

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità

Infermieri di Famiglia e di Comunità:

*«aiuteranno gli individui e le famiglie ad **adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica**, o nei momenti di stress, trascorrendo buona parte del loro tempo a lavorare a domicilio dei pazienti e con le loro famiglie.*

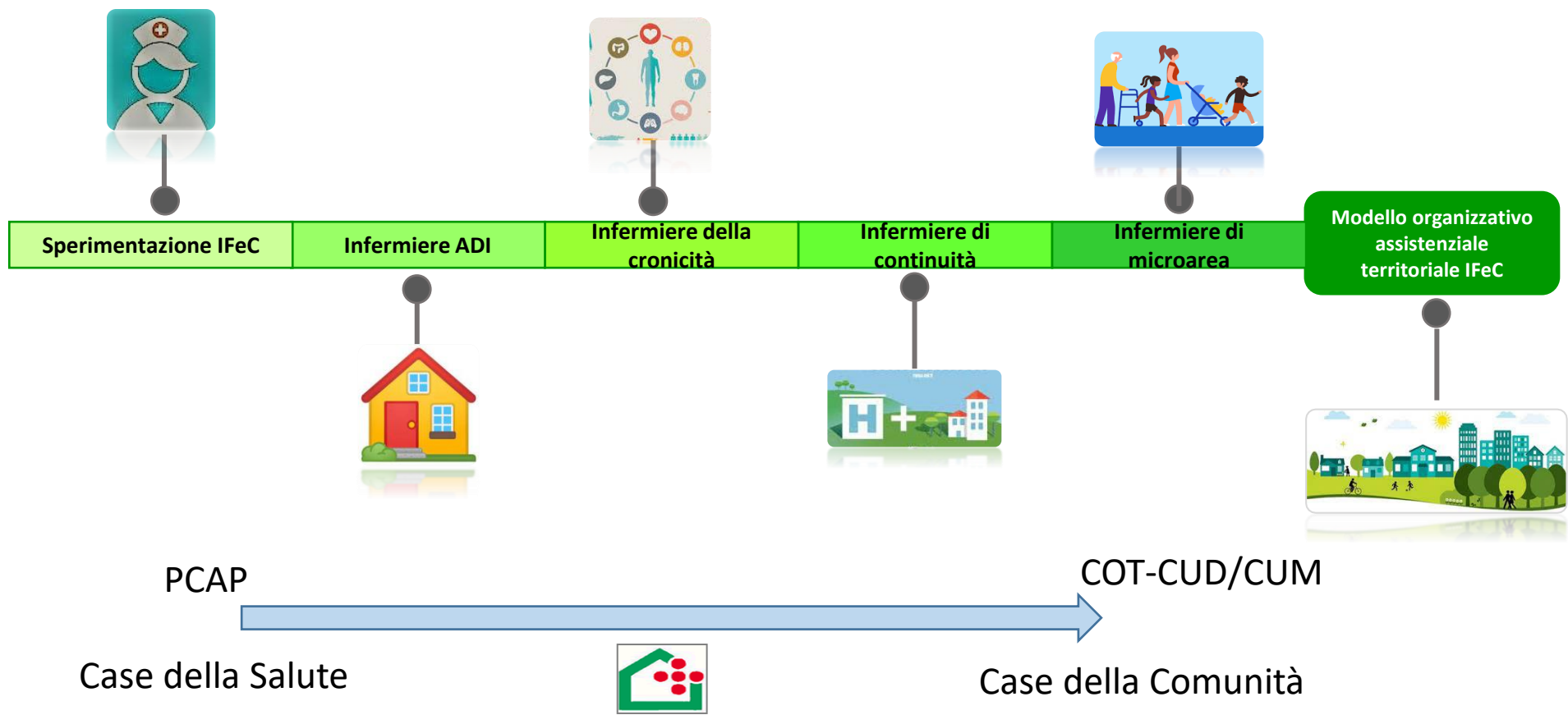
*Tali infermieri consigliano riguardo gli **stili di vita ed i fattori comportamentali di rischio**, così come assisteranno le famiglie con problemi riguardanti la salute. Attraverso la diagnosi precoce, essi possono garantire che i problemi sanitari delle famiglie siano curati in uno stadio precoce.*

*Con la loro conoscenza della salute pubblica, delle tematiche sociali e degli altri servizi sociali, **possono identificare gli effetti dei fattori socioeconomici sulla salute della famiglia ed indirizzare quest'ultima alle strutture più adatte.***

*Possono **facilitare** le dimissioni precoci dagli ospedali fornendo assistenza infermieristica a domicilio ed **agire da tramite tra la famiglia ed il medico di base...»****

**World Health Organization. (2000). The Family Health Nurse. Context, conceptual framework and curriculum*

Cosa è accaduto dal 2007 a oggi?



