



Collegi IPASVI della Lombardia
BG - BS - CO - CR - MN - MI,LO,MB - LC - PV - VA - SO

I PROGETTI INNOVATIVI DEGLI INFERMIERI LOMBARDI:
UNA SFIDA PER LA CONTINUITA' DELLE CURE NELLA
RIFORMA SOCIO SANITARIA DELLA LOMBARDIA

Milano - 1 dicembre 2017

Il ruolo infermieristico per la PRESA IN CARICO DELLA PERSONA CON PATOLOGIA CRONICA Modello organizzativo del servizio dell'infermiere di famiglia

**Beatrice Mazzoleni
Monica Casati**

PROGETTO
**«STUDIO DI FATTIBILITÀ SULL'ISTITUZIONE DEL
SERVIZIO DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA
E SULLE FUNZIONI DEL CARE E DEL CASE MANAGER»**

**Il presente progetto risponde ad un mandato della Comunità di Prassi delle
Direzioni Socio-Sanitarie provinciali dell'ATS di Bergamo,
dell'ASST Bergamo Est, dell'ASST Bergamo Ovest e dell'ASST Papa Giovanni XXIII**

Sistema Socio Sanitario



**Regione
Lombardia**

ATS Bergamo

Sistema Socio Sanitario



**Regione
Lombardia**

ASST Bergamo Est

Sistema Socio Sanitario



**Regione
Lombardia**

ASST Bergamo Ovest

Sistema Socio Sanitario



**Regione
Lombardia**

ASST Papa Giovanni XXIII



**IPASVI
BERGAMO**



*Art. 10 Sistema delle cure primarie, Comma 10.
Nell'ambito del settore delle cure primarie, governato dalle
ATS territorialmente competenti, è istituito il **servizio
dell'infermiere di famiglia** e delle professioni sanitarie,
inteso come il servizio infermieristico e delle professioni
sanitarie singolo o associato a disposizione del cittadino, dei
medici di cure primarie e delle autonomie locali...”*

Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23

**Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della
legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di
sanità)**

(BURL n. 33, suppl. del 14 Agosto 2015)



Modello di risk stratification di Kaiser Permanente



Regione Lombardia

DELIBERAZIONE N° X / 4662 Seduta del 23/12/2015

INDIRIZZI REGIONALI PER **LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITA' E DELLA FRAGILITA'** IN REGIONE LOMBARDIA 2016-2018



Identifica nel macroprocesso di gestione della persona con malattia cronica, il ruolo strategico dell'**infermiere case manager**



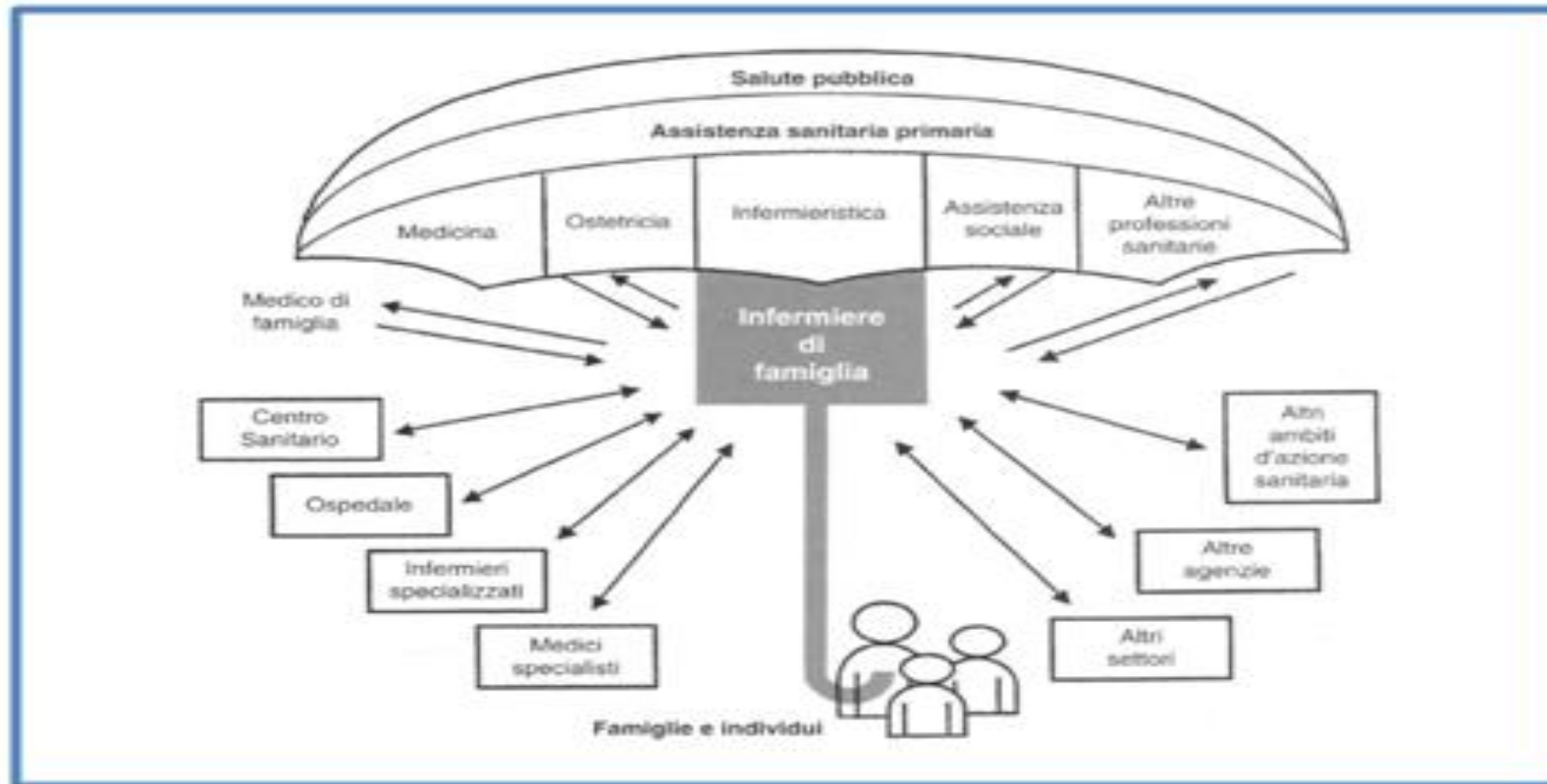


Fig. 1 – Il Modello dell'infermiere di famiglia (WHO, 2000 2006).

