

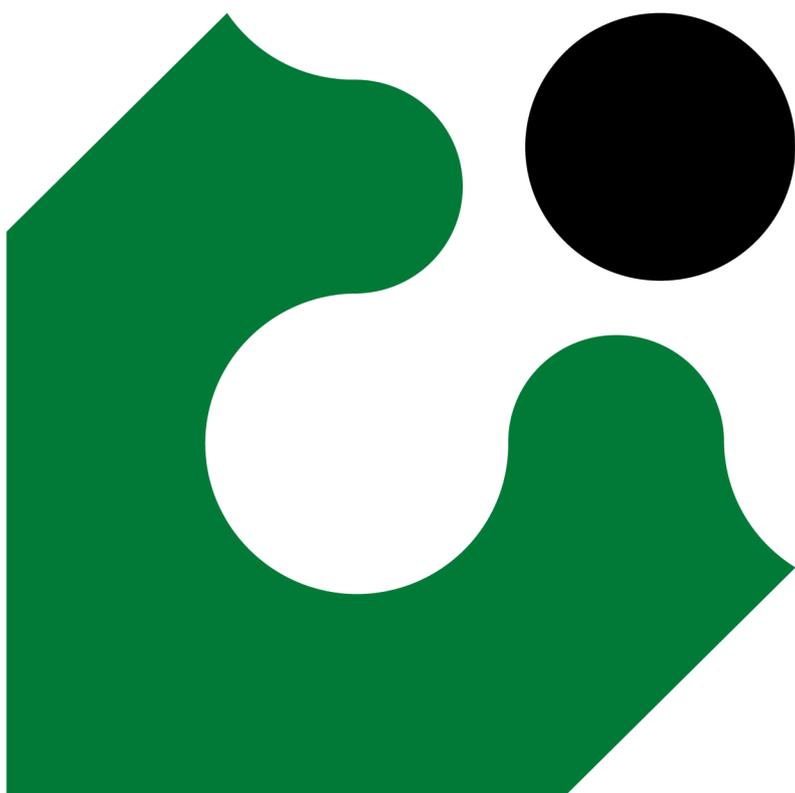
**L'infermiere di Famiglia e di Comunità ed il modello
assistenziale "Population Health Management"**

**Sviluppo del modello assistenziale I.F.eC. in Regione Toscana e
progetto di implementazione operativa nella provincia aretina in
Azienda USL Toscana SudEst**

SIMONE CASELLI

**Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di Struttura Complessa**

2021



Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

Codice corso : UNIMI – DSC 2101/AE

Ente erogatore : Università degli studi di Milano

L'AUTORE

Simone Caselli, Infermiere Dirigente USL Toscana SudEst Simone.caselli@uslsudest.toscana.it

IL DOCENTE DI PROGETTO

Federico Lega, Docente, Università di Milano

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Federico Lega, Docente, Università di Milano

Publicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

Sommario

INDICE.....	5
INTRODUZIONE	7
L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITA' ED IL PARADIGMA "POPULATION HEALTH MANAGEMENT"	8
ANALISI STRATEGICA DEL CONTESTO	13
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO.....	13
BENEFICIARI DEL PROGETTO	14
METODOLOGIA ADOTTATA.....	16
MECCANISMI OPERATIVI DEL PROGETTO	17
IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO, FASI E TEMPISTICHE	21
RISULTATI ATTESI	26
CONCLUSIONI	27
DOCUMENTAZIONE ALLEGATA	28
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	34
BIBLIOGRAFIA	35
SITOGRAFIA	36

Titolo del documento

INTRODUZIONE

La tendenza irrimediabile ad una esponenziale crescita della domanda di salute da parte della popolazione in risposta a bisogni complessi, unitamente alla crisi pandemica che ha messo in evidenza le profonde divergenze e diseguità del SSN italiano, necessitano di risposte adeguate ed efficaci in termini di erogazione di servizi integrati somministrati all'utenza attraverso la rete della assistenza domiciliare.

Le problematiche croniche di salute, gli anziani e le disabilità in toto delimitano una importante fascia di popolazione per la quale le cure primarie e la loro articolazione territoriale rappresentano la modalità principe al soddisfacimento dei loro bisogni di salute.

Nella erogazione di servizi all'utenza il concetto di cure di prossimità risulta essere essenziale per garantire lo svolgimento di una presa in cura dei cittadini presso il loro domicilio garantendo così una più equa fruizione dei servizi di base ed una conseguenziale maggiore equità nella distribuzione della salute in tutta la popolazione.

In questo quadro si inserisce la grave anacronistica carenza, mostratasi prepotentemente durante la pandemia, nel settore della innovazione digitale e tecnologica all'interno dei setting assistenziali.

In base alle suddette considerazioni, si prevede necessariamente un ripensamento delle modalità di somministrazione delle cure domiciliari all'interno delle comunità oltre alla reingegnerizzazione del modello organizzativo delle cure di prossimità. C'è grande attesa e speranza da parte delle comunità professionali nel supporto da parte della tecnologia per la trasmissione di dati sensibili e nella telemedicina quale strumento di supporto per assolvere in modo innovativo al gravoso compito di presa in cura di tutta la popolazione, in maniera stratificata ed in base alla necessità della comunità di riferimento.

Indipendentemente dalla presa visione delle prime bozze Agenas sui modelli di sviluppo della assistenza territoriale nel SSN, nelle quali lo scenario futuro potrebbe contenere determinate innovazioni strutturali, tecnologiche e di percorso importanti, ad esempio la creazione di Centrali Operative Territoriali (C.O.T.) o delle Case di Comunità, l'Infermiere di Famiglia e di Comunità dovrà essere considerato come una risposta capillare ed immediata ai bisogni sanitari di prossimità dei cittadini.

Il presente progetto si propone quindi, su committenza aziendale, di implementare operativamente il modello dell'I.F.eC. nel territorio della provincia aretina, ponendo il profilo infermieristico strategicamente in posizione centrale, vicino alla domanda attuale della popolazione, in attesa di una riorganizzazione regionale più profonda del sistema delle cure domiciliari.

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ' ED IL PARADIGMA "POPULATION HEALTH MANAGEMENT"

La Regione Toscana, in maniera decisamente innovativa, nel corso dell'anno 2018, con la Delibera approvata della Giunta regionale toscana numero 597 del 04 Giugno, recante "indirizzi per lo sviluppo del modello assistenziale infermiere di famiglia e di comunità", inserisce a pieno titolo il modello dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (I.F.e.C.) come pilastro per la gestione della cronicità all'interno della sanità territoriale.

L'applicazione successiva della suddetta delibera dal 2018 ad oggi si è articolata con non poche difficoltà operative, peraltro legate anche alla pandemia Covid-19, ed attualmente la sua progettualità risulta essere presente in maniera profondamente disomogenea nel territorio regionale toscano.

Le peculiarità di questo nuovo modello infermieristico applicato alla assistenza domiciliare consistono nella proattività di intervento, nella stretta sinergia con i Medici di Medicina generale e le altre figure professionali per la gestione dei casi complessi presso l'abitazione della persona, nella garanzia della prossimità alle famiglie ed alle comunità.

L'IFeC è il professionista responsabile dei processi infermieristici e della promozione del welfare della persona, in ambito familiare e di comunità all'interno del contesto territoriale dove è inserito.

Esercita autonomia professionale, afferendo ai servizi infermieristici del Distretto di riferimento, in stretto raccordo con i servizi sanitari e sociali e con gli altri professionisti del Servizio Sanitario Nazionale.

L'intervento dell'I.F.e.C. si esplica a livello delle singole famiglie con attività sanitarie dirette od indirette, promuovendo comportamenti e stili di vita salutari, avvalendosi della collaborazione e della consulenza di altri professionisti, tra cui la rete degli infermieri clinici con competenze avanzate (specialisti ed esperti).

I.F.e.C. agisce inoltre in ambito comunitario, con interventi mirati all'educazione alla salute di interesse comunità, con azioni svolte all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali ed informali, interagendo con tutte le risorse presenti nella comunità sotto forma di volontariato, associazioni, sedi religiose, sportive, e supportando tutte quelle risorse che favoriscono il welfare di comunità.

La figura dell'I.F.e.C. è da considerarsi come uno degli strumenti operativi del "Population Health Management", inteso come un modello assistenziale innovativo, che ha l'obiettivo primario di prendersi cura di tutta la popolazione, in ottica di prossimità e proattività di intervento sulle famiglie e sulla comunità. Le sue funzioni e responsabilità a grandi linee sono:

- Valutare lo stato di salute ed i bisogni della persona nelle diverse fasi della vita (infanzia, adolescenza, adulta), del contesto familiare e di comunità
- Promuovere e partecipare ad iniziative di prevenzione e promozione della salute rivolte alla collettività
- Promuovere interventi informativi ed educativi rivolti ai singoli, alle famiglie ed ai gruppi con il fine di modificare gli stili di vita

- Gestire la patologia cronica e le disabilità, monitorandone costantemente l'andamento
- promuovere, ove possibile, il self management delle cronicità
- Partecipare alla verifica ed al monitoraggio dei risultati di salute
- Promuovere l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi
- Sostenere percorsi di continuità assistenziale tra ospedale e territorio, tra sociale e sanitario
- Pianificare ed erogare interventi assistenziali personalizzati alla persona ed alla famiglia con logica di condivisione multiprofessionale e multidisciplinare, avvalendosi di altri specialisti in rete, oltre alle consulenze di infermieri esperti in setting specialistici (rete della nutrizione, wound care, ventilazione, cure palliative ed altre)

Le competenze previste da questo nuovo modello assistenziale devono essere di tipo estensivo, spingendosi oltre all'attuale sistema di competenze per "silos" ovvero per aree assistenziali delimitate. In questa visione le competenze richieste sono:

- Saper identificare i bisogni ed i fattori di rischio dell'individuo e nella popolazione
- Identificare e gestire le priorità assistenziali in pazienti con gradi di complessità stratificati
- Partecipare alla pianificazione, realizzazione e monitoraggio del P.A.I. (Piano assistenza individuale)
- Collaborare alla stesura, conoscere ed applicare i P.D.T.A.
- Conoscere il panorama dei servizi territoriali offerti e la loro modalità di accesso
- Saper conoscere e consultare i sistemi informativi riguardanti i fattori di rischio ed i determinanti di salute
- Lavorare in stretta collaborazione con Medici di Medicina generale e Pediatri di Libera Scelta
- Elaborare, eseguire e gestire progetti educativi rivolti alla comunità

Il paradigma "Population Health Management" costituisce la visione della futura assistenza domiciliare la quale risulta ispirata dal nuovo Patto per la Salute e aggiornata con le indicazioni ed i progetti del P.N.R.R. Il gruppo di lavoro di Agenas sull'assistenza domiciliare ha provveduto alla stesura della sua bozza, che risulta attualmente allo studio da parte della Cabina di Regia per il Patto per la Salute.

Come noto, il modello di assistenza domiciliare tradizionale, sebbene funzionale, si occupa dell'intervento prevalentemente curativo nei confronti della popolazione territoriale; un quantitativamente importante numero di prestazioni vengono erogate efficacemente, ma esclusivamente sulla popolazione che necessita di curare una malattia, tralasciando la popolazione sana fino a quando la malattia non compare.

La parte legata alla prevenzione delle malattie e alla promozione di efficaci piani di cura nelle famiglie e nelle comunità è delegata nella maggior parte delle realtà nazionali prevalentemente ai medici di medicina generale e presenta innegabili disequità di intervento nel territorio italiano.

Applicare il modello "Population Health Management" significa invece occuparsi e coinvolgere nei programmi inerenti la salute tutta la popolazione presente sul territorio di riferimento, non solamente quella affetta da malattia, ma anche tutte le persone sane.

In sintesi significa occuparsi seriamente di prevenzione e di programmi volti alla promozione della salute, unitamente al coinvolgimento e alla responsabilizzazione degli assistiti (self management).

In un modello futuro orientato alla “Population Health Management”, al fine di una ottimale gestione delle risorse umane, tecnologiche ed economiche a disposizione, i programmi di cura e gli interventi di promozione della salute dovranno essere diversificati e basati su una preventiva analisi e valutazione dei bisogni delle famiglie e del loro contesto, in modo da stratificare a livello distrettuale la popolazione in base alle peculiari problematiche di una specifica comunità.