LE COMPETENZE AVANZATE

- nella **relazione terapeutica** con gli assistiti;
- nella **relazione interpersonale con gli altri attori** delle cure;
- di **lettura critica** della letteratura scientifica e capacità di **ricerca** clinica e sociale;
- di **analisi delle situazioni di salute** con cui si confronta, contestualizzate alla situazione di vita delle persone con cui interagisce;
- di **promozione della salute e di prevenzione primaria, secondaria, terziaria e quaternaria**;
- di **case management** per le malattie croniche in tutte le fasi della vita;
- di **educazione terapeutica**.



I LIVELLI DELL'INTERVENTO

- **livello individuale e familiare** attraverso interventi diretti e indiretti che hanno la persona e la sua famiglia come destinatari.
- **livello grupppale** attraverso interventi che si rivolgono a gruppi di persone specificamente organizzati in funzione di specifici bisogni di salute.
- **livello comunitario** attraverso azioni rivolte alle comunità



Modello organizzativo

Le condizioni clinico-assistenziali croniche possono essere costantemente monitorate da una rete di figure altamente specializzate all'interno del proprio ambiente domestico, in grado di restituire una prospettiva più realistica delle loro condizioni.

Si tratta del cosiddetto modello “**home-hub-and-spoke**”, che mette insieme 3 componenti fondamentali:

- primo fra tutti **l'ambiente domestico (home)**, che è di cruciale importanza, perché permette di prendere in carico il paziente nel suo contesto di vita quotidiano, adattando strategie terapeutiche e assistenziali agli obiettivi di salute e qualità della vita del singolo paziente;
- un **hub** di figure multidisciplinari specializzate, tempestivamente a disposizione del paziente e quindi in grado di abbattere i tempi di attesa;
- infine un “**personal care manager**” (**infermiere di famiglia e di comunità**) che affianca i pazienti nella vita di ogni giorno, orchestrando l'intervento di tutti gli attori sanitari coinvolti nel percorso diagnostico terapeutico assistenziale.

Livelli di intervento

Livello individuale e familiare

attraverso *interventi diretti e indiretti* che hanno come destinatari la persona, la sua famiglia e le sue persone di riferimento, avvalendosi anche della teleassistenza ove possibile.

Favorisce la *promozione e il mantenimento della salute* della persona attraverso il *rafforzamento della sua autonomia decisionale*, grazie ad un'offerta assistenziale capace non solo di garantire prestazioni che può comunque erogare, ma anche di *anticipare la lettura dei bisogni ancora inespressi*, con l'obiettivo finale di accompagnare i cittadini nel loro percorso di gestione del processo di salute e di vita, del quale diventano protagonisti portando alla luce i potenziali di cura dei singoli e delle famiglie.

Livelli di intervento

Livello comunitario

attraverso *azioni rivolte alle comunità*, all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che lo hanno generato.

L'IFeC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità sotto forma di volontariato, associazioni, parrocchie, vicinato, famiglie disponibili a dare aiuto ai concittadini che si trovano temporaneamente in una situazione di fragilità e contribuisce a supportare la rete del welfare di comunità. L'IFeC non è solo un *erogatore di care*, ma *attivatore di potenziali di care*, che insistono in modo latente nella comunità e che portati alla luce sprigionano una serie di beni cognitivi, affettivi, emotivi e di legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico.

L'IFeC svolge attività trasversali di implementazione dell'integrazione con l'obiettivo di ***favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali*** e le possibili risorse formali e informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti ai bisogni di salute.

Il rationale

Increase in the share of the population aged 65 years or over between 2010 and 2020



EU, BE, DE, EE, FR, LU, HU, PL, CH, RS: Break in time series in various years between 2010 and 2020.

EU, FR: Provisional.

