



AZIENDA SANITARIA LOCALE AL

Sede legale: Viale Giolitti 2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

Deliberazione del Direttore Generale n. del

OGGETTO:

**PARERI DELLA S.O. PROPONENTE EX ART. 4, 1° COMMA, L. 7.8.1990 N. 241
S.O.**

il Responsabile del Procedimento
artt. 5 – 6 L. 7.8.90 n. 241

Il Responsabile

Registrazione contabile

Esercizio

Conto

Importo

Il Dirigente Responsabile

Eseguibile dal

Trasmessa alla Giunta Regionale in data

approvata in data

Trasmessa al Collegio Sindacale in data

Pubblicata ai sensi di legge dal

si attesta che il presente atto viene inserito e pubblicato nell'albo pretorio informatico dell'Azienda dalla data indicata per 15 gg. consecutivi (art.32 L. 69/2009)

Il Dirigente Amministrativo Area Programmazione Strategica e AA.GG.

OGGETTO: Progetto sanitario di iniziativa "Infermiere di Famiglia": approvazione.

IL DIRETTORE GENERALE

Visto il D.Lgs. n. 502 del 30/12/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

Vista la D.C.R. n. 136-39452 del 22/10/2007 di individuazione delle Aziende Sanitarie Locali e dei relativi ambiti territoriali;

Visto il D.P.G.R. n. 85 del 17/12/2007 di costituzione dell'Azienda Sanitaria Locale AL;

Vista la D.G.R. n. 13-3723 del 27/04/2012 di nomina del Direttore Generale dell'ASL AL;

"Premesso che con Decreto Legge n. 95 del 06/07/2012 Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (c.d. spending review) convertito con modificazioni nella Legge n. 135 del 07/08/2012 si prevede, nell'ambito del processo di riconversione della spesa, la verifica, da parte regionale, sotto il profilo assistenziale e gestionale, della funzionalità delle piccole strutture ospedaliere pubbliche e il graduale passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, favorendo l'assistenza residenziale e domiciliare;

Dato atto che con D.G.R. n. 44-1615 del 28/02/2011, come rettificata con DGR n. 49-1985 del 29/04/2011, è stato adottato l'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo, ai sensi della legge n. 191/2009, commi da 93 a 97. Il programma attuativo del Piano di rientro prevede in particolare una graduale ridefinizione del numero dei posti letto della rete ospedaliera del Piemonte, da attuarsi mediante un uso più efficiente dei posti letto disponibili, la riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriately, la trasformazione dell'attività di ricovero in altre forme assistenziali più appropriate, quali l'attività ambulatoriale o a carattere residenziale e domiciliare;

Visto il P.S.S.R. 2012-2015 che, tra gli obiettivi strategici ha individuato la riorganizzazione della rete territoriale, delineando alcuni interventi prioritari, tra i quali i Centri di Assistenza Primaria (CAP), strutture polifunzionali che offrono ai cittadini una risposta alla maggior parte dei fabbisogni sanitari e che rappresentano il fulcro dell'organizzazione delle cure primarie;

Vista la D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013 "Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015)" che prevede, una revisione della rete dell'assistenza in funzione di una progressiva deospedalizzazione (erogazione decentrata dell'assistenza e potenziamento di forme di assistenza alternative rispetto all'ospedalizzazione), secondo modalità che permettano di perseguire gli obiettivi della continuità e dell'integrazione assistenziale, nonché dell'interazione tra Ospedale e Territorio, anche in relazione all'esigenza di curare le malattie croniche determinate dal progressivo invecchiamento della popolazione favorendo l'assistenza domiciliare integrata;

Considerato che la ricerca dell'equilibrio tra attività clinica e vincoli economici è un imperativo che spinge gli operatori della sanità a una valutazione dei diversi modelli assistenziali al fine di individuare, pur nel perseguimento della massima qualità dell'assistenza, soluzioni economicamente più sostenibili;

Dato atto che negli anni recenti si è assistito ad un importante cambiamento dei bisogni assistenziali della popolazione, in particolare l'aumento della frequenza di patologie croniche ha condotto ad una progressiva necessità di assistere il paziente dopo la dimissione dall'ospedale e ad un prolungamento del bisogno di assistenza anche quando le cure non sono più possibili; alla

patologia acuta si è affiancata la cronicità e la necessità di assistenza domiciliare e/o ambulatoriale e territoriale;

