

Indirizzi per lo sviluppo del modello assistenziale “Infermiere di Famiglia e di Comunità”

1. Premessa

Studi internazionali dimostrano che la forza di un sistema di assistenza primaria in un paese è collegata a migliori risultati di salute per la popolazione, maggiore equità, accessibilità e soddisfazione dei pazienti.¹

La riorganizzazione del sistema di Cure Primarie in atto nella Regione Toscana ha come punto di forza gli elementi costitutivi dell'Expanded Chronic Care Model in cui la gestione dei pazienti con una o più condizioni di cronicità è affidata ad un team multi professionale nel quale operano i medici di Medicina Generale (MMG), l'infermiere di cure primarie, medici specialisti di riferimento per la patologia e altri professionisti non medici a seconda delle specifiche esigenze dell'assistito; il suddetto team opera in stretta collaborazione con la Medicina di Comunità che garantisce l'operatività del raccordo con il settore specialistico, il settore sociale, le risorse comunitarie varie.

In Regione Toscana l'assistenza infermieristica nelle cure primarie, che dal 2010 è componente attiva della Sanità d'Iniziativa, presenta a tutt'oggi un modello assistenziale non omogeneo. Questo modello, che fin dall'inizio della sua sperimentazione, ha fatto registrare importanti risultati di salute per gli assistiti, specificatamente per quanto attiene all'infermieristica, necessita di un consolidamento e di alcune linee di sviluppo, anche alla luce di importanti cambiamenti organizzativi già attuati o in atto:

- nuova organizzazione della Medicina Generale con la costituzione di 116 aggregazioni funzionali territoriali (AFT);
- implementazione del modello “Casa della Salute”
- incremento dell'assistenza in regime di domiciliarità per far fronte ai bisogni degli assistiti e delle loro famiglie
- promozione del self management delle malattie croniche e l'autogestione della propria salute anche per il cambiamento degli stili di vita e la prevenzione della conseguente disabilità
- supporto alle funzioni e competenze assistenziali dei caregiver
- accesso al sistema in rete dei servizi territoriali di cure primarie
- gestione della continuità assistenziale e costituzione delle Agenzie di Continuità Ospedale – Territorio (ACOT).

In questo scenario di sviluppo e definizione organizzativa del sistema delle cure primarie si inserisce la necessità di introdurre un modello assistenziale infermieristico orientato alla famiglia e alla comunità capace di garantire un'azione snella e flessibile nella rilevazione dei bisogni, la continuità e l'adesione alle cure, la sorveglianza domiciliare e la presa in carico dell'individuo e della famiglia con l'intento di evitare inutili ricoveri, favorire la deospedalizzazione, presidiare l'efficacia dei piani terapeutico-assistenziali, allo scopo di migliorare la qualità di vita della persona nel suo contesto di vita.

¹ Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457-502

2. L'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFC): quadro di riferimento e definizione

Quadro concettuale di riferimento

L'OMS Europa, nel documento "Health 21" del 1998, introduce la figura dell'Infermiere di famiglia il quale darà un contributo chiave in seno all'equipe multidisciplinare di professionisti della salute, al raggiungimento dei 21 obiettivi del XXI secolo.²

Secondo il citato documento il "nuovo infermiere" è colui che aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia. L'obiettivo è quello di mantenere, e migliorare nel tempo, l'equilibrio e lo stato di salute della famiglia, nella comunità, aiutandola a evitare o gestire le minacce alla salute. Sotto il profilo organizzativo il modello prevede che tale figura sia responsabile di un gruppo predefinito di assistiti /"famiglie". Oggetto dell'assistenza dell'"Infermiere di famiglia" è l'intera comunità, di cui la famiglia rappresenta l'unità di base. In tal senso l'Infermiere di famiglia svolge il suo ruolo nel contesto comunitario di cui fanno parte la rete dei servizi sanitari e socio-sanitari, le scuole, le associazioni e i vari punti di aggregazione. E' pertanto coinvolto nel processo di potenziamento di Comunità affinché questa riesca a trovare soluzioni ai propri problemi.

Definizione

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFC) è il professionista responsabile della gestione dei processi infermieristici in ambito familiare. Promuove un'assistenza di natura preventiva, curativa e riabilitativa differenziata per bisogno e per fascia d'età, attraverso interventi domiciliari e/o ambulatoriali risposte ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento.

Ogni IFC opera nel territorio e nella popolazione di riferimento, identificabile di norma nell'ambito delle AFT della medicina generale, interagendo con i MMG, i PDL, i medici di comunità e le altre figure professionali, come risorsa di salute fornendo consigli sugli stili di vita e sui fattori comportamentali a rischio e rappresenta un promotore della salute nella comunità; svolge funzione di collegamento tra individui, famiglie, volontari, professionisti sanitari e sociali, altri attori lavorando in team.