Le competenze specifiche infermieristiche saranno messe a disposizione dell’utenza con intensità di livello di intervento diversificato in base alle reali necessità socio-assistenziali, e di conseguenza la attività infermieristica spazierà a livello globale per tutta la popolazione nel contesto nel quale opera, indipendentemente che la persona sia considerata sana o malata.

Nello specifico, In assenza di condizioni patologiche o di cronicità/fragilità si provvederà ad implementare sui territori, a livello di comunità di appartenenza, i necessari programmi di educazione alla salute volti sia alla prevenzione della insorgenza delle malattie promuovendo stili di vita sani che allo sviluppo del self care management.

In presenza di cronicità iniziale o avanzata si provvederà ad attuare specifici e appropriati programmi di intervento in collaborazione con altre figure sanitarie volti alla presa in cura condivisa della patologia complessa o delle multimorbilità, fino a gestire i casi severi e complessi in modalità case management.



Figura numero 1 Tabella Comparativa

Il progetto della implementazione della figura dell’Infermiere di Famiglia all’interno della provincia aretina si svolge all’interno di un contesto geografico, politico e professionale ben definito e si rende fondamentale considerare la memoria storica delle attività pregresse, la cultura organizzativa del personale, le differenti esperienze dei singoli operatori nello specifico campo di attività e le specificità di ogni territorio al fine di riuscire ad eseguire una pianificazione realistica del progetto di cambiamento in atto.

La provincia aretina è suddivisa in 5 macrozone, rispettivamente il territorio di Arezzo, il Valdarno, Valdichiana Aretina, il Casentino e la Valtiberina, che, sebbene unite all’interno di una stessa USL toscana SudEst, talvolta risentono di campanilismi politici anche volti all’ulteriore frammentazione.

E’ possibile comprendere visivamente la realtà della provincia aretina, e lo scenario di gigantismo nella quale risulta essere presente, attraverso la sottostante tabella.

Figura numero 2 Tabella inerente il setting di sviluppo del progetto

<p>AZIENDA USL TOSCANA SUDEST DIPENDENTI : 10300 ZONE DISTRETTO : 8 STABILIMENTI OSPEDALIERI : 13 PRESIDI OSPEDALIERI : 6 CASE DELLA SALUTE : 24 ACOT : 13</p>	
--	---

ANALISI STRATEGICA DEL CONTESTO

L'analisi strategica si pone come step fondamentale della implementazione dell'I.F. e C. nel territorio di riferimento.

L'analisi S.W.O.T. è lo strumento manageriale più adatto per tale scopo

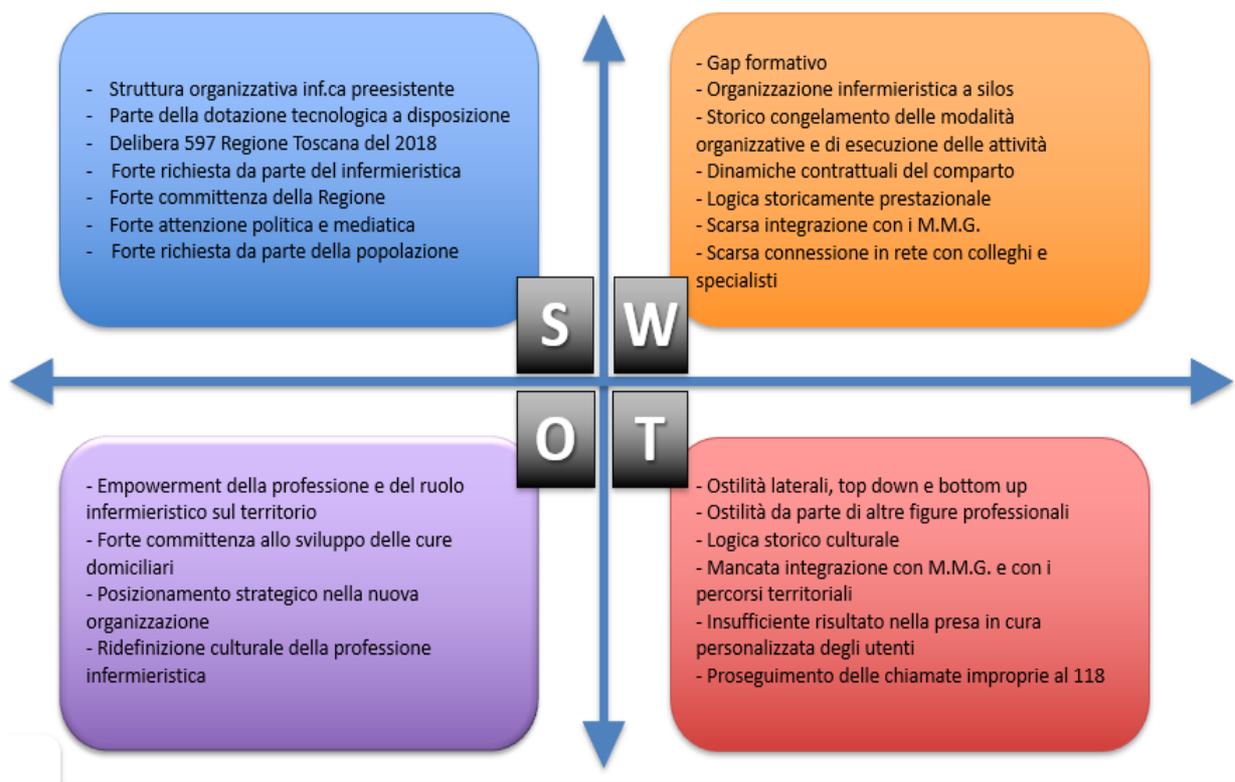


Figura numero 3 Analisi SWOT

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

L'obiettivo strategico del progetto, visto nel suo insieme, consiste nella elaborazione di una workflow contenente i metodi necessari ed i tempi utili per la implementazione della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità all'interno del territorio di Arezzo e della sua provincia

Previo la esecuzione di una analisi delle risorse umane e tecnologiche alla base della fattibilità dell'intervento, ed in linea con i dettami forniti della Regione Toscana, gli obiettivi specifici quantitativi sono riassumibili in :

- Stabilire un percorso formativo aziendale ad hoc
- Aumentare la condivisione e la integrazione con MMG sulla gestione casi condivisi
- Ridurre le chiamate improprie al 118 durante orario di presenza in servizio I.F. e C.

Indicatori di valutazione inerenti l'area della formazione

- numero di operatori formati / totale operatori coinvolti nel modello assistenziale I. F.e C.
- *Risultato atteso 95%*

Indicatori di valutazione inerenti l'area della integrazione :

- numero dei casi condivisi e discussi con MMG / numero totale dei pazienti presi in carico da I.F e C.
- *Risultato Atteso 60% (per il primo anno)*

Indicatori di valutazione inerenti la riduzione delle chiamate al 118 :

- Numero chiamate inappropriate al 118 da parte di pazienti presi in carico durante l'orario di presenza in servizio dell'I.F.e C. / numero chiamate al 118
- *Risultato atteso inferiore al numero di chiamate precedenti alla implementazione del modello assistenziale I.F. e C.*

Figura numero 4 : Tabella Obiettivi

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI SPECIFICI	INDICATORI
Implementare la figura I.F.e.C. nella provincia aretina	Stabilire il percorso formativo aziendale per favorire l'empowerment delle competenze	numero di operatori formati / totale operatori coinvolti nel modello assistenziale I. F.e C Risultato Atteso > 95%
	Aumentare la condivisione e la integrazione con MMG sulla gestione casi condivisi	numero dei casi condivisi e discussi con MMG / numero totale dei pazienti presi in carico da I.F e C. Risultato Atteso > 60%
	Ridurre le chiamate improprie al 118 durante orario di presenza in servizio I.F. e C.	Numero chiamate inappropriate al 118 da parte di pazienti presi in carico durante l'orario di presenza in servizio dell'I.F.e C. / numero chiamate al 118 Risultato Atteso < allo storico

BENEFICIARI DEL PROGETTO

Nella individuazione dei beneficiari dell'intervento si rende necessario fare un approfondimento inerente la stratificazione di popolazione target nella quale sono attesi i cambiamenti desiderati.

La sottostante tabella, fonte Agenas, indica i livelli di stratificazione dei bisogni socio assistenziali della popolazione e rappresenta la base sulla quale, in una vision futura, ogni Casa della Comunità dovrà determinare le necessità assistenziali peculiari della propria zona di riferimento.

Le risorse a disposizione, il capitale umano e le energie saranno di conseguenza orientate verso target di popolazione specifici.

Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
I Livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute
II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basato su familiarità e stili di vita
III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali.	Utilizzo di bassa / media frequenza dei servizi.	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari.	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali.	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver
V livello Persone con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo.	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver
VI livello Persone in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano più possibilità di cura	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento al caregiver

Figura numero 5

L'I.F.eC, di conseguenza, adatterà le proprie competenze specifiche con intensità di livello di intervento diversificato in base alle necessità socio-assistenziali dell'utenza, ma la sua attività sarà spesa a livello globale per tutta la popolazione nel contesto nel quale opera.

Nello specifico :

- In assenza di condizioni patologiche o di cronicità/fragilità si provvederà ad implementare sui territori, a livello di comunità di appartenenza, i necessari programmi di educazione alla salute volti alla prevenzione della insorgenza delle malattie promuovendo stili di vita sani.
- In presenza di cronicità iniziale si provvederà ad attuare la funzione di coaching sviluppando il self management nella presa in cura delle problematiche di salute con supporto anche della telemedicina.
- In presenza di importanti criticità, disabilità e fragilità in stato avanzato si provvederà a stilare piani di disease management multiprofessionali in collaborazione con altre figure sanitarie volti alla presa in cura condivisa della patologia complessa o delle multimorbilità.
- Nel caso di ulteriore complessità clinico assistenziale o di patologia in stato avanzato irreversibile si renderà necessario stabilire piani di assistenza altamente personalizzati di case management ad orientamento multiprofessionale ed altamente specialistico

METODOLOGIA ADOTTATA

Il modello P.D.C.A., o ciclo di Deming, rappresenta il metodo scientifico alla risoluzione dei problemi sul quale è stato costruito il progetto di implementazione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità nella provincia aretina.

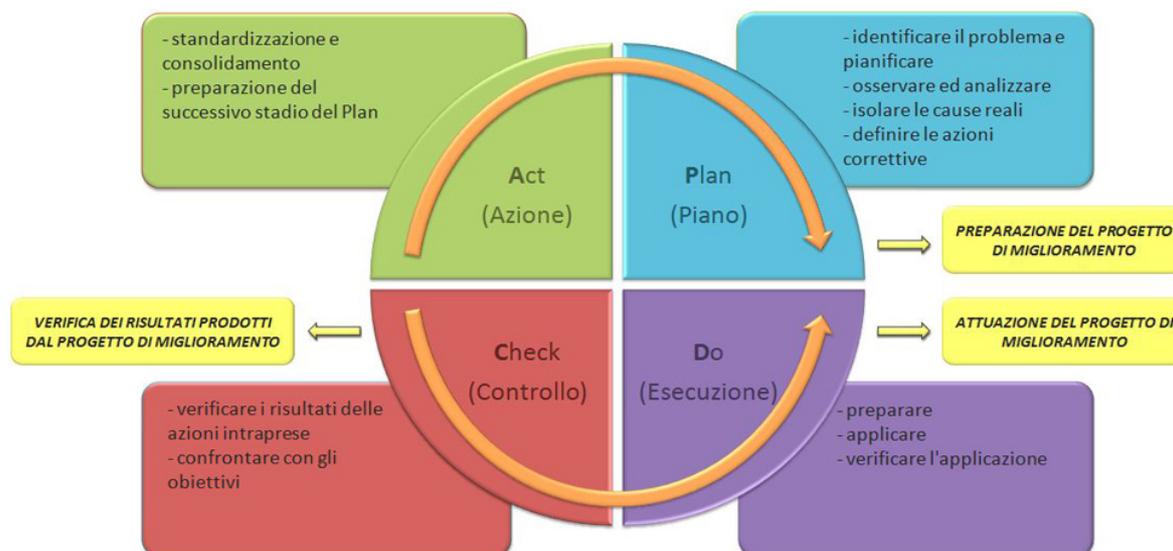


Figura numero 6

Il modello P.D.C.A è composto da un algoritmo di 4 precisi punti: la pianificazione, l'esecuzione del programma, l'analisi dei risultati ottenuti e in ultimo la azione per rendere definitivo il processo.

