

LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ

I. PREMESSA E QUADRO CONCETTUALE DI RIFERIMENTO

Nel nostro Paese il costante incremento della fascia della popolazione anziana, con un numero sempre maggiore di soggetti con patologie a lungo termine, comporta un’eccezionale impegno per il sistema sanitario che richiede di porre in essere strumenti, servizi e modelli organizzativi innovativi ed efficaci di assistenza sanitaria.

Si è ormai consolidata una forte attenzione, anche normativa, sulle patologie croniche e diventa imprescindibile la creazione di un modello sistematico che si concentri non solo sulla performance di cura e di assistenza ma su tutte le “leve favorenti” del contesto, ivi incluse le variabili organizzative, formative ed informative.

La Sicilia, nello specifico, si presenta come una tra le regioni a maggiore incidenza della popolazione anziana e per tale ragione si ravvisa l’opportunità di attivare una serie di strategie ed interventi d’innovazione capaci di produrre un reale cambiamento dell’assistenza territoriale sanitaria.

In merito, la Regione Sicilia, in ossequio a quanto disposto dalla L.R. 5/2009 e dal D.A. n. 723/2010, è già intervenuta mediante l’emanazione di apposite Linee Guida in materia di “Riorganizzazione dell’attività territoriale (PTA – Cure Primarie-Gestione Integrata- Day Service Territoriale)”. È stato, pertanto, introdotto un nuovo modello di attività ambulatoriale infermieristica per la presa in carico anche della cronicità e fragilità incentrata sulla gestione *proattiva* dei pazienti e sullo sviluppo di nuovi percorsi di “continuità assistenziale” tra territorio e ospedale.

Inoltre, durante l’emergenza legata all’epidemia da SARS-CoV-2, il Governo è intervenuto con il D.L. 19/05/2020 n. 34, convertito in L. 17/07/2020 n. 77, il quale “*al fine di rafforzare l’offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale (...)*” all’articolo 5, introduce la figura dell’**Infermiere di Famiglia o di Comunità** (d’ora in poi IF/C). Tale disposizione si colloca all’interno del più ampio intervento, delineato al comma 4, attraverso cui le Regioni e le Province Autonome attivano misure per garantire il massimo livello di assistenza compatibile con le esigenze di sanità pubblica e di sicurezza delle cure in favore dei soggetti contagiati identificati, nonché

di tutte le persone fragili e dei soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017 «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502».

La Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha di recente emanato “Linee di indirizzo dell’Infermiere di Famiglia/comunità”, dando precise indicazioni sulla definizione ed il ruolo della predetta figura, sul contesto organizzativo, sulla popolazione target, sugli standard di personale ed inoltre, sulle competenze specifiche, la formazione e il reclutamento.

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) prevede infine la figura dell’Infermiere di comunità tra i professionisti componenti dei team multidisciplinari che operano nelle Case della Comunità (CdC), intese come strumento attraverso cui coordinare e migliorare l’offerta dei servizi nel territorio, in particolare ai malati cronici.

II. DEFINIZIONE - FUNZIONI E COMPETENZE

L’IF/C, anche nel contesto della Regione Sicilia, deve diventare una delle figure centrali nel processo di assistenza a livello territoriale anche in continuità con l’assistenza ospedaliera.

È un professionista con specifiche competenze specialistiche nell’ambito delle cure primarie e sanità pubblica, che pone in essere appositi processi in ambito familiare e di comunità.

Promuove un’assistenza di natura preventiva, curativa e riabilitativa differenziata per bisogno e fasce d’età, attraverso interventi domiciliari e di presa in carico dei soggetti con patologie a lungo termine.

Lo stesso, pertanto, agisce su due fronti: in primo luogo, sul piano familiare ed individuale svolgendo la propria prestazione professionale e rivolgendola alla persona e alla sua famiglia ed in secondo luogo, a livello comunitario ponendo in essere una serie di azioni rivolte a più individui facenti parte di un gruppo inteso come comunità.