Rilevato che l'OMS da tempo sostiene l'importanza del contributo infermieristico all'assistenza e che nel 1999 la risposta europea si è tradotta nella pubblicazione di un documento programmatico "Salute 21" che ha definito una nuova tipologia di infermiere, "l'Infermiere di Famiglia" (I.d.F.) la cui collocazione è prevista, congiuntamente al Medico di Medicina Generale, nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base che andrà dalla promozione della salute alla prevenzione della malattia, dalla riabilitazione all'assistenza dei malati cronici e terminali;

Rilevato inoltre che l'Infermiere di Famiglia ha una funzione di collegamento tra le diverse figure professionali della rete dei servizi finalizzata al raggiungimento di un obiettivo di maggiore integrazione multidisciplinare che si basa su un sistema di lavoro integrato fra i diversi professionisti e che dovrà garantire un miglioramento della qualità e della continuità delle cure.

I Medici di Medicina Generale e "l'Infermiere di Famiglia" condividendo i percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali riferiti alle principali patologie croniche potranno gestire il complesso processo assistenziale indirizzato a raggiungere la presa in carico dell'assistito;

Dato atto che l'ASL AL ha ritenuto di avviare un nuovo modello organizzativo attraverso un percorso di integrazione e potenziamento delle Cure Domiciliari con un progetto sanitario d'iniziativa, ossia un progetto che ruota attorno a una Sanità che non aspetta il cittadino sulla soglia, ma che sia capace di andargli incontro, raccogliendo la sua domanda di salute (manifesta) anche quando è inespressa (latente) e prima che evolva in un aggravamento o una complicanza;

Evidenziato che tale progetto garantirà al paziente la continuità del percorso tra Ospedale e Territorio, facilitando la dimissione precoce dai Presidi Ospedalieri e fornendo assistenza a domicilio;

Ritenuto che il progetto in argomento possa contribuire allo sviluppo delle attività territoriali anche verso l'istituzione di Centri di Assistenza Primaria (CAP) modellati secondo le necessità specifiche e quindi con modelli anche differenziati per il miglior utilizzo delle risorse;

Dato atto che questa istituzione verrà monitorata nel tempo per verificarne l'efficacia e la sua riproducibilità sul territorio dell'ASL;

Ritenuto pertanto, alla luce di quanto sopra, approvare il progetto sanitario di iniziativa "Infermiere di Famiglia" così come da testo allegato alla presente proposta quale parte integrante e sostanziale della stessa;

Ritenuto condividere i contenuti della proposta sopra citata e deliberare in conformità alla stessa";

Visto il parere obbligatorio espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario ai sensi dell'art.3/7 D.lgs n. 502 del 30/12/1992 e s.m.i.;

DELIBERA

- 1) di approvare, giusto quanto specificato in narrativa, il progetto sanitario di iniziativa "Infermiere di Famiglia" così come da testo allegato alla presente proposta quale parte integrante e sostanziale della stessa,

- 2) di trasmettere il presente atto alle SS.OO.CC. interessate dell'ASL AL per i provvedimenti di competenza;
- 3) di dare atto che il presente provvedimento non soggetto al controllo preventivo diviene esecutivo decorsi 10 gg. dalla pubblicazione all'Albo dell'Azienda.

	SOC SITRO ASL AL Dirigente Responsabile Dott.ssa Focati Maria Elisena	Prot.: SOC SITRO
		Revisione: 00
		Data: 01/04/2013
		Pagina 1 di 8

PROGETTO SANITARIO DI INIZIATIVA
“INFERMIERE DI FAMIGLIA (I.d.F.)”

Revisione	Data	Oggetto della revisione
00	01/03/2013	Emissione

Redazione	Dott.ssa Romano Silvana - SOC SITRO ASL AL	Firmato in originale
	CPSE Sig. Mori Claudio - Cure Domiciliari Distretto di Alessandria	Firmato in originale
Approvazione	Dott.ssa Focati Pisani Maria Elisena Dirigente Responsabile SOC SITRO ASL AL	Firmato in originale
	Dott. Tinella Mauro Coordinatore Distretti ASL AL	Firmato in originale

INTRODUZIONE

L'assistenza domiciliare in Italia nasce nel 1978, seguendo la logica ospedaliera della prestazione da eseguire per risolvere un problema. Oggi la mutazione nel panorama della salute è tale che la logica prestazionale non risponde più nelle cure primarie alle esigenze dei cittadini. Alla patologia acuta si è affiancata la cronicità e le necessità assistenziali di persone, che a domicilio si trovano con apparecchiature sanitarie anche di elevata complessità, che aiutano la persona a mangiare e/o respirare e a svolgere azioni del quotidiano.

