

Deliberazione della Giunta Regionale 2 luglio 2021, n. 6-3472

Art. 1, co. 5, del D.L. n. 34/2020, convertito nella L. n. 77/2020 – Approvazione del documento “Linee di indirizzo regionali in materia di infermiere di famiglia e di comunità”, per il potenziamento dell’assistenza sanitaria territoriale.

A relazione dell'Assessore Icardi:

Premesso che:

- la Conferenza Stato Regioni e delle PP.AA. ha approvato in data 18 dicembre 2019 l’Intesa, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della L. 5 giugno 2003, concernente il Patto per la Salute per il triennio 2019-2021, promuovendo la valorizzazione della professione infermieristica nell’ambito dell’assistenza territoriale al fine di incrementare la copertura dei bisogni di continuità assistenziale, di aderenza terapeutica con particolare riferimento ai soggetti più fragili, affetti da multi-morbilità;
- l’art. 1, co. 5, del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, coordinato dalla L. di conversione 17 luglio 2020, n. 77 recante: “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19”, ha disposto l’introduzione dell’infermiere di famiglia e comunità (IfeC) per rafforzare i servizi infermieristici e così potenziare anche la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-COV-2, identificati come affetti da COVID-19;
- la Conferenza delle Regioni e delle PP.AA, in data 10 settembre 2020, ha approvato il documento recante le “Linee di indirizzo Infermiere di famiglia o comunità ex L. 17 luglio 2020, n. 77” al fine di delineare orientamenti organizzativi e formativi in merito all’introduzione dell’IfeC da adattare ai diversi contesti regionali;
- con l’approvazione della D.G.R. n. 18 – 2891 del 8 febbraio 2016 “Programma di cooperazione Trans-nazionale Spazio Alpino 2014/2020”, la Regione Piemonte ha partecipato, in qualità di capofila, al progetto Co.N.S.E.N.So (Community Nurse Supporting Elderly in a Changing Society), che ha rappresentato una esperienza pilota in Infermieristica di Famiglia e di Comunità, dedicata a favore di utenti ultra-sessantacinquenni, per la promozione di interventi proattivi per la gestione della cronicità e di attività di comunità che concorrono alla prevenzione e alla tutela della salute;
- con l’approvazione della D.G.R. n. 32-5173 del 12 giugno 2017 “Riconoscimento delle sperimentazioni parallele al progetto Co.N.S.E.N.So - Programma di cooperazione Trans-nazionale Spazio Alpino 2014/2020”, la Regione Piemonte ha provveduto a promuovere in alcune ASL del territorio e con la collaborazione dei due Atenei piemontesi la formazione specifica in infermieristica, attraverso il Master di I livello “Infermieristica di Famiglia e di Comunità” e/o corsi di perfezionamento”;
- con l’approvazione della deliberazione del Consiglio regionale 10 luglio 2018, n. 306 – 29185 si è provveduto a recepire l’Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 15 settembre 2016, sul Piano nazionale della cronicità e ad approvare le linee di indirizzo regionali per le annualità 2018 – 2019;
- con l’approvazione della D.G.R. n. 37 – 2474 del 4 dicembre 2020, si è provveduto a ripartire le risorse finanziarie alle Aziende sanitarie pubbliche del SSR per la copertura delle spese COVID a valere sulle disponibilità del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77, del DL 9 marzo 2020, n. 18, coordinato con la legge di conversione 24 aprile 2020, n. 27, nell’ambito delle risorse stanziato nella Missione 13, Programma 1, del Bilancio regionale, anni 2020 e 2021.

Considerato che il mutato contesto socio-epidemiologico e il costante incremento di situazioni di fragilità sanitaria e sociale, nonché l’aumento della cronicità, impongono una riorganizzazione dell’assistenza sanitaria territoriale che promuova, attraverso modelli organizzativi

integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità, in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità e il Piano Nazionale della Prevenzione.

Tenuto conto che a livello internazionale sono molti i Paesi che hanno inserito l'infermieristica di famiglia e di comunità nell'ambito delle cure primarie, allo scopo di potenziare l'assistenza territoriale a favore di una popolazione in progressivo invecchiamento, e puntando così su un modello di assistenza centrato sul territorio, più vicino alla persona e fortemente orientato alla prevenzione.

Considerata la necessità di perseguire un modello organizzativo regionale che assicuri la tutela della salute attraverso risposte coordinate, fornite da reti integrate e pro-attive, per una gestione programmata dei pazienti cronici in ambito extra-ospedaliero, ovvero sul territorio e al domicilio, sulla base di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali predefiniti per ciascuna macro area di patologie.

Rilevata la necessità, altresì, di far fronte ai maggiori bisogni di assistenza sanitaria connessi all'emergenza epidemiologica da COVID-19, introducendo la figura dell'IFeC per potenziare anche la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-COV-2, identificati come affetti da COVID-19, coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, come previsto dall'art. 1, c. 5, del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, coordinato dalla L. di conversione 17 luglio 2020, n. 77.

Dato atto che i settori competenti della Direzione regionale "Sanità e Welfare" hanno coordinato un gruppo di lavoro multidisciplinare e interprofessionale, costituito dai diversi stakeholders a vario titolo interessati, quali in particolare: rappresentanti del Coordinamento regionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, degli Atenei piemontesi, delle Aziende sanitarie regionali, dell'Associazione AIFeC, che hanno definito il documento "Linee di indirizzo regionali in materia di infermiere di famiglia e di comunità", quale allegato A), corredato dai relativi sub-allegati alla presente deliberazione di cui fa parte integrante e sostanziale.

Ritenuto opportuno fornire linee di indirizzo regionali alle Aziende sanitarie per l'implementazione della figura professionale di IFeC nei propri territori ex L. n. 77/2020, sulla base di quanto previsto dal documento approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle PP.AA. 20/164/CR06b/C7 del 10 settembre 2020 e delle modalità di reclutamento previste dall'art. 1, comma 5, della L. n. 77/2020 e nei limiti delle risorse di cui al comma 10.

Ritenuto, pertanto, di approvare con il presente provvedimento il documento le "Linee di indirizzo regionali in materia di infermiere di famiglia e di comunità", al fine di potenziare l'inserimento dell'IFeC nelle Aziende Sanitarie Regionali, quale allegato A), corredato dai relativi sub-allegati, alla presente deliberazione di cui fa parte integrante e sostanziale.

Dato atto che il presente provvedimento non comporta ulteriori oneri a carico del bilancio regionale, in quanto le assunzioni del personale infermieristico da parte delle AA.SS.RR., in attuazione dell'art. 1, co. 5 della L. n. 77/2020, finalizzate al potenziamento dei servizi infermieristici distrettuali, con particolare riferimento all'implementazione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità (IFeC), fanno fronte sulla base delle risorse assegnate dall'Amministrazione Regionale alle singole Aziende Sanitarie, ai sensi della DGR n. 37 – 2474 del 4 dicembre 2020 e dei successivi provvedimenti in materia adottati.

Vista l'Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni e delle PP.AA. "Patto per la Salute 2019-21" in data 28 settembre 2019.

Visto l'art. 1, co. 5, del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, coordinato dalla L. di conversione 17 luglio 2020, n. 77.

Visto il documento recante le "Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità", ex L. 17 giugno 2020, n. 77.

Vista la D.G.R. n. 18 – 2891 del 8 febbraio 2016.

Vista la D.G.R. n. 32-5173 del 12 giugno 2017.

Vista la D.G.R. n. n. 37 – 2474 del 4 dicembre 2020.

Vista la D.C.R. del 10 luglio 2018, n. 306 – 29185.

Attestata l'assenza degli effetti diretti ed indiretti del presente provvedimento sulla situazione economico-finanziaria e sul patrimonio regionale ai sensi della D.G.R. n. 1 – 4046 de 17 ottobre 2016.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17 ottobre 2016, come modificata dalla D.G.R. n. 1-3361 del 14 giugno 2021.

Tutto ciò premesso,
la Giunta regionale, unanime,

d e l i b e r a

- di approvare, ai sensi dell'art. 1, co. 5, del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, coordinato dalla L. di conversione 17 luglio 2020, n. 77 e sulla base di quanto disposto dalla Conferenza delle Regioni e delle PP.AA. il 10 settembre 2020 (Atto 20/164/CR06b/C7), al fine di potenziare l'inserimento della figura professionale di IFeC nelle Aziende Sanitarie Regionali, il documento denominato "Linee di indirizzo regionali in materia di infermiere di famiglia e di comunità", quale allegato A alla presente deliberazione di cui fa parte integrante e sostanziale, che è composto dai seguenti sub- allegati:
 - sub-allegato 1, riguardante "Le principali esperienze nazionali in merito all'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC)";
 - sub-allegato 2, riguardante "Il percorso normativo regionale e organizzazione della Rete Territoriale";
 - sub-allegato 3, riguardante il "Percorso formativo regionale";
 - sub-allegato 4 contenente il modello dell'attestato di formazione post-base in Infermieristica di famiglia e di comunità.
- di demandare ai settori regionali competenti della Direzione Sanità e Welfare l'adozione degli atti e dei provvedimenti necessari per l'attuazione della presente deliberazione;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta ulteriori oneri a carico del bilancio regionale, in quanto alle assunzioni del personale infermieristico da parte delle AA.SS.RR., in attuazione dell'art. 1, co. 5 della L. n. 77/2020, finalizzate al potenziamento dei servizi infermieristici distrettuali, con particolare riferimento all'implementazione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità (IFeC), si fa fronte sulla base delle risorse assegnate dall'Amministrazione Regionale alle singole Aziende Sanitarie, ai sensi della D.G.R. n. 37 – 2474 del 4 dicembre 2020 e dei successivi provvedimenti in materia adottati.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

**LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI IN
MATERIA DI
INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI
COMUNITA'**

Premessa:

A seguito dell'intesa sancita nella Conferenza Stato Regioni, è stato emanato in data 18 dicembre 2019 il Patto per la Salute per il triennio 2019-2021¹. Il documento, tra i numerosi punti, evidenzia anche il ruolo che la professione infermieristica può avere nell'ambito dell'assistenza territoriale nell'incrementare la copertura dei bisogni di continuità assistenziale, l'aderenza terapeutica e l'integrazione con i servizi socioassistenziali. Nel nostro Paese si sta assistendo infatti:

- al progressivo invecchiamento della popolazione;
- all'incremento di persone con almeno una patologia cronica (40,8% della popolazione) e di condizioni di co-morbidità, in particolare in soggetti over settantacinquenni (66,6%);
- alla progressiva semplificazione della dimensione e composizione delle famiglie, con il 29,6% delle persone over sessantacinquenni che vivono sole);
- a una riduzione di circa il 50% degli anni di vita liberi da disabilità nelle persone sopra i 65 anni, con sostanziali differenze sulla base delle condizioni socio economiche.