L'IF/C deve, oltre che assolvere alla funzione clinico-assistenziale, svolgere prioritariamente una funzione di **facilitatore, mediatore e sostenitore della salute.**

Tre sono gli ambiti prevalenti dell'azione dell'IF/C:

1. **Prevenzione primaria:** verifica la possibile presenza di fattori dannosi o di minacce alla salute e lavora attivamente per evitare che questi colpiscono le famiglie, attraverso l'educazione sanitaria e il sostegno, nonché con appositi interventi formativi ed informativi;
2. **Prevenzione secondaria:** partecipa alla promozione dei programmi di screening in costante collegamento con i relativi servizi dedicati;
3. **Prevenzione terziaria:** è coinvolto nella gestione delle patologie a lungo termine e nella prevenzione delle complicanze e delle recidive, nonché nella riabilitazione e nella ricostruzione delle risorse difensive della famiglia/comunità. L'IF/C prende in carico la persona assistita con patologia cronica e la comunità in modo proattivo, offrendo una risposta ai bisogni complessivi dell'individuo, promuovendo l'empowerment e rendendo la persona competente nella gestione delle patologie a lungo termine per la riduzione delle complicanze e le ospedalizzazioni.

Nell'ambito del proprio contesto organizzativo e dei servizi presenti, utilizza le proprie competenze acquisite tramite specifica formazione per un'azione appropriata, efficace e tempestiva.

L'IF/C assolve alla propria funzione attraverso visite domiciliari, follow up telefonici, educazione dei caregiver e svolge programmi di supporto all'autocura, consentendo l'accesso precoce ed appropriato ai servizi presenti sul territorio, garantisce il monitoraggio nei passaggi tra i diversi percorsi di cura, con particolare riguardo agli aspetti più critici della continuità delle cure.

L'IF/C deve concentrare il proprio focus sulla stratificazione del bisogno, scaturita dall'analisi dei dati epidemiologici e socio-demografici. Viste le caratteristiche epidemiologiche e il profilo demografico regionale ed in linea con quanto indicato di documenti di indirizzo nazionali, **la fascia di popolazione anziana con patologie croniche,** risulta essere il target preferenziale dell'attività dell'IFC

L'IF/C contribuisce 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 della 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 ruolo dell'IF/C nella gestione delle patologie a lungo termine fa riferimento ad una modalità operativa ben definita dal **Chronic Care Model**, che ridefinisce l'approccio alle malattie croniche trasformandolo da approccio reattivo, basato sul paradigma “dell’attesa” dell’evento acuto, ad approccio “proattivo”, improntato al paradigma preventivo, mirato ad evitare o rinviare nel tempo la progressione della malattia ed a promuovere l’empowerment del paziente (e della comunità) nonché la qualificazione del team assistenziale (sanitario e sociale).

L’applicazione di tale modello alle cure infermieristiche permette di:

- favorire l’accessibilità e la fruibilità delle cure primarie;
- garantire la continuità assistenziale;
- fornire risposte integrate ai pazienti cronici ed ai fragili;
- educare i pazienti ai processi di autocura;
- contribuire ai processi di empowerment del cittadino o dei familiari o dei caregivers.

III. INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ NEL CONTESTO AZIENDALE

Il contesto nel quale deve essere incardinato l'IF/C è il PTA (o nel prossimo futuro le Case di Comunità) dei Distretti Sanitari. Ciascun professionista avrà a riferimento per la sua attività un territorio la cui ampiezza dipenderà dalle caratteristiche orografiche e potrà pertanto operare su uno o più comuni; la sede di lavoro potrà anche insistere presso una sede periferica del PTA.

L’inserimento della figura dell’IF/C all’interno delle dinamiche del Distretto in collegamento con gli altri attori del sistema è finalizzato prioritariamente alla gestione delle malattie croniche, a partire da quelle patologie “target” oggetto di specifici programmi regionali:

- Diabete mellito;
- Scompenso cardiaco cronico;
- Broncopatia Cronica Ostruttiva.

