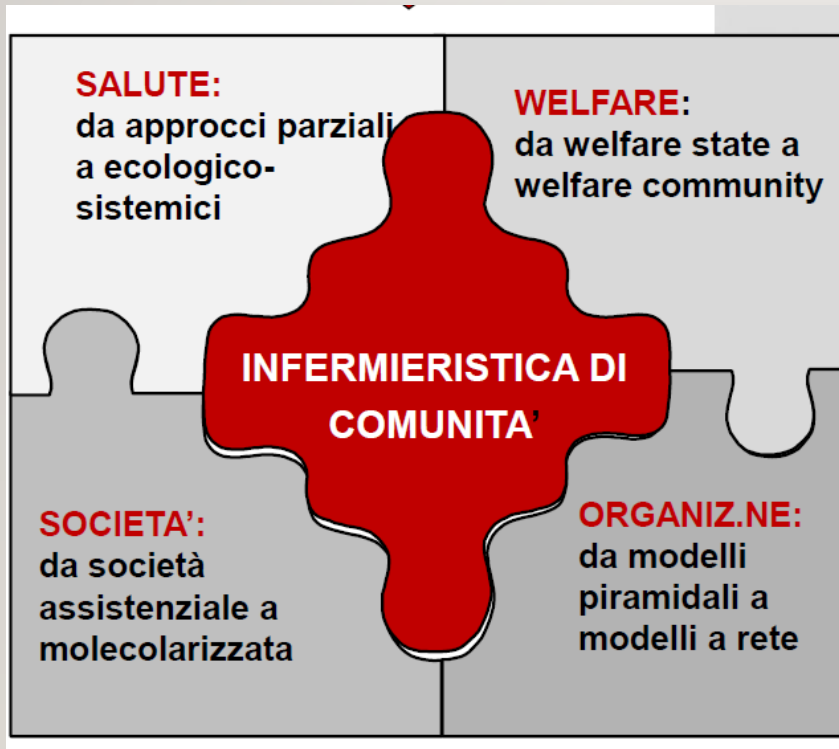
- M5C2.1- Investimento 1.1.3 Interventi per **rafforzare i servizi sociali a domicilio per garantire la dimissione anticipata e prevenire il ricovero in ospedale** prevede specifici “interventi per rafforzare i servizi sociali a domicilio per garantire la dimissione anticipata e prevenire il ricovero in ospedale”.
- Missione 6 Componente 1 dedica però alcuni interventi a sostegno delle dimissioni protette, seppur non in modo esclusivo. L’investimento 1.2 sulla “casa come primo luogo di cura e telemedicina” prevede **infatti il potenziamento dei servizi domiciliari** attraverso l’aumento del volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni.

Il processo della dimissione protetta, sia dal punto di vista sanitario che socio-assistenziale, è uno dei processi più delicati nella transizione ospedale-territorio nei quali il paziente, spesso anziano, fragile e multimorbido, in questo periodo vulnerabile ad elevato rischio di ricovero, necessita di particolari attenzioni ed una incisiva presa in carico multidisciplinare, multiprofessionale e multidimensionale.

Il paziente, una volta deospedalizzato, non deve essere più curato per la sua malattia acuta, ma preso in carico per la **globalità dei bisogni socio-sanitari cronici**.

- *Come definito dal DM 77 e in coerenza con i percorsi di integrazione sociosanitaria in essere (COT,PUA,CDC,IFOC...) l’auspicabile salto di qualità del modello assistenziale per questo delicato processo, può essere raggiunto solo attraverso una crescente interazione, collaborazione e sinergia tra le diverse funzioni e professionalità presenti nel territorio, quelle specificatamente cliniche e quelle socio-assistenziali.*
- *La piattaforma informatica modulare resa disponibile per l’attivazione delle COT può essere lo strumento per iniziare a costruire una organizzazione sociosanitaria integrata grazie alla quale il reparto di dimissione identifica i bisogni socio-sanitari del malato ed attiva la COT ed i referenti territoriali per una presa in carico precoce del paziente dopo la dimissione.*

SIGNIFICATO DI COMUNITÀ E NELLA VISIONE DELLA SALUTE DELLA COMUNITÀ



WELFARE STATE
= sistema socio-
politico-economico
in cui lo Stato
promuove la
promozione della
sicurezza e sociale

**WELFARE
COMMUNITY =**
sistema socio-
politico-
economico in cui
la promozione è
condivisa da più
attori

**CURE DI
COMUNITÀ =** reti
di intervento in cui i
soggetti primari e
servizi organizzati si
parlano e creano

LAVORO DI RETE
= per promuovere
– garantire –
sostenere la
comunità

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2020 - 2025

Il Piano sottolinea l'indispensabilità di una programmazione basata sempre più su **integrazione, coordinamento** e **rete** tra le diverse istituzioni, strutture e attività presenti nel territorio, per assicurare flessibilità, efficacia e tempestività di risposta sia a situazioni di emergenza, sia ai bisogni di salute della popolazione.