Tali caratteristiche richiedono un modello assistenziale sensibilmente differente da quello centrato sull'ospedale, orientato verso un'offerta territoriale, che valorizzi un approccio più focalizzato sul contesto di vita quotidiana della persona.

La necessità di potenziare la rete di assistenza territoriale e di promuovere, attraverso l'assistenza infermieristica proattiva, la presa in carico degli assistiti sono rimarcate inoltre nell'art. 1, comma 5, del D.L. 19 maggio 2020, n.34, coordinato con la Legge di conversione del 17 luglio 2020 n.77 recante "misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" e nel Documento recante "Linee di indirizzo di Infermiere di famiglia /comunità ex. L. 17 luglio 2020, n. 77, approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle PP.AA. del 10 settembre 2020.

L'assistenza sanitaria territoriale diventa luogo elettivo per attività di prevenzione e promozione della salute e per la messa in opera di percorsi di presa in carico della cronicità e della personalizzazione dell'assistenza, in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità e il Piano Nazionale della Prevenzione.

Il sistema sanitario è chiamato ad anticipare i bisogni dei pazienti e a seguirli in maniera continuativa lungo tutto il percorso assistenziale, secondo una sanità di iniziativa integrata con i servizi sociali.

A fronte di una sempre maggiore frammentazione del sapere, per garantire una risposta comprensiva, unitaria e sostenibile, l'assistenza primaria deve essere distribuita all'interno di un sistema più ampio e articolato su più professionalità come reso noto nella Dichiarazione di Astana². Nel corso degli anni, la professione infermieristica, a seguito di un processo di espansione ed estensione del ruolo, attraverso la formazione, ha assunto in tutto il mondo forme di assistenza avanzata nelle cure primarie.

In altri contesti, infermieri specializzati sono stati inseriti in ruoli complementari a quelli già esistenti, per ottimizzare la gestione delle patologie croniche in termini di riduzione dei tassi di ospedalizzazione, miglioramento dei parametri clinici e soddisfazione dell'utenza.

In risposta agli obiettivi del Documento Salute 21 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si sono sviluppati percorsi formativi post base orientati a sviluppare competenze avanzate anche nell'infermieristica di famiglia e di comunità. L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) ha come focus di interesse l'individuo, la famiglia, la comunità e la casa come ambiente in cui i membri della famiglia

¹ Intesa Rep. Atti n. 209 CSR del 18 dicembre 2019" Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Patto per la Salute per gli anni 2019-2021

² Il 25 e il 26 ottobre 2019 si è svolta ad Astana (capitale del Kazakistan) la Conferenza globale sull'assistenza primaria.

possono farsi carico dei problemi di salute. (*Position Statement sull'Infermiere di famiglia e di comunità, FNOPI settembre 2020*).

L'Infermiere di famiglia e di comunità è una figura innovativa che contribuisce allo spostamento dei sistemi socio-sanitari verso modelli di Welfare generativo di comunità, in stretta integrazione con tutti gli altri attori sociali.

1. Introduzione:

I risultati di una revisione sistematica condotta dal National Institute for Health Research (NHS) indicano che esiste prova concreta che gli interventi di coinvolgimento della comunità hanno un impatto positivo sui comportamenti sanitari, positive conseguenze sulla salute, sull'autoefficacia e generano una chiara percezione del valore del sostegno sociale, in varie condizioni.

In un altro recente studio South sostiene l'importanza di distinguere tra interventi basati sulla comunità rivolti a popolazioni "target", come destinatarie di attività guidate da professionisti, e approcci centrati sulla comunità con il fine di:

- riconoscere e cercare di mobilitare risorse all'interno delle comunità, comprese le competenze, le conoscenze e il tempo di individui, gruppi e organizzazioni della comunità;
- concentrarsi sulla promozione della salute e del benessere nella comunità, piuttosto che su logiche di servizio;
- promuovere l'equità nella salute lavorando in collaborazione con individui e gruppi per affrontare gli ostacoli per la buona salute;
- cercare di aumentare il controllo delle persone sulla loro salute.

A livello internazionale sono molti i paesi che hanno inserito l'infermieristica di famiglia e di comunità nell'ambito delle cure primarie; dagli Stati Uniti al Canada, dall'Inghilterra alla Scozia, alla Slovenia, alla Spagna, al Qatar e al Botswana. Senza dubbio la più avanzata e anche più vicina al nostro contesto culturale è l'esperienza spagnola.

In Italia sono molteplici le esperienze che negli ultimi anni si sono succedute, anche se non con grande omogeneità.

Il modello di erogazione dei servizi nella Regione Piemonte a livello territoriale è la risultante di una serie di atti, con particolare riferimento alla DGR 29 giugno 2015, n. 26-1653 in cui sono stati definiti gli interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i..

Anche la Regione Piemonte, con D.G.R. 18-2891 dell'8 febbraio 2016 "Programma di cooperazione Trans-nazionale Spazio Alpino 2014/2020" ha approvato la partecipazione al progetto Co.N.S.E.N.So (Community Nurse Supporting Elderly in a Changing Society) in qualità di capofila. Tale progetto ha rappresentato una esperienza pilota di Infermieristica di Famiglia e di Comunità dedicata specificatamente agli ultra-sessantacinquenni e particolarmente valida nella definizione di interventi proattivi di gestione della cronicità e nella promozione di attività di comunità che concorrono alla prevenzione e alla tutela della salute.

Con la D.G.R. 32-5173 del 12 giugno 2017 "Riconoscimento delle sperimentazioni parallele al progetto Co.N.S.E.N.So - Programma di cooperazione Trans-nazionale Spazio Alpino 2014/2020" ha riconosciuto, inoltre, di promuovere nelle ASL VCO, ASL NO, ASL AT, la formazione infermieristica specifica in collaborazione con le due università del territorio (Università degli Studi di Torino, Università degli Studi del Piemonte Orientale) attraverso il Master di I livello "Infermieristica di Famiglia e di Comunità" e/o corsi di perfezionamento.

Una breve sintesi di alcune esperienze nazionali è riportata nell'Allegato 1.

2. Analisi del contesto:

a. Contesto socio-demografico ³

In Piemonte al 1/1/2019, secondo i dati ISTAT, risiedono 4.341.375 abitanti; Tra il 2001 e il 2018 si rileva un moderato aumento del numero di abitanti, passati da 4.214.677 a 4.356.406 (+ 3,4 %). Tale aumento si è concentrato negli anni tra il 2001 e il 2010, per poi interrompersi in concomitanza con la fase più acuta della lunga fase recessiva. Contestualmente, i dati evidenziano una prosecuzione del processo di invecchiamento della popolazione residente.

Le previsioni ISTAT della popolazione relative al periodo 2018-2038 indicano una diminuzione della popolazione piemontese di circa 153.500 unità: tale perdita è determinata dall'intensificazione del processo di invecchiamento e dalla bassa natalità che caratterizza da tempo la regione.

La riduzione di popolazione riguarda soprattutto la classe di età 45-64 anni (258.000 unità in meno) e in secondo luogo la popolazione con meno di 18 anni (83.500). Per contro la popolazione anziana segnala un incremento che investe sia la classe 65-74 anni (+ 144.300 unità), sia la classe di età superiore ai 74 anni (+140.200 unità).

Il deciso decremento della fascia di età 45-64 anni è spiegato dalla sostituzione, mano a mano che ci si avvicina al 2038, dei "baby boomers" di fine anni '50 e '60, con le generazioni nate nel periodo di denatalità negli anni '70-'90. Le generazioni dei "baby boomers" stanno infatti passando nelle età più mature, producendo un deciso aumento della popolazione in quelle età. Una popolazione meno numerosa, in sintesi, ma con più problemi sanitari.

La struttura demografica è ben rappresentata dalla piramide dell'età (Grafico 1) che suddivide gli abitanti tra maschi e femmine per ciascuno scaglione d'età.

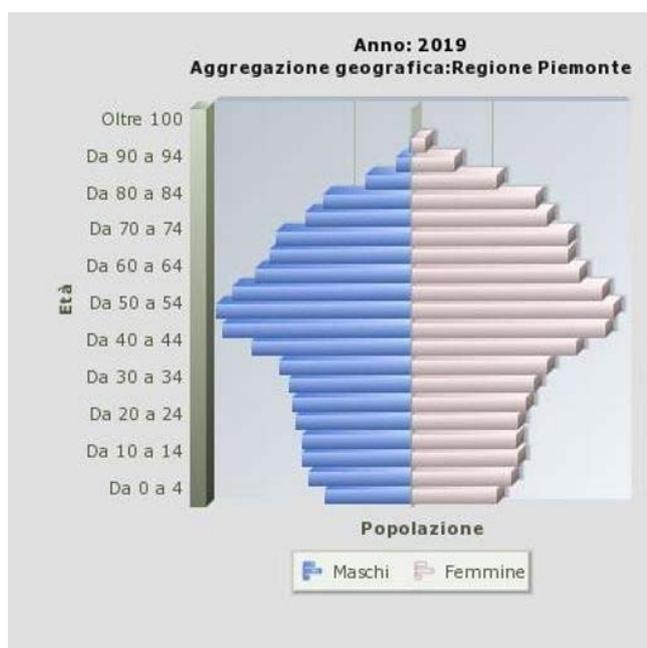


Grafico 1.