Source: Eurostat (online data code: demo_pjanind)

DM 71:

**MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO
DELL' ASSISTENZA NEL TERRITORIO**

Casa della Comunità

Casa della Comunità Hub

Modello organizzativo e personale

- **30-35 MMG afferenti**
 - 2 ore/settimana per MMG
 - Apertura ambulatorio h 12 – 6 giorni su 7
- **Continuità assistenziale**
 - Apertura ambulatorio: notturno e festivi h 24 - 7 giorni su 7
- **10-15 ambulatori**
 - 10-20 MMG afferenti svolgono attività ambulatoriale per i propri assistiti
- **8-12 infermieri di Famiglia e Comunità:**
 - 1 coordinatore
 - 2-3 IFeC per le attività ambulatoriali della CdC
 - 1-2 IFeC per le attività di triage e valutazione dei bisogni di salute
 - 4-6 IFeC per l'assistenza domiciliare di base, per le attività di prevenzione e teleassistenza
- **5-8 unità di personale di supporto (amministrativo, tecnico e sanitario)**
 - Apertura PUA: 8.00-18.00 – 6 giorni su 7
 - Altri servizi all'utenza anche sanitari

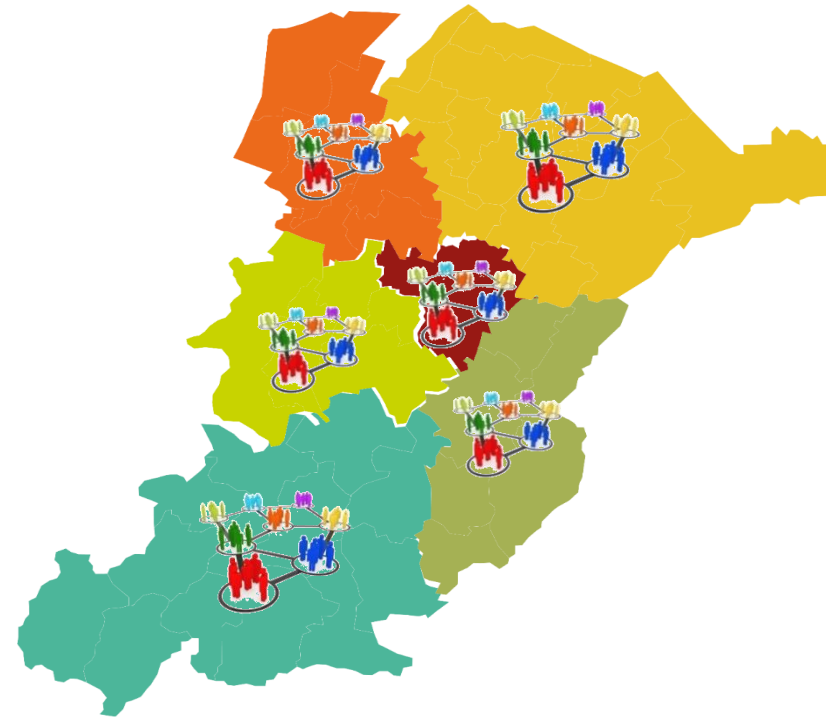
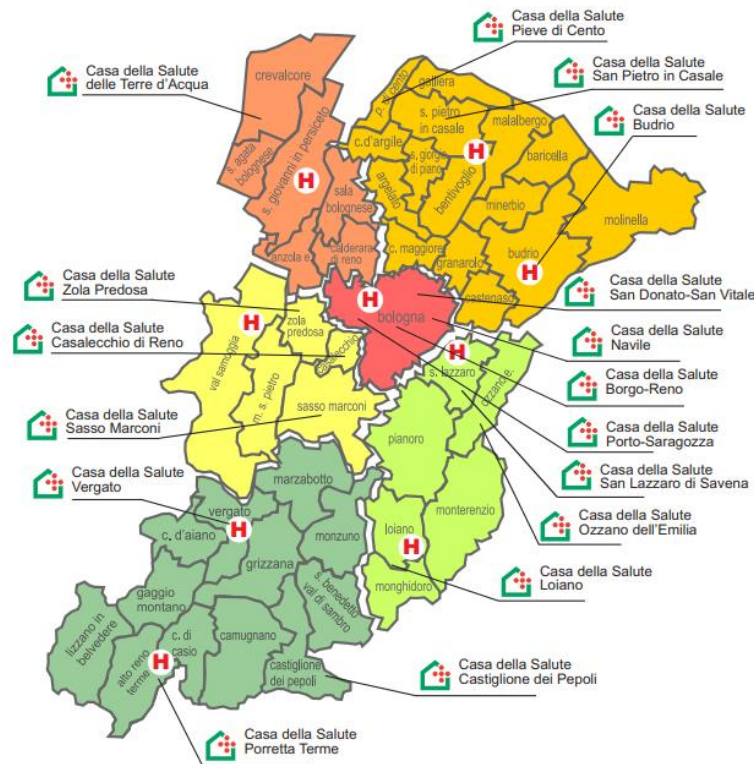