Nello specifico si procede con la analisi dettagliata delle fasi del processo proposto in questa sede:

- **P - Plan.** Pianificazione: vengono stabiliti gli obiettivi specifici e gli indicatori oltre all'obiettivo generale strategico del progetto, viene eseguita una analisi delle risorse umane necessarie alla implementazione, viene eseguita una analisi delle risorse tecnologiche a disposizione, vengono definiti i tempi inerenti alla messa in pratica delle attività da svolgere stabilire gli obiettivi, vengono stabiliti i contenuti formativi, vengono stabiliti gli step in ordine cronologico necessari per fornire risultati in accordo con i risultati attesi espressi dagli indicatori.
- **D - Do.** Esecuzione del programma e raccolta conseguente dei dati per la creazione di grafici e analisi da utilizzare nella fase di "Check" e "Act".
- **C - Check.** Test e controllo, studio e raccolta dei risultati misurati e raccolti nella fase del "Do" confrontandoli con i risultati attesi per verificarne le eventuali differenze. Identificare gli scostamenti rispetto al target previsto.
- **A - Act.** Azione per rendere definitivo il processo ed in seguito standardizzare. Questa fase risulta essere anche la base per apportare eventuali ulteriori cicli di miglioramento.

MECCANISMI OPERATIVI DEL PROGETTO

Il progetto rappresenta la implementazione della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità nella provincia aretina e rappresenta la base sulla quale costruire il futuro dell'assistenza domiciliare in questo territorio. Con la presenza sul territorio di questa nuova figura, il profilo infermieristico, forte della domanda da parte della popolazione, si pone strategicamente in posizione favorevole in attesa di una più profonda riorganizzazione delle cure domiciliari nel suo insieme.

La data di Start Up del progetto è stata stabilita dalla committenza dipartimentale e dalla task force aziendale (della quale faccio parte) nella giornata del 01/09/2021.

Nella fase propedeutica di analisi sono state valutate le risorse a disposizione, sia tecnologiche che umane, al fine di stabilire la reale fattibilità sul campo del progetto oltre che i tempi necessari alla sua realizzazione.

Nella fase propedeutica si è provveduto inoltre a determinare gli obiettivi generali e specifici ed i risultati attesi in linea con le indicazioni regionali.

Al termine della fase di analisi delle risorse umane a disposizione, si è provveduto a determinare un rapporto infermiere/utenti di 1: 3000, in linea con la dotazione organica attualmente presente precedentemente analizzata.

I servizi sono erogati 7 giorni su 7 con 12 ore di attività su tutto il territorio.

La provincia aretina è stata suddivisa geograficamente in 76 zone alle quali sono stati associati gli infermieri di riferimento.

Le zone cittadine ed i grandi paesi sono stati suddivisi strada per strada, dividendo i nuclei urbani in maniera chiara e dettagliata. Le aree rurali e demograficamente meno rilevanti risultano essere già divise a causa del loro territorio.

Ogni zona risulta composta da un nucleo infermieristico che presenta un numero di personale diversificato in base alle variabili demografiche e di estensione del territorio stesso.

Ogni nucleo infermieristico appartenente ad una zona gestisce l'attività di quella specifica zona, assicurando la prossimità alla famiglia e alla comunità di quel territorio.

Ogni infermiere avrà a disposizione uno smartphone con connessione ad internet al fine di permettere un rapido passaggio di informazioni tra i professionisti.

Ad ogni singola zona sono stati associati gli infermieri ed il numero di telefono, in modo che essi possono essere contattati attualmente dalle altre figure professionali impegnate in processi socio-sanitari e di cura e oltremodo dai pazienti stessi.

In un futuro questo contatto è auspicabile che possa essere innescato anche dalla centrale C.O.T. (Centrale Operativa Territoriale) o da colleghi ospedalieri al fine di prendere in carico il soggetto alla dimissione dai presidi ospedalieri.

Nella figura 4 si può vedere come siano state suddivise strada per strada le zone delle aree urbane delle principali città.

Figura numero 9: Esempio dettaglio suddivisione zone di intervento I.F.e.C.

MACRO AREA GIOTTO			
SUB-ZONA 1			
VIA ADUA	VIA GIAMBOLOGNA	VIA PESCAIA	P.ZA SAN NICCOLO'
VIA DELL'AGANIA	P.ZA GIOTTO	VIA PESCAIOLINA	VIA A. SAN SOVINO
VIA DELL'ANFITEATRO	P.ZA GRANDE	VIA PESCIONI	P.TTA SANTAGNESE
V.LO APPUNTELLATO	VIA GUADAGNOLI	VIA SER PETRACCOLO	P.ZA SANT'AGOSTINO
V.LO ARCO	VIA G. GUINICELLI	VIA PIANA	B.GO SANTA CROCE
V.LO ARDELLI	C.SO ITALIA	VIA G. e N. PISANO	VIA SETERIA
VIA ASMARA	VIA P. LORENZETTI	P.ZA PORTA CRUCIFERA	V.LE L. SIGNORELLI
VIA ASSAB	VIA MACALLE'	P.TTA DI PORTA S. ANDREA	VIA DELLA SOCIETA' OPERAIA
VIA BEATO ANGELICO	VIA DELLA MADONNA	P.TTA DEL PRATICINO	P.TTA SOPRA PONTI
VIA BECCHERIA	VIA MADONNA DEL PRATO	VIA DE' REDI	V.LO SOTTO LA VOLTA
VIA BORGUNTO	VIA MANNINI	P.ZA RISORGIMENTO	VIA SPINELLO
VIA P. BORRI	VIA MARGARITONE	VIA RISTORO D'AREZZO	VIA S. TANI
VIA B. BUOZZI	V.LE G. MATTEOTTI	VIA RODI	V.LO DELLE TERME
L.GO I. CAMPIONI	VIA G. MAZZINI	VIA ROMA	VIA TOLLETTA
VIA M. DA CARAVAGGIO	V.LE M. BUONARROTI	P.GIA SAN BARTOLOMEO	VIA T. E. TRIESTE dal 1 al 31 - dal 2 al 20
VIA CAVOUR dal 2 al 36 - dal 1 al 33	V.LO DELLA MINERVA	P.ZA SAN FRANCESCO	VIA G. VASARI
VIA B.CELLINI	VIA DELLA MINERVA	VIA S. FRANCESCO	VIA G. VERDI
VIA DE' CENCI	VIA DELLE MURA	VIA A. DA SAN GALLO	VIA A. CESALPINO
VIA COLCITRONE	VIA L. NENCETTI	P.ZA SAN GEMIGNANO	VIA BICCHIERAIA
VIA F. CRISPI	VIA NICCOLO' ARETINO	P.ZA SAN GIUSTO	VIA DEGLI ALBERGOTTI
VIA B. DELLA GATTA	VIA DEL NINFEO	P.GIA SAN LORENZO	VIA DELL'ORTO
VIA DIETRO LE CAMPANE	VIA G. OBERDAN	P.ZA SAN LORENZO	VIA DEI PILEATI
VIA FONTANELLA	V.LO DELL'ORTO	VIA SAN LORENZO	P.ZA DELLA LIBERTA'
VIA FRA LE TORRI	VIA DEI PALAGI	P.GIA SAN MARTINO	P.ZA DEL DUOMO
VIA DELLE GAGLIARDE	VIA PAOLO UCCELLO	P.ZA SAN MICHELE	VIA DELLA G. BARTOLOMEO
VIA G. GARIBALDI dal 1 al 121 - dal 2 al 114	VIA PELLICERIA	VIA SAN NICCOLO'	
MACRO AREA GIOTTO			
SUB-ZONA 2			
VIA DEGLI ACCOLTI	LOC. GAVILLE	LOC LE PIETRE	VIA G. TORTELLI
VIA DELL'ACROPOLI	LOC. GAVILLE LA CROCINA	LOC. QUERCIEIO	VIA A. DELLA ROBBIA
LOC. BAGNORO	VIA D. GHIRLANDAIO	VIA R. SANZIO	VIA ORIANA FALLACI
VIA U. BOCCIONI	LOC. GRAGNONE	LOC. SACCIONE	VIA M. BELLOTTI
VIA BORGHINI	VIA S. LEGA	VIA SALA VECCHIA	VIA A. TRICCA
VIA LE DUCCIO DI BUONINSEGNA	LOC. LIGNANO	VIA G. SALVADORI dal 84 in poi - dal 43 in poi	VIA XXV APRILE
VIA CADUTI SUL LAVORO	VIA DELLA MAGNANINA	VIA S. BERNARDINO DA SIENA	VIA L. VIANI
LOC. CALBI	VIA MANTEGNA	LOC. SAN MARCO	V.LE GIOTTO
VIA V. CARPACCIO	VIA S. MARTINI	LOC. SANTA FIRMINA	VIA TIZIANO
VIA DI CASTEL SECCO	V.LE MECENATE	VIA S. M. DELLE GRAZIE	VIA CIMABUE
VIA A. DELLA ROBBIA	VIA A. MODIGLIANI	LOC. SCOPETO	VIA DELLA BICCHIERAIA
VIA ERBOSA	LOC. MONASTERO	L.GO G. SEVERINI	STRADA DI MONTERIPALDI
VIA G. FATTORI	LOC. MONTONCELLO	VIA G. TIEPOLO	VIA B. DA MAIANO
LOC. VI DE' FRATI	LOC. LA MOSSA	VIA T. TORRI	VIA DIVISIONE GARIBALDI

Figura numero 10: Esempio dettaglio suddivisione geografica zone di intervento I.F.e.C.



Titolo del documento

Il progetto risulta metodologicamente suddiviso in 4 fasi, che sottostanno al ciclo metodologico di Deming (PDCA) ed ognuna delle fasi viene suddivisa in attività.

Nella prima fase (*Plan*) Ho inserito 2 tabelle riassuntive per descrivere la fase di pianificazione e le sue attività:

Nella prima tabella della Fase di Pianificazione si è provveduto ad identificare le azioni utili al compimento operativo del progetto, unitamente al tempogramma e alla determinazione delle responsabilità.

Nella seconda tabella della fase di Pianificazione si è individuato la modalità con la quale le attività previste vengono eseguite.

Nella seconda fase del progetto (*do*) si descrivono gli interventi operativi eseguiti.

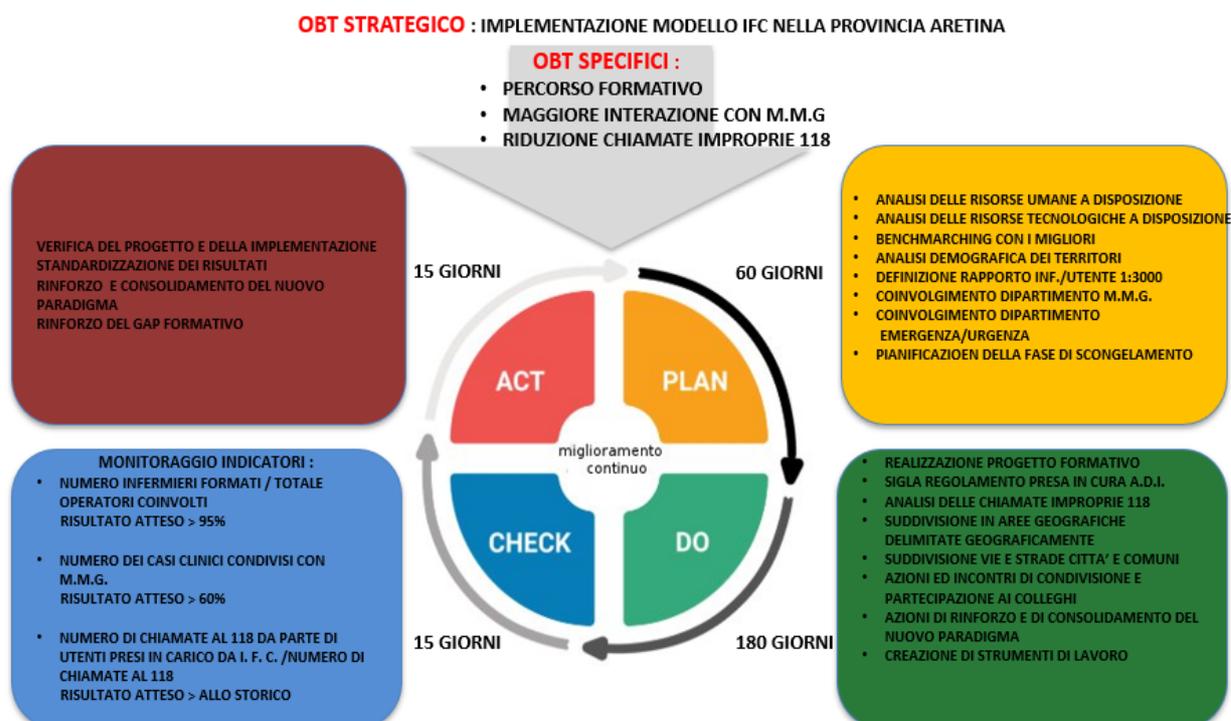
Nella terza fase del progetto, denominata *check*, prevista dopo 4 mesi dall'avvio del progetto, si provvederà alla applicazione e al monitoraggio delle azioni previste dalla fase di pianificazione.