La speranza di vita stimata alla nascita, nel 2018, è pari a 80,7 anni per gli uomini ed a 85,0 anni per le donne (valore nazionale: uomini 81,0 anni e donne 85,3 anni). Nel periodo 2007-2019, si osserva, per entrambi i generi, un trend in aumento (uomini +2,3 anni e donne +1,1 anni)

3. Analisi demografica tratta da: IRES Piemonte - Daniela Musto, Giovanna Perino, Gabriella Viberti - contributo di ricerca 314/2020, *I professionisti sanitari della sanità pubblica piemontese*

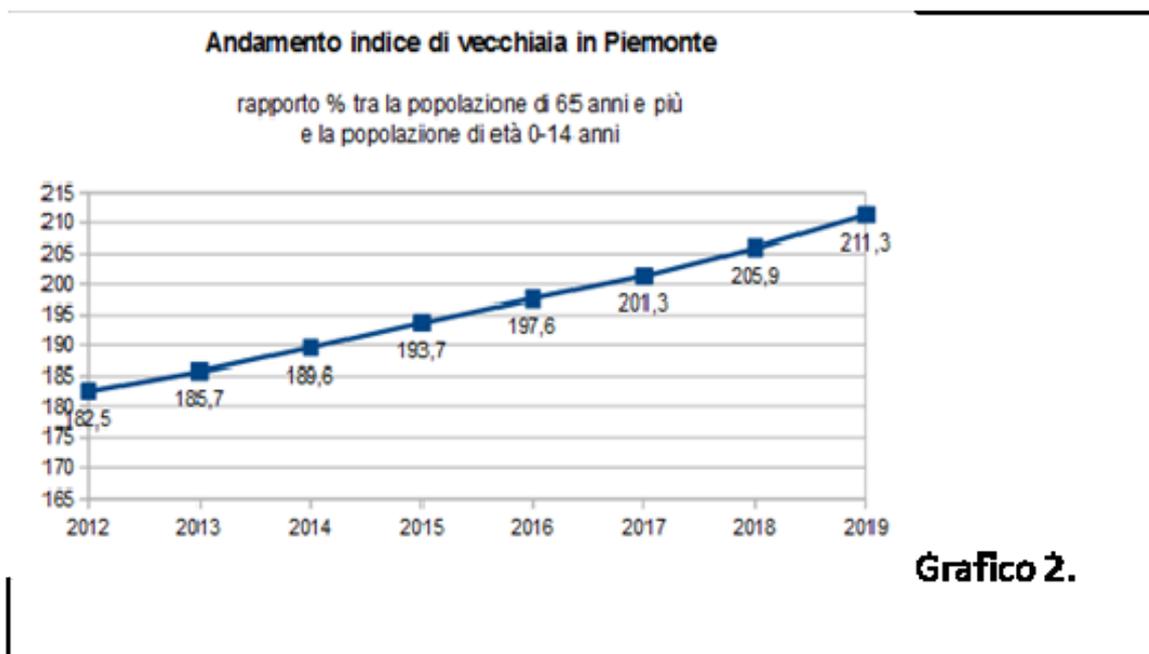
I dati di mortalità, nell'intervallo temporale 2007-2018, hanno registrato una riduzione per gli uomini del 15,8%, mentre per le donne la diminuzione risulta leggermente più contenuta (-8,1%).

Il tasso di fecondità totale, nel 2018, è pari a 1,28 figli per donna risultando inferiore al livello di sostituzione (circa 2,1 figli per donna) che garantirebbe il ricambio generazionale.

La risultante dell'aumento della speranza di vita, della riduzione della mortalità e della costante riduzione dei tassi di natalità, è rappresentata dall'aumento dell'indice di vecchiaia (v. Grafico 2), ovvero dal rapporto percentuale tra gli over 65 e gli under 14.

Si può ragionevolmente dedurre che il Piemonte, al pari del resto di Italia, sta gradualmente cambiando il proprio profilo socio-demografico verso un futuro caratterizzato da una maggior prevalenza di popolazione anziana rispetto alla popolazione attiva.

I cambiamenti epidemiologici stanno determinando un cambiamento negli scenari di cura.



Contesto epidemiologico

Il contesto epidemiologico piemontese è caratterizzato da una mortalità, divisa per 18 gruppi di cause prevalenti descritta, per il 2017 (dati ricavabili dal sistema statistico regionale, PiSta! - RUPAR Piemonte) nella Tabella 1.

Tabella 1: Mortalità stratificata per cause prevalenti in Regione Piemonte

Malattie dell'apparato circolatorio	18582	35,0%
Tumori maligni	14024	26,4%
Malattie dell'apparato respiratorio	4644	8,8%
Malattie del sistema nervoso	2485	4,7%
Disturbi psichici	2356	4,4%
Malattie endocrine, nutrizionali, metal	2044	3,9%
Malattie dell'apparato digerente	1935	3,6%
Traumatismi e avvelenamenti	1840	3,5%
Stati morbosi e maldefiniti	1454	2,7%
Malattie infettive	1205	2,3%
Malattie dell'apparato genito-urinario	905	1,7%
Tumori benigni, in situ, incerti	699	1,3%
Malattie osteomuscolari e del connett	363	0,7%
Malattie del sangue, degli organi emo	248	0,5%
Malformazioni congenite e cause peri	156	0,3%
Malattie della pelle e del sottocutanec	131	0,2%
Complicanze della gravidanza, del pai	1	0,0%
Totale	53072	

È da notare come le malattie dell'apparato cardiocircolatorio e le malattie oncologiche, spieghino da sole più del 50% della mortalità regionale, nell'epoca pre-COVID.

L'impatto della malattia infettiva da SARS-CoV-2 è mal valutabile in fase acuta e del tutto ignoto in fase di cronicità. Non si sa per certo quali conseguenze clinico-assistenziali durature avranno i soggetti infettati, né come questi nuovi bisogni di salute ridisegneranno la rete dei servizi sanitari.

Attualmente è però indubbia una maggiore prevalenza di condizioni croniche rispetto alla mortalità causata da eventi acuti e non prevenibili.

Più nel dettaglio, dal Portale di Statistica della Regione Piemonte (PiSta! RUPAR), negli anni si è confermata la sostanziale uguaglianza tra cittadini piemontesi e il resto di Italia riguardo la percezione delle condizioni di salute, la prevalenza di una o più patologie croniche e lo stato di benessere nonostante la malattia (Tabella 2).

Tabella 2: Percezione di stato di buona salute e incidenza di malattie croniche in Piemonte e in Italia

Ambito	Anno	Buona Salute	Una malattia cronica o più	Due Malattie croniche o più	Iperensione	Artrosi/ Artrite	Malattie allergiche	Osteoporosi	BPCO	Diabete	Disturbi nervosi
Piemonte	2019	67,3	41,5	21,1	18,6	15,6	10,9	7	5,5	5,4	4,7
	2021	69,4	37,9	18	16,6	14,2	3,4	5,9	4,8	4,5	4
Italia	2019	68,8	40,9	21,1	17,9	16	11,4	8,1	6,1	5,8	4,8
	2021	70	38,7	20	17,1	16	7,8	7,5	5,8	5,5	4,2

Le proiezioni future a 10 e 20 anni elaborate dall'ISTAT riguardo gli assetti delle cronicità in Italia mostrano un considerevole aumento delle prevalenze in una popolazione più anziana (Tabella 3).

Tabella 3: Proiezioni future cronicità

Presenza e tipologia di patologie croniche	2018	2030	2040
Persone con almeno una malattia cronica	24.564	26.593	27.449
Persone con almeno due malattie croniche	12.909	14.625	15.663
Malati cronici - affetti da diabete	3.355	3.892	4.264
Malati cronici - affetti da ipertensione	10.876	12.471	13.323
Malati cronici - affetti da bronchite cronica	3.623	3.964	4.206
Malati cronici - affetti da artrosi, artrite	9.887	11.312	12.204
Malati cronici - affetti da osteoporosi	4.897	5.735	6.313
Malati cronici - affetti da malattie del cuore	2.400	2.764	3.040
Malati cronici - affetti da malattie allergiche	6.994	6.895	6.710
Malati cronici - affetti da disturbi nervosi	2.755	2.986	3.123
Malati cronici - affetti da ulcera gastrica o duodenale	1.520	1.672	1.744

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2019.

Quelli appena descritti sono scenari che avranno un sicuro impatto sulla società e sull'economia. Si prospetta, infatti, di avere strutture familiari composte in grande prevalenza da anziani, molti dei quali soli.

Sul piano economico, ci si attende un problema di sostenibilità del sistema di *welfare*, per la diminuzione della fascia di popolazione attiva sul mercato del lavoro e il contestuale aumento di domanda assistenziale. Inoltre, è ragionevole attendersi una modifica sostanziale della domanda di beni di consumo e una sua riduzione che insieme al calo degli investimenti causerebbero una contrazione della crescita economica del Paese.

In particolare, così come si rileva dalla **Tabella 4** la patologia cronica che ha maggiore incidenza è rappresentata dal diabete cui seguono le patologie cardiovascolari. Ma il dato più utile è la fascia della popolazione di maggiore incidenza che si colloca tra i 65 e gli 80 anni.

Anche la contemporanea presenza di più patologie croniche nello stesso soggetto è maggiore nei soggetti in questa fascia di età in tutte le aree geografiche **Tabella 5**.