Il numero di pazienti da attribuire al singolo Infermiere potrà variare in una prima fase sperimentale sulla base della necessità/complessità assistenziali e dei diversi contesti distrettuali, al fine di garantire la continuità delle cure. Le informazioni che

riguardano lo stato di salute dei pazienti dovranno essere condivisibili per mezzo della documentazione clinica (cartelle cliniche, piattaforma informatica, etc.).

Le aree di attività su cui si incentra il lavoro dell'IF/C sono:

- il case management dei pazienti cronici;
- gli accessi domiciliari per pazienti con dimissioni ospedaliere facilitate e pazienti dimessi da ADI o RSA;
- gli accessi domiciliari per pazienti cronici;
- gli interventi di prevenzione primaria/educazione alla salute in comunità (luoghi di aggregazioni pubblici e/o privati);

Le Direzioni strategiche delle Aziende Sanitarie Provinciali avranno cura di avviare un'adeguata campagna informativa e di sensibilizzazione nei confronti della comunità e degli altri sanitari coinvolti nella cura dei cittadini (MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni) rispetto al ruolo, funzioni e competenze dell'IF/C e sulle modalità di collaborazione.

IV. MODELLO ORGANIZZATIVO

L'IF/C è inserito nel Distretto Sanitario e opera in un sistema di connessione e integrazione con i MMG e PLS e tutte le articolazioni distrettuali e sociali, nonché con il livello ospedaliero, e tale attività è coordinata dal responsabile infermieristico distrettuale. I responsabili infermieristici del Distretto sono a loro volta coordinati dal dirigente del servizio infermieristico territoriale del Dipartimento delle Cure Primarie, che afferisce al responsabile della U.O. professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche o comunque secondo l'articolazione organizzativa adottata dalle singole Aziende Sanitarie.

V. INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ NELLA FASE DI PREPARAZIONE E RISPOSTA A COVID-19 NELLA STAGIONE AUTUNNALE- INVERNALE”

In coerenza con il DL 19 maggio 2020 n.34 è essenziale che gli IF/C, fino al termine della fase emergenziale, collaborino con le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) nella presa in carico e sorveglianza attiva dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio affetti da COVID-19, dimessi o paucisintomatici non

ricoverati e dei pazienti in isolamento domiciliare fiduciario, per i contatti di caso o i pazienti sintomatici senza evidenza di contatto.

Dovranno garantire ed incrementare le azioni terapeutiche ed assistenziali a livello domiciliare per i pazienti in isolamento domiciliare o sottoposti a quarantena.

Inoltre, all'interno del Dipartimento Cure Primarie si occuperanno anche dei soggetti con fragilità (patologie croniche, non autosufficienti, ecc.) come sopra indicato.

VI. RECLUTAMENTO DEL PERSONALE DA ADIBIRE A IF/C

Il DL 34/2020, convertito in Legge 77/2020 ha stabilito che il reclutamento del personale per le funzioni di IF/C avviene, nella prima fase, attraverso l'utilizzo di forme di lavoro autonomo anche di collaborazione coordinata e continuativa o alternativo utilizzo di graduatorie valide per assunzione a tempo determinato ed in una seconda fase mediante l'espletamento di apposite procedure concorsuali per rapporti di lavoro a tempo pieno ed indeterminato.

Il citato DL ha inoltre stabilito che il numero degli IF/C è pari a 8 ogni 50 mila abitanti e ha destinato fondi specifici alle Regioni.

Le Aziende Sanitarie, nella definizione dei criteri di valutazione dei titoli e dell'esperienza, dovranno tenere conto prioritariamente di:

- Maturata esperienza nell'assistenza territoriale;
- Possesso del Master di I livello in IF/C.

Le Aziende sono tenute a garantire il numero di Infermieri di Famiglia in attuazione al suddetto documento.

VII. PERCORSO FORMATIVO

Premesso che all'atto di reclutamento delle predette figure professionali non tutte si troveranno in possesso del master specifico, risulta necessario attivare una adeguata formazione.