La misurazione degli indicatori sarà eseguita in data 01/01/2022.

Nella fase finale (*act*) si provvederà ad apportare eventuali cicli di miglioramento.

Ricordo infine che il progetto rappresenta la implementazione della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità esclusivamente nella provincia aretina e non si occupa della implementazione dello stesso nelle altre provincie sebbene appartenenti alla stessa Azienda ma con riferimento gestionale non di mia pertinenza.

Figura numero 11: Obiettivi e fasi di implementazione del progetto



IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO, FASI E TEMPISTICHE

Diagramma di GANTT del Progetto

Figura numero 12

DIAGRAMMA DI GANTT DELLE FASI DEL PROGETTO										
	05/21	06/21	07/21	08/21	09/21	10/21	11/21	12/21	01/22	
PLAN	█									
DO			█							
CHECK									█	
ACT									█	

Dettaglio dei tempi del Progetto

Figura numero 13

ATTIVITA'	Inizio	Fine	Durata
Fase 1 PLAN	01/05/2021	30/06/2021	2 mesi
Fase 2 DO	01/07/2021	20/12/2021	6 mesi
Fase 3 CHECK	01/01/2022	15/01/2022	15 giorni
Fase 4 ACT	15/01/2022	31/01/2022	16 giorni

Matrice di Responsabilità del Progetto

Figura numero 14

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'					
FASE/ATTIVITA'	Direttore Dipartimento Infermieristico	Direttore Infermieristico UOC	Operation Manager Infermieristico	Infermiere Coordinatore	I.F.e C.
FASE 1 PLAN Pianificazione	I	R	C	I	I
FASE 1 PLAN Organizzazione	I	R	C	I	I
FASE 1 PLAN Attuazione	I	C	R	C	I
FASE 1 PLAN Comunicativa	I	R	C	I	I
FASE 2 DO	C	R	C	C	C
FASE 3 CHECK	C	R	C	C	I
FASE 4 ACT	C	R	C	I	I

R = Responsabile I = Informato C = Collabora

Esploso delle attività inerenti la Fase 1: PLAN

TIPO ATTIVITA'	DESCRIZIONE ATTIVITA'	TEMPO LIMITE	RESPONSABILE
ANALISI	Analisi ed identificazione delle risorse umane a disposizione per la fattibilità del progetto	01/06/21	Infermiere Dirigente
ANALISI	Analisi ed identificazione delle risorse tecnologiche (auto) a disposizione	01/06/21	Infermiere Dirigente
ANALISI	Analisi ed identificazione delle risorse tecnologiche (telefoni con accesso internet) a disposizione	01/06/21	Infermiere Dirigente
ANALISI	Analisi demografica dei territori	01/06/21	Inf. Dirigente
ORGANIZZATIVA	Identificazione delle figure infermieristiche di riferimento interne all'Area provinciale aretina di supporto alla figura dirigenziale per la parte operativa (referenti zonale di attuazione)	05/06/21	Infermiere Dirigente
ORGANIZZATIVA	Identificazione di un gruppo di lavoro infermieristico di supporto per la identificazione zone geografiche	05/06/21	Resp. Inf. Zonale
ORGANIZZATIVA	Identificazione di un gruppo di lavoro infermieristico di supporto alla stesura del progetto per revisione documentazione infermieristica	05/06/21	Resp. Inf. Zonale
ORGANIZZATIVA	Identificazione di un gruppo di lavoro infermieristico di supporto alla stesura del progetto formativo e per la analisi delle competenze	05/06/21	Infermiere Dirigente
ORGANIZZATIVA ATTUATIVA	Suddivisione in aree geografiche del territorio di riferimento (parametro 1 IFeC :3000 Abitanti)	20/06/21	Resp. Inf. Zonale
ORGANIZZATIVA ATTUATIVA	Suddivisione delle vie nelle città o suddivisione comunale nei paesi	30/06/21	Resp. Inf. Zonale
ORGANIZZATIVA ATTUATIVA	Designazione numero IFeC nelle zone in base alla suddivisione geografica	30/06/2021	Resp. Inf. Zonale
COMUNICAZIONE ATTUATIVA	Coinvolgimento informativo/orientativo dei coordinatori infermieristici/colleghi infermieri (Fase di scongelamento)	30/06/21	Infermiere Dirigente
COMUNICAZIONE	Coinvolgimento del dipartimento della medicina generale e del dipartimento del territorio per accordo su modalità di attivazione dell'I.F.eC.	30/06/21	Infermiere Dirigente
COMUNICAZIONE	Coinvolgimento Equipe 118 e avvio gruppo di lavoro per monitoraggio dati attivazioni	30/06/21	Infermiere Dirigente
COMUNICAZIONE	Convocazione medici AFT e Direttori di Zona Distretto per incontri informativi	30/06/21	Infermiere Dirigente
COMUNICAZIONE	Coinvolgimento dei Sindaci dei territori della provincia aretina in sede di conferenza dei Sindaci per partecipare il progetto	30/06/21	Infermiere Dirigente
COMUNICAZIONE	Incontri informativi/orientativi con l'Ordine professionale infermieristico provinciale	30/06/21	Infermiere Dirigente
COMUNICAZIONE	Incontri informativi/orientativi con il collegio sindacale	30/06/21	Infermiere Dirigente

Figura numero 15

DESCRIZIONE ATTIVITA'	MODALITA' DI INTERVENTO
Analisi ed identificazione delle risorse umane a disposizione per la fattibilità del progetto	Censimento Risorse delle varie realtà inerenti assistenza Infermieristica Domiciliare incrociato con dati provenienti da ufficio Personale
Analisi ed identificazione delle risorse tecnologiche (auto) a disposizione	Censimento Risorse delle varie realtà inerenti assistenza Infermieristica Domiciliare
Analisi ed identificazione delle risorse tecnologiche (telefoni con accesso internet) a disposizione	Censimento Risorse delle varie realtà inerenti assistenza Infermieristica Domiciliare
Analisi demografica dei territori	Raccolta dati da siti Comunali
Identificazione delle figure infermieristiche di riferimento interne all'Area provinciale aretina di supporto alla figura dirigenziale per la parte operativa (referenti zonale di attuazione)	Riunione informativa/collaborativa stabilente i 5 referenti infermieristici zonali
Identificazione di un gruppo di lavoro infermieristico di supporto per la identificazione zone geografiche	Riunione informativa/collaborativa stabilente il gruppo di lavoro
Identificazione di un gruppo di lavoro infermieristico di supporto alla stesura del progetto per revisione documentazione infermieristica	Riunione informativa/collaborativa stabilente il gruppo di lavoro
Identificazione di un gruppo di lavoro infermieristico di supporto alla stesura del progetto formativo e per la analisi delle competenze	Riunione informativa/collaborativa stabilente il gruppo di lavoro
Suddivisione in aree geografiche del territorio di riferimento (parametro 1 IFeC :3000 Abitanti)	Riunioni settimanali con gruppo di lavoro infermieristico di supporto per la identificazione zone geografiche
Suddivisione delle vie nelle città o suddivisione comunale nei paesi	Riunioni settimanali con gruppo di lavoro infermieristico di supporto per la identificazione zone geografiche
Designazione numero IFeC nelle zone in base alla suddivisione geografica	Riunioni settimanali figure infermieristiche di riferimento interne all'Area provinciale aretina di supporto alla figura dirigenziale per la parte operativa (referenti zonale di attuazione)
Coinvolgimento informativo/orientativo dei coordinatori infermieristici/colleghi infermieri (Fase di scongelamento)	Riunioni settimanali informative/orientative Benchmarking → Stesura documento
Coinvolgimento del dipartimento della medicina generale e del dipartimento del territorio per accordo su modalità di attivazione dell'I.F.eC.	Riunioni settimanali informative/orientative/collaborative → Stesura documento
Coinvolgimento Equipe 118 per monitoraggio dati attivazioni	Riunione mensile collaborativa
Convocazione medici AFT e Direttori di Zona Distretto per incontri informativi	Riunione mensile informativa/orientativa/collaborativa
Coinvolgimento dei Sindaci dei territori della provincia aretina in sede di conferenza dei Sindaci per partecipare il progetto	Riunione mensile informativa/orientativa/collaborativa
Incontri informativi/orientativi con l'Ordine professionale infermieristico provinciale	Riunione mensile informativa/orientativa/collaborativa
Incontri informativi/orientativi con il collegio sindacale	Riunione mensile informativa/orientativa/collaborativa

Figura numero 16

Esploso delle attività inerenti la Fase 2: DO

In questa fase i responsabili mettono in atto le azioni previste entro i tempi stabiliti nella fase precedente inerente la programmazione.

Ad ogni attività corrisponde un intervento operativo

Lo Start up operativo è stato stabilito per la data del 01/07/2021

DESCRIZIONE ATTIVITA'	INTERVENTO OPERATIVO
Stesura mappatura del personale	Creazione di file contenente elenco del personale
Stesura mappatura delle auto a disposizione	Creazione di file contenente elenco delle auto presenti
Stesura mappatura dei telefoni a disposizione	Creazione di file contenente elenco dei telefoni a disposizione
Analisi demografica dei territori	Creazione di file contenente dati demografici dei territori
Creazione e verbalizzazione del gruppo dei referenti	Brainstorming strategico con i referenti zonali
Stesura delle mappe geografiche del territorio	Creazione di file contenente la suddivisione geografica del territorio
Stesura della documentazione infermieristica revisionata	Creazione di file contenente la revisione della documentazione presente
Stesura del progetto formativo per il supporto alle competenze	Creazione del progetto formativo inizio 14/06/2021 termine 20/12/2021
Suddivisione in aree geografiche del territorio di riferimento (parametro 1 IFeC :3000 Abitanti)	Creazione di file contenente la suddivisione geografica del territorio
Stesura della suddivisione delle vie nelle città	Creazione di file contenente la suddivisione geografica delle vie e delle zone nelle città
Designazione numero IFeC nelle zone in base alla suddivisione geografica	Creazione di file con attribuzione di zona ad ogni IFeC
Riunioni informativo/orientativo con i coordinatori infermieristici e con i colleghi infermieri	Esecuzione di 1 Riunione settimanale informativa/orientativa
Riunione con equipe 118 per determinare la attuale presenza di chiamate improprie durante orario in servizio di I.F.eC.	Determinazione quantitativa del numero delle chiamate improprie al 118 alla data del 31/08/2021
Riunione con dipartimento della medicina generale e dipartimento del territorio per accordo su modalità di attivazione dell'I.F.eC.	Esecuzione di 1 Riunione settimanale informativa/orientativa con stesura procedura aziendale entro il 1 di settembre 2021
Riunione medici MMG AFT e Direttori di Zona Distretto per incontri informativi	Esecuzione 1 Riunione mensile informativa/orientativa/collaborativa
Riunione con Sindaci dei territori della provincia aretina in sede di conferenza dei Sindaci	Esecuzione 1 Riunione mensile informativa/orientativa/collaborativa
Incontro informativo/orientativo con l'Ordine professionale infermieristico provinciale	Esecuzione 1 Riunione mensile informativa/orientativa/collaborativa
Incontro informativo/orientativo con il collegio sindacale	Esecuzione 1 Riunione mensile informativa/orientativa/collaborativa
Creazione di Opuscoli informativi per la popolazione	Stampa di Opuscoli informativi per la popolazione

Figura numero 17

Fase 3: CHECK

In questa fase è determinante sottoporre a monitoraggio la applicazione delle attività previste nelle fasi precedenti.

