



41° Congresso Nazionale SIAN Work Shop n° 3

Integrazione Ospedale Territorio

Spostare il setting di cura al domicilio: il ruolo dell'Infermiere di Famiglia sul territorio. Un'esperienza Lombarda

Dott. Giulio Ferrari
RN, MSN
Coordinatore Infermieristico
Distretto, Casa di Comunità e Centrale Operativa
Territoriale di Olgiate Comasco



Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Lariana

Socio Sanitario
Regione Lombardia
Lariana

www.asst-lariana.it



MISSIONE 6: SALUTE

COMPONENTI E RISORSE (MILIARDI DI EURO)



15,63
Totale

M5C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E
TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA
TERRITORIALE 7,00

M5C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E
DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO
NAZIONALE 8,63

La pandemia da Covid-19 ha confermato il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari pubblici. Nel complesso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) presenta estesi sanitari adeguati, un'elevata speranza di vita alla nascita nonostante la spesa sanitaria sul Pil risulti inferiore rispetto alla media UE.

Tuttavia, la pandemia ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale, che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto.

Vi sono: (i) significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio; (ii) un' inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali; (iii) tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni; (iv) una scarsa

www.asst-lariana.it



Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima

Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona

Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina

1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)

La riforma 1 vede la luce con DM 77/2022

www.asst-lariana.it

Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona

- Nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie. **La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali.** La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale. Il presente investimento agisce in maniera sinergica con gli investimenti 1.1 e 1.2 della Componente 2 della Missione 5. La Casa della Comunità è finalizzata a costituire **il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento.** Tra i servizi inclusi è previsto, in particolare, **il punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari) e i servizi che, secondo un approccio di medicina di genere, dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari secondo un approccio di medicina di genere.** Potranno inoltre essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani e fragili, variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica.

www.asst-lariana.it

Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina

- **Identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione)**
- Realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale
- Attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza
- Utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche



www.asst-lariana.it

1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)

- L'investimento mira al potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e **destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata**. Tale struttura, di norma dotata di 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto) e **a gestione prevalentemente infermieristica**, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche. L'Ospedale di Comunità potrà anche **facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti**.
- L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di 381 Ospedali di Comunità.

www.asst-lariana.it

DM 77/2022 cosa prevede

Parte di provvedimento in formato grafico

Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

SOMMARIO

1. PREMESSA
2. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN
3. STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E DELLE CONDIZIONI DEMOGRAFICHE DEI TERRITORI COME STRUMENTO DI ANALISI DEI BISOGNI, FINALIZZATA ALLA PROGRAMMAZIONE E ALLA PRESA IN CARICO
4. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI
5. CASA DELLA COMUNITA'
6. INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITA'
7. UNITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
8. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE
9. CENTRALE OPERATIVA 116117
10. ASSISTENZA DOMICILIARE
11. OSPEDALE DI COMUNITA'
12. RETE DELLE CURE PALLIATIVE
13. SERVIZI PER LA SALUTE DEI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E DELLE FAMIGLIE
14. PREVENZIONE IN AMBITO SANITARIO, AMBIENTALE E CLIMATICO
15. TELEMEDICINA
16. SISTEMI INFORMATIVI E DI QUALITA'

www.asst-lariana.it



Regione Lombardia
LA GIUNTA

LA DECLINAZIONE DI REGIONE LOMBARDIA del DM 77/2022: La deliberazione XI/6760 de 25/07/2022

DELIBERAZIONE N° XI / 6760

Seduta del 25/07/2022

Presidente: **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali: LETIZIA MORATTI *Vice Presidente*
STEFANO BOLOGNINI
DAVIDE CARLO CAPARINI
RAFFAELE CATTANEO
RICCARDO DE CORATO
MELANIA DE NICHILLO RIZZOLI
PIETRO FORONI
STEFANO BRUNO GALLI

GUIDO GUIDESI
ALESSANDRA LOCATELLI
LARA MAGONI
ALESSANDRO MATTINZOLI
FABIO ROLFI
FABRIZIO SALA
MASSIMO SERTORI
CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Enrico Gasparini