In particolare, il PNP intende:

- ribadire l'approccio *life course* → mantenimento del **benessere in ciascuna fase** dell'esistenza,
 - per setting - come strumento facilitante per le azioni di promozione e di prevenzione
 - migliorare l'**appropriatezza** e l'**equità** degli interventi

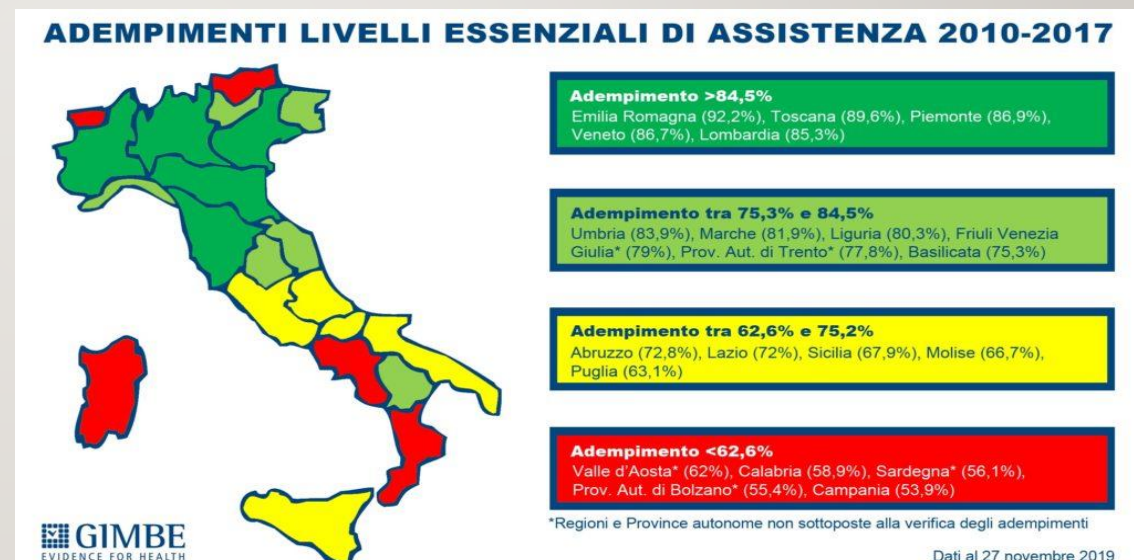
IL PNP 2020-2025

- sostenere l'interazione organizzativa, funzionale, operativa di tutte le risorse interne ed esterne al sistema sanitario, a partire dal Dipartimento di prevenzione
- rafforzare il sistema di monitoraggio e valutazione dei processi e dei risultati

Il PNP 2020-2025 si propone, inoltre, di guidare e accelerare il processo di attuazione del LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017)

Il DPCM individua tre grandi Livelli:

- 1) *Prevenzione collettiva e sanità pubblica*
- 2) *Assistenza distrettuale*
- 3) *Assistenza ospedaliera*



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.