Si monitorano gli indicatori per comprendere la presenza di scostamenti rispetto a quelli previsti precedentemente dagli obiettivi individuati ed eventualmente procedere ad un approfondimento delle problematiche riscontrate.

Questa fase sarà analizzata a partire dal 01/01/2022, per circa 15 giorni, dopo 4 mesi dallo Start Up del progetto, avvenuto il 01/09/2021

INDICATORI SPECIFICI	INTERVENTI OPERATIVI
numero di operatori formati / totale operatori coinvolti nel modello assistenziale I. F.e C Risultato Atteso > 95%	Svolgimento del progetto formativo inizio 14/06/2021 termine 20/12/2021 Misurazione dell'indicatore in data 01/01/2022
numero dei casi condivisi e discussi con MMG / numero totale dei pazienti presi in carico da I.F e C. Risultato Atteso > 60%	stesura procedura aziendale di intervento condivisa con M.M.G. entro il 1 di settembre 2021 Misurazione dell'indicatore in data 01/01/2022
Numero chiamate inappropriate al 118 da parte di pazienti presi in carico durante l'orario di presenza in servizio dell'I.F.eC. / numero chiamate al 118 Risultato Atteso < allo storico	Confronto tra i dati inerenti le attivazioni improprie al 118 durante la presenza in servizio dell'I.F.eC. rilevati al 31/08/2021 e tra quelli presenti alla data del 01/01/2022 Misurazione dell'indicatore in data 01/01/2022

Figura numero 18

Fase 4: ACT

In questa fase del progetto prevista a partire dalla data del 15 Gennaio 2022, appurato che le soluzioni adottate siano state funzionali alla implementazione del progetto, si procede alla sua standardizzazione applicandolo in via definitiva.

Se possibile si interviene affinando la domanda formativa e si cercano ulteriori opportunità di miglioramento.

RISULTATI ATTESI

Il progetto va ad implementare una modalità di erogazione che non era presente nella provincia aretina, ed è da ritenersi parte di un processo di reingegnerizzazione globale delle cure primarie e della rete di servizi di salute che viene offerta alla popolazione.

I Risultati attesi sono schematizzabili in:

Integrare le competenze con altri professionisti sanitari, in special modo ridurre le distanze talvolta presenti con i Medici di Medicina generale, garantendo una presa in carico multiprofessionale condivisa delle problematiche di salute del cittadino direttamente presso il proprio domicilio.

Superare la attuale formazione infermieristica “a silos” presente nella assistenza domiciliare (esperto in chronic care model, esperto in sanità di iniziativa, esperto in cure palliative ecc.) per formare un professionista in ottica di estensività di competenze al fine di poter gestire i livelli iniziali di intervento sanitario o identificare precocemente le problematiche socio-sanitarie interne alla famiglia o in una comunità.

Ridurre le chiamate improprie al 118 ed i conseguenti accessi impropri ai punti di Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri.

Implementare la figura dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità, con ambiti precisi di intervento delimitati da una suddivisione geografica e da un numero limitato di popolazione di riferimento, favorisce la risoluzione di problematiche di salute e garantisce una risposta immediata ed orientativa alle singole richieste da parte dell’utenza, riducendo, di fatto le attivazioni improprie ai servizi di emergenza presenti sul territorio.

Il ruolo di “mentore” che l’Infermiere svolge in prossimità del cittadino riesce a dare risposta a quelle problematiche che molto spesso possono determinare un errato ricorso ai servizi della rete dell’urgenza tempo-dipendente.

CONCLUSIONI

Nel concludere questo progetto, che implementerà la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità nella provincia aretina, andando sia a colmare un gap rispetto alla parzialmente applicata Delibera numero 597 del della Regione Toscana, che ad allinearsi alle bozze di riorganizzazione del SSN nazionale proposte da Agenas, non posso che fare soffermarmi sulle basilari direttrici previste dalla bozza del D.M. 71 nella riorganizzazione della sanità territoriale utili al ripensamento e alla reingegnerizzazione del sistema territoriale. Tra i pilastri del futuro in ambito domiciliare è da ritenersi irrinunciabile il potenziamento dei sistemi informativi utili allo sviluppo di una rete tra professionisti al fine di ridurre le distanze, aumentare l'equità di erogazione di servizi sanitari e sveltire i tempi di intervento. Attualmente la realtà delle Regioni italiane vede quote sempre maggiori di anziani contrapposte ad una contrazione delle nascite, che si traduce con un'innalzamento notevole dell'indice di vecchiaia all'interno del nostro paese. Con questi presupposti lo spazio strategico di intervento a disposizione della figura infermieristica diventa enorme, e si renderà necessario, oltre ad un sempre maggiore estensività competenziale in ambito proprio della professione, servirsi di fondamentali strumenti di supporto quali la telemedicina ed il teleconsulto al fine di migliorare l'interazione tra professionisti appartenenti al territorio e quelli ospedalieri, creando reti ospedaliero/territoriali, anche infermieristiche, efficaci per la cura delle principali malattie croniche.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

Allegato 1a: Progetto Formativo

Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC): lo sviluppo e la valorizzazione dell'infermieristica territoriale nella TSE

	1° edizione Grosseto	2° edizione Grosseto	3° edizione Arezzo	4° edizione Arezzo	5° edizione Siena	6° edizione Siena
Start Up Progetto	14/06	28/06	22/06/21	23/06/21	15/06	29/06
Corso 1° incontro	13/07	14/07	15/07	16/07	19/07	21/07
Corso 2° incontro	08/09	13/09	15/09	16/09	21/09	28/09
Corso 3° incontro	07/10	20/10	13/10	14/10	05/10	19/10
Corso 4° incontro	04/11	15/11	17/11	18/11	24/11	25/11
Corso 5° incontro	01/12	22/12	15/12	16/12	13/12	20/12

AREZZO: AUDITORIUM S.DONATO
GROSSETO: AUDITORIUM ALA NUOVA PO MISERICORDIA
SIENA: AUDITORIUM CAMPOSTAGGIA

ORARIO: dalle ore 14.00 alle ore 18.00

→ **Start up: "Investire nella crescita professionale"**

- Condivisione della nuova visione e del modello di governance del Dipartimento delle Professioni Infermieristiche e Ostetriche. (*Vianella Agostinelli*)
- Presentazione del progetto "Implementazione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità nell'AUSL Toscana Sud Est"(Vianella Agostinelli)
- Organizzazione degli ambiti di riferimento territoriale, modello organizzativo dell'assistenza di prossimità (*Simone Caselli*)
- I determinanti di salute della popolazione e la valutazione dei bisogni di salute (*Carla Campolmi*)
- 30 minuti di "ascolto e confronto": si cresce insieme

→ **1° incontro: "L'identità professionale"**

- Dalla prestazione alla presa in cura: cosa cambia nella funzione dell'Infermiere di cure domiciliari
- Pianificazione dell'assistenza e processo di assistenza: metodo di lavoro per la valorizzazione dell'IFeC.
- La cartella territoriale: strumento operativo per documentare l'assistenza
- 30 minuti di "ascolto e confronto": si cresce insieme

→ **2° incontro: "l'integrazione e lo sviluppo professionale con le competenze avanzate"**

- L'esperienza delle reti clinico-assistenziali: le competenze infermieristiche avanzate a supporto dell'IFeC.
- Percorso di integrazione per consulenze esperte: i criteri di attivazione dell'infermiere esperto, le modalità di erogazione delle consulenze attivare e gli strumenti per valutazione di 2° livello
 - Rete respiratoria domiciliare

Allegato 1b: Progetto Formativo

- Rete nutrizione clinica
 - Rete Lesioni cutanee
 - Rete accessi vascolari
 - Rete pediatrica
 - Rete salute mentale e dipendenze
 - Rete Cure palliative
 - 30 minuti di “ascolto e confronto”: si cresce insieme
- **3° incontro: “Conoscere per orientarsi ed accompagnare”**
- Conoscere i Servizi sanitari e socio-sanitari sul territorio di pertinenza dell'IFeC: come accompagnare la persona, la famiglia e la comunità nei percorsi di salute.
 - Le persone assistite al proprio domicilio e nei diversi setting territoriali: la presa in cura globale in ogni fase della vita
 - 30 minuti di “ascolto e confronto”: si cresce insieme
- **4° incontro: “Comprendere i bisogni di assistenza infermieristica della persona, della famiglia e della comunità”**
- Conoscere i determinanti di salute della popolazione che abita il territorio di propria competenza: utilizzo delle banche regionali per i dati demografici ed epidemiologici.
 - Profilo di salute della popolazione straniera
 - Analisi e condivisione di persone assistite al proprio domicilio e nei diversi setting territoriali e i percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi.
 - Il monitoraggio del modello organizzativo IFeC
 - 30 minuti di “ascolto e confronto”: si cresce insieme
- **5° incontro: “Confronto sui risultati a tre mesi dall'implementazione”**
- Valutazione dei risultati a tre mesi dall'implementazione dell'IFeC nell'AUSL Toscana Sud Est.
 - Storytelling di esperienze infermieristiche dai diversi territori.
 - 30 minuti di “ascolto e confronto” per il miglioramento risultati di salute
 - Progettare la formazione per l'anno 2022: analisi bisogni formativi IFeC

DESTINATARI DEL PROGRAMMA FORMATIVO:

L'evento è rivolto **in modo esclusivo** a tutti gli **Infermieri assegnati all'assistenza domiciliare**

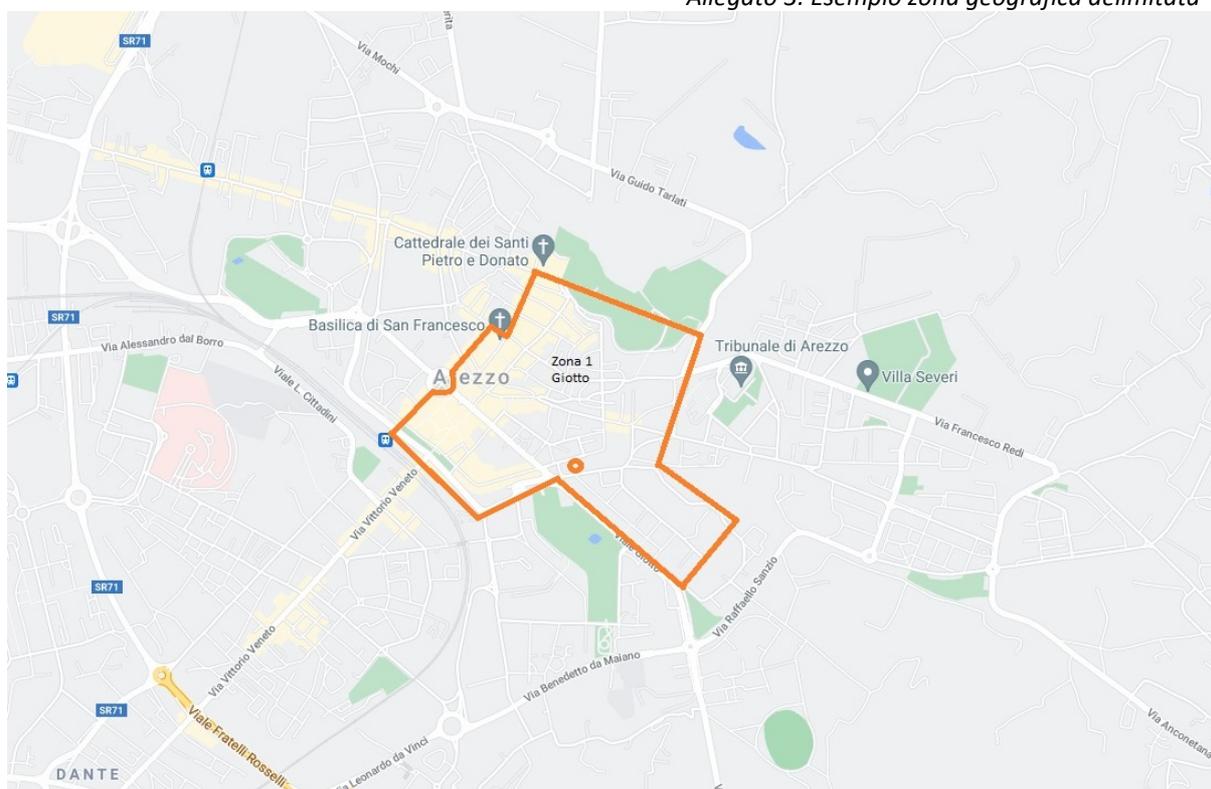
*I posti disponibili sono **50 per singola edizione**, (due edizioni per area operativa) una volta raggiunto il numero massimo le iscrizioni saranno chiuse.*

Vista l'importanza del progetto, al fine di concludere il percorso formativo rivolto agli Infermieri di Famiglia e Comunità, ogni iscritto dovrà partecipare a tutti gli incontri della singola edizione

Allegato 2: Esempio associazione zone/IFeC/numero telefonico

Area provinciale	Denominazione ZONA	Descrizione Zona	Popolazione di riferimento	IfeC Zonali NOME COGNOME	Numero Telefono
Aretina	Arezzo Giotto 1	Centro città	10500	CA... ..NO	33166.....
				FA... ..DA	33166.....
				FU...A...A	3335....
Aretina	Arezzo Giotto2	Bagnoro – s.Firmina – S.Marco	7500	CI...I V...CA	335.....
				MAR...I...IO	34755.....
Aretina	Arezzo Giotto 4	Palazzo del pero – Rassinata	3500	SE...E...A	331.....
				NO...I F...O	335.....
Aretina	Arezzo Saione 1	Centro città	12500	A...LI L...A	366.....
				PON...I E...A	335.....