Questo dato è oltremodo significativo perché informa che il target della popolazione che presenta la maggior numerosità di patologie croniche è in questa fascia di età.

Tabella 4: Patologie croniche stratificate per area geografica e per classi di età

Soggetti vivi e residenti in Piemonte (fonte AURA**) al 31/12/2017						
		cardiopatia ischemica (SDO 2008-2017) 410-414	vauculopatia cerebrale (SDO 2013-2017 e Esenzioni)	scompenso cardiaco (SDO 2010-2017)	diabete (RRD, SDO 2013-2017, RR 2017 e File F 2017)	BPCO (SDO 2016-2017, RR 2017, File F 2017 e Esenzioni)
		n	n	n	n	n
ASL di residenza						
	AL	13206	7887	5374	30081	7988
	AT	5731	4071	1788	14028	3427
	BI	5384	3005	1315	10811	2312
	CN1	8282	6188	3887	22780	5453
	CN2	4158	2854	1227	11188	2212
	NO	10164	4938	2382	21688	4494
	TO1-2	27853	14288	8117	57277	13377
	TO3	17422	8448	4033	37881	7731
	TO4	15835	8285	4154	34024	7337
	TO5	8838	4708	2325	18883	4344
	VC	5852	2750	1328	12137	2438
	VCO	5828	2815	1275	11018	2178
Classi d'età						
	≤44	1752	2878	875	14552	4841
	45-49	2808	1488	524	8167	1488
	50-54	5442	2317	842	13881	2172
	55-59	8787	3177	1387	20718	2888
	60-64	12418	4573	2088	28485	4217
	65-74	38788	15888	7581	81728	15834
	75-84	42514	24418	13711	81655	21782
	85 e più	18724	15885	10418	33217	11885
TOT		128842	70138	37384	282331	63218

Tabella 5: Compresenza nello stesso soggetto di più patologie croniche stratificata per zona geografica e per classi di età

MULTIMORBOSITA' in soggetti vivi e residenti in Piemonte (fonte AURA**) al 31/12/2017						
		1 patologia	2 patologie	3 patologie	4 patologie	5 patologie
		n	n	n	n	n
ASL di residenza						
	AL	41142	8108	1948	381	34
	AT	18548	3752	818	188	18
	BI	15075	2982	518	87	8
	CN1	32101	5788	1151	184	13
	CN2	14810	2515	478	85	8
	NO	29480	5380	1018	134	12
	TO1-2	78318	15442	3258	548	88
	TO3	51113	9178	1705	270	17
	TO4	48340	8653	1758	281	28
	TO5	28818	4792	998	154	18
	VC	18814	2887	521	77	9
	VCO	15305	2988	588	88	5
Classi d'età						
	≤44	22705	548	38	7	0
	45-49	12700	784	87	7	1
	50-54	20888	1772	188	28	1
	55-59	28288	3283	385	38	3
	60-64	38522	5388	808	98	7
	65-74	104173	20183	3748	582	58
	75-84	107254	27133	8220	1081	110
	85 e più	50331	13384	3270	582	51
TOT		385670	72458	14733	2403	232

b. Organizzazione della rete territoriale e normativa Regionale presente

L'approccio regionale a questo contesto socio-demografico-epidemiologico è stato delineato in sede di Conferenza Stato Regioni nel 2016 con l'emanazione del Piano Nazionale Cronicità, contestualmente recepito in Piemonte con D.C.R. 306-29185 del 10 luglio 2018 che definisce le Linee guida per il Piano Regionale delle Cronicità.

In Piemonte tale recepimento si integra con la precedente definizione della rete delle cure territoriali definita con la DGR 26-1653 del 29.6.2015 avente ad oggetto “Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.”

I dati di contesto reperibili in materia di organizzazione delle cure territoriali ed ospedaliere in Piemonte mostrano un SSR caratterizzato da un tasso di ospedalizzazione standardizzato di 122,6/1000 nel 2018 (-11 rispetto al 2013) con una netta prevalenza di ricoverati anziani (148,65/1000 per gli ultra 65enni, fino a 222,2 per gli ultra 75enni).

Il tasso di riospedalizzazione a 30 giorni è del 5%⁴, ma in letteratura si trovano anche valori maggiori. Le patologie maggiormente associate alla precoce riospedalizzazione sono quelle croniche (scompenso cardiaco e BPCO in primis⁵).

Dal punto di vista dell'assistenza territoriale, il Piemonte vanta una disponibilità di posti letto (PL) territoriali di 17,1/10000 persone con disabilità (vs 12,7 di media nazionale) e di 305,3 PL / 10000 persone anziane (vs 180,3 di media nazionale)⁶. I PL territoriali individuati (RSA, RA, CAVS, Ospedali di Comunità, ...) hanno un impatto sicuramente positivo in una quota di Malati Cronici in quanto possono prevenire le ospedalizzazioni prolungate (facilitando quindi le dimissioni ed evitando le degenze oltre soglia), solo in presenza anche di un adeguato *turn-over* dei posti letto territoriali, ma non possono risolvere il problema delle cronicità senza l'apporto di Professionisti sanitari formati e dedicati alla presa in carico di tali condizioni, garantendo competenze e funzioni nell'accompagnare i pazienti cronici lungo il loro percorso di cura.

Ad oggi nei Distretti la presa in carico domiciliare definita come numero di persone seguite in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) sulla popolazione residente vede un tasso di 2,8% per gli ultra 65enni come la media nazionale, e del 4,4% per gli ultra 75enni (inferiore al dato italiano di 0,2%). Nelle ASL l'organizzazione delle Cure Domiciliari Distrettuali, spesso afferisce solo a un modello prestazionale, ad oggi risulterebbe necessario integrare un “Servizio di Infermieristica di Famiglia Distrettuale” con Professionisti della Salute, quali gli I.F.e C.

Se i dati attuali non sono preoccupanti di per sé, occorre tenere a mente i determinanti dell'evoluzione del sistema, secondo quanto delineato nei precedenti capitoli. Al tasso di invecchiamento e alla maggior prevalenza di patologie croniche consegue che in futuro il rapporto Malati Cronici per Professionista Sanitario è destinato a crescere considerevolmente. Ad oggi, ogni Medico di Medicina Generale ha circa 336 assistiti ultra 65enni, più del 50% di loro è affetto da almeno una patologia cronica, percentuale che arriva a 75% tra gli ultra 85enni.

La recente evoluzione normativa regionale in materia di organizzazione territoriale è orientata verso la realizzazione di un modello fondato sia sulla riqualificazione delle cure primarie e delle relative forme associative (gruppi e reti), sia sull'articolazione di reti multiprofessionali e multifunzionali per la presa in carico globale e la garanzia del percorso di salute del cittadino.

4 Fabbian et al. “The crucial factor of hospital readmissions: a retrospective cohort study of patients evaluated in the emergency department and admitted to the department of medicine of a general hospital in Italy”. Eur J Med Res. 2015 (PMID 25623952)

5 Donzé et al. “Causes and patterns of readmissions in patients with common comorbidities: retrospective cohort study.”. BMJ. 2013 Dec 16; 347():f7171.

6 AAVV. “Rapporto Osservasalute 2019”. Università Cattolica del Sacro Cuore. Roma, 2020

Tale modello organizzativo è prioritariamente finalizzato all'ottimale attuazione del Piano della Cronicità in forma adeguata a ciascuna realtà del territorio piemontese, aspirando ad assumere le caratteristiche che connotano il "*Chronic care model*" e la funzione di "*Case manager*".

In sostanza, la gestione programmata dei pazienti cronici in ambito extra-ospedaliero, ovvero sul territorio e al domicilio, sulla base di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali predefiniti per ciascuna macro-area di patologie, rappresenta una delle priorità perseguite dal modello organizzativo regionale in corso di implementazione, con l'obiettivo di garantire la tutela della salute attraverso risposte coordinate fornite da reti integrate e pro-attive, con prevedibili vantaggi in termini di efficacia ed appropriatezza degli interventi.

In tale modello il Distretto sanitario si configura quale ambito di interrelazione e di coordinamento operativo per ottimizzare la gestione integrata delle cronicità; inoltre, nell'attuale situazione pandemica, assume il ruolo di garantire la continuità assistenziale territoriale multidisciplinare e l'interfaccia sia con il livello ospedaliero, sia con la prevenzione che con l'area socio-sanitaria e socio-assistenziale.

Una sintesi del percorso normativo Regionale che ha portato all'attuale assetto organizzativo territoriale è riportata in **Allegato 2**.

3. Finalità del documento:

Scopo del presente documento è quello di fornire linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie Regionali nell'implementazione dell'IFeC nei propri territori ex L. 77/2020, sulla base di quanto previsto dal documento approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 20/164/CR06b/C7 del 10 settembre 2020, recante "Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia/Comunità ex L. 17 luglio 2020, n. 77" e delineare orientamenti organizzativi e formativi.

4. Contributi:

In virtù della complessità insita nell'implementazione dell'IFeC, delle importanti ricadute sull'intero modello di assistenza territoriale esistente; del carattere innovativo del progetto e della sua importanza strategica all'interno del Sistema Salute piemontese, la Direzione Sanità e Welfare ha costituito uno specifico gruppo di lavoro coordinato dai Settori Sistemi Organizzativi e Risorse Umane SSR e dal Settore Programmazione Sanitaria e Socio-Sanitaria, formato dal Coordinamento Regionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, delle Università di Torino e del Piemonte Orientale, dell'Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità (AIFeC), e di alcune ASL che in via sperimentale avevano già inserito tali professionisti sul campo.

Il documento è dunque il frutto della collaborazione multidisciplinare e interprofessionale tra tutti gli stakeholders coinvolti.

E' stato previsto in oltre il coinvolgimento di Infermieri di Famiglia e di Comunità esperti provenienti anche da altre regioni, delle Direzioni delle Professioni Sanitarie delle ASL della Regione e delle Direzioni di Distretto, allo scopo di promuovere la massima condivisione dei contenuti e garantire una visione globale degli aspetti trattati, avvalendosi delle competenze dei professionisti che operano nei contesti territoriali della Regione.