L'IFC rappresenta l'evoluzione di funzioni professionali già svolte per la salute della collettività che il mutamento dei bisogni socio-sanitari dei cittadini rende necessaria per la qualità delle cure.

Gli ambiti di esercizio professionale dell'IFC sono il domicilio, l'ambulatorio, le strutture intermedie e residenziali e l'intera comunità.

3. Caratteristiche del modello

Prossimità alla famiglia e alla comunità

L'ambito di riferimento territoriale dell'IFC è importante elemento a supporto dell'organizzazione sopra descritta e prevede l'individuazione di assistiti di propria competenza, secondo un criterio geografico di ripartizione del territorio, coerente con la presenza territoriale delle AFT e dei Presidi Socio Sanitari Integrati/Case della Salute.

² Health 21: the health for all policy for the WHO European Region. Copenhagen, ufficio regionale OMS per l'Europa, 1998 (European health for all series n. 6);

Proattività

L' IFC è colui che intercetta e riconosce in modo precoce i bisogni latenti della popolazione di riferimento, conosce la rete dei servizi presenti in quello specifico territorio ed è quindi in grado di orientare e facilitare l'accesso appropriato e tempestivo dell'utente a tutti i servizi della rete.

L'IFC agisce come guida nel delicato processo di empowerment sfruttando la propria competenza e professionalità in ambito educativo, preventivo e curativo per ottimizzare l'utilizzo di risorse e strumenti presenti nella famiglia.

Intercetta precocemente i bisogni, attraverso anche la valutazione degli elementi di rischio, avvalendosi delle risorse di Comunità, si fa garante della presa in carico lungo l'intero percorso assistenziale e nella continuità delle cure.

Cura il monitoraggio dello stato di salute degli assistiti, mediante visite domiciliari, follow up telefonici, telemedicina, l'educazione dei caregivers e svolge programmi di supporto all'autocura consentendo l'accesso precoce ed appropriato ai vari servizi presenti sul territorio, presidia i passaggi di setting assistenziale, con particolare riguardo agli aspetti più critici della continuità delle cure. Persegue gli obiettivi definiti dal nuovo modello di sanità di iniziativa.

Equità

L'IFC, facilitando l'accesso degli utenti ai vari servizi sociosanitari e l'attenzione proattiva ai determinanti di salute della popolazione, assume un ruolo di garante verso tutti dell'equità del sistema di erogazione di cure del territorio di riferimento e di attenzione ai determinanti sociali della salute.

Multiprofessionalità

L'IFC opera secondo una logica multiprofessionale garantita dai piani assistenziali personalizzati al fine di rispondere al bisogno globale del singolo assistito, superando così la logica tipicamente prestazionale, in raccordo diretto con il MMG, il PLS, il medico di comunità, gli assistenti sociali, i professionisti della riabilitazione.

4. Responsabilità e funzioni

Responsabilità

- Gestisce i processi infermieristici in ambito familiare e di comunità di riferimento;
- Opera in collaborazione con il MMG, il PLS, il medico di comunità e l'équipe multiprofessionale per aiutare individuo e famiglie a trovare le soluzioni ai loro bisogni di salute e a gestire le malattie croniche e le disabilità.

Funzioni

- Valutare lo stato di salute e i bisogni della persona nelle diverse fasi della vita (adulta, infanzia, adolescenza), del contesto familiare e conoscere quelli 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 e ai gruppi, atti a promuovere modificazioni degli stili di vita;
- Presidiare e facilitare i percorsi nei diversi servizi utilizzando le competenze presenti nella rete;
- Pianificare ed erogare interventi assistenziali personalizzati alla persona e alla famiglia, anche avvalendosi delle consulenze specifiche degli infermieri esperti (es. wound care, stomie e nutrizione artificiale domiciliare, ventilazione domiciliare, cure palliative ed altre);

- Promuovere l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi;
- Partecipare alla verifica e monitoraggio dei risultati di salute;
- Sostenere i percorsi di continuità assistenziale tra sociale e sanitario, tra ospedale e territorio e nell'ambito dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari residenziali e semi-residenziali;
- Garantire le attività previste per la realizzazione degli obiettivi della nuova sanità di iniziativa.
- Partecipare nell'integrazione professionale al perseguimento dell'appropriatezza degli interventi terapeutici ed assistenziali, contribuendo alla relazione di cura, al rispetto delle volontà del paziente espresse nella pianificazione delle cure, anche in attuazione della Legge 219/17.