Allegato 3: Esempio zona geografica delimitata



Allegato 4: Regolamento presa in cura domiciliare



REGOLAMENTO
PRESA IN CURA DOMICILIARE

Rev. n. 0
Data 13/10/2021
Pag. 1 di 12

Fasi	Funzioni	Nome e Cognome	Firma	Data
Redazione	p. il gruppo di lavoro	Dr.ssa Paola Bonini		
Verifica	Direttore Dip. CTS Territorio, della fragilità e delle dipendenze	Dr.ssa Anna Canaccini		
	Direttore DiPIO	Dr.ssa Vianella Agostinelli		
	Direttore Dip. Medicina Generale	Dr. Renato Fortunato Tulinò		
	Direttore Dip. Servizi Sociali	Sostituto Dr.ssa Elisa Fattori		
Approvazione	Direttore Dip. Professioni Tecniche Sanitarie	Dr.ssa Daniela Cardelli		
	Direttore Sanitario	Dr.ssa Simona Dei		
Controllo	Direttore AD Qualità e Sicurezza Cure	Dr. Roberto Monaco		

Gruppo di lavoro composto da:
Vianella Agostinelli, Paola Bonini, Carla Campolmi, Anna Canaccini, Simone Caselli, Antonella Lorenzini, Fabiola Mandolesi, Sabrina Pacci, Renato Fortunato Tulinò.

Luogo e modalità di conservazione: Dipartimento CTS Territorio, della fragilità e delle dipendenze	Responsabile Dr.ssa Anna Canaccini
---	---------------------------------------

Revisione senza modifiche	<input type="checkbox"/>	Motivo della revisione:
---------------------------	--------------------------	----------------------------------

La diffusione del presente documento è assicurata mediante pubblicazione nell'intranet aziendale. Essa inoltre verrà distribuita, a cura della struttura emittente, alla seguente lista di strutture organizzative:

- Dip. CTS Territorio, della fragilità e delle dipendenze
- Dipartimento della Medicina Generale
- Dipart. delle Prof. Infermieristiche e Ostetriche
- Dipart. dei Servizi Sociali
- Dipartimento delle Prof. Tecniche Sanitarie
- Direzioni Zone Distretto
- U.U.F.F. Cure Primarie
- U.U.F.F. Cure Palliative



REGOLAMENTO
PRESA IN CURA DOMICILIARE

Rev. n. 0
Data 13/10/2021
Pag. 2 di 12

INDICE

PREMESSA	3
SCOPO	4
CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI	4
RIFERIMENTI NORMATIVI (DA COMPLETARE)	4
GLOSSARIO E ACRONIMI	4
CRITERI DI AMMISSIBILITÀ ALLE CURE DOMICILIARI	5
LA PRESA IN CURA DOMICILIARE	5
IL TEAM DI ASSISTENZA PRIMARIA	6
LE FASI DEL PROCESSO DI PRESA IN CURA	10
SEGNALAZIONE (PUNTI INSIEME/PIUA/ACOT)	10
ANALISI E VALUTAZIONE DEI BISOGNI (PIUA/ACOT/UVVM/UVMD)	11
ATTIVAZIONE SERVIZI/PERCORSI (ATTRAVESO FORMULAZIONE DEL PAJ)	11
VALUTAZIONI INTERMEDIE E FINALE (DISTRETTO/UFF Cure Primarie)	12
MONITORAGGIO DEI PROCESSI (DISTRETTO CON TUTTE LE SUE ARTICOLAZIONI)	12



REGOLAMENTO
PRESA IN CURA DOMICILIARE

Rev. n. 0
Data 13/10/2021
Pag. 3 di 12

PREMESSA

L'aumento delle patologie croniche e la fragilità legate ad alti indici di vecchiaia e a condizioni di isolamento sociale, determinate sia all'indebolimento progressivo del tessuto sociale che all'attuale contesto di pandemia, richiede azioni strategiche e di maggior impegno rappresentate dal potenziamento e riorganizzazione delle attuali risposte territoriali, sanitarie, assistenziali e di tutela.

L'assistenza domiciliare integrata si configura come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza e, per questo, comporta benefici in termini di benessere degli assistiti e in termini di appropriatezza ed efficienza nell'uso delle risorse.

Come indicato dalla DGR 660/2015 le Cure Domiciliari (CD) costituiscono la parte più strettamente sanitaria o socio-sanitaria dell'Assistenza Domiciliare. Consistono in risposte ai bisogni di natura preventiva, curativa, riabilitativa, palliativa prestati da personale individuato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Le Cure Domiciliari sono un LEA dell'assistenza distrettuale, soggette a monitoraggio ministeriale.

Gli obiettivi principali delle cure domiciliari sono:

- l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare anche il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o in altra struttura residenziale;
- la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- il supporto alla famiglia;
- il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.

Le Cure domiciliari secondo la DGR 660/2015 si distinguono in relazione ai bisogni nei seguenti profili:

- Cure Domiciliari Prestazionali**, caratterizzate da prestazioni sanitarie monoprofessionali occasionali;
- Cure Domiciliari Programmate**, caratterizzate da prestazioni sanitarie monoprofessionali a ciclo programmato con valutazione multidimensionale e presa in carico dell'assistito (ADP/ADR/AD sanitaria);
- Cure Domiciliari Integrate**, definite ADI, erogate attraverso la presa in carico multidisciplinare e multi professionale sulla base di un Piano Assistenziale Individuale (PAI-PAP); vengono ricomprese in questa casistica anche le ADI come da ACN (MMG/PF/CA/Specialistica) e quelle attivate dalle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) di cui alla Legge regionale n. 66/2008. La procedura aziendale PA-DSA-003 Rete Cure Palliative declina i vari setting assistenziali per i pazienti in cure palliative, tra i quali l'assistenza domiciliare integrata.

Il livello di organizzazione dei professionisti, necessari a dare risposta ai bisogni, diventa fondamentale in un sistema di per sé complesso, arricchito da percorsi professionali svolti, nel rispetto del proprio ruolo, in autonomia gestionale, ma all'interno di un contesto integrato chiamato a dare risposte sia sul piano sociale che sanitario, attraverso la costruzione di reti e non più solo attraverso la fornitura di singole prestazioni isolate.¹

Il team assistenziale viene ad essere affiancato e coordinato dal medico di comunità quale figura deputata all'organizzazione dei servizi alla collettività attraverso l'analisi dei bisogni di salute,

¹ PSIR 2018-2020



REGOLAMENTO
PRESA IN CURA DOMICILIARE

Rev. n. 0
Data 13/10/2021
Pag. 4 di 12

L'attivazione della rete dei professionisti, la costruzione di alleanze con le istituzioni, il monitoraggio dei risultati e la valutazione delle risorse necessarie, in una veste di vero e proprio manager del sistema (community manager) ²

SCOPO

Obiettivo generale del presente regolamento è quello di garantire l'erogazione dei LEA domiciliari attraverso le risposte ai bisogni nella presa in cura delle persone attraverso modalità organizzative e professionali orientate alla tempestività, continuità, appropriatezza, integrazione e qualità delle cure.

CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

Tutti i professionisti che intervengono, nell'attuazione del percorso sanitario, socio-sanitario e assistenziale della persona.

RIFERIMENTI NORMATIVI (da completare)

- DM 739/1994 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. (Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.6 del 9-1-1995). E' entrato in vigore il 24 gennaio 1995.
- Accordo Stato Regione 22 febbraio 2001
- legge regionale 24 febbraio 2005, n.40 e successive modificazioni e integrazioni
- DGR 364/2006
- DM 17/12/2008
- ACN (2009) Disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi del d.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni
- DGR n. 262/2010
- DGR 1235/2012 DGR 754/2012, allegato B "Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale".
- Approvazione linee di indirizzo alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste e relativo piano operativo
- DGR 660/2015 "Approvazione del PRAD-Progetto riorganizzazione dell'assistenza domiciliare e del Modulo di attivazione/rinnovo dell'assistenza domiciliare"
- DPCM 12/01/2017
- DGR n. 597 del 04/06/2018 "Indirizzi per lo sviluppo del modello assistenziale Infermiere di famiglia e di comunità. Approvazione e destinazione delle risorse"
- PSIR 2018-2020 dopo la deliberazione di Giunta regionale n.22 del 21.01.2019
- Conferenza Stato-Regioni : Rep. Atti n. 151/CSR del 04/08/2021

GLOSSARIO E ACRONIMI

AD : Assistenza Domiciliare
ADI: Assistenza Domiciliare Integrata

² Del Reg. 494 del 3/11/2007 PSR 2008-2010. Progetto "Dalla medicina d'urto alle sanità distrettuali". Approvazione mediche per l'attivazione della sanità distrettuale a livello territoriale e per la gestione dei percorsi territorio-ospedale-sanitari. (allegato A)



REGOLAMENTO
PRESA IN CURA DOMICILIARE

Rev. n. 0
Data 13/10/2021
Pag. 7 di 12

Il MMG/PdF è il responsabile clinico del proprio assistito (in quanto è il professionista di fiducia del paziente e conosce la sua storia clinica e il contesto familiare) e garantisce:

- Tutte le prestazioni sanitarie previste dall'ACN/AIR/AIA;
- Il rispetto della cadenza degli accessi concordati (proponendo modifiche qualora necessarie);
- La corretta gestione per le proprie competenze, della cartella clinica, annotandovi le variazioni del quadro clinico;
- Le prescrizioni di farmaci, le indicazioni nutrizionali/dietetiche e di eventuali consulenze e approfondimenti diagnostici ritenuti necessari;
- Qualora vi siano variazioni delle condizioni del quadro clinico (anche in attesa di definizione di un nuovo PAI) si rapporta direttamente con Medico di Comunità e/o l'Infermiere di Famiglia e di Comunità per l'attuazione degli interventi necessari.
- Cura i rapporti con i familiari e in particolare con il caregiver per quanto riguarda le variazioni del quadro clinico e prognostico dell'assistito, anche attraverso la pianificazione delle cure.
- Partecipa alla elaborazione del PAI assicurando la presenza nei casi più complessi, previo accordo degli orari; per gli altri casi possono essere assicurati contatti telefonici e successivo invio di eventuali stampati e/o cartella.

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità

L'IfcC assume la responsabilità di governance del processo di assistenza infermieristica della persona presa in carico, attraverso la pianificazione del nursing avanzato, il monitoraggio e la verifica degli outcome, garantendo la continuità assistenziale infermieristica e l'erogazione delle attività pianificate, dalla presa in carico fino alla conclusione del piano assistenziale.

