

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA NEI NUOVI SETTING DI CURA:

ESPERIENZE SUL CAMPO E POSSIBILI SCENARI FUTURI

Roberto Ferrari, Segretario IPASVI-

BS e referente Gruppo di Lavoro

Infermiere di Famiglia



PREMESSA: ITALIA, PAESE DI TERREMOTI

NON PREVEDIBILE

PREVEDIBILE







UN DISASTRO ANNUNCIATO: IL PROSSIMO TERREMOTO DEMOGRAFICO

PROIEZIONI PER L'ANNO 2050 (Prof. Bernabei Italia Longeva)

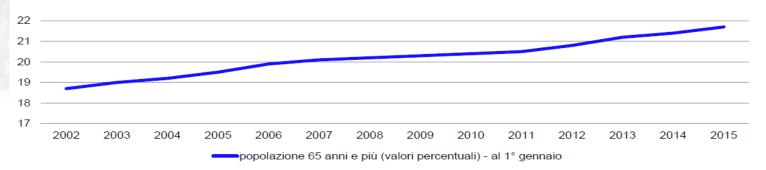
Ultrasessantacinquenni: 1/3 popolazione;
 (33,33%, oggi 20%)

Ultraottantenni 13,6% (oggi 5,8%);

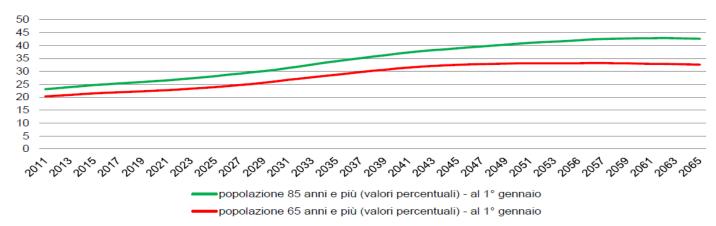


Invecchiamento della popolazione: stato attuale e proiezioni a lungo termine

Popolazione anziana al 1° gennaio (2002 - 2015)



popolazione anziana 2011-2065





UNA POSSIBILE RISPOSTA: L'INFERMIERE DI FAMIGLIA

OMS ("Health 21" 1998): "E' un professionista inserito nella comunità, in grado di creare una relazione di fiducia con gli individui che la compongono, per <u>promuoverne la salute</u> e consentire loro di raggiungere il più elevato livello di benessere possibile [...] Coopera con tutte le figure <u>sanitarie, ma soprattutto con gli individui</u> e le famiglie per aiutarle a trovare soluzioni ai loro problemi di salute e a <u>gestire</u> la <u>malattia e le</u> disabilità croniche»



ULTERIORI CONFERME

(OMS 2000)

- <u>Identifica</u> e valuta lo stato di <u>salute</u> ed i <u>bisogni</u> degli individui e delle famiglie;
- <u>Pianifica</u> e <u>fornisce</u> <u>assistenza</u> alle famiglie;
- <u>Promuove</u> attività di <u>prevenzione</u> per individui, famiglie e comunità;
- Applica strategie di insegnamento;
- Crea, gestisce ed utilizza <u>informazioni statistiche e cliniche</u>, per pianificare l'assistenza;
- Sostiene ed incoraggia gli individui e le famiglie a partecipare alle decisioni relative alla loro salute.

Piano Nazionale sulla Cronicità (21/07/2016): esigenza del nuovo ruolo sociale dell'infermiere sul territorio.



CAMPO dell'INFERMIERE di FAMIGLIA

Le altre regioni

Con il contributo di:

Cinzia Beligni: coordinatrice infermieristica USL Centro Toscana e collaboratrice con IPASVI-FI per la realizzazione di linee guida per progettazione e studio di un modello teorico dell'infermiere di famiglia e di comunità

Paola Obbia: ASL CN1, Presidente AlFeC (Associazione Infermieri di Famiglia e di comunità)