Conferenza di Vienna – 1988

L'Ufficio Regionale OMS per l'Europa raccomanda
l'introduzione dell'infermiere di famiglia

11.1 Fabbisogni professionali :

(...) I nuovi ruoli che possono essere disegnati ed ipotizzati sono quelli del case manager e/o dell'infermiere di famiglia, una cui possibile declinazione è riportata nel seguito. **L'Infermiere di Famiglia/Case Manager (ICM)** rappresenta l'evoluzione di funzioni professionali già svolte dagli infermieri per la salute della collettività che il mutamento dei bisogni sociosanitari dei cittadini rende necessaria per la qualità delle cure e la sostenibilità. Molti infermieri operano con diversi ruoli nelle Cure Primarie, ma il nuovo ruolo da sviluppare riguarda **la proattività e l'estensione dell'assistenza alle famiglie e alle Comunità**.

DGR 4662 del 23 dicembre 2015

Indirizzi regionali per la **presa in carico della cronicità e della fragilità** in
Regione Lombardia 2016-2018



 Regione Lombardia LA GIUNTA	
DELIBERAZIONE N° X / 4662 Seduta del 23/12/2015	
Presidente:	ROBERTO MARONI
Assessori regionali:	FABRIZIO SALA, Vice Presidente VALENTINA APREA VIVIANA BECCALOSSI SIMONA BORDONALI FRANCESCA BRIANZA CRISTINA CAPPELLINI GIOVANNI FAVA GIULIO GALLERA MASSIMO GARA VAGLIA MARIO MELAZZINI MAURO PAROLINI ANTONIO ROSSI ALESSANDRO SORTE CLAUDIA TERZI
Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi Su proposta del Presidente Roberto Maroni	
Oggetto: INDIRIZZI REGIONALI PER LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ E DELLA FRAGILITÀ IN REGIONE LOMBARDA 2016-2018	
Si esprime parere di segretaria amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, L. n.13/2014:	
Il Dirigente:	Mauro Agnello
Il Direttore Generale:	Walter Bergamaschi

Sistema Socio Sanitario Lombardo post L.R. 11 agosto 2015 n.23

DGR 4662 del 23 dicembre 2015 Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità

DGR 5513 del 2 agosto 2016 Linee Guida POAS

DGR 5954 del 5 dicembre 2016 Gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017

DGR 6164 del 30 gennaio 2017 Governo della domanda

DGR 6551 del 4 maggio 2017 Riordino della rete di offerta.

rilevanza del paradigma della cronicità-fragilità-pluripatologia

nuovi assetti organizzativi coerenti con il paradigma della cronicità



Continua

11.1 Fabbisogni professionali:

Nel **ruolo clinico** l'ICM ha la responsabilità di: - accertare i bisogni dei pazienti e delle loro famiglie; - identificare i problemi esistenti o potenziali, valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive; - in collaborazione con gli altri membri del team interdisciplinare, sviluppare il Piano Assistenziale Individuale; - gestire la relazione di aiuto utilizzando abilità di counselling, per favorire la collaborazione del paziente e l'adattamento alla malattia.

Nel **ruolo manageriale** l'ICM ha la responsabilità di: - facilitare e coordinare l'assistenza di pazienti durante la presa in carico; - gestire l'assistenza, pianificando gli obiettivi, le modalità di trattamento, gli interventi necessari per soddisfare le necessità dei pazienti e delle loro famiglie; - determinare, in collaborazione col team multidisciplinare, la durata dell'eventuale degenza e iniziare il piano di dimissione già al momento della presa in carico; - pianificare la riammissione in ospedale in caso di necessità o riacutizzazioni; - valutare continuamente la qualità dell'assistenza fornita e le conseguenze dei trattamenti; - essere un facilitatore del lavoro di squadra.

Nel **ruolo finanziario** l'ICM ha la responsabilità di: - assicurare, in collaborazione con i medici e gli altri membri del team, un'appropriata allocazione delle risorse necessarie a fornire cure adeguate ai pazienti; - evitare duplicazioni inutili o frammentazione dell'attività programmata, in modo da ottenere un efficace ed efficiente utilizzo di risorse.

I contenuti da sviluppare riguardano dunque aspetti legati all'area dell'informazione e dell'educazione al paziente, del counselling, del follow-up."

DGR 4662 del 23 dicembre 2015

Indirizzi regionali per la **presa in carico della cronicità e della fragilità** in
Regione Lombardia 2016-2018



 Regione Lombardia LA GIUNTA	
DELIBERAZIONE N° X / 4662 Seduta del 23/12/2015	
Presidente: ROBERTO MARONI	
Assessori regionali: FABRIZIO SALA, Vice Presidente VALENTINA APREA VIVIANA BECCALOSI SIMONA BORDONALI FRANCESCA BRIANZA CRISTINA CAPELLINI GIOVANNI FAVA	Assessori regionali: GIULIO GALLERA MASSIMO GARAVAGLIA MARIO MELAZZINI MAURO PAROLINI ANTONIO ROSSI ALESSANDRO SORTE CLAUDIA TERZI
Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi Su proposta del Presidente Roberto Maroni	
Oggetto: INDIRIZZI REGIONALI PER LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ E DELLA FRAGILITÀ IN REGIONE LOMBARDA 2016-2018	
Si esprime parere di segretaria amministrativa di sensi dell'art.4, comma 1, L. n.137/2014:	
Il Dirigente: Mauro Agnello	
Il Direttore Generale: Walter Segomaschi	