5. Competenze

L'IFC deve possedere le competenze per gestire i processi infermieristici in ambito familiare e comunitario.

Per garantire una presa in carico globale l'IFC deve possedere delle "competenze estese" che dovranno rappresentare il normale patrimonio di tutti gli infermieri delle cure primarie. L'IFC nell'assistere individui e famiglie mostra abilità in vari ambiti, fornisce "risposte" ad alta complessità in ambiti specifici e riconosce la necessità di richiedere consulenze/attività infermieristiche, attingendo sia da risorse ospedaliere che da pool territoriali.

Questo nuovo approccio spinge l'organizzazione al superamento dell'attuale sistema delle competenze organizzato per "silos" cioè aree assistenziali delimitate (cure palliative, sanità di iniziativa, cure domiciliari integrate e prestazionali) verso un modello orientato alle persone e alla globalità dei loro bisogni.

Le competenze richieste sono le seguenti:

- consultare sistemi informativi e documenti per conoscere i problemi di salute e fattori di rischio prevalenti nel territorio di competenza;
- identificare fattori di rischio prioritari e bisogni di salute dell'individuo nelle diverse fasi della vita (adulta, infanzia, adolescenza) della famiglia/comunità;
- identificare e gestire le priorità assistenziali in pazienti con diversi livelli di complessità;
- partecipare alla pianificazione, alla realizzazione del piano assistenziale individuale nell'ambito dell'equipe multi professionale e contribuire al monitoraggio;
- collaborare alla redazione, conoscere ed utilizzare i PDTA pertinenti;
- conoscere il panorama dell'offerta dei servizi territoriali e le modalità di accesso;
- conoscere ed utilizzare gli strumenti atti a garantire la continuità assistenziale;
- elaborare e realizzare progetti educativi rivolti a singoli e gruppi e orientare le persone verso i programmi di autocura (cronicità);
- partecipare alla gestione di interventi di educazione alla salute che si fondano sullo sviluppo di abilità di vita (fragilità);
- lavorare in stretta collaborazione con il MMG ed i PLS in particolare per le situazioni di fragilità, cronicità e complessità.

Essendo queste competenze specifiche e diversificate, è necessario prevedere un percorso formativo al fine di consolidare il relativo ruolo professionale.

6. Organizzazione

Il pool degli IFC è definito tenendo conto delle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche del territorio e afferisce alle strutture organizzative del Dipartimento delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche.

7. Percorso Formativo

La formazione costituisce un presupposto fondamentale e un impegno sia per la Regione Toscana sia per le aziende sanitarie. Il percorso formativo sarà organizzato nella prima fase a livello regionale e sarà rivolto alla formazione degli infermieri delle zone distretto nelle quali avrà avvio lo sviluppo operativo del modello di IFC.

8. Fase Pilota di Avvio del Modello Assistenziale

Si prevede una fase pilota di durata annuale che sarà condotta in almeno 2 zone per azienda USL della Toscana, individuate a livello aziendale.

9. Cabina di regia e monitoraggio

E' prevista la costituzione di una Cabina di regia tecnica regionale composta dai Responsabili dei settori della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale direttamente interessati, dai Direttori dei Dipartimenti delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche, dai Direttori dei Dipartimenti delle Cure Primarie e dai rappresentanti legali o loro delegati degli Ordini degli Infermieri della Toscana, con funzioni di monitoraggio su avvio e andamento fase pilota, definizione del percorso formativo regionale e identificazione degli indicatori di valutazione impatto nel SSR del nuovo modello assistenziale.

10. Indicatori di valutazione

1. Area qualità del processo

1. 1 Formazione

Indicatore: numero operatori formati/ totale operatori coinvolti nel modello assistenziale IFC nelle zone di avvio del modello assistenziale

Valore target : 90%

2. Area integrazione

2.1 Livello di integrazione

Indicatore: Numero casi condivisi e discussi con MMG/ Numero totale pazienti presi in carico IFC

Valore target: monitoraggio del dato 2018-2019 per individuazione del valore target

3. Area di impatto

3.1 Riconoscimento - prossimità IFC – assistito/famiglia

Indicatore: numero assistiti presi in carico che hanno individuato IFC/ totali assistiti della zona di avvio del modello

Valore target: 90%

3.2 Riduzione delle chiamate inappropriate al 118

Indicatore: numero chiamate inappropriate al 118 da parte dei pazienti presi in carico durante l'orario di presenza dell'IFC /numero chiamate 118

Valore target % inferiore al corrispettivo tasso calcolato prima dell'implementazione del modello assistenziale IFC

La valutazione sarà fatta alla conclusione del percorso formativo - *tempo 0* - e a 12 mesi dall'avvio della sperimentazione.