TOSCANA: Area Vasta Centro



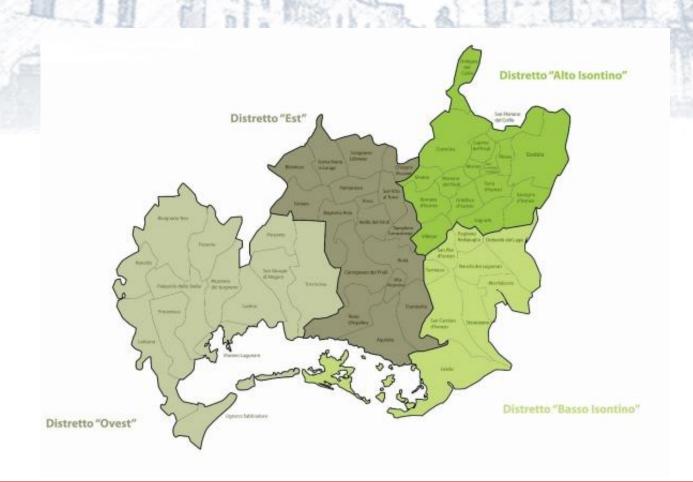


«Expanded Chronic Care Model»

- Prevenzione: identificazioni cronici a rischio.
- <u>Proattività:</u> capacità da parte dell'utente di assumere un ruolo chiave nei processi sanitari che li interessano. <u>Empowerment</u>: conoscenza e consapevolezza di sé e dei propri bisogni di salute e assunzione responsabilità (il cittadino deve diventare esperto della sua malattia);
- Self management: il cittadino deve diventare autonomo.



FRIULI: AAS (Azienda per l'Assistenza Sanitaria) n.2 BASSA FRIULANA – ISONTINA





«INFERMIERE DI COMUNITA'»

- Contesto: comuni da 3-4500 abitanti (a oggi 94%del territorio coinvolto);
- Target: anziani, oncologici, cronici;
- Copertura: presenza <u>nei comuni</u> 6 giorni su 7 per 6 ore/die (altre 6 ore coperte dal distretto);
- <u>Rete</u>: intreccio operatori sanitari + operatori sociali + risorse formali e informali presenti sul territorio (vicinato, associazioni di volontariato, parrocchia).
 <u>Chiunque può segnalare il bisogno di un cronico;</u>
- Attività <u>educativa</u> ma anche <u>assistenziale</u>.



PIEMONTE (ASL CN1) e LIGURIA (ASL3)







PROGETTO Consenso (Community Nurse Supporting Elderly in a changing Society)

- Progetto con 10 partner europei;
- Target popolazione: over 65;
- Prevenzione: <u>stili di vita</u> (focus su alimentazione e attività fisica);
- Riconoscimento precoce della fragilità;
- Educazione terapeutica;
- Gestione della tele assistenza;







RIFERIMENTI LEGISLATIVI

 Legge Regionale n. 23/2015 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo", dell'articolo n. 10.

Delibera Regionale N. X del 30/01/2017
 "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili".



STRATIFICAZIONE SOGGETTI CRONICI IN 5 LIVELLI

	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 soci 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/ frequent users e fragilità sociosanitarie di grado moderato	Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prevalentemente farmacologica e di supporto psicologico - educativo) e gestione proattiva del follow-up (più visite ed esami all'anno)	Struttura di erogazione e MMG Strutture sanitarie e soci 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 / frequent	Garanzia di percorsi ambulatoriali riservati/di favore e controllo e promozione dell'aderenza terapeutica	Territorio (MMG proattivo)
	N° Pazienti/ Utenti	DOMANDA	BISOGNI	PERTINENZA PREVALENTE
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)



PROGETTO IPASVI-BOCCONI: GRUPPO DI LAVORO «INFERMIERE DI FAMIGLIA»

INFERMIERE DI FAMIGLIA INSERITO IN UN SISTEMA A TRE LIVELLI:

I. ATS (Azienda di Tutela della Salute)

II. ASST (Azienda Socio Sanitaria Territoriale)

III. TERRITORIO



かか I) ATS

Legge Regionale n. 23/2015 comma 10 dell'articolo n. 10: il Servizio dell'Infermiere di Famiglia (SIdF) è governato ed inserito all'interno dell'ATS territorialmente competente.

CARATTERISTICHE:

- Integrazione con mission e funzioni in capo all'ATS.
- In rapporto gerarchico con il Dipartimento di Cure Primarie, ed in rapporto <u>funzionale</u> con Cure Domiciliari, Dip. Prevenzione, Responsabili Sviluppo Funzioni Territoriali;
- Direzione SIdF: assegnata a Infermiere con Laurea
 Magistrale ed esperienza pluriennale nel campo del management e dell'assistenza territoriale.