DGR 5513 del 2 agosto 2016 “Ulteriori determinazioni in ordine **alle linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici** delle agenzie di tutela della salute (ATS), delle aziende socio sanitarie territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di AREU”



4.2. Gli strumenti di integrazione della rete

“Considerata la natura della rete e gli obiettivi che deve assumere nel SSL gli strumenti essenziali per l’integrazione sono (omissis) **.il case manager: è l’operatore “responsabile del caso” e della verifica della realizzazione del PAI della persona presa in carico e svolge il fondamentale ruolo di raccordo e collegamento fra i nodi della rete”**

4.3. Il sistema operativo della rete

“Il case manager. La figura del “responsabile del caso” è un professionista che opera come riferimento e “facilitatore” per la persona che ha bisogni complessi sanitari e sociosanitari e ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per migliorare l’efficienza dell’assistenza. E’ fondamentale che sappia costruire un dialogo costante con l’utente e la sua famiglia. Il ruolo di case manager è assunto da figure assistenziali diverse a seconda dei bisogni e della complessità del paziente. Viene individuato all’atto della stesura dell’avvio del percorso tra gli operatori di uno dei nodi della rete, in base alla prevalenza e alla intensità della risposta al bisogno...”



 Regione Lombardia LA GIUNTA	
DELIBERAZIONE N° X / 5513 Seduta del 02/08/2016	
Presidente: ROBERTO MARONI	
Assessori regionali: FABRIZIO SALA - Vice Presidente	GIOVANNI FAVA
VALENTINA APREA	GIULIO GALLERA
VIVIANA BECCALOSI	MASSIMO GARAVAGLIA
SANDRA BORDONALI	MAURO PAROLINI
FRANCESCA BRIANZA	ANTONIO ROSSI
CRISTINA CAPELLINI	ALESSANDRO SORTI
LUCA DEL GOBBO	CLAUDIA TERZI
Con l'assessorato del Segretario: Fabrizio De Vecchi	
Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera	
Oggetto: ULTERIORI DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLE LINEE GUIDA REGIONALI PER L'ADOZIONE DEI PIANI DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICI DELLE AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS), DELLE AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (ASST), DEGLI IRCCS DI DIRITTO PUBBLICO DELLA REGIONE LOMBARDIA E DI AREU.	
Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art. 4, comma 1, l. n. 117/2014.	
Il Dirigente	Tommaso Russo

DGR 5954 del 5 dicembre 2016

Determinazioni in ordine alla **gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017** (Di concerto con gli Assessori Garavaglia e Brianza)



4.1.5.

Il ruolo dell'Infermiere nella presa in carico

“Nel percorso di presa in carico in un'ottica di sviluppo dei **processi di case manager** verrà data specifica attenzione al ruolo dell'**Infermiere** Professionale al fine di offrire ulteriori opportunità dei percorsi di continuità assistenziale a sostegno della fragilità e cronicità in un'ottica di supporto alla famiglia nel suo complesso”.



DGR 6164 del 30 gennaio 2017

Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015



Il ruolo dei soggetti Gestori “I soggetti responsabili della presa in carico dovranno essere accreditati e/o a contratto e garantire, con intensità ed accentuazioni differenziate a seconda dei diversi livelli di stratificazione della domanda, le seguenti principali funzioni: (...omissis...)”

Case management in raccordo con le professioni sanitarie, in termini di responsabilità clinica e di accompagnamento del paziente in relazione alla complessità clinica e ai bisogni assistenziali e relativa classe di appartenenza

La Regione ha individuato **63 malattie**, per le quali ha stabilito **un corrispettivo economico** da attribuire al gestore a secondo della patologia presentata da ogni persona assistita



Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 6164 Seduta del 30/01/2017

Presidente: **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali: FABRIZIO SALA, Vice Presidente

VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSI
SIMONA BORDONALI
FRANCESCA BRIANZA
CRISTINA CAPELLINI
LUCA DEL GOBBO

GIOVANNI FAVA
GIULIO GALLERA
MASSIMO GARAVAGLIA
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario: Fabrizio De Vecchi
Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto:
GOVERNO DELLA DOMANDA: AVVIO DELLA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI CRONICI E FRAGILI.
DETERMINAZIONI IN ATTUAZIONE DELL'ART. 9 DELLA LEGGE N. 23/2015

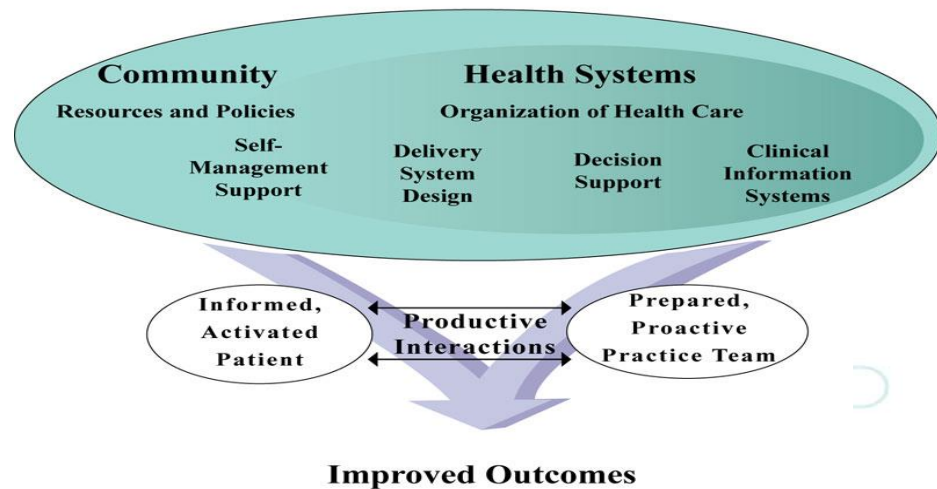
Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Dirigente: Giovanni Daverio

Il Direttore Generale: Giovanni Daverio



The Chronic Care Model



Developed by The Mac
© ACP-ASIM Journal

I modelli...