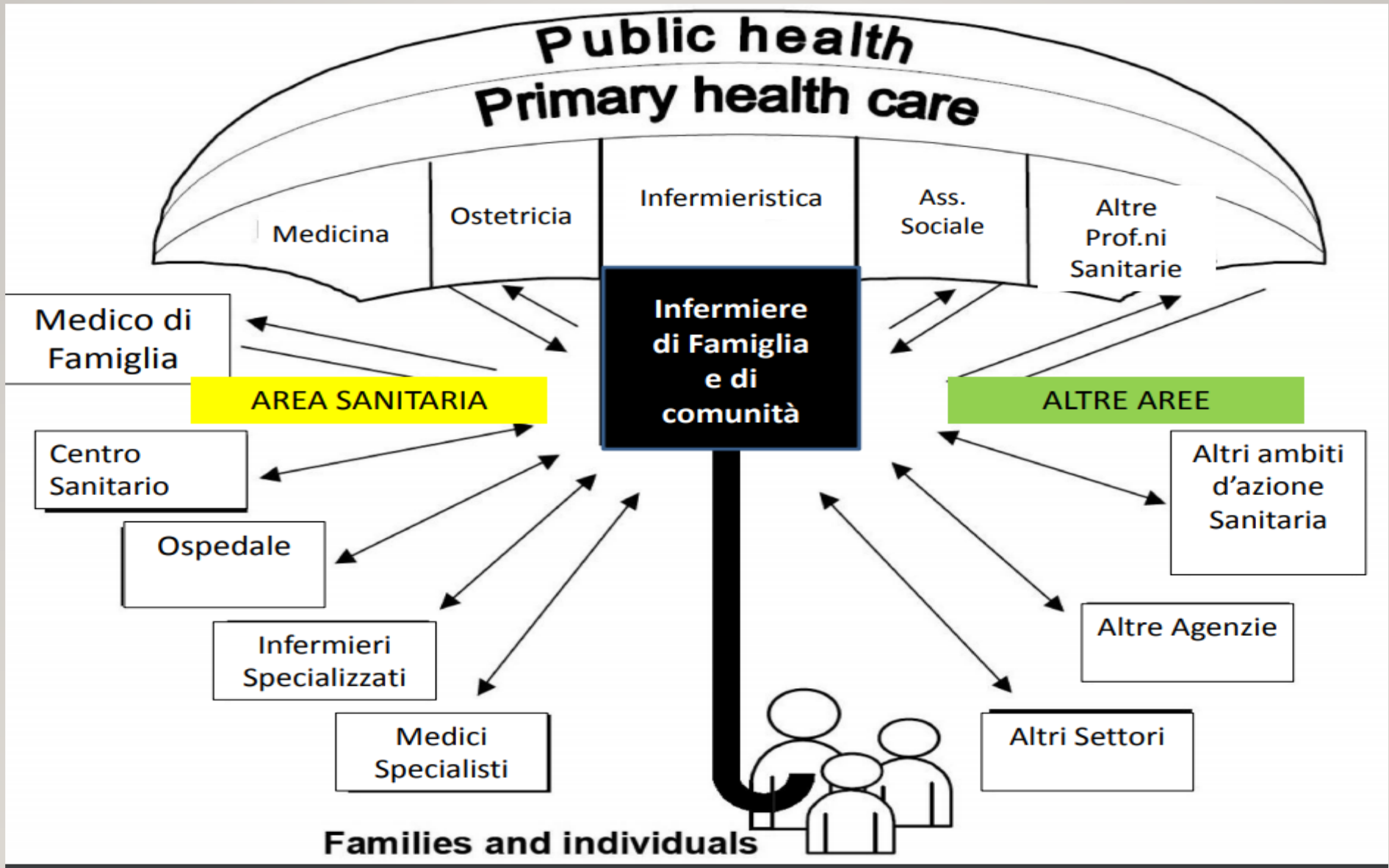
Servizi più specializzati dovrebbero essere offerti da un medico di famiglia che assieme all'infermiere, dovrebbe interagire con le strutture della comunità locale sui problemi di salute

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





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

I BISOGNI POSSONO ESSERE

ESPRESSI

INESPRESSI

LATENTI

REPRESSI

POTENZIALI

STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Scheda VAL.GRAF -

*Strumento di valutazione multidimensionale strutturato e standardizzato
Consente l'identificazione quali-quantitativa dei problemi/bisogni attuali
Consente l'identificazione delle capacità funzionali residue*

Lo strumento è stato sottoposto ad un processo di revisione, di verifica di sperimentazione e di validazione di alcuni indicatori di sintesi:

- *ADL*
- *CPS*
- *DRS*

Questo ha portato alla versione denominata «Val.graf FVG 2019»

Multidimensionale → National Institute of Health (USA)

... una valutazione nella quale i numerosi problemi della persona anziana vengono riconosciuti, descritti e spiegati e nella quale vengono inquadrare le risorse assistenziali e le potenzialità residue, definito il bisogno di servizi e messo a punto un piano coordinato di cura specifico ed orientato per problemi....

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE VAL.GRAF. – FVG

D.G.R. FVG I 389/2003

Per adozione del metodo di valutazione su tutto il territorio regionale

La VAL.GRAF. è strumento strutturato e standardizzato per identificare qualitativamente i problemi/bisogni del soggetto esaminato – le sue capacità funzionali residue così da permettere la pianificazione personalizzata

Dal 2003 ci sono stati diversi processi di revisione

Ultima versione è denominata Val.Graf FVG 2019

La giunta regionale n. 92 del 25 gennaio 2019

«Aggiornamento del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf FVG: edizione 2019»

Scheda SLIM EDITION (SE): viene utilizzata per l'inserimento in struttura residenziale e semires.