ATTIVITA' SPECIFICHE

- <u>Favorire presa in carico</u> degli assistibili <u>da parte del sistema di cure primarie</u>, attivando tutte le risorse delle reti assistenziali;
- Coordinare le diverse professionalità sul territorio
- Partecipare alla <u>definizione di piani di assistenza condivisi</u>, tenendo conto del Programma delle Attività Territoriali del distretto e del <u>Piano sociale di Zona</u>
- <u>Valutare progetti</u> inviati in ATS che riguardano l'IdF nei vari contesti di attuazione
- Promuovere e valorizzare la <u>partecipazione</u> dei cittadini (<u>Associazioni</u>)
- Sviluppare rapporti di collaborazione multiprofessionale con l'ASST di riferimento
- Sviluppare <u>programmi</u> di <u>prevenzione</u> e di educazione sanitaria
- Valutare <u>outcome</u> assistenziali;
- Favorire <u>comunicazione</u> <u>sanitaria</u> (livello micro e macro)
- Programmare <u>formazione</u> personale e popolazione
- Promuovere interventi di medicina di iniziativa;



DO II) ASST

ASST: chiamate ad integrare nella Rete dei servizi la continuità clinico assistenziale

Competenze necessarie all'Infermiere di Famiglia in ASST

- Comprensione del modello organizzativo assistenziale;
- Conoscenza di una specifica popolazione di pazienti;
- Conoscenza delle diagnosi cliniche correlate e dei trattamenti medici;
- Conoscenze gestione delle risorse, di piani di assistenza, protocolli;
- Capacità di riconoscimento dell'importanza del concetto di "advocacy" del paziente e della continuità assistenziale.



DI CHE TIPO DI INFERMIERE DI FAMIGLIA C'E' BISOGNO NELLE ASST?

 Professionista che <u>coordini servizi sociali</u> e <u>sanitari</u>, per una gestione clinico-assistenziale che garantisca la <u>continuità delle cure</u>;

 Professionista che gestisca casi clinici e che sia in grado di destreggiarsi fra la dimensione clinica, manageriale, e finanziaria.



INFERMIERE DI FAMIGLIA CASE MANAGER

FUNZIONI

- <u>Facilitazione</u> e <u>coordinamento</u> <u>assistenza</u> pazienti durante presa in carico;
- Gestione dell'assistenza, <u>pianificando</u> gli <u>obiettivi</u>;
- Determinazione, in collaborazione col team multidisciplinare, della durata dell'eventuale degenza e <u>inizializzazione del piano</u> <u>di dimissione</u> già al momento della presa in carico;
- <u>Pianificazione</u> (eventuale) <u>riammissione</u> in ospedale (in caso di necessità o riacutizzazioni);
- Valutazione continua qualità dell'assistenza fornita;
- Facilitazione <u>lavoro di squadra</u>.



TERRITORIO

CONTESTI D'AZIONE DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA SUL TERRITORIO

- Comuni;
- Aggregazioni di MMG (Medici di Medicina Generale);
- POT (Presidi Ospedalier Territoriale);
- PReSST (PResidi Socio Sanitari Territoriali);
- RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali);
- ADI (Assistenza Domiciliare Integrata);
- Farmacie dei servizi.



IN QUESTI CONTESTI: NECESSITA' DI UN INFERMIERE DI FAMIGLIA CON LE SEGUENTI CARATTERISTICHE

- Possesso di <u>abilità trasversali</u> (percorso di base) e contestuali (<u>avanzate</u>), apprendimento *lifelong*;
- <u>Capacità</u> gestionali, cliniche, <u>organizzative</u>, <u>istituzionali</u>, economiche, <u>progettazione</u> e <u>valutazione</u>;
- <u>Capacità</u> <u>relazionali</u>, di supporto e facilitazione, <u>educative</u> di base e avanzate;
- <u>Capacità</u> di creare <u>sinergia</u> tra sanità,
 organizzazione e benessere delle persone.



INFERMIERE CARE MANAGER: FUNZIONI

- Gestione processo assistenziale;
- Cooperazione a stesura e gestione Piano Assistenziale Individualizzato;
- Facilitazione integrazione con professionisti sanitari e sociali della Rete;
- Orientamento alla rete dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali;
- Garanzia continuità e sviluppo percorso assistenziale;
- Realizzazione interventi di <u>educazione</u> <u>terapeutica</u> (singolo, famiglia, comunità);
- Realizzazione interventi di <u>prevenzione</u>;
- Collaborazione con altri attori per favorire <u>l'empowerment</u> sociale e <u>self-empowerment</u>;
- Partecipazione ad <u>attività</u> informative, formative e di ricerca;
- Erogazione interventi di <u>assistenza</u> infermieristica <u>diretta</u> (livello ambulatoriale o domiciliare) anche con ausilio della <u>telemedicina</u>.