Il percorso formativo per L'IF/C è finalizzato a sviluppare competenze per garantire la salute pubblica e prendere in carico le famiglie e le comunità sia per promuovere il loro benessere (interventi di promozione della salute, interventi preventivi ed educativi, di counselling sugli stili di vita), sia per sostenerle con interventi specifici laddove si trovino ad affrontare problematiche complesse di malattia, disabilità e cura, tramite l'utilizzo di un approccio proattivo di assistenza primaria.

Per poter rispondere in modo efficace ed efficiente alla complessità ed alla continuità assistenziale ed al fine di incrementare l'assistenza a domicilio, l'Assessorato Regionale della Salute intende implementare un modello di assistenza dei pazienti con patologie croniche che dovranno essere presi in carico presso i servizi di assistenza territoriale con l'utilizzo di un sistema informatizzato e con l'uso di device.

Il Programma formativo sarà definito e realizzato dal Centro per la Formazione Permanente e l'Aggiornamento del Personale del Servizio Sanitario (CEFPAS).

VIII. STRUMENTI OPERATIVI ED INFORMATICI

Nell'ambito della pianificazione dell'inserimento dell'Infermiere di Famiglia nel contesto pubblico della Regione Sicilia, le Aziende devono adottare un modello di digitalizzazione dei processi sanitari con l'obiettivo di creare e potenziare una rete virtuosa di professionisti per sostenere nel modo più adeguato i soggetti che verranno reclutati.

L'obiettivo è quello di sviluppare un modello operativo da diffondere sull'intero territorio, anche per un ritorno informativo e di valutazione.

La soluzione informatica deve prevedere un work flow dei processi assistenziali e una spinta integrazione con sistemi terzi, quali i PUA e le cartelle cliniche condivise con i MMG e le altre figure impegnate nella cura del paziente, in modo da sostenere una reale e fattiva cooperazione.

Il sistema informatico deve potere interagire con il paziente/caregiver/famiglia e garantire ai suddetti l'accesso ad una sezione dedicata al fine di attivare un canale di comunicazione diretto e di coinvolgerli come attori protagonisti dei percorsi di cura e delle attività di prevenzione primaria e secondaria.

IX. INDICATORI DI VALUTAZIONE/ESITI

In questa fase di inserimento dell'IF/C vengono definiti i seguenti indicatori che potranno subire delle variazioni anche rispetto ai risultati attesi nonché dalle indicazioni che saranno fornite dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome:

- Segnalazione di almeno il 50% per anno dei pazienti dimessi dai presidi ospedalieri con dimissioni facilitate e dei pazienti dimessi da ADI o RSA segnalati al PUA e all’Ufficio Territoriale;
- Presa in carico di almeno il 50% dei pazienti presenti nel registro dei pazienti cronici ;
- almeno 12 interventi di prevenzione primaria ed educazione alla salute in comunità (luoghi di aggregazione pubblici e/o privati);

I report di attività dovranno essere redatti dagli operatori coinvolti ogni trimestre e trasmessi al coordinatore degli IF/C.

X. CABINA DI REGIA E MONITORAGGIO

L’Assessorato della Salute istituisce un Tavolo Tecnico Regionale, composto dai responsabili dei servizi infermieristici territoriali delle AA.SS.PP. Siciliane e da esperti nominati dall’Assessorato, coordinato dal Direttore del Dipartimento per la Pianificazione Strategica. Tale tavolo tecnico svolgerà attività di monitoraggio e proporrà eventuali interventi correttivi *in itinere*.

Resta inteso che le Aziende Sanitarie provvederanno a dotare gli IF/C di quanto necessario per l’espletamento delle funzioni di cui sopra anche per ciò che attiene i dispositivi informatici .

PROGRAMMA FORMATIVO

Obiettivo Generale

Fornire ai partecipanti al corso competenze specifiche per la presa in carico del paziente nel territorio per l'utilizzo di nuove tecnologie e per la valutazione degli esiti.