5. Definizione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità:

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità è il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità.

La sua funzione è orientata ad una presenza continuativa e proattiva nell'area/comunità di riferimento.

Tale figura, appositamente formata, ha un forte orientamento alla proattività nella promozione della salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi.

Si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale in forte integrazione con le altre figure professionali presenti sul territorio e svolge la sua attività integrandola in una più ampia rete di protezione sanitaria e sociale, attivando e supportando le risorse di pazienti e caregiver, del volontariato, e più in generale della comunità.

Agisce le sue competenze attraverso la promozione della salute, la prevenzione e la gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità, all'interno del sistema dell'Assistenza Sanitaria Primaria.

L'Infermiere di Famiglia e Comunità agisce in autonomia professionale, afferisce alla Direzione delle Professioni Sanitarie e opera in stretto raccordo con i servizi sanitari e sociali e con gli altri professionisti del Servizio Sanitario Regionale.

L'infermiere di Famiglia e Comunità può operare in modelli organizzativi di cure primarie molto diversi tra loro, anche in relazione alle diverse caratteristiche del contesto territoriale.

A seconda dei modelli organizzativi regionali, diffonde e sostiene una cultura di Prevenzione e Promozione di corretti stili di vita, si attiva per l'intercettazione precoce dei bisogni di assistenza infermieristica e per la loro soluzione.

6. Obiettivi, azioni e risultati attesi:

a. OBIETTIVI:

- Potenziare l'inserimento dell'IFeC nelle Aziende Sanitarie quale promotore dell'infermieristica di iniziativa e del welfare generativo di comunità
- Incrementare la presa in carico degli utenti sani e malati a livello comunitario
- Aumentare i processi di empowerment delle persone assistite e di accesso ai servizi sanitari
- Accrescere l'integrazione multiprofessionale al fine di favorire il continuum della presa in carico dell'individuo e della sua famiglia all'interno della rete territoriale

b. AZIONI:

Nel breve termine (6 mesi dall'uscita del presente documento):

- Presentazione, diffusione e implementazione del progetto IFeC aziendale agli *stakeholders* territoriali e alla comunità (MMG, PLS, professionisti operanti sul territorio, associazioni dei cittadini, volontariato ecc.)
- Inserimento nelle consistenze organiche aziendali degli IFeC previsti secondo la normativa vigente ex L.77/2020
- Formazione, attraverso percorsi formativi regionali specifici, degli IFeC
- Avvio all'interno dei distretti dell'attività ambulatoriale di infermieristica di Famiglia e di Comunità di libero accesso, secondo modalità definite in sede aziendale
- Avvio di attività volte alla valutazione e alla presa in carico degli utenti-target secondo modalità specifiche stabilite a livello locale
- Avvio della mappatura del territorio da parte degli IFeC
- Avvio dei lavori inerenti alla rendicontazione e alla refertazione delle prestazioni degli IFeC

Nel medio-lungo termine (7-18 mesi dall'uscita del presente documento)

- Messa a regime del sistema di rendicontazione e di refertazione delle prestazioni degli IFeC attraverso un sistema integrato con i MMG e i PLS del territorio e gli altri sistemi informativi aziendali

- Contestualizzazione territoriale delle presenti Linee di Indirizzo formalizzata in termini di Progettualità, Modello Organizzativo e Funzionale, Setting e sua trasmissione alla Regione Piemonte
- Avvio di progetti di educazione alla salute e di prevenzione a livello comunitario
- Avvio di percorsi di automonitoraggio di parametri clinici e di eteromonitoraggio di aderenza alle prescrizioni terapeutiche
- Avvio di progetti di facilitazione dell'accesso ai servizi
- Implementazione della presa in carico degli utenti con fragilità/cronicità secondo modalità specifiche stabilite a livello locale

c. RISULTATI ATTESI:

- Miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni e della integrazione tra territorio-ospedale-territorio
- Riduzione degli accessi impropri (codice bianco) in pronto soccorso
- Riduzione delle riammissioni in ospedale a 30 giorni, dopo dimissione al domicilio
- Miglioramento dell'aderenza delle persone assistite, in condizione di cronicità, ai PDTA
- Maggior soddisfazione dell'utenza
- Incremento della partecipazione dell'utenza ai programmi di screening

7. Popolazione Target:

In considerazione dell'azione dell'infermiere di famiglia e di comunità articolata sui livelli individuale, familiare e comunitario, tenuto conto dei dati epidemiologico- demografici e della variabilità geografico-territoriale nel contesto piemontese, appare necessario inizialmente identificare, pur nella non esclusività legata al ruolo specifico e comunitario del professionista IFeC, un target prioritario di intervento.

Coerentemente alle azioni già messe in atto nello sviluppo del Piano Regionale Cronicità, appare opportuno rivolgere l'attenzione dell'IFeC verso le fasce che presentano maggiore fragilità e che potrebbero beneficiare maggiormente di azioni mirate alla mobilitazione di risorse formali e informali nello sviluppo di una logica di *welfare* generativo.

Pertanto, pur mantenendo la capacità di operare con tutti i cittadini, sani e malati, della comunità di riferimento, appare utile un focus primario dell'IFeC sulla popolazione anziana/fragile.

8. Competenze attese e funzioni dell'IFeC:

L'IFeC è un professionista della salute che deve conoscere e deve saper attivare le risorse individuali della persona, della sua famiglia (caregiver) e quelle presenti all'interno delle comunità (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, USCA, specialisti, distretto, enti gestori Socio-Assistenziali, volontariato, ecc.).

Egli lavora in modo proattivo, cioè non attende le prescrizioni per la presa in carico dei problemi di salute, ma intercetta autonomamente i bisogni dei suoi assistiti dei quali conosce le problematiche, che prende in carico, nell'ambito della progettualità e della gestione autonoma del percorso assistenziale.

L'Infermiere di famiglia e di comunità mira al potenziamento e allo sviluppo della rete sociosanitaria con un'azione che si sviluppa dentro la comunità e con la comunità. Svolge funzioni ed attività trasversali di

implementazione 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 in grado di rispondere ai bisogni di salute della persona.

È un professionista che incentra la propria azione sulla prevenzione, sulla promozione della salute e sullo sviluppo delle competenze del singolo e della comunità attraverso azioni di *empowerment*.

Funzioni dell'Infermiere di famiglia e di comunità⁷:

L'IFeC si fa carico del percorso individuale di cura e di salute della persona sostenendo l'effettiva continuità del percorso stesso attraverso:

- L'identificazione e la valutazione dei bisogni di salute;
- La lettura e l'analisi del contesto comunitario, socio-demografico ed epidemiologico per la definizione e la progettazione di interventi pro-attivi mirati allo specifico contesto;
- la promozione della salute e la prevenzione primaria, secondaria e terziaria, anche attraverso l'attivazione e la collaborazione a iniziative educativo-divulgative, rivolte alla comunità
- la progettazione di incontri di gruppo volti a favorire processi di auto mutuo aiuto mirati al miglioramento delle abitudini, degli stili di vita e al *self-management*.
- la presa in carico delle persone con malattie croniche;
- la promozione di reti mirate all'ottimizzazione delle risorse rivolte ai determinanti di salute;
- l'integrazione con il NDCC e il NOCC per garantire la continuità ospedale-territorio;
- la collaborazione e l'integrazione con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta con cui deve costituire un *team* multidisciplinare coeso;
- L'integrazione con gli altri professionisti della rete sanitaria e sociale territoriale che già operano all'interno del Distretto favorendo il continuum della presa in carico e delle prestazioni erogate;
- l'orientamento della persona nell'accesso e nella fruizione dei servizi e dei presidi necessari;
- l'empowerment dei care-giver e delle persone di riferimento;
- lo sviluppo di interventi mirati al miglioramento delle capacità di autocura;
- la promozione della relazione d'aiuto e dell'educazione terapeutica con gli assistiti;
- il monitoraggio dell'aderenza terapeutica della persona e della sua famiglia e caregiver al piano di cura, compresi i sistemi di tele-monitoraggio, favorendo la massima comprensione e partecipazione attiva da parte degli assistiti;
- l'erogazione di interventi assistenziali specifici a domicilio del paziente, in integrazione con gli altri infermieri che operano nella rete territoriale, nel rispetto delle specifiche competenze clinico assistenziali;
- la risoluzione dei problemi socio-sanitari che influenzano la salute della persona attraverso l'integrazione con gli Enti Gestori Socio-Assistenziali;

⁷ Profilo proposto da AIFeC nel 2018 e sulla scorta dell'esperienza formativa pluriennale dei Master di I° livello in Infermieristica di Famiglia e di Comunità delle Università di Torino e del Piemonte Orientale.

9. Modello Organizzativo:

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità è una risorsa professionale che opera all'interno del Distretto Socio-Sanitario e si inserisce nell'organizzazione territoriale aziendale quale ulteriore tassello di integrazione dei setting territoriali.

Tale professionista afferisce gerarchicamente alla Direzione delle Professioni Sanitarie e funzionalmente alla Direzione di Distretto. Opera in stretta sinergia con i Medici di Medicina Generale e tutti gli altri professionisti coinvolti nella gestione della sanità territoriale specie per quei casi in cui si rende necessaria la presa in carico negli ambulatori della cronicità a livello distrettuale o nelle Case della Salute o negli ambulatori associati.