FIGURE 5. Innovative Care for Chronic Conditions Framework

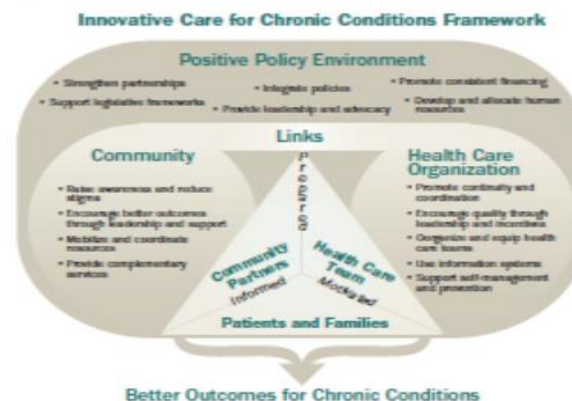
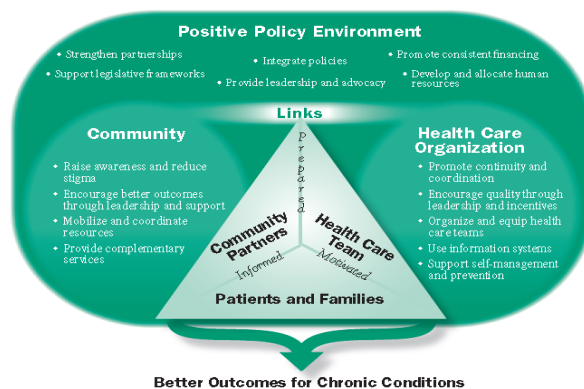


Figure 2. The Expanded Chronic Care Model: Integrating Population Health Promotion

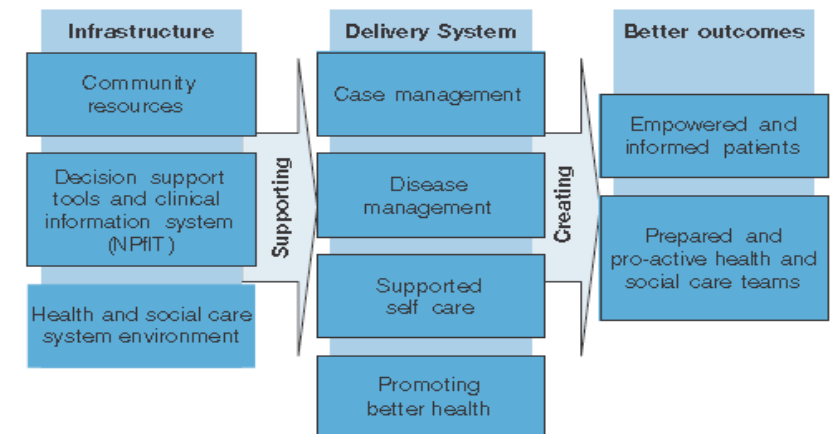


Created by: Victoria Barr, Sylvia Robinson, Brenda Marin-Link, Lisa Underhill, Anita Dotts & Darlene Ravensdale (2002)
Adapted from Glasgow, R., Orleans, C., Wagner, E., Curry, S., Solberg, L. (2001). "Does the Chronic Care Model also serve as a template for improving prevention?" *The Milbank Quarterly*, 79(4), and World Health Organization, Health and Welfare Canada and Canadian Public Health Association. (1986). Ottawa Charter of Health Promotion.

Innovative Care for Chronic Conditions



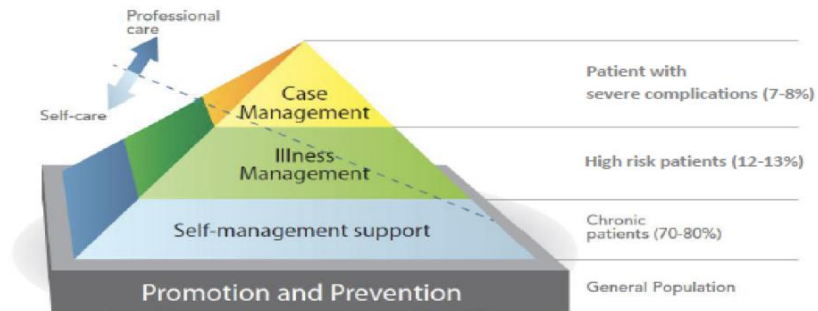
The NHS and Social Care Long Term Conditions Model



M. Casati, Presa in carico della cronicità: presentazione del progetto aziendale di case management specialistico e del progetto provinciale di infermiere di famiglia e di comunità,

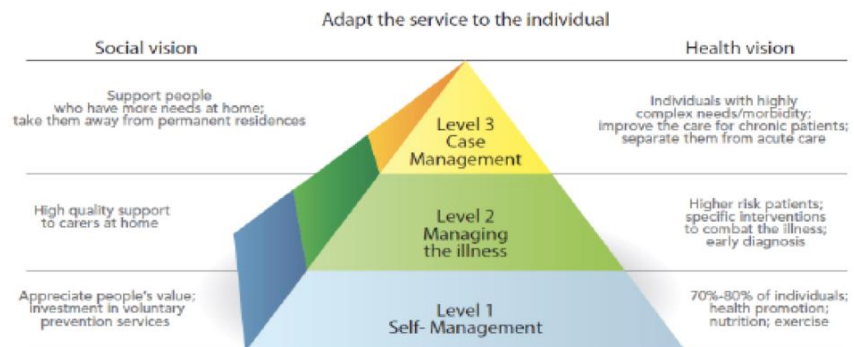
I modelli...