L'obiettivo generale

POTENZIARE l'assistenza di prossimità e la presa in carico del cittadino, della famiglia e della comunità a livello territoriale attraverso la *costruzione, l'implementazione, il monitoraggio* e la *valutazione* del modello organizzativo assistenziale territoriale dell'**IFeC**

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità nell'Azienda AUSL di Bologna:

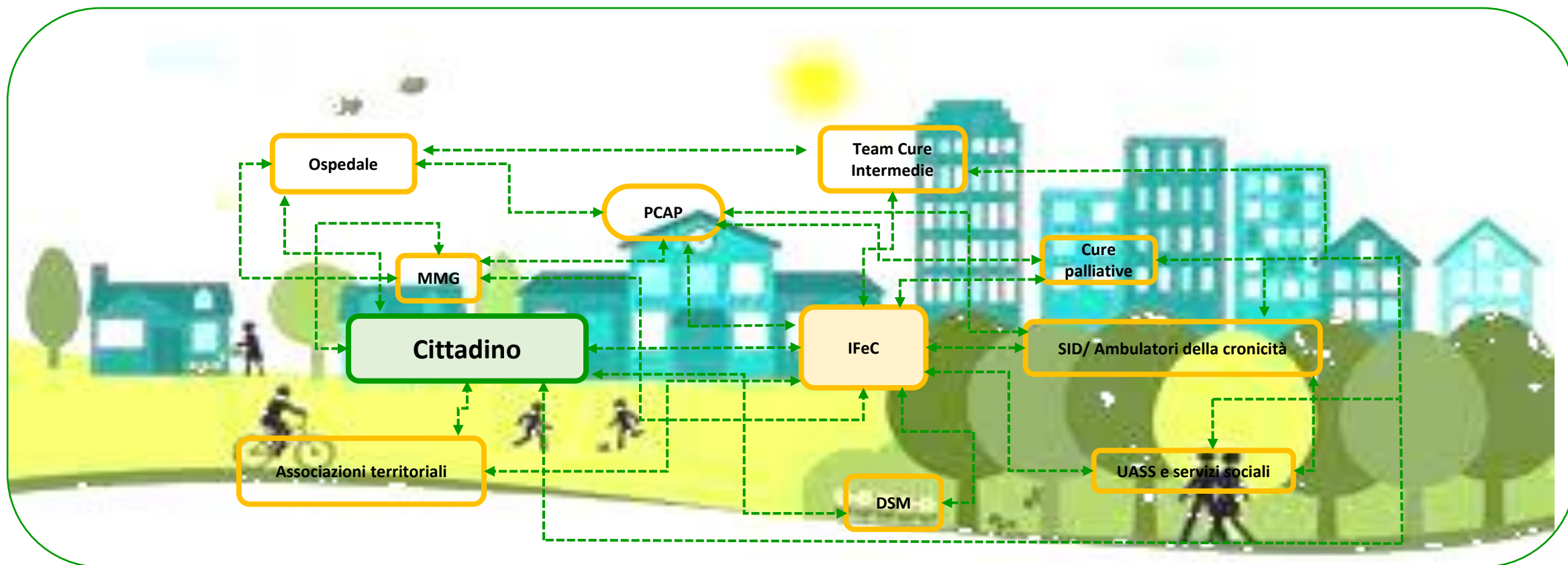
L'obiettivo



- MMG/PLS
- PCAP
- Team di cure intermedie
- UASS
- Ufficio Reti
- SID
- Infermieri di famiglia
- Ambulatori cronicità
- Infermieri di continuità
- CSM
- Pediatria di comunità
- Consultori
- Cure palliative
- Etc..