Su proposta dell'Assessore Letizia Moratti

Oggetto

APPROVAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO E DEI CRITERI DI ACCREDITAMENTO PER L'APPLICAZIONE DEL DECRETO 23 MAGGIO 2022, N. 77 "REGOLAMENTO RECANTE LA DEFINIZIONE DI MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE"

www.asst-lariana.it

Chi è Infermiere di Famiglia e cosa fa #1

- 2.3. Infermieri di Famiglia e Comunità
- *L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) è la figura professionale che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella CdC in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona e la sua rete familiare e di comunità.*

Chi è Infermiere di Famiglia e cosa fa #2

- Nella CdC, l'IFeC svolge attività di:
- Collaborazione con i MMG/PLS, per reclutamento e gestione dei pazienti affetti da patologie croniche e per la definizione ed implementazione dei progetti di salute, svolgendo attività di case management e assistenziale nei confronti di tali pazienti. In accordo con il coordinatore del CRT/AFT, coordinatore CdC o il Direttore di Distretto, programma interventi di sanità di iniziativa per definiti sottogruppi di assistiti in base alle caratteristiche della popolazione afferente alla CdC, privilegiando iniziative con gruppi di persone e non solo individuali;

Chi è Infermiere di Famiglia e cosa fa #3

- analisi del bisogno e accompagnamento alla presa in carico, ricevendo nel PUA e negli ambulatori infermieristici dedicati, i pazienti segnalati dal MMG, dalla COT o dalla centrale 116117. Come descritto nel paragrafo relativo al Punto Unico di Accesso, l'IFeC può effettuare valutazione del bisogno, promuovere l'identificazione precoce del bisogno di cure palliative
- attraverso l'impiego degli strumenti previsti ex DGR 1046/2018, distinguere il tipo di bisogno (semplice o complesso) e prendere in carico il caso per passaggi successivi (interazione con MMG; attivazione della Rete Locale di Cure Palliative, colloquio con assistenti sociali, ecc...);

Chi è Infermiere di Famiglia e cosa fa #4

Collaborazione e coordinamento con operatori ADI rispetto ai pazienti presi in carico dalla CdC. l'IFeC si coordina sistematicamente con gli erogatori ADI e UCA, costruendo una relazione bi-direzionale da parte dell'IFeC agli operatori ADI/UCA (es. se si nota una ridotta aderenza alle terapie) e dagli operatori ADI/UCA all'IFeC (es. se osservano una situazione di contesto abitativa o sociale critica o scarsa aderenza allo stile di vita auspicato);

Chi è Infermiere di Famiglia e cosa fa #5

- **Monitoraggio dei pazienti in carico, dialogando proattivamente con il paziente e/o il suo caregiver**, con un approccio di promozione della salute, per i casi di insufficiente aderenza alle terapie o agli stili di vita richiesti, oppure attivando il medico di riferimento in caso di esiti clinici intermedi insoddisfacenti rispetto ai target terapeutici programmati. **Contatta periodicamente** gli assistiti per monitoraggio stili di vita, eventuale counseling motivazionale per il cambiamento degli stessi, diagnosi precoce, prevenzione delle complicanze, selezionando tra gli strumenti multicanali quelli più coerenti ai distinti cluster di utenti. Se nel contatto con l'assistito ravvisa necessità di intervento non differibile, **può eventualmente richiedere l'intervento dell'équipe UCA attraverso la COT oppure recarsi a domicilio del paziente**; può altresì richiedere l'intervento della équipe di cure palliative.
- Quando possibile, ad un gruppo individuato di MMG corrisponde in modo stabile un gruppo di IFeC, per facilitare la creazione di relazioni stabili e strutturate sugli stessi pazienti;

Chi è Infermiere di Famiglia e cosa fa #6

- **ambulatorio infermieristico** e prestazioni su richiesta dei medici afferenti alla CdC. L'IFeC può erogare prestazioni in ambulatori dedicati per i pazienti affetti da patologie croniche (es. monitoraggio pressione, glicemia, ecc...), *recarsi al domicilio del paziente per effettuare interventi sanitari previsti dal servizio di Assistenza Domiciliare di base (es. medicazioni, riposizionamento catetere, verifica terapia, ecc...)* o di primo accompagnamento del paziente verso un nuovo setting di cura;*
- **collaborazione e coordinamento** con il personale di studio del MMG e con gli operatori sociali del comune/Ufficio di Piano, secondo protocolli di integrazione elaborati a livello di Distretto;
- **Collaborazione e raccordo con le équipe di cure palliative** e con la RLCP di riferimento territoriale.