Extended Kaiser Pyramid



Pyramid defined by King's Fund in the United Kingdom

Pyramid defined by King's Fund in the United Kingdom



Source: King's Fund (C. Ham)

(Piano Nazionale Cronicità
MinS 2016)

Modello di risk stratification di Kaiser Permanente



DGR N° X / 4662 del 23/12/2015

Tabella 1. Domanda, bisogni e pertinenza prevalente

	N° Pazienti/ Utenti	DOMANDA	BISOGNI	PERTINENZA PREVALENTE
Livello 1	150.000	Fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio	Integrazione dei percorsi ospedale/domicilio/ riabilitazione/ sociosanitario	Struttura di erogazione Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate
Livello 2	1.300.000	Cronicità poli-patologica con prevalenti bisogni extra-ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/ <i>frequent users</i> e fragilità sociosanitarie di grado moderato	Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prevalentemente farmacologica e di supporto psicologico - educativo) e gestione proattiva del <i>follow-up</i> (più visite ed esami all'anno)	Struttura di erogazione e MMG Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate MMG in associazione
Livello 3	1.900.000	Cronicità in fase iniziale, prevalentemente mono-patologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale, a richiesta medio- bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari / <i>frequent users</i>	Garanzia di percorsi ambulatoriali riservati/di favore e controllo e promozione dell'aderenza terapeutica	Territorio (MMG proattivo)
Livello 4	3.000.000	Soggetti non cronici che usano i servizi in modo sporadico (prime visite/accessi ambulatoriali veri)	Accessibilità a tutte le Agende ambulatoriali disponibili sul territorio	Territorio (MMG)
Livello 5	3.500.000	Soggetti che non usano i servizi, ma sono comunque potenziali utenti sporadici	Sono solo 'potenziali utenti'	Territorio (MMG)

Regione Lombardia (2017) DGR n° X / 6164 del 30/01/2017 **Governo della domanda:** avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili.
 Determinazioni in attuazione dell'Art.9 della Legge n.23/2015

DGR 6551 del 4 maggio 2017

Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 33/2009



2.6 .

Il ruolo dell'infermiere e delle professioni sanitarie nella presa in carico dei pazienti cronici

“Con riferimento a quanto disposto nel Piano Nazionale della Cronicità, che prevede un approccio assistenziale basato sul modello di **case management**, la **figura infermieristica** può fornire una interfaccia con il paziente, nell'ambito del processo assistenziale contribuendo direttamente a risolvere i suoi problemi di accesso alle cure. **L'infermiere fungendo da riferimento stabile del paziente e dei suoi caregiver fin dal momento della presa in carico** anche attraverso il follow up infermieristico, **può divenire in questa fase il punto di raccordo** tra il percorso clinico e quello assistenziale al fine di migliorare la presa in carico e la qualità della vita del paziente.

Le figure professionali sanitarie possono rivestire il ruolo di case manager nell'ambito del percorso assistenziale di presa in carico.”



DGR 6551 del 4 maggio 2017

Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 33/2009



2.7.2. I Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST)

“ presso i PreSST possono trovare opportuna collocazione, in accordo con l’ATS di riferimento, gli studi dei MMG/PLS del territorio e, ove presenti degli **infermieri di famiglia**”.




Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 6551 Seduta del 04/05/2017

Presidente: **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali: FABRIZIO SALA, Vice Presidente
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSI
SIMONA BORDONALI
FRANCESCA BRIANZA
CRISTINA CAPPELLINI
LUCA DEL GOBBO

GIOVANNI FAVA
GIULIO GALLERA
MASSIMO GARAVAGLIA
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario: Fabrizio De Vecchi
Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto:
RIORDINO DELLA RETE DI OFFERTA E MODALITA' DI PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI E/O FRAGILI IN ATTUAZIONE DELL'ART. 9 DELLA LEGGE REGIONALE N. 33/2009

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

I Dirigenti: Aldo Bellini, Laura Lanfredini, Marco Cozzoli, Luca Merlino, Maria Gramigna, Tommaso Russo

Il Direttore Generale: Giovanni Daverio

L'atto si compone di 131 pagine
di cui 139 pagine di allegati
parte integrante

CASE MANAGEMENT SPECIALISTICO E CASE MANAGEMENT COMUNITARIO

CASE MANAGEMENT SPECIALISTICO

Innestato su una condizione clinica che richiede continuità della presa in carico altamente specialistica, tipicamente ospedaliera

CASE MANAGEMENT COMUNITARIO

Innestato su condizioni di vulnerabilità e di necessità di natura sanitaria e sociale,
tipicamente territoriale



CDR I LIVELLO	DIPARTIMENTO PIPSS
CDR III LIVELLO	

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE
053202	ex DGR n. 2942/2014 E DGR 5918//2016 4.1.5 MISURE INNOVATIVE E SPERIMENTAZIONI SOCIO-SANITARIE

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico

DESCRIZIONE
Ruolo e funzioni dell'Infermiere nella presa in carico Nel percorso di presa in carico in un'ottica di sviluppo dei processi di Case Manager viene data specifica attenzione al ruolo dell'Infermiere al fine di offrire ulteriori opportunità dei percorsi di continuità assistenziale a sostegno della fragilità e cronicità in un'ottica di supporto alla famiglia nel suo complesso.