IL RUOLO DELLA TECNOLOGIA





TRE CAPISALDI

1. TELEMEDICINA

Esami strumentali

Esami biochimici

2. CARTELLA CLINICA ELETTRONICA

3. STRUMENTI INNOVATIVI PER LA GESTIONE DELLA COMPLIANCE



Noon care: sperimentazione borgo assistito di Figino (MI)



Telefono

Acquisisce informazioni

Noon Care

Gestisce le informazioni

Piattaforma

Controlla e imposta









Tre strumenti











1. Telefono affidato all'anziano

Per gli ospiti

Smartphone Nokia 3 con interfaccia semplificata





- > Interfaccia semplificata
- → Chiama rapidamente fino a 4 numeri impostati dalla famiglia
- → Invia e riceve SMS
- → Numero di emergenza
- Avvisa quando prendere le medicine

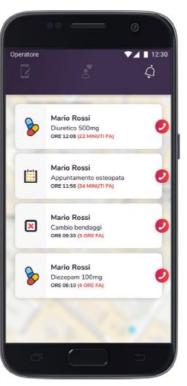
Noon Care S.r.l. - Via Pietro Colletta 55 20135 Milano, Italia 09710450967



2. Smartphone del caregiver

Per le famiglie

Applicazione mobile Noon Care per telefoni Android



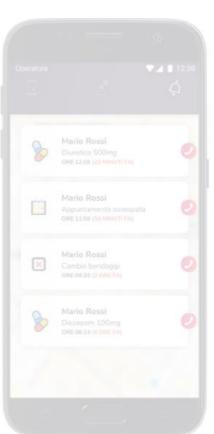
- → Gestiscono da remoto la rubrica del proprio familiare
- → Localizzano la sua posizione
- → Verificano le sue attività quotidiane
- → Ricevono notifiche se vengono ignorate delle attività Adam



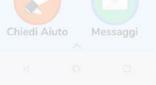
Noon Care S.r.l. - Via Pietro Colletta 55 20135 Milano, Italia 09710450967



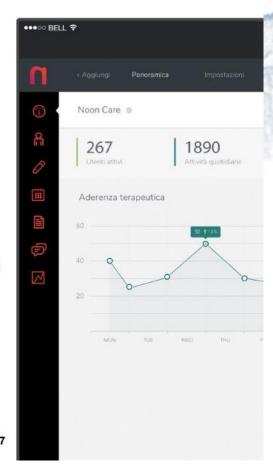
3. Dashboard personale assistenza



- → Configura i promemoria delle attività di terapia da eseguire nel tempo
- → Localizza la posizione di ciascuno dei dispositivi in uso dagli ospiti del "Borgo Assistito"
- Monitora una panoramica sullo stato degli ospiti
- Comunica agevolmente con gli ospiti ed i suoi famigliari



Noon Care S.r.l. - Via Pietro Colletta 55 20135 Milano, Italia 09710450967





BIBLIOGRAFIA

- Artioli G., Cipolla C. (2003). La professionalità del care infermieristico: risultati della prima indagine nazionale. Milano: Franco Angeli.
- Chiari P., Santullo A. (2001). L'infermiere Case Manager. Milano: McGraw-Hill.
- Deliberazione della Giunta Regionale n° X / 4662 Seduta del 23/12/2015 «Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e delle fragilità in Regione Lombardia 2016-2018»;
- DELIBERAZIONE N° X / 6551 Seduta del 04/05/2017 "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"
- 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)"
- Obbia P., Menarello G., Maddalena C. (2014) L'Infermiere di Famiglia e di Comunità: una proposta per lo sviluppo delle cure primarie. Tempo di nursing [on line], 66 (46).
- Organizzazione mondiale della sanità (1998) Salute 21. Introduzione alla politica della salute per tutti nella Regione Europea dell'OMS [on line]. Disponibile da:
 http://www.cipespiemonte.it/cedo/allegati/2811-4marzo_retedellaslaute/4marzo-retesalute/docum/4-21oms.pdf [consultato il 22/12/2016];
- World Healt Organization (2010). The family health nurse context, conceptual framework and curriculum. 27/01/2000.