*in realtà la successiva DGR 6867/22 ha modificato il ruolo domiciliare includendo l'IFeC nell'UVM-D (unità di valutazione multidimensionale) che si occupa di presa in carico e gestione dei pazienti nei percorsi ADI (ora C-DOM)

Il Distretto di Olgiate Comasco

- Bacino di utenza: **96000 abitanti**
- distribuiti in **20 Comuni**.

- All'interno del territorio d'ambito sono distinguibili i comuni di:

- Albiolo, Appiano Gentile, Beregazzo con Figliaro, Binago, Bizzarone, Bulgarograsso, Castelnuovo Bozzente, Colverde, Faloppio, Guanzate, Lurate Caccivio, Olgiate Comasco, Oltrona San Mamette, Rodero, Ronago, Solbiate con Cagno, Uggiate Trevano, Valmorea, Veniano, Villa Guardia

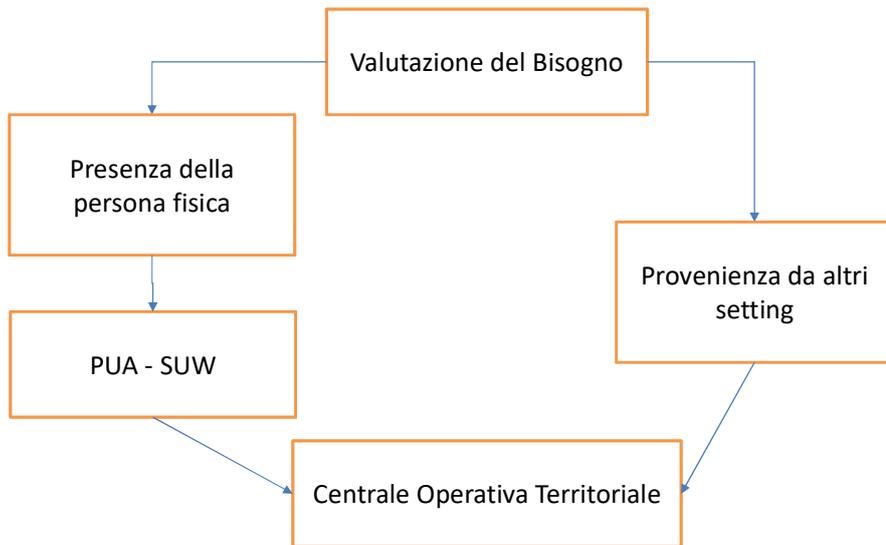


Il Distretto di Olgiate Comasco

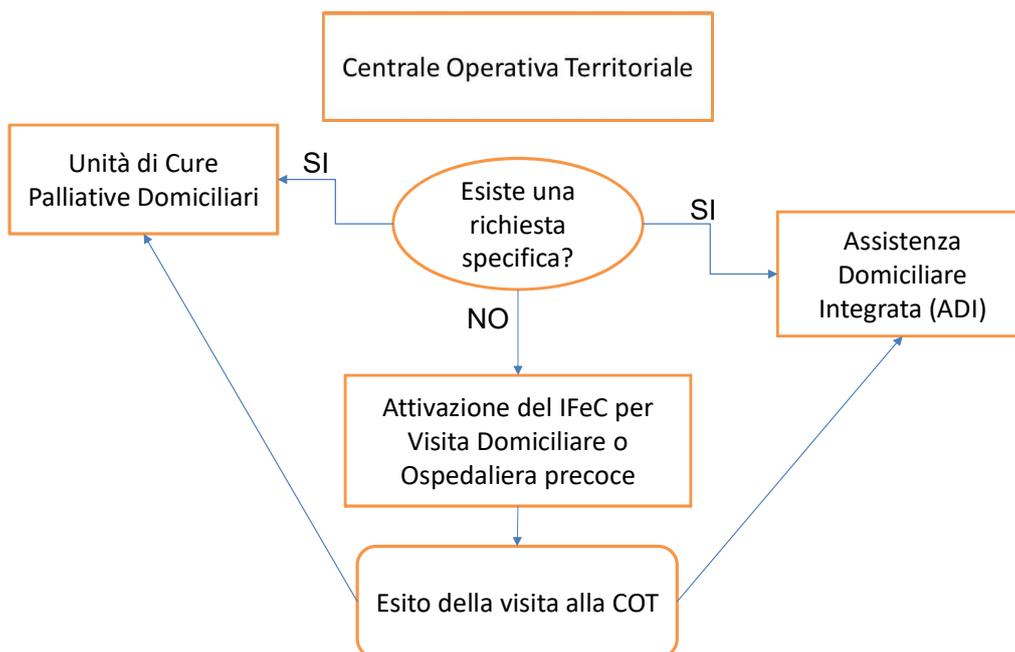
- Dal 24 Novembre 2022 è attiva la Casa di Comunità del Distretto di Olgiate. Insieme sono stati inaugurati:
- La Centrale Operativa Territoriale (8 postazioni+ 1 postazione jolly)
- Il Punto Unico di Accesso, integrato Sportello Unico Welfare
- L'ambulatorio Infermieristico



Percorsi



COT



COT #2

- L'IFeC in COT effettua altresì: monitoraggio stato di salute con teleconsulting/videochiamate
- Verifica la Presa In Carico dei Pazienti Cronici