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
Sviluppo di percorsi assistenziali innovativi all'interno dei processi di case manager a sostegno della cronicità

PARAMETRO, RISULTATO ATTESO E RANGE DELL'OBIETTIVO
Realizzazione, condivisa con le ASST del territorio bergamasco, di uno studio di fattibilità sull'Infermiere di Comunità e sulle funzioni del Care e del Case Manager riferito al contesto territoriale dell'ATS di Bergamo. Indicatori: - avvio gruppo di miglioramento entro il 30.04.2017 - ATS e ASST - presentazione degli esiti dello studio entro 30.06.2017 - ATS e ASST - avvio di uno specifico percorso formativo coinvolgendo anche le strutture private accreditate entro 31.10.2017 ATS - partecipazione all'attività formativa di almeno due operatori per ogni ASST al 31.12.2017 – ASST

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO	
30 SETTEMBRE	31 DICEMBRE
X	X

Scheda condivisa con la Direzione Sanitaria dell'ATS e le Direzioni Sanitarie e Sociosanitarie delle ASST



	Gruppo di lavoro
ASST Ovest	Mangiacavalli Barbara - Coordinatore
ASST Est	Alborghetti Adriana
ASST Est	Esposito Giulia
ASST Est	Lorenzetti Maddalena
ASST PG23	Casati Monica
ASST Ovest	Macalli Massimo
IPASVI	Mazzoleni Beatrice
ASST Ovest	Riccardi MariaRosa
ATS Bergamo	Spada Pierangelo
ATS Bergamo	Zucchi Alberto

FASI PROGETTUALI

- A. Definire il quadro normativo regionale, nazionale e internazionale di riferimento.
- B. Definire le tipologie/terminologie utilizzate nei diversi contesti per definire la figura del case manager- Infermiere di famiglia e comunità e relativi ruoli e funzioni.
- C. Analisi della epidemiologia provinciale relativa alla persona con problematiche legate al diabete e ulteriori co-morbilità.
- D. Definire l'incardinamento organizzativo del Servizio dell'IFC e relativo ruolo.
- E. Descrivere le funzioni dell'IFC e relazioni funzionali con i servizi socio sanitari.
- F. Definire le risorse necessarie per l'attuazione del progetto.
- G. Presentare il progetto alla direzione strategica aziendale ATS- ASST Provinciali.



Il Servizio dell'Infermiere di Famiglia si inserisce e si sviluppa in un percorso assistenziale definito interdisciplinarmente al fine di **sostenere l'integrazione** ed essere **facilitatore** tra la persona assistita e la sua famiglia e i diversi interlocutori/servizi presenti nel sistema salute (altri professionisti, ambulatori, ospedale, MMG, ecc.)

Con tale modalità organizzativa, attraverso il ruolo di **case management**, sono assicurati il **coordinamento** e l'integrazione a favore di una **presa in carico** per quanto possibile **concreta, completa ed efficace**.



Allegato 1 - Tabella sinottica delle fasi progettuali

Allegato 2 - Definizione del quadro normativo internazionale, nazionale e regionale di riferimento

Allegato 3 - Definizione delle terminologie e profilazione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità

Allegato 4 - La patologia diabetica in provincia di Bergamo

Allegato 5 - Esempi di indicatori clinici e organizzativi potenzialmente afferenti all'Infermiere di Famiglia e di Comunità



Proposta

Istituzione del Servizio dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (SIF)



PROGETTO «STUDIO DI FATTIBILITÀ SULL'ISTITUZIONE DEL SERVIZIO DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E SULLE FUNZIONI DEL CARE E DEL CASE MANAGER»
COLLABORAZIONE TRA L'ATS DELLA PROVINCIA DI BERGAMO E LE ASST PAPA GIOVANNI XXIII, BERGAMO EST E BERGAMO OVEST

L'istituzione omogenea in ogni ASST della provincia di Bergamo del **Servizio di Infermiere di Famiglia -SIF-** si caratterizza per la presenza di diversi ruoli infermieristici e relative competenze sulla base della tipologia di popolazione.

Il **SIF è un modello organizzativo** espletato attivamente all'interno delle ASST a seguito di una programmazione svolta in ATS conseguente a *definizione dei fabbisogni specifici dei territori*. Il Servizio nelle ASST è erogato da **infermieri**, con competenze ed esperienza in ambito territoriale; è ritenuto valorizzante il possesso di formazione specifica (es. master per infermiere di famiglia, formazione in campo di case management, corsi di perfezionamento, ecc.).



Applicando il concetto alla stratificazione della popolazione secondo la **DGR n° X / 6164** del 30/01/2017 "**Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'Art.9 della Legge n.23/2015**" di Regione Lombardia, i ruoli assumibili dalla professione infermieristica possono essere identificati su **tre livelli**:

- **Infermiere di Comunità/Welfare comunitario**
- **Infermiere di Famiglia - Case Manager**
- **Infermiere Disease Care Manager**



	INFERMIERE DI COMUNITA' O WELFARE COMUNITARIO	INFERMIERE DI FAMIGLIA-CASE MANAGER	INFERMIERE DISEASE- CARE MANAGER
INNESCO	Proattivo	Proattivo Reattivo	Reattivo
FOCUS	Specifico contesto sociale	Persona assistita/caregiver inseriti in un contesto sanitario e sociale selezionati in base a stratificazioni derivate da flussi informativi istituzionali	Persone assistite inserite in un contesto sanitario e sociale selezionate in base a stratificazioni derivate da flussi informativi istituzionali
LIVELLO NELLA STRATIFICAZIONE REGIONE LOMBARDIA DGR n° X/ 6164 del 30/01/2017	LIVELLO 4	LIVELLO 2	LIVELLO 1
	LIVELLO 5	LIVELLO 3	
OBIETTIVO	Prevenzione e screening per individui che richiedono percorsi personalizzati, gestione dell'integrazione e facilitazione dei processi integrati di promozione della salute promuovendo comportamenti aderenti ai determinanti della salute (OMS)	Valutazione, gestione, integrazione e facilitazione di processi integrati di presa in carico al fine di mantenere e migliorare il soddisfacimento dei bisogni e il livello di salute. Essere riferimento stabile del paziente e dei suoi caregiver fin dal momento della presa in carico.	Valutazione, gestione, integrazione e facilitazione di processi integrati di presa in carico anche attraverso il collegamento diretto con il case manager specialistico (ospedaliero), al fine ridurre i ricoveri impropri e garantire la gestione precoce della complessità e delle complicanze.