L'azione dell'IFeC è articolata su più livelli:

- ambito distrettuale, attraverso azioni ed interventi all'interno della rete assistenziale del distretto in integrazione con gli altri professionisti;

- ambito individuale e familiare, attraverso interventi diretti e indiretti che hanno la persona e la famiglia come destinatari, con l'obiettivo di favorire la promozione e il mantenimento della salute della persona attraverso il rafforzamento della sua autonomia e il mantenimento della persona al proprio domicilio evitando il ricorso alle strutture di ricovero;

- ambito comunitario, attraverso azioni rivolte alle comunità, all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali, 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 i bisogni di salute;

Le esperienze di Infermieristica di Famiglia e di Comunità già sviluppate in alcuni specifici territori suggeriscono inoltre l'attivazione di ambulatori di libero accesso dedicati, al fine di garantire la presenza dell'IFeC per facilitare la presa in carico di singoli cittadini o gruppi.

10. Standard di personale:

La standard di personale, le finalità e le modalità di assunzione sono stati previsti dall'art. 1, comma 5 della legge n. 77 del 17.7.2020. In particolare, a decorrere dal 2021, la legge dispone che, "al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati come affetti da COVID-19, anche coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4" (persone contagiate nonché "persone fragili la cui condizione risulta aggravata dall'emergenza in corso"), le ASL "possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato e comunque nei limiti di cui al comma 10" (ovvero nei limiti delle risorse assegnate a ciascuna Regione dalla legge stessa). Inottemperanza ai vincoli di bilancio e agli standard di personale delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte.

11. Formazione:

Premesso che gli infermieri a cui sarà assegnata la funzione di IFeC, verranno inseriti sin da subito formalmente nel ruolo, è fondamentale sottolineare che in relazione alla natura ed alla complessità del ruolo di IFeC la formazione riveste un ruolo centrale e imprescindibile.

Le *competenze core* che con la formazione si debbono costruire derivano dal profilo professionale proposto da AIFeC nel 2018, dai risultati del progetto europeo ENHANCE, dal *Position Statement* di FNOPI e dall'esperienza formativa pluriennale dei Master di 1° livello in Infermieristica di Famiglia e di Comunità delle Università di Torino e del Piemonte Orientale.

Il titolo preferenziale per l'acquisizione delle competenze in questo ambito è il Master Universitario di primo livello in Infermieristica di famiglia e di Comunità, così come previsto dal Documento finale sulla formazione specialistica delle professioni sanitarie, approvato il 17 dicembre 2018 dall'Osservatorio

nazionale delle professioni sanitarie istituito presso il MIUR, e divulgato dal Ministero della Salute alle Regioni con circolare del 13 marzo 2019.

Per coloro che non sono in possesso del Master, saranno previsti dei percorsi formativi specifici di tipo regionale, progettati in collaborazione con gli atenei piemontesi, necessari per l'acquisizione delle competenze minime.

A tal proposito sarà costituito, con l'adozione di apposito atto dirigenziale, un comitato scientifico che coinvolgerà rappresentanti della Regione Piemonte, delle Università degli Studi di Torino e degli Studi del Piemonte Orientale e delle Aziende Sanitarie per la formazione dei professionisti.

Il Comitato scientifico ha il compito di assicurare l'adeguatezza e la coerenza dei contenuti e delle metodologie del corso regionale. A tal fine, svolge le seguenti funzioni:

- approva la struttura del percorso formativo;
- valida il contenuto e il materiale didattico del corso;
- approva l'elenco dei docenti;
- approva le regole per le verifiche di apprendimento intermedie e finali;
- definisce i requisiti di accesso al corso regionale.

I partecipanti ai percorsi formativi saranno individuati dalle ASL, sulla base dei requisiti di accesso definiti dal Comitato Scientifico e tenuto conto dell'esperienza degli interessati in ambito distrettuale/territoriale, domiciliare ecc., e comunicati alla Regione.

Con apposito atto dirigenziale saranno individuate le Aziende Sanitarie, accreditate dalla Regione per la formazione continua in sanità, alle quali il Settore regionale competente affiderà l'erogazione della formazione.

La formazione sarà di tipo "Blended" (In presenza, in FAD e sul campo), articolata in moduli e sarà accreditata ECM.

Per coloro che intendessero completare il percorso formativo con l'acquisizione del titolo accademico del Master, tale formazione potrà essere successivamente, previa specifica intesa, riconosciuta dalle Università piemontesi per convalidare parte dei Crediti Formativi Universitari necessari per il conseguimento del titolo.

Complessivamente per la parte teorica saranno previste 104 ore di lezione frontale (da svolgere, in parte in presenza, a distanza e in asincrono con telelezioni) articolate in due moduli (50 h per il primo modulo e 54 h per il secondo modulo).

Per quanto riguarda il tirocinio, lo standard è di 200 ore durante il primo anno di inserimento e sarà svolto sul campo, in un setting appropriato a favorire l'apprendimento esperienziale, con la supervisione di un tutor (IFeC già con Master) o in modalità diretta o a distanza.

Nella docenza e nel tutorato deve essere coinvolto sia personale universitario, sia personale del SSR.

In allegato il percorso formativo (Allegato 3).

Per ottenere l'attestato redatto secondo il fac-simile di cui all'Allegato 4, agli infermieri è richiesta la frequenza del 90% delle ore previste (teoria + tirocinio) e il superamento con esito positivo di un esame finale.

La commissione relativa all'esame finale sarà composta da almeno un rappresentante Regionale, un rappresentante della formazione dell'azienda che ha erogato il corso e un rappresentante dell'Università.

Data la peculiarità del percorso formativo, nei casi in cui per gravi e/o giustificati motivi la frequenza venga interrotta, è consentita l'iscrizione in sovrannumero all'edizione successiva del corso, qualora attivata.

12. Criteri di reclutamento e di allocazione:

Nel ruolo di IFeC, le Aziende Sanitarie Regionali devono essere allocati in via preferenziale gli infermieri che sono in possesso del titolo accademico specifico (master di I livello in Infermieristica di Famiglia e Comunità).

Secondariamente, in considerazione delle importanti e specifiche funzioni dell'IFeC i criteri di reclutamento di questa risorsa professionale devono prevedere la valorizzazione degli Infermieri che operano già in ambito territoriale e che abbiano almeno maturato un'esperienza biennale di cure territoriali. Tali professionisti dovranno intraprendere uno specifico percorso formativo regionale in itinere secondo le indicazioni specifiche di formazione di questo documento.

In ultimo, i posti residui saranno assegnati a quanti abbiano manifestato particolare interesse verso l'infermieristica pro-attiva e di comunità. Un ulteriore elemento di valorizzazione è rappresentato dal possesso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche in ragione delle competenze acquisite in termini di metodo analitico e di progettazione, purchè intraprendano lo specifico percorso formativo regionale.

13. Valutazione di processo e degli esiti:

Il processo di valutazione sarà condotto dalla Regione, in stretta sinergia con le Università (UNITO e UPO) si svilupperà su due livelli:

a) di processo

- definizione di indicatori che evidenzino l'avanzamento del processo di implementazione del servizio di infermieristica di famiglia e comunità (esempio: n. di IFeC/ n abitanti; n. di persone prese in carico, ecc.)
- attivazioni di reti di prossimità, volontariato... per la persona – coorti di persone prese in carico su progetti specifici –
- PAI attivati, coinvolgimento di attori istituzionali, percorsi preferenziali attivati (integrazione ospedale territorio su dimissioni protette, accessi e ricoveri programmati, ecc.)

b) Di impatto e di risultato

- definizione di un modello di valutazione che esplori l'impatto sulla persona, sull'organizzazione e sullo staff (esempi: diminuzione accessi in PS impropri -codici bianchi)

I dati saranno raccolti da flussi informativi già esistenti, integrando con valutazioni ad hoc su aspetti legati alla prevenzione e alla promozione della salute nella famiglia e nella comunità.

Sarà definito un gruppo operativo che definirà le modalità di valutazione a livello regionale.

ALLEGATO 1 – Principali esperienze nazionali in merito all’Infermiere di Famiglia e di Comunità

In Italia sono molteplici le esperienze che negli ultimi anni si sono succedute, anche se non con grande omogeneità. Nel grafico sono sintetizzate quelle principali.

I punti in comune tra tutte le esperienze sono:

- coinvolgimento attivo dei cittadini,
- mappatura delle risorse formali e informali del territorio,
- azioni a sostegno delle famiglie e dello sviluppo del capitale sociale,
- presa in carico anticipata e leggera, monitoraggio delle malattie croniche,
- supporto dell’eHealth per il counselling e la diagnostica a distanza,
- metodologia del case management,
- ruolo di integrazione tra i servizi,
- collaborazione con i sindaci.

1) **Il Progetto CoSENSO (COmmunity Nurse Supporting Elderly IN a changing Society)** che ha coinvolto Austria, Francia, Slovenia e Italia (Piemonte e Liguria), nell’ambito del Programma transnazionale di Cooperazione Territoriale Europea Interreg Spazio Alpino 2014-2020, volto a favorire un invecchiamento attivo della popolazione over sessantacinquenne, in special modo nelle “aree interne”. Nella regione Piemonte la sperimentazione è stata condotta in due territori montani (Valle Maira e Grana) Asl CN1 e in Liguria presso l’alta Val Trebbia.

I risultati della sperimentazione sono consultabili al seguente link: https://www.alpine-space.eu/projects/consenso/deliverables_outputs/consenso_d.t2.2.2-report-of-pilot-test-results-in-the-two-matched-areas.pdf

La valutazione dei risultati dei progetti pilota è stata effettuata sulle aree piemontesi, utilizzando un approccio misto quali-quantitativo. Il report riporta i dati quantitativi dello studio. Si tratta di uno studio pre-post con gruppo di controllo, utilizzando le informazioni provenienti dai flussi informativi regionali. Nel report emerge un maggior utilizzo dei servizi tra il pre e il post-intervento in entrambi i gruppi (esposti e non esposti), anche se non statisticamente significativo, con differenze di genere, livello di educazione e fascia d’età. La motivazione probabilmente è da imputarsi all’attività dell’infermiere, che ha fatto emergere bisogni di salute precedentemente non riconosciuti o inespressi dal paziente. Limiti dello studio: i) non è stato possibile avere un follow up a lungo termine, per cui i cambiamenti che si potevano osservare nel lungo periodo non sono stati intercettati, ii) i dati sono stati raccolti per tutti i residenti delle aree selezionate, che potenzialmente potevano non aver aderito all’intervento.