L'infermiere di famiglia nasce in Europa con il documento programmatico “Salute 21”, in cui l'OMS Europa individua due figure sanitarie di primaria importanza e in prima linea per i servizi di assistenza primaria quali: il Medico di Medicina Generale (MMG) e l'Infermiere di Famiglia (I.d.F.).

L'ASLAL ha deciso di avviare un **percorso di integrazione e potenziamento delle Cure Domiciliari con un progetto sanitario d'iniziativa**, ovvero un progetto che ruota attorno a una Sanità che non aspetta il cittadino sulla soglia, ma che sia capace di andargli incontro, raccogliendo la sua domanda di salute (manifesta) anche quando è inespressa (latente) e prima che evolva in un aggravamento o una complicanza.

Il ruolo dell'infermiere di famiglia è una funzione vitale che mette in azione un sistema orientato al mantenimento dello stato di salute o alla prevenzione di riacutizzazioni di patologie croniche.

PROGETTO SANITARIO DI INIZIATIVA
“INFERMIERE DI FAMIGLIA (I.d.F.)”

Lo scopo è mirare alla salute coniugando il sapere tecnico a quello relazionale, le conoscenze cliniche a quelle del tessuto sociale-territoriale, per rispondere ai bisogni assistenziali e per rendere i cittadini e i loro famigliari autonomi nella gestione della propria condizione di salute.

Per fare questo è necessario pensare ad un modello organizzativo che preveda un'integrazione e potenziamento delle Cure Domiciliari, dimostratosi efficace in altri Paesi occidentali (per es. Portogallo, Norvegia, Svezia, Danimarca, Spagna, Finlandia, Scozia,..) il “Chronic Care Model”, ossia un sistema che si basa sul lavoro integrato di diversi professionisti e sulla capacità del paziente di intervenire sul proprio stato di salute. Il lavoro integrato dei professionisti dovrà garantire un miglioramento della qualità e della continuità delle cure, mediante una più rigorosa programmazione dei controlli.

Una maggiore informazione e uno strutturato supporto educativo (individuale o di gruppo) rivolto al cittadino, aumenterà sicuramente l'autonomia e la capacità di gestire assieme al **NUOVO STAFF SANITARIO** la sua malattia.

“...Il processo d'invecchiamento della popolazione, correlato alla diminuzione della mortalità e ai continui progressi raggiunti in campo medico-scientifico, conduce necessariamente a un aumento della disabilità e a un notevole incremento delle patologie croniche...” (DGR Piemonte 17-11776 del 2009).

I MMG e l'infermiere di famiglia condividendo i percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali riferiti alle principali patologie croniche, quali:

	<u>PROGETTO SANITARIO DI INIZIATIVA</u> <u>“INFERMIERE DI FAMIGLIA (I.d.F.)”</u>		Prot.: SOC SITRO
			Revisione: 00
			Data: 01/04/2013
			Pagina 4 di 8

- Scompenso Cardiaco
- Broncopneumopatia cronico ostruttiva

Potranno gestire il difficile processo assistenziale indirizzato a raggiungere come obiettivo la **presa in carico dell’assistito**.

L’infermiere di famiglia per assolvere al mandato si deve necessariamente configurare come “Case Manager”, efficiente nel promuovere la salute degli individui e delle famiglie , identificando e valutando lo stato di salute e i bisogni della persona nel proprio contesto di vita, coordinando e gestendo l’assistenza in ambito domiciliare, compresa quella delegata ad altro personale.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

La sperimentazione di questa nuova modalità di erogazione assistenziale verrà effettuata da un gruppo di MMG, che daranno la disponibilità all’interno della provincia in collaborazione con i Direttori di Distretto.

Coloro che si adopereranno per condividere quest’esperienza sperimentale, dovranno definire gli interventi necessari per il raggiungimento degli obiettivi applicando, per le diverse patologie croniche, i protocolli operativi condivisi a livello aziendale e coerenti con le linee di indirizzo regionali. Tale progetto garantirà anche al paziente la continuità del percorso tra ospedale e territorio, facilitando la dimissione precoce dai presidi e

	PROGETTO SANITARIO DI INIZIATIVA <u>“INFERMIERE DI FAMIGLIA (I.d.F.)”</u>		Prot.: SOC SITRO
			Revisione: 00
			Data: 01/04/2013
			Pagina 5 di 8

fornendo assistenza a domicilio.