Tabella 1 Applicazione ruoli infermieristici sulla stratificazione DGR X / 6164 del 30/01/2017



Infermiere di Comunità/Welfare Comunitario

Obiettivo: Prevenzione e screening di individui che richiedono percorsi personalizzati, gestione dell'integrazione e facilitazione dei processi integrati di promozione della salute promuovendo comportamenti aderenti ai determinanti della salute (OMS)

ATTIVITA':

Presa in carico anticipata e leggera dei bisogni della comunità: attività di prevenzione con modalità proattiva

Empowerment della salute

Mantenimento dell'equilibrio tra solitudine e integrazione sociale

Prevenzione dei rischi per la vita

Promozione della normalità all'interno dei gruppi sociali (Pellizzari, 2008)

Attivazione rete di risorse formali e informali presenti nella comunità (Pellizzari, 2008)

Sviluppo dei ruoli di "helper" e "counsellor" e orientamento ai servizi (Pellizzari, 2008)
(OMS, 1999; Pellizzari, 2008; Cerati, 2013)



Infermiere Disease-Care Manager

Care management: utilizzo di personale sanitario formato per lavorare direttamente con popolazioni selezionate di persone nel tentativo di migliorare la loro salute e, di conseguenza, contenere i relativi costi.

Disease - Care Manager: Professionista sanitario che assiste persone per massimizzarne l'assistenza per specifiche malattie.

ATTIVITA':

Presa in carico dell'utente in fase intensiva (acuta), garanzia della continuità delle cure in fase estensiva (post acuta); (nel testo di riferimento, riferito all'infermiere di comunità);

Promozione della salute nell'ottica dell'empowerment (nel testo di riferimento, riferito all'infermiere di comunità);

Educazione degli assistiti sulla malattia o sul suo trattamento.

Organizza il richiamo periodico dei pazienti, mantiene il collegamento diretto con il “tutor” ospedaliero, organizza la partecipazione a programmi educativi di gruppo (Pellizzari, 2008; Kathol et al., 2015)



Infermiere di Famiglia Case Manager 1/3

Case management: è un processo collaborativo di valutazione, pianificazione, facilitazione, assistenza, valutazione e advocacy per soddisfare le esigenze di salute di un individuo e della famiglia attraverso la comunicazione e le risorse disponibili per promuovere la sicurezza del paziente, la qualità della cura e risultati efficaci in termini di costi” . (Pellizzari, 2008; CMSA,2016;Kathol et al., 2015)

Case Management: procedimento specifico per coordinare l’elaborazione di richieste complesse nell’ambito sociale, sanitario e assicurativo. In un processo condotto con metodo e basato sulla cooperazione, sono favorite prestazioni di qualità erogate in modo da rispondere ai bisogni individuali e raggiungere gli obiettivi ed effetti concordati con un alto grado di efficienza . Il case management richiede una collaborazione interdisciplinare e interistituzionale. Rispetta l’autonomia dei clienti, utilizza con oculatezza le risorse dei sistemi dei clienti e dei servizi di sostegno. (Netzwerk Schweiz, 2006)



Infermiere di Famiglia Case Manager 2/3

Case Manager: professionista “facilitatore” per la persona che ha bisogni sociosanitari complessi e per i servizi co-interessati nella gestione della persona, per assicurare la continuità assistenziale in tutte le fasi del progetto, per coordinare le risorse, migliorare l’efficacia e l’efficienza dell’assistenza. (Brunod et al, 2011)

Figura professionale in grado di assicurare la continuità delle cure tra ospedale e territorio attraverso la messa in rete di tutti i servizi sanitari e sociali presenti nel territorio. (definito nel testo di riferimento “infermiere di comunità”) (Pellizzari, 2008)

Esperti riconosciuti e partecipanti vitali nel team di coordinamento delle cure che consentono alle persone di comprendere e accedere a servizi sanitari di qualità, sicuri ed efficienti. (CMSA, 2016)



Infermiere di Famiglia Case Manager 3/3

ATTIVITA':

Impiego di risorse e servizi che comprendono la valutazione, la formazione e l'assistenza, che determina la mobilitazione di risorse da altre professioni e servizi in campo sanitario e sociale; (ICN, 2001)

Attivazione in rete di risorse formali e informali presenti nella comunità; ruoli di “helper” e “counsellor” e orientamento ai servizi; Attivazione di sistemi di shared care (Pellizzari, 2008; Chiari, Santullo, 2011;CMSA, 2016)

Coordinamento e agevolazione della comunicazione interdisciplinare per minimizzare la frammentazione e massimizzare assistenza evidence based; Miglioramento qualità assistenziale, mantenimento costo efficacia (Kathol et al., 2015)

Comunicazione con assistito e famiglia (CMSA, 2016)

Impegnarsi in attività di miglioramento delle prestazioni con l'obiettivo di migliorare l'accesso del cliente a cure e servizi tempestivi e migliorare il raggiungimento di obiettivi e risultati desiderati (CMSA, 2016)

Attivazione rete di risorse formali e informali presenti nella comunità; (nel testo di riferimento, riferito all'infermiere di comunità); (Pellizzari, 2008)

Facilitare la comunicazione e il coordinamento tra i membri del team assistenziale interprofessionale e coinvolgere il cliente nel processo decisionale al fine di ridurre al minimo la frammentazione dei servizi forniti e prevenire il rischio di cure non sicure e di risultati non ottimali; (DGR Lombardia X/4662 2015; CMSA, 2016)