Scheda RESIDENZIALE (RES): viene utilizzata nelle strutture residenziali

Scheda DOMICILIARE (DOM): viene utilizzata per la presa in carico territoriale

L'algoritmo che determina i profili di bisogno si basa su tre aree principali:

- Capacità funzionali
- Problemi sanitari
- Aspetti cognitivo-comportamentali

Si generano i livelli di intensità di assistenza:

- Nullo
- Lieve
- Moderato
- Grave



IL PROFILO DI BISOGNO è l'output finale della Val.Graf

PROFILO A STAR

PROFILO A

PROFILO B

PROFILO B COMPORTAMENTALE

PROFICO C

PROFILO E

2.1 RESIDENZE PER ANZIANI DI LIVELLO BASE

2.1.1 UTENZA E CARATTERISTICHE

a) Destinatari

Sono destinate ad accogliere esclusivamente persone con profili di bisogno C e E.

2.2 RESIDENZE PER ANZIANI DI PRIMO LIVELLO

2.2.1 UTENZA E CARATTERISTICHE

a) Destinatari

Sono destinate ad accogliere esclusivamente persone con profili di bisogno B, comportamentale, C ed E.

2.3 RESIDENZE PER ANZIANI DI SECONDO LIVELLO

2.3.1 UTENZA E CARATTERISTICHE

a) Destinatari

Sono destinate ad accogliere prevalentemente persone con profili di bisogno A, B e comportamentale, ma possono anche accogliere persone con profili C ed E.

2.4 RESIDENZE PER ANZIANI DI TERZO LIVELLO

2.4.1 UTENZA E CARATTERISTICHE

a) Destinatari

Sono destinate ad accogliere prevalentemente persone con profili di bisogno A complesso, A, B e comportamentale, ma possono anche accogliere persone con profili C ed E.

PIANO REGIONALE DI SUPPORTO ALLA POPOLAZIONE ANZIANA FRAGILE 2021- 2023

A sostegno della necessità di promuovere il cambiamento di paradigma di cura, viene incontro il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) in particolare nelle seguenti Missioni:

Missione 5) Coesione e Inclusione, che ha tra gli obiettivi il rafforzamento del ruolo dei servizi sociali territoriali come strumento di resilienza, mirando alla definizione di modelli personalizzati per la cura delle famiglie, delle persone di minore età, degli adolescenti e degli anziani, così come delle persone con disabilità

Missione 6) Salute, che prevede tra gli obiettivi di:

- Potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica.
- Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari.
- Sviluppare la telemedicina e superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio.
- Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare



PIANO REGIONALE DI SUPPORTO ALLA POPOLAZIONE ANZIANA FRAGILE 2021- 2023

Fragilità è una sindrome biologica e clinica caratterizzata da riduzione delle riserve e della resistenza allo stress, provocata dal declino cumulativo di più sistemi fisiologici, in conseguenza di fattori biologici, psicologici, sociali



PIANO REGIONALE DI SUPPORTO ALLA POPOLAZIONE ANZIANA FRAGILE 2021- 2023

Sistema articolato su tre livelli di intervento: domiciliare, semiresidenziale e residenziale



Portierati Sociali ATER

Punti di contatto di Ater attivati nei complessi edilizi a più alta densità abitativa gestiti da Ater.

Il servizio nasce dai Protocolli d'Intesa tra Ater, Asugi e i Comuni di Trieste e Muggia nell'ambito del progetto "Habitat Microaree"

I portierati forniscono supporto ad Ater nella raccolta di segnalazioni e nella risoluzione di diverse problematiche. ad esempio:

- ✓ forniscono informazioni sui servizi e sulle prestazioni dell'Ater e degli enti che aderiscono al protocollo d'intesa "Habitat Microaree"
- ✓ puoi segnalare problemi di natura manutentiva
- ✓ puoi segnalare eventuali criticità abitative
- ✓ prestano un servizio di accompagnamento in particolari situazioni di disagio socio - sanitario-assistenziale
- ✓ forniscono opera di mediazione per la risoluzione di problemi di vicinato