L'infermiere di famiglia agirà da tramite tra la famiglia e il medico di medicina generale, sostituendosi a quest'ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico. Assumere questo ruolo, con responsabilità decisionale, significa attuare il passaggio dal modello organizzativo prestazionale a quello relazionale all'interno delle cure primarie.

L'assistenza primaria sarà in grado di migliorare la salute delle persone fornendo le basi per un sistema sanitario efficiente, stimolando la partecipazione della comunità e la mobilitazione delle risorse in seno alle politiche sanitarie.

METODOLOGIA

Per la realizzazione del progetto inerente la sanità di iniziativa a livello territoriale è necessario individuare vari step, quali :

1. individuazione del team multi professionale propositivo (MMG + I..d.F)
2. formazione dei professionisti coinvolti
3. definizione dei percorsi da attuare in relazione alle patologie individuate
4. individuazione di gruppi di pazienti da prendere in carico
5. attività di comunicazione e informazione
6. definizione di strumenti di partecipazione

In relazione alle sopracitate patologie si è pensato di proporre alcune Flow-chart per l' infermiere di famiglia, che si caratterizzano per la

	PROGETTO SANITARIO DI INIZIATIVA <u>“INFERMIERE DI FAMIGLIA (I.d.F.)”</u>		Prot.: SOC SITRO
			Revisione: 00
			Data: 01/04/2013
			Pagina 6 di 8

programmazione e la prevenzione e gli interventi preventivi in cui il paziente deve necessariamente essere coinvolto (vd. allegati).

ATTIVITA' E FUNZIONI DELL' INFERMIERE DI FAMIGLIA

L' I.d.F. deve prima di tutto conoscere le persone di cui si farà carico, attraverso una stretta collaborazione con il MMG, identificando per ognuna le necessità specifiche per il mantenimento della salute.

L'infermiere di famiglia dovrà tenere una lista di prenotazione/scadenziario degli assistiti dei medici di medicina generale, che accederanno agli studi per essere trattati oppure visitati presso il proprio domicilio se trattasi di contratto di cure domiciliari.

Le principali attività consistono nel :

- organizzare counseling infermieristici individuali o di gruppo, educando i pazienti all'autocura attraverso una maggiore conoscenza della propria malattia e della sua gestione
- elaborare strategie di assistenza complesse, programmando nel tempo: visite mediche, esami diagnostici, controlli da effettuare rispetto alle terapie somministrate.
- garantire il passaggio di informazioni
- identificare le aree di miglioramento e di prevenzione , attraverso l'adozione e la promozione di corretti stili di vita (abitudini alimentari, attività fisica,..)

PROGETTO SANITARIO DI INIZIATIVA
“INFERMIERE DI FAMIGLIA (I.d.F.)”

- co-progettare con le famiglie piani d'assistenza individualizzati fornendo consulenza per l'assistenza e per le migliorie strutturali abitative
- trovare strategie di sollievo per gestire situazioni a rischio, causate da scompenso emotivo e da stanchezza, attivando le risorse territoriali (servizi socio-sanitari, associazioni del territorio, reti amicali e vicinali,...)
- verificare la qualità delle azioni intraprese attraverso la raccolta sistematica dei dati, in base ad indicatori condivisi (vd Flow-chart).

TEMPI

Per l'avvio del progetto sperimentale si è ipotizzata la sede del Distretto di Alessandria presso il presidio territoriale di assistenza primaria di Castellazzo Bormida, a partire dal 01.04.2013 prendendo in carico i pazienti con le diverse patologie croniche, con una cadenza distinta.

In un secondo tempo si potrà prevedere l'estensione del progetto ad un altro studio medico associato (per es. quello di Spinetta Marengo) con l'inserimento di un altro I.d.F. dedicato a tale attività percorrendo lo stesso percorso precedentemente descritto.

RISORSE

Le risorse interessate al progetto sperimentale sono da individuarsi nei MMG associati che si renderanno disponibili a condividere tale percorso in

	<u>PROGETTO SANITARIO DI INIZIATIVA</u> <u>“INFERMIERE DI FAMIGLIA (I.d.F.)”</u>		Prot.: SOC SITRO
			Revisione: 00
			Data: 01/04/2013
			Pagina 8 di 8

collaborazione con gli I.d.F. che saranno parte integrante del gruppo professionale delle Cure Domiciliari aziendali.