Sulla scia del progetto sono nate delle sperimentazioni parallele, riconosciute dalla Regione Piemonte di valenza strategica nel potenziamento dell’offerta territoriale dei servizi, anche laddove non inserite nelle Case della Salute (Deliberazione della Giunta Regionale 12 giugno 2017, n. 32-5173), con differenti ambiti di applicazione.

2) **La Sperimentazione Microaree-MICRO-WIN**, promossa dalle Direzione Generale dell’Azienda sanitaria di Trieste nel 2005, rinnovata negli anni ed oggi conosciuta con il nome di Programma Habitat-Microaree. Si tratta di un intervento localizzato in contesti territoriali circoscritti, denominati microaree, tra i 500 e i 2.000 abitanti ciascuna, con elevati indici di fragilità sociosanitaria e prevalenza di caseggiati di Edilizia Residenziale Pubblica (ATER). Per approfondire: https://www.disuguaglianzedisalute.it/wp-content/uploads/2019/10/01allegato-2018_ASUITS_Linee-di-indirizzo-HM.pdf

3) Sul tema delle microaree, sono state attivate **due linee di ricerca quali/quantitativa**, articolate come segue:

- la prima di natura quantitativa, “Valutazione dell’efficacia sanitaria del progetto microaree (MA)” ha previsto il coinvolgimento del Dipartimento di Scienze Mediche e Biologiche dell’Università di Udine;

- la seconda di natura qualitativa, dal titolo “Analisi degli effetti sulla salute del capitale sociale generato dall’intervento nelle microaree”, da parte dell’Università di Torino a cui hanno aderito il Comuni di Trieste, Muggia e l’ATER.

Le informazioni circa le due indagini sono state raccolte dalle presentazioni dei risultati al convegno internazionale svoltosi a Trieste il 14-15 giugno 2018 “La comunità che fa salute. Le microaree di Trieste per l’equità”. Le slide dei due interventi sono consultabili ai seguenti link:

https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/eventi/docs/2018/2018_007_microaree_barbone_castriotta.pdf

https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/eventi/docs/2018/2018_007_microaree_pilutti_dimonaco.pdf

Dalla letteratura grigia disponibile, non sono emersi altri studi in merito agli esiti legati all’introduzione dell’infermiere di famiglia e comunità, nonostante siano molteplici le esperienze di implementazione e diffuse in tutta Italia.

4) **Il Progetto REAction** promuove la rete a sostegno della domiciliarità dell’anziano, attraverso un sistema di “welfare comunitario”. Gli obiettivi specifici di progetto sono: sperimentare un modello congiunto italo-svizzero finalizzato a rafforzare, anche attraverso l’uso di tecnologie, le reti di prossimità, sviluppare un sistema condiviso di governance territoriale e capillarizzare i servizi anche nelle aree più marginali. I destinatari del progetto sono gli anziani over 65 anni, i caregiver e gli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC) operanti nei Comuni della Casa della Salute di Santhià, dei Distretti sud e urbano di Novara, per il versante italiano, e dei Distretti di Locarno e della Vallemaggia per il versante svizzero. A partire da un’analisi di contesto condotta congiuntamente tra i partner e gli stakeholder, il progetto prevede l’implementazione di un modello di stratificazione dei bisogni socio-sanitari a cui associare strategie di azione specifiche di intervento, con un ruolo di coordinamento in capo all’IFeC.

Per maggiori informazioni è consultabile una sezione dedicata al progetto all’interno del sito internet: <https://www.agingproject.uniupo.it/> Il Programma di Cooperazione Interreg Italia-Svizzera mette a disposizione una pagina consultabile al seguente link:

<https://progetti.interregitaliasvizzera.eu/it/b/78/reactionretidiassistenzacomunitariaperlafragilita>

Inoltre, è disponibile una Pagina Facebook di Progetto: @progettoreaction 

ALLEGATO 2 – Percorso normativo regionale e organizzazione della Rete Territoriale

PERCORSO NORMATIVO REGIONALE:

Ripercorrendo brevemente il percorso normativo regionale che disciplina il modello organizzativo della sanità territoriale, nel cui contesto di colloca la figura dell'IFEC di cui al presente documento, si richiamano i seguenti provvedimenti con cui si è dato corso al riordino della rete territoriale, contestuale alla riorganizzazione ospedaliera, in attuazione del piano di rientro e di riequilibrio economico-finanziario e del relativo documento "Programma operativo" di cui alla D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013.

In attuazione del P.S.R. 2012-2015, con la D.G.R. n. 26-3627 del 28.3.2012, è stata avviata la sperimentazione regionale dei Centri di Assistenza Primaria (CAP), quali strutture ASL a carattere multiprofessionale e multidisciplinare, fondati sull'interazioni operativa fra medicina generale, attività infermieristiche e medicina specialistica, finalizzati all'intercettazione in ambito territoriale di quella parte della domanda a bassa complessità impropriamente rivolta ai servizi ospedalieri, con particolare riferimento agli accessi impropri al pronto soccorso.

Il progetto regionale sui CAP, avviato in coerenza con la legge nazionale n. 189 dell'8.11.2012, ha dato luogo all'attivazione di n. 6 CAP (uno per ogni quadrante del territorio regionale), nell'ambito delle strutture ospedaliere oggetto di riconversione: Avigliana (ASL To3), Castellamonte e Lanzo (ASL To4), Santhià (ASL VC), Arona (ASL NO), Fossano (ASL Cn1) Valenza (ASL AL).

Nell'ambito della sperimentazione, pur limitata a poche strutture ed ancora in gran parte orientata verso la medicina d'attesa, è emerso l'apporto fondamentale della funzione infermieristica territoriale, sia per la presa in carico della domanda, sia per il governo del percorso complessivo del paziente e sia per il ruolo di collegamento fra le diverse figure mediche coinvolte nel percorso stesso (MMG/PLS, MCA, area diagnostica e specialistica e area socio-sanitaria).

Nell'anno 2015 la Regione, a completamento del percorso di attuazione del Piano di rientro sopra citato e in attuazione del Patto della Salute 2014-2016, ha adottato i provvedimenti di riorganizzazione complessiva della rete ospedaliera e della rete territoriale, rispettivamente con la D.G.R. n.1-924 del 23.1.2015 (rettifica e riadozione della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014) e la D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015.

Gli assi portanti del modello regionale di riordino della rete territoriale, delineati con la D.G.R. n. 26-1653/2015 sono in sintesi:

la razionalizzazione dei dipartimenti territoriali delle ASL e la configurazione trasversale del distretto, quale garante del percorso di salute del cittadino, con particolare riferimento alle patologie croniche a maggior impatto sociale e quale livello di coordinamento ed integrazione fra gli "erogatori" servizi territoriali coinvolti nella risposta complessiva a tale percorso di salute, in continuità con il livello ospedaliero e con l'area socio-sanitaria;

la riorganizzazione della delle cure primarie, attraverso la definizione di un modello regionale articolato sulla rete delle nuove forme organizzative MMG/PDLS a carattere funzionale e monoprofessionale (AFT), in luogo delle attuali Equipe Territoriali e multiprofessionale (UCCP), con funzioni di hub/centri di riferimento territoriali.

Nello stesso periodo l'attenzione della programmazione sanitaria, sia regionale che nazionale, si stava ampiamente focalizzando sul tema delle "cronicità", considerato l'elevato e crescente impatto che le patologie croniche hanno sul sistema sanitario e sociale.

L'approfondimento, condotto a livello nazionale in collaborazione con le Regioni , ha portato alla definizione del Piano Nazionale per la Cronicità , la cui adozione è avvenuta con l'Accordo Stato-Regioni in data 15.9.2016 e con il quale sono state definite le linee d'indirizzo per la presa in carico dei pazienti cronici ed è stato individuato in insieme organico di interventi fondati più sulla sanità d'iniziativa che su quella d'attesa: azioni ed interventi del sistema sanitario incentrati sulla persona, nell'ambito di un'organizzazione dei servizi più adeguata rispetto alla finalità perseguita, ovvero migliorare la tutela sanitaria e la qualità della vita delle persone/pazienti e di coloro che li assistono.

Con il PNC, che sarà fatto proprio dalla Regione Piemonte con la D.C.R. n. 306-29185 del 10.7.2018, l'approccio alla malattia cronica viene riconsiderato nell'ambito di percorsi di salute predefiniti per tipologia patologica (PDTA) i quali, partendo da azioni di medicina proattiva, si sviluppano attraverso risposte coordinate e fondate sulla sistematica interazione fra tutte le figure coinvolte nelle diverse fasi del percorso, sulla base delle rispettive competenze.

In particolare, l'IFEC svolge un ruolo cruciale nelle fasi di elaborazione o revisione dei PDTA, al fine di definire lo specifico infermieristico nell'ambito dei percorsi specifici di malattie croniche; grande rilevanza va data alla possibilità, da parte dell'IFEC, di presidiare l'applicazione dei PDTA a livello territoriale per quanto concerne la misurazione del rispetto del percorso, in termini qualitativi e quantitativi, nonché la comparazione con gli indicatori declinati.

Nell'ambito del Piano Locale della Cronicità si va delineando una funzione infermieristica specificatamente rivolta ai cittadini fragili, la Funzione Infermieristica Organizzata per la Cronicità (FIOC) che vede nell'IFEC uno degli attori principali per la peculiarità della presa in carico e dell'attenzione alla promozione dell'autocura e mantenimento delle capacità residue.