PIANO REGIONALE DI SUPPORTO ALLA POPOLAZIONE ANZIANA FRAGILE 2021- 2023

Nell'ambito dei servizi e degli interventi domiciliari si individuano anche le sperimentazioni di "Abitare inclusivo" (Abitare possibile e Domiciliarità innovativa) finalizzate a introdurre forme abitative innovative per anziani in condizione di fragilità. Tali sperimentazioni perseguono la finalità di contribuire a ridurre e prevenire l'istituzionalizzazione delle persone anziane

FOCUS SU PUNTO UNICO DI ACCESSO

Il PUA è indicato come un potente ed efficace strumento di intervento per il miglioramento dell'accessibilità a tutti i servizi di competenza territoriale e secondo l'Agenzia Sanitaria Nazionale (Agenas)

Le principali aree di intervento si possono sintetizzare in:

- accoglienza, informazione ed orientamento: serve a guidare il cittadino nel primo ascolto alle richieste ed ai bisogni, per guidarlo verso il canale più adeguato alle esigenze;
- definizione del progetto personalizzato;
- accompagnamento: si pone in fase successiva alla prima area e riguarda il cammino che l'operatore fa con la persona, in modo personalizzato. Dopo una prima analisi approfondita del caso, si aiuta il cittadino nella compilazione dei documenti o indirizzandolo verso strutture che erogheranno il servizio ad hoc;

Strutture residenziali per Cure Palliative – Hospice

- fanno parte della rete di assistenza ai pazienti terminali, per l'assistenza in ricovero temporaneo di pazienti affetti da malattie progressive ed in fase avanzata a rapida evoluzione e a prognosi infausta e per pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di assistenza palliativa e di supporto

RSA

- per pazienti non autosufficienti, a seguito della perdita temporanea dell'autonomia dopo interventi chirurgici e/o traumi che richiedono trattamenti intensivi essenziali per il supporto alle funzioni vitali. Si tratta di interventi di cura complessi ma concentrati nel tempo i cui obiettivi assistenziali sono rivolti alla riacquisizione dell'autonomia perduta o alla acquisizione del maggiore livello di autonomia possibile

NUCLEO PER DEMENZE (tipo Alzheimer)

- sono nuclei specializzati per pazienti con demenza, nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività. Per i familiari dei pazienti dovranno essere previste attività di sostegno : colloqui individuali – gruppi di auto aiuto e sostegno



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

CRONICITÀ

Irreversibilità di uno stato morboso

Lento e progressivo declino delle normali funzioni fisiologiche

Sintomi che non si risolvono nel tempo né migliorano

CAUSE e FATTORI DI RISCHIO

- Alimentazione poco sana
- Consumo di tabacco
- Abuso di alcol
- colesterolo - obesità
- Scarsa attività fisica

possono generare i fattori di rischio intermedi
= ipertensione – glicemia elevata – eccesso di

PROSPETTIVE di RICERCA

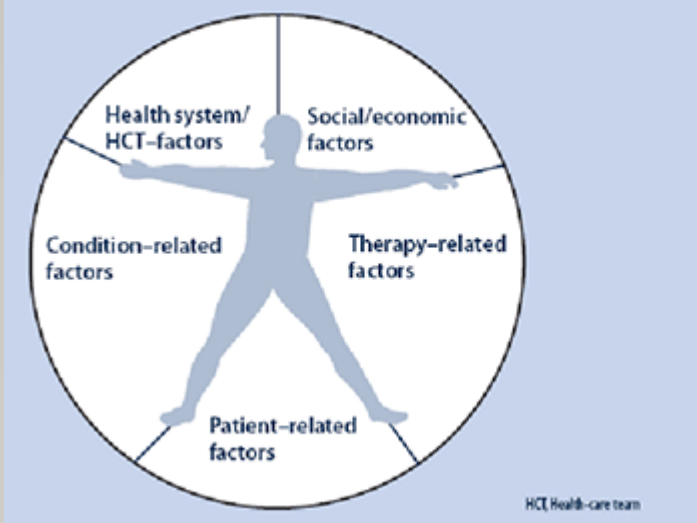
Studio dei fattori di rischio con indagini sulla popolazione generale

Identificazione di nuovi biomarcatori per la diagnosi precoce e trattamento delle malattie

Studio dell'efficacia e della sicurezza di nuove tecnologie biomediche per le malattie cardiovascolari

Studio e monitoraggio delle malattie autoimmuni e malattie endocrino-metaboliche (diabete)