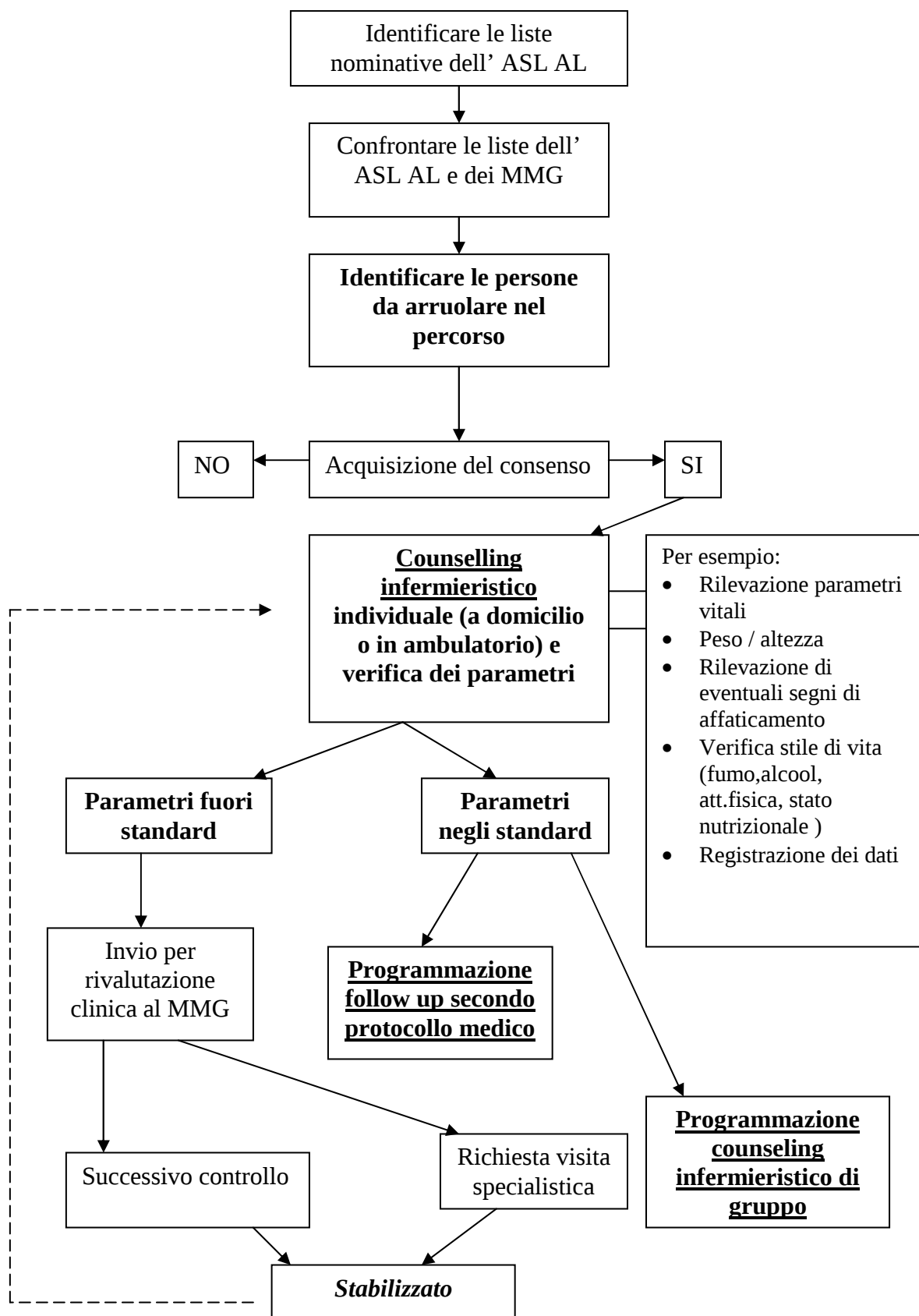
CONCLUSIONI

Tale progetto ha la pretesa di essere particolarmente efficace nello sperimentare, nell'ambito della continuità ospedale-territorio, un modello di presa in carico di pazienti portatori di patologie croniche che vengono seguiti nel loro percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale nell'ambito domiciliare.