- Cerca di indirizzare il paziente verso percorsi/risorse che evitino l'accesso al PS e favoriscano la cura al domicilio [casa come primo luogo di cura]

COT #3

- In COT vengono raccolte le dimissioni protette e smistate all'UVMD
- Sempre in COT vengono agganciati all'ADI i pazienti, previo ricerca dell'ente erogatore, in accordo con la famiglia;
- Vengono tracciati i ricoveri dei pazienti in carico e sentiti i case manager dei reparti per organizzare le dimissioni precoci e protette

L'IFeC SUL TERRITORIO

- Il modello assistenziale scelto dal Coordinatore Infermieristico è di Case Management (peraltro previsto dalla DELIBERAZIONE N° XI / 6760)
- Effettua la prima visita al domicilio valutando:
 - L'idoneità dell'ambiente di cura domiciliare
 - La sicurezza del paziente
 - Valutazione oggettiva e soggettiva
 - Elaborazione delle Diagnosi Infermieristiche e del PAI
- Partecipa all'Unità di Valutazione Multidimensionale Domiciliare UVMD e alle successive rivalutazioni periodiche
- Eroga l'assistenza infermieristica diretta come UCA finché l'ente gestore ADI o l'UCPDOM non hanno preso in carico il paziente
- Si interfaccia con MMG anche per richieste di valutazione congiunta.
- Invia il paziente in ambulatorio infermieristico (se le condizioni lo consentono).

PERCORSO ADI

- La DGR 6867/2022 Ha riformato il percorso ADI (ora C-DOM):