Aging Project (Università del Piemonte Orientale) sul tema dell'invecchiamento



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

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

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

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



Dalla Delibera della Regione FVG 1484 2022

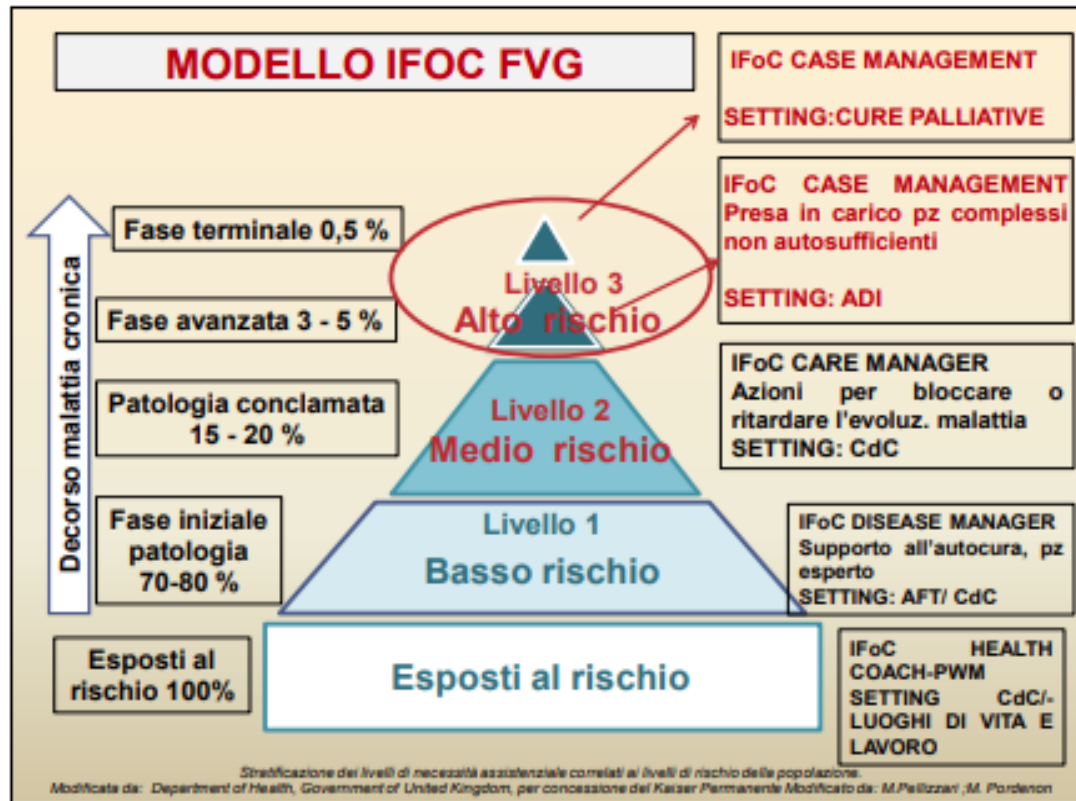


Figura 8. Stratificazione dei livelli di necessità assistenziale correlati ai livelli di rischio della popolazione. Modificata da: Department of Health, Government of United Kingdom, per concessione del Kaiser Permanente. Modificato e aggiornato 2021 da Pellizzari M, Pordenon M.



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

28

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 équipe. 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 **assorbe 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 familiari 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 mobilitazione 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 necessitano 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 di supporto del processo di presa in carico per la prevenzione delle complicanze ed il monitoraggio sullo stato di salute.

Modelli organizzativi – delibera della Regione FVG I484 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

Le necessità dei caregiver famigliari

Mancanza di riconoscimento e rischio di esclusione sociale	Conciliare assistenza con lavoro e vita personale	Reddito adeguato e sicurezza sociale	Accesso ai servizi (distrettuali)	Accesso alle informazioni e alla formazione	Salute e benessere
Basso riconoscimento sociale	Assenza di tempo	Problemi finanziari, costi dell'assistenza	Mancanza di accesso e supporto	Mancanza di conoscenza	Stress ed esaurimento mentale ed emotivo
Isolamento sociale	Difficoltà a bilanciare assistenza con vita professionale e/o vita personale	Mancanza di sostegno al reddito	Mancanza di servizi flessibili e temporanei	Mancanza di competenze	Onere fisico gravoso
Assenza di voce e rappresentanza politica	Isolamento sociale e solitudine	Mancanza di una assicurazione sociale	Mancanza di servizi a prezzi accessibili e di alta qualità	Ostacoli burocratici	Impatto negativo nelle relazioni sociali

Fonte: elaborazione di BIRTHA e HOL, 2017.