Esso dovrà in un tempo medio-lungo incidere sostanzialmente nei ricoveri così definiti “impropri” di quell'utenza affetta da patologie cronico-degenerative che devono poter ricevere assistenza adeguata che si configurano nelle cure domiciliari/territoriali.

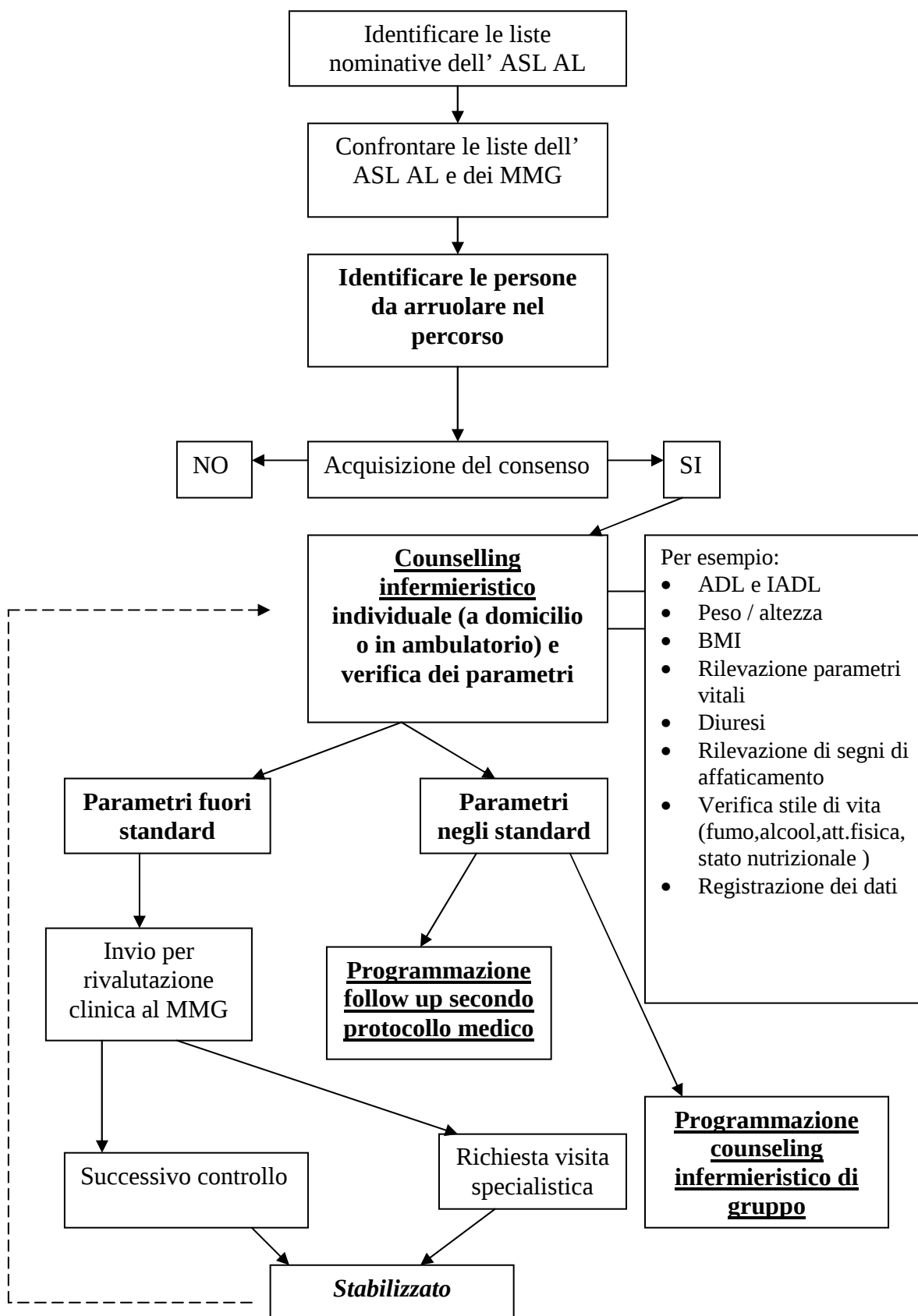
FLOW CHART per INFERMIERE DI FAMIGLIA

**Per la presa in carico dei pazienti con
“Scompenso Cardiaco”**



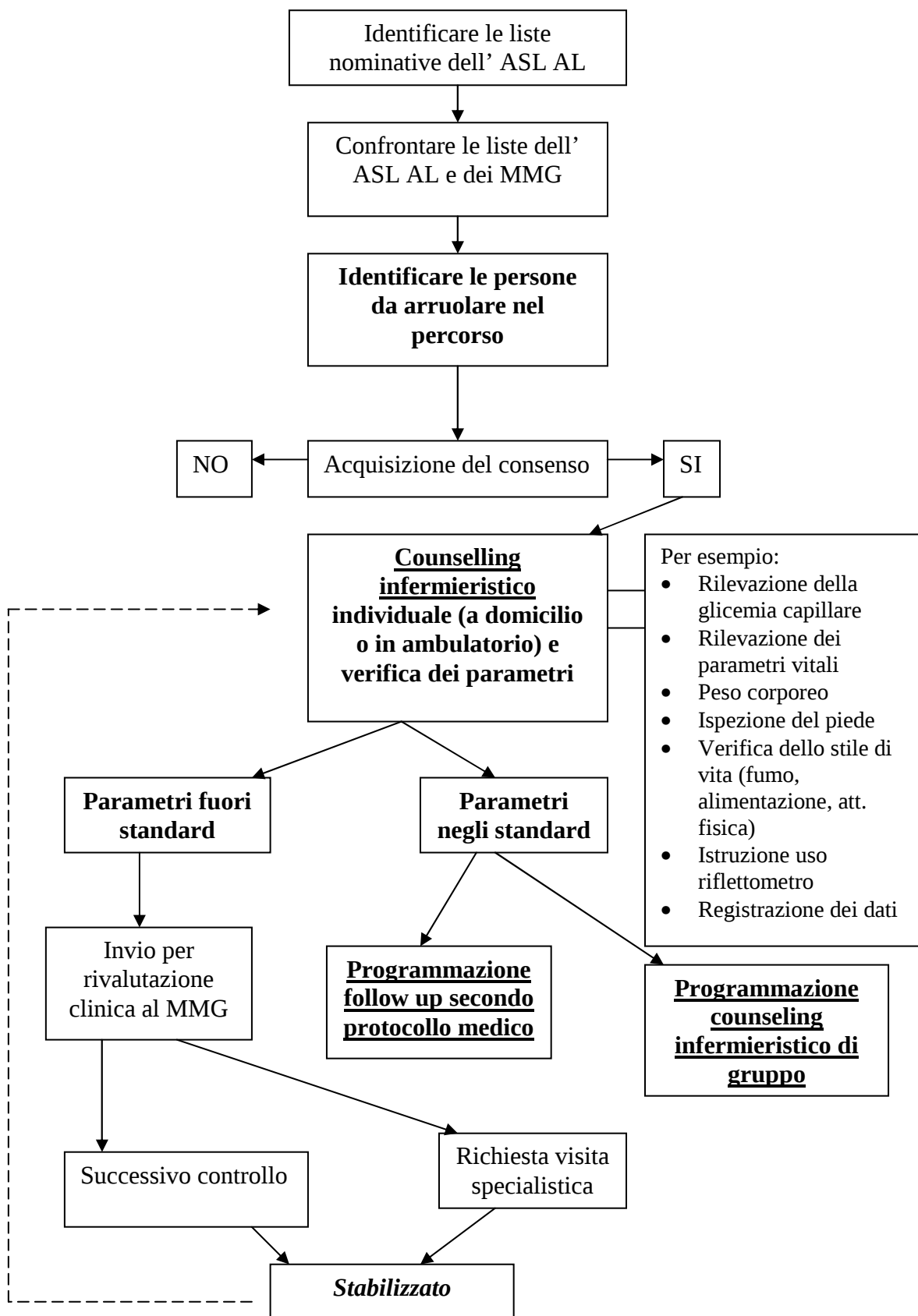
FLOW CHART per INFERMIERE DI FAMIGLIA

**Per la presa in carico dei pazienti con
“B. P.C.O.”**



FLOW CHART per INFERMIERE DI FAMIGLIA

**Per la presa in carico dei pazienti con
“Diabete Mellito ”**



Deliberazione del Direttore Generale

n. _____

Letto, approvato e sottoscritto.

Parere favorevole del DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Parere favorevole del DIRETTORE SANITARIO

IL DIRETTORE GENERALE