...dal concetto di integrazione a quello di community building

Il modello organizzativo assistenziale



Il modello organizzativo assistenziale

	IFeC (care manager)	Inf. microarea	Inf. di continuità	Inf. cronicità (case manager)
Innesco	Proattivo-Reattivo	Proattivo-Reattivo	Proattivo-Reattivo	Reattivo
Focus	Individuo, famiglia o comunità di uno specifico territorio.	Specifico contesto sociale di un territorio definito.	Persona e nucleo familiare nella transizione di setting.	Persone inserite in un PDTA
Obiettivo	Valutazione, gestione, integrazione e facilitazione di processi integrati di presa in carico.	Prevenzione e screening, gestione dell'integrazione e facilitazione dei processi integrati	La valutazione multidimensionale e multiprofessionale delle risorse familiari e della persona fragile prima della dimissione	Valutazione, gestione, integrazione e facilitazione di processi integrati di presa in carico
Setting	Domicilio, ambulatorio e comunità	Comunità	Ospedale	Ambulatorio

Il modello organizzativo assistenziale

Principali attività

- Interventi di **educazione terapeutica e promozione a corretti stili di vita** su utente e famiglia
- Raccordo/attivazione SID/ambulatorio cronicità per cui IFeC rimane **referimento nei casi complessi**
- **Indirizzo all'utilizzo dei servizi socio-sanitari**
- Raccordo con **ufficio reti dei distretti**
- **Attivazione** servizio sociale
- Raccordo con **DSM, consultori, cure palliative**
- **Attività nel PUA**

- Raccordo con **Team Cure Intermedie** e ritorno al **MMG** per revisione/stesura **PAI**.



Il modello organizzativo assistenziale

Popolazione target iniziale

- **Popolazione anziana (over 65)** dimessa per qualsiasi causa
- **Popolazione fragile** non inserita in percorsi di presa in carico socio-sanitari, su indicazione del MMG, UASS, etc.
- ***Valutazioni locali***



Il modello organizzativo assistenziale

Strumenti per la valutazione multidimensionale della popolazione



Screening della fragilità

Tabella 1. La scala di Morisky

1. Si è mai dimenticato di assumere i farmaci?
2. È occasionalmente poco attento nell'assunzione dei farmaci?
3. Quando si sente meglio, a volte interrompe la terapia?
4. Quando si sente peggio, a volte interrompe la terapia?