Tipologie principali delle politiche e delle misure per i caregiver

Tipi di misure	Definizioni/obiettivi	Misure
Misure di compensazione	Premiare finanziariamente il tempo dedicato all'assistenza o ricompensare tramite i diritti di sicurezza sociale (previdenza)	<ul style="list-style-type: none"> • Indennità di cura per i caregiver; • Prestazioni assicurative/previdenziali; • Sgravi fiscali; • Assegno per l'assistenza agli anziani (se utilizzabile dal caregiver).
Misure di supporto	Aiutare i caregiver a svolgere le loro attività di cura	<ul style="list-style-type: none"> • Informazioni (sui diversi servizi, indennità, soluzioni di supporto disponibili); • Consulenza (sulle decisioni da prendere e sui servizi da utilizzare); • Formazione (competenze necessarie per prendersi cura di un anziano); • Gruppi di sostegno (organizzazione associativa dei caregiver, gruppo caregiver sovvenzionato dalle autorità pubbliche); • Valutazione formalizzata dei bisogni del caregiver (esistenza di procedure di valutazione specifiche per caregiver familiari, supporto psicologico e consulenza da parte di professionisti); • Definizione formalizzata dei caregiver familiari; • Prestazioni sanitarie per l'assistito; • Misure di sollievo (misure che concedono una breve pausa assistenziale al caregiver).
Misure di conciliazione	Interventi per facilitare i caregiver che hanno un lavoro per combinare lavoro e cura	<ul style="list-style-type: none"> • Congedo di cura: breve/lungo; pagato/non pagato; • Possibilità normata di flessibilità lavorativa.

Fonte: Le Bihan et al. (2019) modificato con l'aggiunta delle prestazioni sanitarie.

Inventario del fardello del caregiver (o scala di Zarit)

Principio

La scala di Zarit consente di valutare il carico materiale ed emotivo che grava sul principale caregiver di una persona. Le seguenti 22 domande vi permettono di esprimere ciò che provate e la frequenza di tali sentimenti. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. L'importante è di essere franchi con se stessi e di rispondere con la massima oggettività a ogni domanda.

Potete rispondere da soli alle diverse domande, ma consigliamo di farvi aiutare nell'interpretazione dei risultati e per i provvedimenti che dovranno poi essere attuati. Esistono diverse associazioni che vi potranno assistere a riguardo.

Spiegazione dei punteggi

Il punteggio totale – che è la somma dei punteggi ottenuti per ognuna delle 22 domande – può variare da 0 a 88.

Punteggio totale	Significato	Consigli
un punteggio inferiore o pari a 20	carico debole o inesistente	Tutto bene per voi. Se la situazione dovesse cambiare, compilate di nuovo il questionario.
un punteggio tra 21 e 40	carico leggero	Ancora tutto bene per voi. Non esitate a controllare di tanto in tanto la situazione.
un punteggio tra 41 e 60	carico moderato	Sembrare avere la situazione sotto controllo, ma attenzione potrebbe subentrare improvvisamente la fatica. Non esitate a ricorrere puntualmente a un aiuto.
un punteggio superiore a 60	carico forte	Non aspettate a parlare della vostra situazione e a chiedere aiuto. La vostra salute è a rischio.

CAREGIVER BURDEN INVENTORY (CBI)

(Novak M. e Guest C., *Gerontologist*, 29, 798-803, 1989)

Le domande si riferiscono a Lei che assiste il suo congiunto malato; risponda segnando con una croce la casella che più si avvicina alla sua condizione o alla sua personale impressione.

0= per nulla 1= un poco 2= moderatamente 3= parecchio 4= molto

T-D1. Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane	0	1	2	3	4
T-D2. Il mio familiare è dipendente da me	0	1	2	3	4
T-D3. Devo vigilarlo costantemente	0	1	2	3	4
T-D4. Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici)	0	1	2	3	4
T-D5. Non riesco ad avere un minuto di libertà dai miei compiti di assistenza	0	1	2	3	4
S6. Sento che mi sto perdendo vita	0	1	2	3	4
S7. Desidererei poter fuggire da questa situazione	0	1	2	3	4
S8. La mia vita sociale ne ha risentito	0	1	2	3	4
S9. Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente	0	1	2	3	4
S10. Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita	0	1	2	3	4
F11. Non riesco a dormire a sufficienza	0	1	2	3	4
F12. La mia salute ne ha risentito	0	1	2	3	4
F13. Il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute	0	1	2	3	4
F14. Sono fisicamente stanca	0	1	2	3	4
D15. Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto	0	1	2	3	4
D16. I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari	0	1	2	3	4
D17. Ho avuto problemi con il coniuge	0	1	2	3	4
D18. Sul lavoro non rendo come di consueto	0	1	2	3	4
D19. Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno	0	1	2	3	4
E20. Mi sento in imbarazzo a causa del comportamento del mio familiare	0	1	2	3	4
E21. Mi vergogno di lui/lei	0	1	2	3	4
E22. Provo del risentimento nei suoi confronti	0	1	2	3	4
E23. Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa	0	1	2	3	4
E24. Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi	0	1	2	3	4