Martedì 19 settembre 2017 ore 8.30/13.00

**CENTRO CONGRESSI GIOVANNI XXIII
v.le Papa Giovanni XXIII, 106 Bergamo**

Diretta Live: **#Governance**

ats-bg.it      

Evento Formativo

PERCORSI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE TERRITORIO - OSPEDALE - TERRITORIO Riflessioni su un dialogo tra modelli



APERTURA LAVORI

■ Mara AZZI, Direttore Generale *ATS Bergamo*

PRIMA PARTE: DIALOGO TRA MODELLI

Coordina: ■ Giuseppe CALICCHIO, *ATS Bergamo*

■ Monica DELLA FONTE e Cecilia POLLINI, *Azienda USL Toscana Centro*
Dalla sanità di attesa alla sanità d'iniziativa... il Modello Toscano

■ Mara PELLIZZARI, *Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 Bassa Friulana Isontina*
L'infermiere di comunità un elemento strategico del welfare community: l'esperienza dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 Bassa Friulana Isontina

■ Barbara MANGIACAVALLI, Monica MEROLI, Donatella VASATURO, *ASST della provincia di Bergamo*
Percorsi di Continuità assistenziale e Integrazione delle professioni in area vasta sovra-aziendale

SECONDA PARTE: RIFLESSIONI E PROSPETTIVE

Coordina: ■ Giorgio BARBAGLIO, *ATS Bergamo*

■ Paola OBBIA, *Azienda Sanitaria Locale CN1 e Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità*
Dalla cura della comunità, alla comunità che cura. La figura strategica dell'infermiere di famiglia e di comunità

■ Gavino MACIOCCO, *Dipartimento di Sanità Pubblica Università degli Studi di Firenze*
L'innovazione "efficace" nella gestione della cronicità

Ingresso libero previa iscrizione attraverso il portale www.ats-bg.it a partire dal 24 luglio 2017

**Iniziativa formativa condivisa tra le Direzioni Sociosanitarie
ATS Bergamo. ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo Est e Bergamo Ovest**

Sistema Socio Sanitaria



**Regione
Lombardia**

ATS Bergamo

ASST Papa Giovanni XXIII

ASST Bergamo Est

ASST Bergamo Ovest



Collegio IPASVI di Bergamo

IL FUTURO DEGLI INFERMIERI:

**I NUOVI RUOLI E LE APPLICAZIONI
CONTRATTUALI**



**16 ottobre 2017
Bergamo**

CASA DEL GIOVANE



●● Programma

- 08.30 Registrazione partecipanti
- 09.00 Apertura lavori
- 09.15 Sostenere gli infermieri: obiettivi e strumenti della rappresentanza professionale
Barbara Mangiacavalli
- 09.45 La Legge 24/2017: quali novità per gli infermieri?
Benci Luca
- 10.15 I possibili sviluppi del rinnovo contrattuale: finalmente un riconoscimento?
Saverio Proia
- 10.45 L'infermiere di famiglia e di comunità: il progetto provinciale.
Giuseppe Calicchio
- 11.15 L'evoluzione del SSR e il ruolo infermieristico
Giulio Gallera
- 12.00 Dibattito
- 13.00 Chiusura lavori

●● Sede del corso

Casa del Giovane – Auditorium
Via M.Gavazzeni 13
Bergamo



PROGETTO «STUDIO DI FATTIBILITÀ SULL'ISTITUZIONE DEL SERVIZIO DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E SULLE FUNZIONI DEL CARE E DEL CASE MANAGER»

COLLABORAZIONE TRA L'ATS DELLA PROVINCIA DI BERGAMO E LE ASST PAPA GIOVANNI XXIII, BERGAMO EST E BERGAMO OVEST



Gli infermieri italiani sono oltre 440.000 di cui 371.000 in attività e rappresentano più del 47% della forza lavoro in sanità

Nel 2015 la media italiana è di 2,8 infermieri per 100 abitanti
(3,4 in Liguria, 2,1 in Campania)

Mancano almeno 50mila infermieri per poter erogare un servizio in linea con i bisogni dei cittadini: di questi circa 20mila sono quelli necessari alla copertura dei turni secondo le regole sull'orario di lavoro dettate dall'Ue negli ospedali; altri **30.000 almeno servono per soddisfare la domanda di assistenza sul territorio.**

*Dati Censis e dati Centro studi Ipasvi in partnership con Istat (Rilevazione Continua sulle Forze di Lavoro)
e Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato 2015.*



Le priorità per il prossimo futuro secondo gli italiani (*val. %*)

	Italia
- Prevedere sul territorio la figura dell'infermiere convenzionato, analoga a quella del medico di medicina generale	53,8
- Inserire la figura dell'infermiere all'interno delle farmacie	38,5
- Abolire il numero chiuso nelle facoltà di Infermieristica	19,8
- Prevedere dei pacchetti assicurativi con buoni incentivi fiscali per le prestazioni infermieristiche	16,3
- Consentire agli infermieri pubblici di lavorare privatamente sul territorio	15,8

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis, 2016

ELEMENTI DI SVILUPPO

- **Potenziamento degli aspetti culturali e organizzativi a favore delle self-care**
- **Potenziare l'integrazione delle reti professionali e gestionali**
- **Ottimizzare i tempi di attesa per le attività sanitarie, socio-sanitarie, sociali prioritarie**
- **Presidiare le metodologie di stratificazione delle persone assistite**
- **Sviluppo di sistemi elettronici e di flussi informativi di monitoraggio degli esiti della presa in carico con case management, con dati clinici, assistenziali, riabilitativi e sociali**





PROGETTO «STUDIO DI FATTIBILITÀ SULL'ISTITUZIONE DEL SERVIZIO DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E SULLE FUNZIONI DEL CARE E DEL CASE MANAGER»
COLLABORAZIONE TRA L'ATS DELLA PROVINCIA DI BERGAMO E LE ASST PAPA GIOVANNI XXIII, BERGAMO EST E BERGAMO OVEST