L'IfcC porta nel team multiprofessionale il proprio contributo legato al sapere disciplinare distintivo e lo riconduce nel Piano Assistenziale Individuale di ogni persona, in integrazione con le altre professionalità.

Nella pianificazione assistenziale infermieristica:

- Identifica e gestisce le priorità assistenziali infermieristiche delle persone con diversi livelli di complessità
- Identifica precocemente condizioni di rischio e di fragilità e pianifica interventi su tutti i possibili fattori di rischio comportamentali, ambientali e domestici al fine di prevenire l'insorgenza di ulteriore disabilità e promuove l'adozione di stili di vita corretti.
- Integra i propri interventi in sinergia con quelli delle altre professionalità del team
- Coinvolge attivamente la persona assistita e la sua famiglia o rete sociale nelle decisioni relative al benessere personale
- Assicura la condivisione delle informazioni dei propri assistiti con tutti i membri del team e anche con gli altri IfcC che interverranno a garantire la continuità delle cure.
- Si adopera per migliorare la qualità di vita delle persone assistite
- Agevola i meccanismi di empowerment della persona e del caregiver al fine di realizzare un modello di cura basato sull'autonomia e sulla responsabilità

L'IfcC ha conoscenza delle competenze esperte/specialistiche presenti nelle reti professionali infermieristiche e ne diviene attivatore diretto per consulenze su procedure assistenziali infermieristiche nonché coordina gli eventuali interventi dei professionisti presenti nelle reti cliniche.



REGOLAMENTO
PRESA IN CURA DOMICILIARE

Rev. n. 0
Data 13/10/2021
Pag. 5 di 12

- MMG: Medico di Medicina Generale
- PdF: Pediatra di Famiglia
- IfcC: Infermiere di Famiglia e di Comunità
- OSS: Operatore Socio-Sanitario
- PAP: Piano Assistenziale Personalizzato
- PAI: Piano Assistenziale Integrato
- LEA: Livelli Essenziali di Assistenza
- ACN: Accordo Collettivo Nazionale
- AIR: Accordo Integrativo Regionale
- AIA: Accordo Integrativo Aziendale
- CUP: Centro Unico Prenotazioni
- SPA: Scheda Prestazioni Ambulatoriali
- SIAD: Sistema Informativo Assistenza Domiciliare
- ASTER: Applicativo software per assistenza domiciliare
- PUA: Punto Unico di Accesso
- ACOT: Agenzia Continuità Ospedale-Territorio
- U.U.FF.: Unità Funzionali
- UVM: Unità di Valutazione Multidimensionale
- UVMd: Unità di Valutazione Multidimensionale Disabilità

CRITERI DI AMMISSIBILITÀ ALLE CURE DOMICILIARI

I requisiti indispensabili per la presa in cura delle persone a domicilio sono:

- condizione (anche temporanea) di non autosufficienza, di fragilità e con patologie in atto o esiti delle stesse che necessita di presa in cura da parte di un professionista o di un team (MMG, Infermiere di Famiglia e di Comunità, Assistente Sociale, Fisioterapista, Logopedista, OSS, Specialisti ecc.);
- adeguato supporto familiare o informale con condivisione del PAP-PAI da parte della persona assistita e/o caregiver individuato.
- condizioni igienico-abitative idonee.

LA PRESA IN CURA DOMICILIARE

L'incremento della cronicità, della disabilità e lo sviluppo di bisogni complessi richiede una riorganizzazione e riorganizzazione dell'offerta complessiva, di cui fanno parte le cure domiciliari. Il cambiamento dovrà esplicarsi offrendo alle persone assistite e alle loro famiglie percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali-riabilitativi personalizzati che garantiscano continuità nella collaborazione, con un buon rapporto costo/efficacia, orientati alla partecipazione e all'empowerment della persona e della famiglia.

I principi a cui l'organizzazione deve orientarsi sono:

- semplificazione e facilitazione delle procedure tra sistema di cura e persone
- analisi multidimensionale (bio-psico-sociale) della persona e del contesto familiare



REGOLAMENTO
PRESA IN CURA DOMICILIARE

Rev. n. 0
Data 13/10/2021
Pag. 8 di 12

Inoltre:

- Valutazione del bisogno di orientamento rispetto ai servizi socio-sanitari esistenti, ai percorsi necessari per la loro attivazione e all'utilizzo delle fonti di informazione e di comunicazione disponibili.
- Monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale e del livello di complessità assistenziale e valutazione delle alterazioni sintomatiche delle condizioni di salute in caso di malattia, acuta o cronica, che possono indicare un aggravamento o la comparsa di complicanze, in integrazione con il MMG/PdF/ Medico Comunità Assistenziale e con gli altri professionisti coinvolti.
- Monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di anomalie al MMG/PdF
- Corretta alimentazione del flusso informativo relativo all'assistenza domiciliare;

Fisioterapista / Logopedista

Il Fisioterapista/ Logopedista di Comunità assume la responsabilità di presa in cura funzionale dell'assistito pianificando gli interventi di pertinenza in integrazione con gli altri professionisti del team di Assistenza Primaria sintetizzati nel PAI.

Nell'attività di presa in cura funzionale:

- Attua le procedure di valutazione funzionale, motoria e/o logopedica al fine di stratificare correttamente i bisogni contribuendo all'eventuale accesso ai Percorsi Riabilitativi e/o prescrizione ausili complessi
- Pianifica e attua interventi fisioterapici/logopedici rivolti alla Persona e/o ai contesti di vita tra i quali educazione terapeutica ai familiari/care-giver, proposta di adattamenti ambientali definendo indicatori di esito e il loro monitoraggio
- Educa l'assistito e il caregiver ai corretti posizionamenti posturali alla mobilitazione e movimentazione elaborando programmi di attività motoria / cognitiva volti a mitigare i possibili fattori di rischio al fine di prevenire l'insorgenza di ulteriore disabilità sostenendo i meccanismi di empowerment e di partecipazione attiva dell'assistito e del familiare/care giver al processo di cura
- Verifica le autonomie funzionali e le condizioni strutturali delle abitazioni in rapporto alla proposta/verifica/addestramenti di ausili assistenziali
- Attua verifiche periodiche per il monitoraggio dell'aderenza ai programmi motori/cognitivi elaborati
- Alimenta correttamente il flusso informativo preposto

Assistente Sociale di riferimento per l'utente (declinata secondo le organizzazioni zonali)

- effettua l'analisi del bisogno sociale e socio-assistenziale attraverso tutti gli strumenti professionali a disposizione, quali l'osservazione diretta, colloqui con l'utente e/o suoi familiari, visita domiciliare, supporti valutativi e lavoro di rete.
- svolge funzioni di "counseling", sostegno e orientamento della persona e del nucleo familiare in relazione alla rete dei servizi, ai percorsi e alle risorse attivabili.
- nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria, partecipa alla analisi multidimensionale del caso al fine di fornire agli utenti risposte unitarie e una presa in carico complessiva del bisogno concorrendo alla formulazione del PAI
- valorizza la partecipazione della persona e della rete familiare al progetto
- attiva e collega/connette alla rete, sia istituzionale che informale, le risorse sia personali che familiari in grado di garantire un sostegno alla persona qualora previsto nel PAI/PAP



REGOLAMENTO
PRESA IN CURA DOMICILIARE

Rev. n. 0
Data 13/10/2021
Pag. 6 di 12

- tempestività nella risposta personalizzata e continuo adeguamento ai nuovi bisogni attraverso un processo di rivalutazione continuo
- coordinamento, continuità e flessibilità dei servizi e dei professionisti in ottica proattiva
- appropriatezza, non solo nell'utilizzo delle risorse pubbliche ma anche di tutte le risorse disponibili nell'ambiente di vita della persona e della sua comunità
- pianificazione delle cure, autodeterminazione della persona assistita, ovvero diritto della persona ad essere informato e quindi consapevole per divenire parte attiva
- favorire la relazione di cura tra team di assistenza, la persona e la famiglia

IL TEAM DI ASSISTENZA PRIMARIA

Il team base di assistenza primaria è costituito da

- Medico di Comunità → responsabilità organizzativa
- MMG/PdF → responsabilità clinica
- IfcC → responsabilità assistenziale infermieristica
- Fisioterapista/Logopedista
- Assistente Sociale (declinata secondo le organizzazioni zonali)

Il Medico di Comunità :

E' il garante dell'erogazione dei LEA, in particolare :

- Garantisce il percorso organizzativo della persona e la corretta applicazione delle "buone pratiche";
- conosce/coordina la rete dei servizi territoriali presenti nell'ambito di riferimento e delle risorse della comunità;
- convoca le professionalità necessarie anche in webinar o audio call per la stesura del PAI, concordando obiettivi, interventi, durata e data della valutazione intermedia;
- effettua il monitoraggio delle attività, compresa la valutazione della qualità delle prestazioni erogate e degli indicatori relativi all'appropriatezza delle attività ed al corretto utilizzo delle risorse fornendo i flussi statistici di attività;
- assicura costanti e corretti rapporti con i MMG/PdF/Specialisti e con le altre figure professionali coinvolte nel PAI, anche attivando periodiche riunioni di verifica delle attività;
- verifica la regolarità degli accessi del MMG/PdF (anche ai fini della retribuzione) e degli altri operatori previsti nel PAI;
- valuta ed interviene per assicurare il miglioramento continuo del rapporto costo beneficio, in particolare circa l'uso delle risorse umane e strumentali;
- vigila sulla corretta compilazione della cartella clinica territoriale e ne autorizza la copia (qualora richiesta)
- è responsabile del debito informativo verso la Regione e il Ministero;


REGOLAMENTO
PRESA IN CURA DOMICILIARE
 Rev. n. 0
 Data 13/10/2021
 Pag. 11 di 12

- sintesi descrittiva del bisogno espresso.
- Tutti i punti di raccolta delle segnalazioni devono essere in grado di effettuare una valutazione di minima del bisogno ed indirizzare la richiesta ai servizi competenti:
 - bisogno sociale semplice: in carico servizio sociale
 - bisogno sanitario semplice (monoprofessionale): in carico servizio infermieristico / medico
 - bisogno complesso (redazione PAI): in carico al team assistenziale

ANALISI E VALUTAZIONE DEI BISOGNI (PUA/ACOT/UM/UVMD)

L'analisi e la valutazione dei bisogni è finalizzata alla corretta presa in cura ed alla garanzia della continuità assistenziale. La continuità assistenziale in fase di dimissione da ricovero ospedaliero è strutturata attraverso le ACOT di Zona Distretto.

MISSIONI OSPEDALIERE

La responsabilità sul processo di analisi e valutazione dei bisogni contenuti nella segnalazione da un reparto ospedaliero dimette è dell'ACOT competente per territorio, che prontamente coinvolge ed informa i professionisti necessari alla presa in cura della persona.

I primi professionisti da coinvolgere da parte del Medico di Comunità del distretto competente (ACOT competente), sono il Medico Curante (MMG/PdF) e l'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC), che costituiscono il team base delle cure primarie indispensabile per garantire la continuità assistenziale.

Ad oggi la segnalazione informatica dal reparto ospedaliero all'ACOT avviene attraverso strumenti derivanti da norme regionali. Accertato che sussistono delle criticità sia sulla completezza delle informazioni che sulla possibilità di contatti tra professionisti, è tuttavia necessario l'impegno di tutte le figure coinvolte nella presa in cura al fine di superare tali criticità a garanzia di una reale continuità assistenziale.

In particolare, prima della dimissione, è utile l'accertamento che all'assistito siano garantiti tutti i livelli di prestazioni necessarie per la prosecuzione del percorso assistenziale (esempio : prescrizioni protesiche e farmacologiche, eventuali controlli ecc).

SEGNALAZIONI TERRITORIALI

La valutazione delle segnalazioni provenienti dal territorio con caratteristiche di multi professionalità viene effettuata dal Medico di Comunità che attiva il team base e gli ulteriori servizi e professionisti necessari per la definizione del percorso appropriato.

ATTIVAZIONE SERVIZI/PERCORSI (attraverso formulazione del PAI)

L'elaborazione del PAI non è un atto meramente burocratico ma il risultato di un processo decisionale basato sull'analisi dei bisogni dell'assistito e della rete dei servizi territoriali presenti. Il PAI deve contenere alcuni campi obbligatori come previsto dal modello presente nella procedura RGA-DTR-001 Regolamento per la gestione della documentazione clinico assistenziale in ambito territoriale.