La CBI valuta **5 dimensioni** dello stress:

- carico o burden oggettivo,
- carico o burden psicologico,
- carico o burden fisico,
- carico o burden sociale,
- carico o burden emotivo.

La CBI si compone di 24 affermazioni suddivise in altrettante 5 sezioni, una per ogni aspetto dello stress:

LA VALUTAZIONE DEI SINTOMI NEUROPSICHIATRICI E COMPORTAMENTALI DELLA DEMENZA: NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

INDICAZIONI SULLA GESTIONE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO - DEMENZA

INDIVIDUATI 12 DISTURBI – 4 CATEGORIE

- DISTURBI DELL'UMORE → depressione e ansia
- PSICOSI → deliri – allucinazioni
- IPERATTIVITA' → comportamento aggressivo – irritabilità – disinibizione – wandering
- APATIA-EUFORIA - DISTURBI DEL SONNO – DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

INTERVENTI FARMACOLOGIC

INTERVENTI PSICOSOCIALE = necessità di capire l'origine del disturbo (da problemi fisici? da fonti di stress? dal contesto?)

Es: Moniz Cok et al., 2012 indica la modalità denominata ABC – A = antecedent B = behavior C = consequences

A= conoscere quello che è successo immediatamente prima

B= conoscere quando, come, dove è successo

C= conoscere gli effetti provocati dal comportamento



Modalità di comunicazione con la persona con demenza individuata dai caregiver

1. Fare una domanda o dare una istruzione alla volta
2. Usare frasi semplici e brevi
3. Evitare di interrompere, lasciare molto tempo per rispondere
4. Ripetere i messaggi usando le stesse parole
5. Incoraggiare le circonlocuzioni = chiedere di descrivere la parola che sta cercando
6. Parlare lentamente
7. Usare domande chiuse piuttosto che aperte
8. Parafrasare i messaggi ripetuti
9. Eliminare le interferenze (TV, radio)
10. Avvicinarsi al paziente lentamente e stando di fronte, stabilire e mantenere contatto visivo

Small e Gutman, 2002



La figura del caregiver nell'ordinamento italiano

Dossier n° 141 - Schede di lettura
25 febbraio 2021

Inquadramento normativo

La figura del **caregiver familiare** (letteralmente "prestatore di cura") individua la persona responsabile di un altro soggetto dipendente, anche disabile, di cui si prende cura in un ambito domestico. È colui che organizza e definisce l'assistenza di cui necessita una persona, anche congiunta, e in genere è un familiare di riferimento. Si distingue dal **caregiver** professionale (o badante), rappresentato da un assistente familiare che accudisce la persona non-autosufficiente, sotto la verifica, diretta o indiretta, di un familiare.

Il profilo del **caregiver** è stato riconosciuto e delineato normativamente per la prima volta dalla legge di bilancio 2018 (articolo 1, commi 254-256, [legge n. 205 del 2017](#)), che al comma 255 lo definisce come **persona che assiste e si prende cura di specifici soggetti**, quali:

- **il coniuge o una delle parti dell'unione civile** tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto;

La legge n. 76 del 2016 ha regolamentato le unioni civili e le convivenze di fatto, anche tra persone dello stesso sesso, estendendo ad esse alcune prerogative spettanti ai coniugi. L'unione civile, considerata "formazione sociale" ai sensi degli artt. 2 e 3 della Costituzione, avviene mediante dichiarazione di fronte all'ufficiale di stato civile e alla presenza di due testimoni, mentre sono considerati conviventi di fatto due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale e coabitanti o aventi dimora abituale nello stesso comune.

- **il familiare o affine entro il secondo grado e anche un familiare entro il terzo grado**, nei casi individuati dall'art. 3, comma 3, della [legge n.104/1992](#), che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, sia non autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, ovvero gli sia riconosciuto un grado di invalidità in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata continuativa, definita come handicap grave ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della citata L. 104;