Obiettivi formativi specifici:

- acquisire competenze nel case management dei pazienti cronici
- potenziare le abilità di lettura dei problemi clinico assistenziali e di risposta integrata di salute;
- potenziare le capacità comunicative-relazionali;
- migliorare le competenze per gli interventi integrati alle patologie croniche;
- stimolare la capacità di attivazione delle risorse del paziente affetto da patologie croniche e dei caregiver.

Contenuti e Aree tematiche

Aspetti legislativi e normativi:

- Quadro legislativo e normativo regionale di riferimento;
- Il ruolo dell'infermiere care manager nella gestione delle malattie croniche;
- DPI di cui alla Legge 81/2001.

Modello Organizzativo:

- Organizzazione delle cure primarie e secondarie
- Organizzazione dei Distretti Sanitari;
- Organizzazione dei PUA Distrettuali;
- Organizzazione di ADI e Cure Palliative
- Modello e modalità operative del Sistema Informatico;
- Modalità di reclutamento dei pazienti;
- Sistema di attribuzione al singolo infermiere;
- Sviluppo della rete locale degli infermieri esperti (stomaterapia, vulnologia, accessi venosi);

- Modalità di transito tra setting assistenziali (dimissioni facilitate e dimissioni ospedaliere o da ADI);
- Modalità e contenuti delle informazioni da trasmettere tra setting assistenziali.

Aspetti clinico assistenziali:

- Comunicazione e counselling;
- Sviluppo dell'assistenza primaria al domicilio dei pazienti cronici e covid;
- Educazione sanitaria ed educazione terapeutica;
- Prevenzione primaria, secondaria e terziaria;
- La formazione del care-giver;
- La documentazione infermieristica.

La tecnologia a supporto dell'assistenza territoriale:

- L'uso di Devices per il monitoraggio e la gestione dei pazienti covid e dei pazienti cronici.
- L'utilizzo di strumenti informatici per la gestione dei dati e dei flussi informativi

Metodologia

L'attività formativa destinata agli IF/C si svolgerà nella prima settimana successiva all'immissione in servizio degli stessi e prevede momenti di formazione plenaria, a distanza e in aula-interattiva sul campo, con analisi di casi e simulazioni.

Nello specifico sono previste:

- Evento informativo per tutti gli Infermieri reclutati divisi in gruppi;
- Test di valutazione d'ingresso (conoscenze e competenze);
- Didattica a distanza (norme - direttive - contesti ASP e Distretti, comunicazione etc..);
- Formazione in house presso le 9 Aziende Sanitarie;
- Valutazione finale.

Considerato che la figura è di nuova istituzione è necessario prevedere percorsi di aggiornamento e formazione periodica.

Il percorso formativo prevede la valutazione di gradimento e di apprendimento con l'utilizzo di questionari on-line.

DA RIVEDERE CON IL CEFPAS

Direzione del Corso: Dirigente del Servizio 8 DPS .

Docenti: i docenti saranno individuati tra il personale del SSR esperto nelle tematiche che saranno trattate e nello specifico, per la formazione in house, tra gli attori/protagonisti e responsabili delle attività assistenziali che vengono erogate nei Distretti Sanitari.

Formatori: Due docenti per tutte le AA.SS.PP. e almeno due docenti scelti tra i dipendenti per ogni ASP.

Destinatari: circa 800 infermieri divisi per 9 Aziende;

- ASP Palermo;
- ASP Messina;
- ASP Catania – Siracusa - Ragusa;
- ASP Agrigento - Caltanissetta -Trapani - Enna.

Durata del Corso 42 ore, come di seguito divise:

- 1 giornata seminario introduttivo per 4 gruppi di circa 200;
- 1 giornata di formazione a distanza;
- 3 giorni di formazione in house presso le 9 Aziende;
- 1 giornata seminario conclusivo e di valutazione finale in plenaria per i 4 gruppi.



|

|