REGOLAMENTO
PRESA IN CURA DOMICILIARE
 Rev. n. 0
 Data 13/10/2021
 Pag. 12 di 12

La relazione che si stabilisce tra la persona in assistenza e il team si sostanzia in un patto di cura, che è la traduzione concreta di un reciproco impegno.

Il MMG/PdF e l'IFeC, quando possibile, effettuano una valutazione congiunta o presso il domicilio o presso la struttura dove è ricoverato l'assistito. In caso di bisogno funzionale già espresso e/o conosciuto, la valutazione congiunta, ove possibile, sarà integrata dall'Op. Professionale di Riabilitazione, Fisioterapista e/o Logopedista, competente per profilo professionale.

Il medico di comunità (anche attraverso modalità web e/o telefoniche), provvede alla verifica della completezza del PAI e all'approvazione e registrazione, a valle delle valutazioni dei bisogni da parte del team, anche coinvolgendo eventuali altri servizi o reti. Tra i professionisti viene individuato il case manager (MMG/PdF, IFeC/Co Medico di Comunità o altro specialista in base alla maggior prevalenza sul singolo caso) che provvede ad informare anche telefonicamente la persona e la famiglia sulla proposta di inserimento in un programma di assistenza domiciliare integrata, indicando quali saranno le professionalità ed i servizi che si recheranno a domicilio e con quali obiettivi e tempistiche.

La sintesi del progetto dovrà trovarsi nella cartella domiciliare e sottoscritta per presa visione e consenso alle cure come previsto da RGA-DTR-001 Regolamento per la gestione della documentazione clinico assistenziale in ambito territoriale

In attesa di specifico sistema informatico condivisibile da tutte le professionalità che intervengono nel percorso, la cartella territoriale deve essere mantenuta al domicilio del paziente, dal professionista che esegue il primo accesso.

Ciascun professionista, in caso di variazione delle condizioni clinico-assistenziali, potrà segnalare al medico di Comunità la necessità di rivedere la progettualità (PAI)

VALUTAZIONI INTERMEDIE E FINALE (Distretto/UUFF Cure Primarie)

Ad ogni scadenza intermedia e ogni volta che sia necessario, il Medico di Comunità convoca le professionalità, anche attraverso videocall o audio chiamate, per verificare il raggiungimento degli obiettivi e/o la revisione del PAI.

MONITORAGGIO DEI PROCESSI (Distretto con tutte le sue articolazioni)

Il monitoraggio dei processi costituisce un debito informativo, sia nei confronti della Regione che del Ministero. Ogni professionista durante l'espletamento dell'attività istituzionale si avvale degli strumenti informativi messi a disposizione dell'azienda sanitaria per assolvere al debito informativo.

Il monitoraggio viene effettuato dal Dipartimento del territorio con cadenza quadrimestrale, sia sulla qualità dei flussi che sulla aderenza agli obiettivi nazionali.

Vengono riportati di seguito, a titolo esemplificativo, alcuni indicatori oggetto di monitoraggio:

- SIAD04 - LEA 5.2.1.1 - Numero di prese in carico domiciliari per 1000 abitanti, per intensità di cura suddivisa per zona
- SIAD05 - LEA 5.8 Percentuali di anziani > 65 anni trattati in Assistenza Domiciliare: Distribuzione degli assistiti anziani >64 in Assistenza Domiciliare per intensità di cura
- SIAD02 - C7.2: Indicatore di qualità flusso dei dati relativi all'assistenza domiciliare.

Inoltre vengono effettuate dalle UUFF Cure Primarie, verifiche periodiche per valutare la completezza dei dati anche attraverso l'effettuazione di Audit / MMR in caso di criticità riscontrate.


REGOLAMENTO
PRESA IN CURA DOMICILIARE
 Rev. n. 0
 Data 13/10/2021
 Pag. 9 di 12

- attiva gli operatori socio sanitari/Adb che esercitano la loro attività all'interno del team condividendone contenuti ed obiettivi
- Attiva, verifica e valuta gli interventi di carattere sociale definiti nel PAI-PAP ed erogati dal Servizio Sociale del Comune o da quello della ASL
- Garantisce la corretta alimentazione del flusso relativo all'assistenza domiciliare per la parte di competenza

Concorrono alla presa in cura e alla continuità assistenziale anche altre figure professionali necessarie per la risposta ai bisogni rilevati. In particolare le seguenti figure professionali:

I Medici di Continuità Assistenziale garantiscono:

- Gli accessi programmati nei giorni di sabato, prefestivi e festivi, secondo quanto definito nel PAI (come definito nell'AIA);
- Tutte le prestazioni sanitarie previste dall'ACN

Il Medico Specialista

Il percorso è diverso a seconda che il paziente sia già in carico ai servizi assistenziali territoriali oppure sia una prestazione occasionale.

Soggetto non in carico ai servizi	Richiesta, su ricettario, di visita specialistica domiciliare : la richiesta va autorizzata da parte del Medico di Comunità. La fase di autorizzazione è finalizzata alla verifica che si tratti di una prestazione specialistica occasionale su un assistito non in carico ai servizi territoriali. A seguito di autorizzazione la richiesta viene gestita tramite CUP e rendicontata sul flusso SPA.
Soggetto già in assistenza (ADI,CP)	Richiesta/proposta (telefonica, mail, contatto diretto) di consulenza/visita specialistica, in presenza o anche WEB (televisita/teleconsulto), per un assistito già in carico ai servizi territoriali: la prestazione deve essere registrata su ASTER da parte del Medico di Comunità. E' quindi necessario che il Medico di Comunità sia informato, anche per le vie brevi, o dal MMG/PdF o dall'IFeC o dallo stesso specialista che effettua la prestazione.

Sulla base del PAI predisposto o su proposta del Medico di Medicina Generale, anche in relazione alla variazione del quadro clinico, è prevista l'attivazione delle reti specialistiche aziendali.

Lo Specialista, qualora debba effettuare una visita/consulenza domiciliare (quindi per paziente già in carico ai servizi con PAI attivo):

- concorda con il MMG/PdF e/o con l'IFeC la programmazione dell'accesso, congiunto ove necessario, con la mediazione del medico di comunità per gli aspetti organizzativi;
- annota l'esito della visita, datato e firmato, sulla cartella clinica domiciliare;
- effettua le prescrizioni diagnostiche-terapeutiche che ritiene utili;


REGOLAMENTO
PRESA IN CURA DOMICILIARE
 Rev. n. 0
 Data 13/10/2021
 Pag. 10 di 12

- condivide con il MMG/PdF se quest'ultimo non è presente all'atto della visita, l'esito del consulto e, se necessario, propone un monitoraggio periodico dell'andamento del trattamento;
- assicura costanti e corretti rapporti con tutte le figure professionali coinvolte nel piano di cura;
- istruisce la persona, il caregiver e gli infermieri sulla gestione di una terapia o di un device complesso, proponendo anche momenti di confronto con l'equipe;
- collabora alla formulazione di una diagnosi e quindi di un indirizzo terapeutico che garantisca al paziente la migliore cura e assistenza possibili, favorendone il mantenimento a domicilio.

LE FASI DEL PROCESSO DI PRESA IN CURA

La presa in cura è un processo articolato e caratterizzato da fasi :

- SEGNALAZIONE (PUNTI INSIEME/PUA/ACOT)
- ANALISI E VALUTAZIONE DEI BISOGNI (PUA/ACOT/UM/UVMD)
- ATTIVAZIONE SERVIZI/PERCORSI (attraverso formulazione del PAI)
- VALUTAZIONI INTERMEDIE E FINALE (Distretto/UUFF Cure Primarie)
- MONITORAGGIO DEI PROCESSI (Distretto con tutte le sue articolazioni)

SEGNALAZIONE (PUNTI INSIEME/PUA/ACOT)

In ogni ambito distrettuale devono essere resi evidenti i luoghi (sedi / orari / contatti telefonici/mail) a cui i cittadini ed anche gli operatori si possono rivolgere per segnalare un bisogno di assistenza. Tali punti di accoglienza della segnalazione devono avere la capacità di accoglienza, relazione e ascolto attivo, anche per intercettare i bisogni inespressi e di orientamento nella rete dei servizi distrettuali.

L'accesso a tali punti si sostanzia in una segnalazione.

Le segnalazioni :

- Possono pervenire da chiunque (persona, familiari o rete di vicinato, professionisti della rete ospedaliera o territoriale, terzo settore o forze dell'ordine ...)
- essere soggette a specifiche normative (es. segnalazioni dimissioni ospedaliere³, segnalazioni per richiesta attivazione cure domiciliari⁴, bisogni socio-sanitari⁵)
- essere acquisite tramite :
 - o accesso diretto e/o su appuntamento nei punti indicati nell'ambito distrettuale.
 - o attraverso sistemi informatici (esempio : Dimissioni Ospedaliere Complesse/ACOT)
 - o acquisita tramite contatto diretto tra professionisti

Le caratteristiche minime riportate nella segnalazione sono:

- i dati anagrafici della persona necessari per l'identificazione (Tessera Sanitaria e documento di riconoscimento). Recapiti telefonici e indirizzo. Eventuali riferimenti di familiari

³ DELIBERAZIONE 12 luglio 2016, n. 679 Agenzia di Continuità Operativa-Territoriale: indicatori per la continuità nelle Zone Distretto. Individuazione delle azioni di sviluppo e rafforzamento dei processi di lavoro dei percorsi di continuità assistenziale fra ospedale e territorio.

⁴ DGRT 640/2017 Approvazione del PRAD-Progetto riorganizzazione dell'assistenza domiciliare e del Modello di attivazione/riavvio dell'assistenza domiciliare

⁵ Decreto n° 1354 del 21 Marzo 2010: DGRT n. 370/2010 approvazione delle nuove procedure di valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona anziana non assistibile, in sostituzione delle procedure valutarie approvate con Deliberazione di Consiglio Regionale n. 214 del 02/07/1991.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Documento OMS Europa “Health 21” del 1998
- DGRT numero 597 del 04/06/2018 “Indirizzi per lo sviluppo del modello assistenziale infermiere di famiglia e di comunità”
- Delibera Direzione Generale AUSL Toscana SudEst numero 1204 del 13/11/2018
- Nuovo Codice Deontologico Infermiere 2019
- Decreto Rilancio e Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia e di Comunità Legge 17 Luglio 2020 numero 77
- Position Statement IFC di FNOPI di Luglio 2020
- Conferenza Stato – Regioni : Rep. Atti n. 151/CSR del 04/08/2021

BIBLIOGRAFIA

- Cipolla, Rocco, Marcadelli (2020) *Infermiere di Famiglia e di Comunità. Proposte di policy per un nuovo welfare*. Salute e società, Roma.
- Koloroutis (2020) *Cure basate sulla relazione*. Casa editrice ambrosiana. Milano
- Lega (2020) *Economia e management sanitario*. Egea. Milano
- Vainieri, Barchielli, Bellè (2020) *Modelli organizzativi e performance dell'assistenza infermieristica*. Il Mulino., Bologna
- Mislej, Paoletti (2008) *L'infermiere di famiglia e di comunità*. IBS, Milano
- Capaldo, Volpe (2021) *Project Management, principi e metodi* Mc Graw Hill. Milano
- Calamandrei (2015) *Manuale di management per le professioni sanitarie*, quarta edizione, Mc Graw Hill, Milano
- Carmassi, Lucchini (2017) *Futuro Anteriore, il metodo per configurare il cambiamento prima che accada*. Casa editrice Palestra della scrittura, Milano
- Goleman (2018) *Manuale di intelligenza emotiva*, Rizzoli Etas, Milano

SITOGRAFIA

- www.quotidianosanità.it
- www.agipress.it
- www.nursetimes.org
- www.nurse24.it
- www.senato.it
- www.regione.toscana.it
- www.fiaso.it
- www.agenas.gov.it
- www.fnopi.it
- www.infermiereonline.org
- www.aifec.it
- www.regioni.it
- www.anmco.it
- www.uslcentro.toscana.it
- www.sanità24.ilsole24ore.com
- www.sanitàdomani.com
- www.usltoscanasudest.toscana.it
-