Valutazione del livello di aderenza terapeutica

Età: _____ Sesso: _____ Asl di appartenenza: _____

UNITÀ VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE
DISTRETTUALE

S. V a. M. A.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Anziane

STRUMENTO PER L'ACCESSO AI SERVIZI DOMICILIARI INTEGRATI

Valutazione multidimensionale dell'anziano

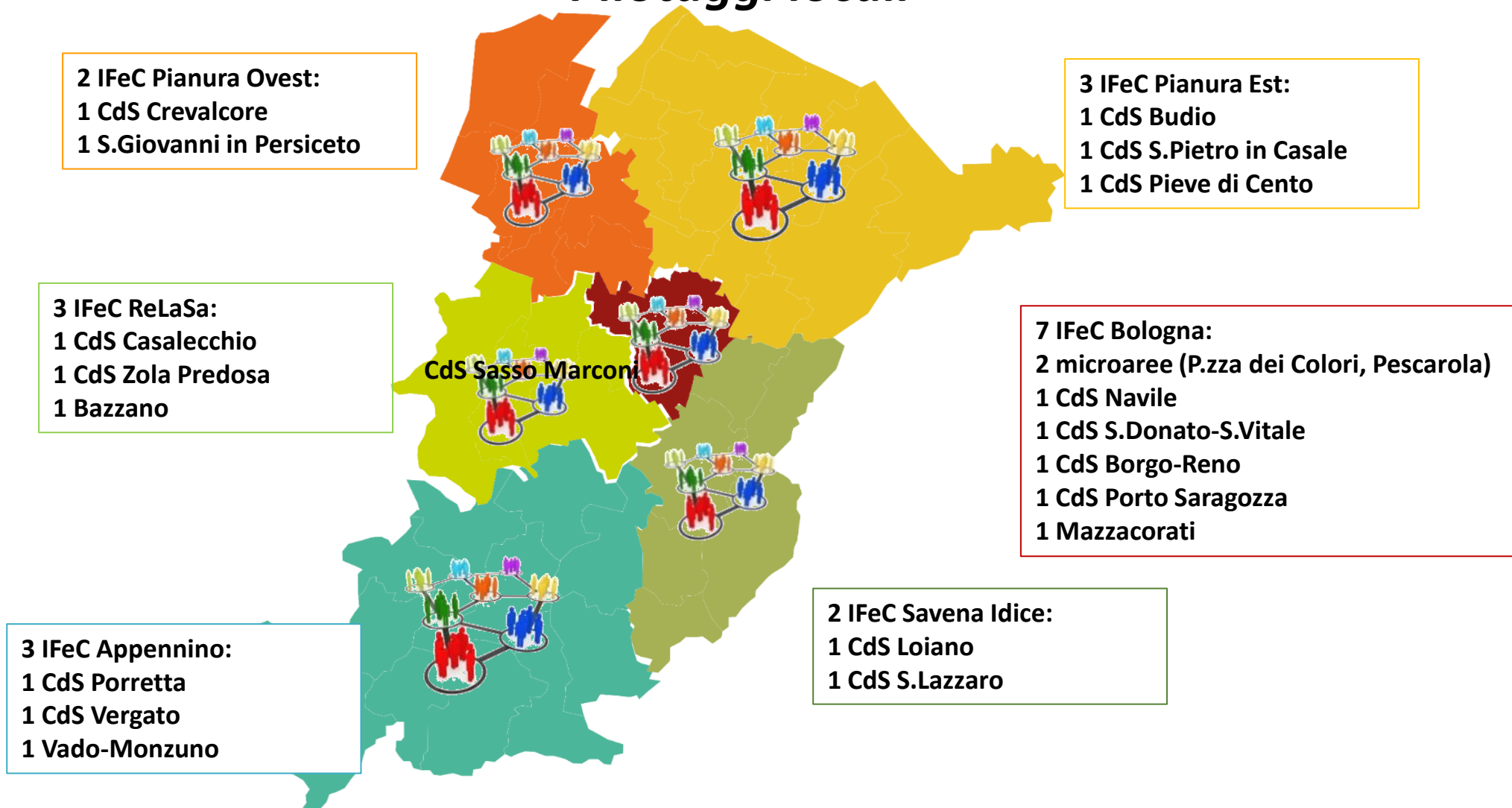


Valutazione del livello di alfabetizzazione sanitaria



Valutazione del livello di autonomia nello svolgimento delle attività di vita quotidiana

Pilotaggi locali



PROPOSTA INDICATORI DI MONITORAGGIO

- Numero di IFeC presenti in ogni distretto (≥ 2);
- Numero dei distretti che implementeranno il servizio sul totale dei distretti coinvolti, ($\geq 70\%$);
- Numero totale di prese in carico dell'IFeC ad un anno dalla sua implementazione
- Numero dei pazienti valutati sul numero di segnalazioni post-dimissioni pervenute all'IFeC ($\geq 80\%$);
- Numero totale di pazienti presi in carico sul totale dei pazienti valutati ($\geq 60\%$);
- Numero di volte che l'IFeC viene attivato da altri setting assistenziali, escludendo le segnalazioni post-dimissione.



«Quali sono i risultati attesi?»

- Riduzione del numero dei ricoveri impropri
- Diminuzione degli accessi in PS
- Aumento dell'utilizzo servizi di rete socio-sanitari
- Miglioramento della comunicazione interdisciplinare tra i diversi professionisti della salute che prendono in carico il cittadino
- Implementazione della presa in carico del cittadino
- Orientamento del cittadino alla conoscenza di una nuova figura professionale e della rete dei servizi e dei professionisti presenti sul territorio.



Take home message

- È fondamentale implementare un modello assistenziale differente da quello centrato sull'ospedale, orientato verso **un'offerta territoriale ampia e dinamica**.
- L'approccio è **focalizzato sul contesto di vita** quotidiana della persona.
- Il **territorio** diventa luogo elettivo per **attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità** e della personalizzazione dell'assistenza.
- L'analisi degli **aspetti sociali e l'integrazione con i servizi** sono elementi necessari nella stratificazione dei bisogni.
- **Responsabilizzazione e coinvolgimento attivo del paziente nella gestione della propria condizione di salute.**
- L'applicazione di **modelli orientati alla prossimità** può contenere la spesa sanitaria e mitigare l'impatto della malattia sulla qualità di vita.

Grazie per la vostra attenzione!

Roberta Toschi

Dirigente Professioni Sanitarie – Area Infermieristica

Azienda USL di Bologna

roberta.toschi@ausl.bologna.it