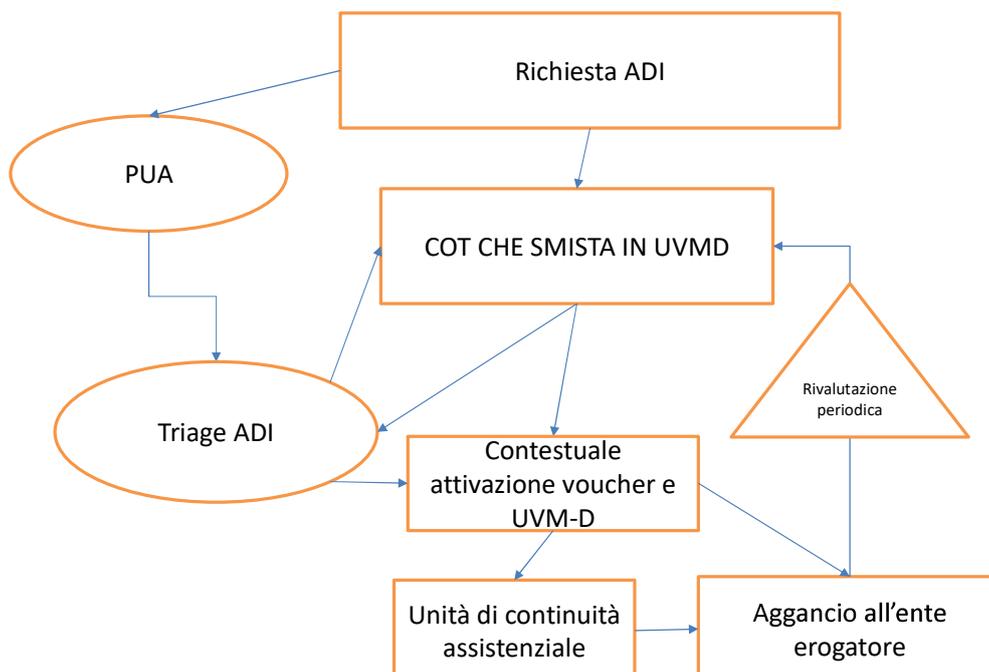
Gli Infermieri di Famiglia come parte integrante dei Processi Gestionali dell'UVMD.

- Inoltre, garantisce la continuità assistenziale, in attesa dell'effettiva presa in carico dall'ente erogatore.

PERCORSO ADI

- A partire da Febbraio tutti gli IFoC sono stati Formati e Abilitati alla Gestione del percorso UVMD
- Tutti gli IFoC sono stati abilitati alla Valutazione Multidimensionale e formati dall'infermiera esperta nella compilazione della scala interRAI®

PERCORSO ADI



PERCORSO UCP-DOM

- L'IFeC può Effettuare una richiesta di UCP-DOM o ricovero in HOSPICE se intercetta il bisogno manifestato dal paziente, dalla famiglia o dal MMG.
- Inizialmente è stato avviato un progetto di monitoraggio precoce del bisogno di Cure Palliative/Simultanee con riferimento all'ambulatorio di Cure Simultanee

Percorso UCP-DOM 2

- A partire dal Mese di Gennaio, è stato avviato un progetto sperimentale per riaprire una sede Distrettuale di UCP-DOM, in collaborazione con l'associazione A.Ma.Te. ODV (forte integrazione con l'associazione)
- 1 IFeC per tutto il mese di Gennaio e Febbraio ha effettuato un periodo di addestramento presso l'UCP-DOM del Distretto di Como e presso l'Hospice aziendale di Mariano Comense



Percorso UCP-DOM 3

- A partire dal mese di Marzo la gestione delle visite di Controllo è in carico all'IFeC addestrato in Cure Palliative
- E' in corso l'addestramento della seconda unità di Cure Palliative



IL MODELLO DI OLGIATE: PUNTI DI FORZA

- Nella presa in carico di un paziente non ci sono più «buchi» assistenziali
- Il transito tra setting è facilitato dalla COT e dalla formazione inter-area degli operatori (UVMD-UCPDOM)

IL MODELLO DI OLGiate PUNTI DI DEBOLEZZA

- Personale Infermieristico. E' di difficile reclutamento come in tutta Italia esacerbato dalla vicinanza con la Svizzera. Mancano 22 FTE infermieri per completare l'organico.

Prospettive per il futuro

- Maggiore integrazione con MMG/PLS
- Migrazione sul gestionale telefonico 116117
- Attivazione dell'UCA con medico.
- Implementazione del servizio di UCP-DOM con prime visite in carico al Distretto
- Avvio di gruppi di educazione terapeutica
-

GRAZIE PER L'ATTENZIONE



PER CONTATTI

Dott. Ferrari Giulio

giulio.ferrari@asst-lariana.it

0319843910

www.asst-lariana.it