La Regione Piemonte, in coerenza con la suddetta normativa di riordino della rete territoriale e contestualmente all'approfondimento delle tematiche correlate al PNC, ha avviato sul proprio territorio la sperimentazione delle Case della Salute (D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016), ovvero un modello di rete territoriale a carattere multiprofessionale e multidisciplinare con l'obiettivo di garantire, in un ambito il più possibile prossimo al cittadino e alla comunità locale, un'appropriata presa in carico sanitaria e socio-sanitaria a favore dei pazienti affetti da patologie croniche.

Nell'ambito di tale modello, reso operativo con la D.D. n. 638 del 30.6.2017, la figura professionale oggetto del presente documento, ovvero l'IFEC, assume una particolare rilevanza sia sul piano organizzativo che operativo, rappresentando non solo la figura di riferimento per la presa in carico del paziente e per l'"accompagnamento" nelle diverse fasi del suo percorso di salute ma anche il punto di congiunzione fra il paziente stesso e le altre figure professionali di tipo sanitario e socio-sanitario coinvolte nella garanzia del suo percorso di salute.

Quale parte integrante e contestuale alla sperimentazione delle Case della Salute, si colloca infatti la sperimentazione del progetto CoNSENSo (Community Nurse and Supporting Elderly in a Changing Society) nell'ambito del Programma di cooperazione transnazionale Spazio Alpino 2014-2020, avviata con la D.G.R. n. 18-2891 dell'8.2.2016 ed implementata con la D.G.R. n. 32.5173 del 12.6.2017.

Con tale progetto la Regione ha inteso realizzare un'esperienza pilota di infermieristica di Famiglia e di Comunità, dedicata specificamente alla popolazione anziana ed orientata verso una visione strategica di tale figura professionale, orientata verso:

la promozione di interventi pro-attivi di gestione integrata delle condizioni di cronicità in piena collaborazione con i medici di medicina generali e gli altri professionisti della sanità;

l'estensione dell'assistenza territoriale e domiciliare dal singolo alla famiglia, in un'ottica di prevenzione e di tutela della salute dell'intera comunità di riferimento

In tale prospettiva la sopra richiamata normativa regionale si integra con l'orientamento della disciplina nazionale in materia confluito nel documento "*Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità ex L. 17 luglio 2020 n. 77*" approvato dalla Conferenza Stato-Regioni in data 10.9.2020.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA ATTUALE:

Sulla base della normativa regionale sopra citata, il territorio regionale si articola attualmente nella rete territoriale-distrettuale di seguito riportata.

- Distretti sanitari

L'articolazione dei Distretti sanitari nelle 12 ASL del Piemonte, come riconfigurata nei rispettivi Atti aziendali adottati in attuazione della D.G.R. n.26-1653/2015, conta oggi 34 Distretti, a ciascuno dei quali fanno capo la rete delle cure primarie e delle relative forme organizzative, le Case della Salute, le strutture ambulatoriali/poliambulatoriali territoriali, la continuità assistenziale ed i servizi/attività socio-sanitarie integrate.

Nella fase di emergenza epidemiologica fanno capo al Distretto le 90 Unità Speciali di Continuità Assistenziali (USCA) oggi esistenti sul territorio, istituite ai sensi della L. n. 27 del 24.4.2020 e disciplinate dalla D.G.R. n. 1-2188 del 3.11.2020 ed operanti sulla base del protocollo operativo per la presa in carico dei pazienti Covid a domicilio di cui alla D.G.R. n. 20-2700 del 29.12.2020. Per tutto il

periodo pandemico, l'IFeC garantirà supporto nell'organizzazione, gestione e somministrazione dei vaccini anticovid.

- Forme associative MMG/PLS

In Piemonte sono operativi, con riferimento al primo semestre 2020, n. 2932 MMG, il 75,5% dei quali operanti in modalità associata nelle forme contrattualmente previste, ovvero associazioni, gruppi e reti.

Nel periodo indicato il 78% degli assistiti fa capo a MMG operanti in una delle seguenti forme associative, così articolate:

- medicina in rete:34,6%
- medicina di gruppo: 33,6%
- associazioni semplici: 10,7%

Tutti i MMG dell'ASL fanno parte di un'equipe territoriale e tali forme di coordinamento funzionale e di condivisione di percorsi e obiettivi, nei distretti del Piemonte, sono in totale 222 (rif. anno 2019).

Sul versante della pediatria di territorio, risultano operativi n.388 PLS, il 55% dei quali operanti in modalità associata nell'ambito dei gruppi e delle associazioni.

Il 53% degli assistiti fa capo a PLS operanti in una delle seguenti forme associative:

- medicina di gruppo: 28,2%
- associazioni semplici: 24,9%

Tutti i PLS dell'ASL fanno parte di un'equipe territoriale: le E.T. pediatriche nei distretti del Piemonte sono in totale 36.

- La rete delle Case della Salute

Le Case della Salute (CS), sperimentate in Piemonte a partire dal 2017 ed entrate a regime nella rete territoriale dal 2019 rappresentano centri o reti di riferimento delle cure primarie dislocate nell'ambito distrettuale, che non sostituiscono ma integrano, interagiscono e supportano l'attività dei MMG/PLS e delle rispettive forme associative già esistenti.

La CS è pertanto integrata operativamente nell'articolazione del Distretto, quale interfaccia del complesso dei rapporti tra cure primarie e tutte le altre aree coinvolte nell'erogazione degli interventi che compongono i percorsi di salute dei pazienti affetti da patologie croniche.

Nel disegno regionale la CS mira ad essere un concreto strumento:

- per il perseguimento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa delle cure territoriali;
- per ridurre le funzioni improprie finora svolte dall'ospedale, predisponendo realtà territoriali vicine alla comunità locale, che si occupano principalmente della gestione delle patologie croniche nonché delle urgenze di bassa complessità, senza caratteristiche di emergenza.

La rete regionale conta, alla data del 30.6.2020, n. 70 CS, così dislocate sul territorio regionale:

- 24 CS nell'Area metropolitana torinese, che comprende le ASL Città di Torino, To3, To4 e To5
- 21 CS nell'Area Piemonte Nord Est, che comprende le ASL Vercelli, Biella, Novara e VCO
- 18 CS nell'Area Piemonte Sud Ovest, che comprende le ASL CN1 e CN2
- 7 CS nell'Area Piemonte Sud Est, che comprende le ASL Asti e Alessandria

Nella sperimentazione regionale sono emerse le seguenti tipologie di modelli organizzativi

- CS strutturale (CSS): il complesso delle prestazioni per la gestione delle cronicità è prevalentemente erogato nella struttura: l'equipe di MMG/PDLS ha sede lì o comunque gestisce lì i propri pz cronici (medicina di attesa + medicina d'iniziativa). Esempio: CS di Arona, CS di Avigliana (ex CAP).
- CS funzionale (CSF): in tale modello non troviamo necessariamente una struttura centrale di riferimento ma un coordinamento in rete fra più sedi territoriali di ass.primaria, specialistica/diagnostica e socio-sanitaria. I mmg operano nei propri ambulatori associati, nelle forme sopra indicate e si interfacciano con l'area specialistica e diagnostica ospedaliera e territoriale per la

gestione dei PDTA attraverso procedure informatizzate oggi in fase di unificazione nell'ambito del sistema FSE. Esempio: Ambulatori della Salute dell'ASL CN1

- CS strutturale-funzionale (CSSF): le prestazioni per la gestione delle cronicità sono erogate nella struttura (hub) e nella rete alla stessa collegata (spoke). Il gruppo di MMG/PDLS opera nella rete collegata e fa riferimento alla CS per la gestione dei percorsi per le cronicità e per le necessarie prestazioni diagnostiche e specialistiche. Esempio: CS dell'ASL To4.

Nell'ambito di tali reti funzionali a carattere multiprofessionale, la figura dell'IFEC svolge il ruolo fondamentale di "trait d'union" fra le diverse competenze professionali e aree disciplinari; rappresenta inoltre un importante anello di congiunzione tra sociale e sanitario per l'integrazione dei rispettivi livelli di assistenza.

Nelle CS avviate in Piemonte risulta prevalente il modello funzionale (CSF), seguito da quello misto (CSSF), mentre il modello strutturale riguarda solo 21 CS su 70.

ALLEGATO 3 – Percorso formativo Regionale

MODULO 1

Denominazione	ore
Il ruolo dell'IFeC nelle cure primarie <i>The role of IFEC in primary care</i>	6
Azioni di sanità pubblica: prevenzione primaria,secondaria e terziaria <i>Public health actions: primary, secondary and tertiary prevention</i>	5
I determinanti della salute e le politiche per la salute pubblica <i>The determinants ofhealth and policies for public health</i>	6
Il piano nazionale e regionale per la cronicità <i>The national and regional plan for chronicity</i>	4
L'assessment infermieristico <i>the nursing assessment</i>	8
La visita domiciliare <i>The home visit</i>	5
I processi di stratificazione della popolazione <i>The stratification processes of the population</i>	5
Il self management nel quadro della gestione dellacronicità <i>Self management in the context of chronicitymanagement</i>	6
Modelli organizzativi nell'infermieristica di famigliae di comunità <i>Family and community nursing care organizationalmodels</i>	5
TOTALE	50

MODULO 2

Denominazione	ore
Leggere una comunità: profilo demografico, deiservizi, istituzionale <i>Reading a community: demographic, services, institutional profile</i>	6
Il case management <i>Case management</i>	5
Metodologia del lavoro di rete <i>Net-work methods</i>	5
Promozione ed educazione alla salute <i>Health promotion and education</i>	12
Il coinvolgimento del paziente <i>Il Patient Engagement</i>	4
Psicodinamica della vita familiare e delle relazionisociali <i>Psychodynamics of family life and social relations</i>	5
La fragilità nell'anziano <i>Fragility in the elderly</i>	10
Epidemiologia delle malattie croniche <i>Epidemiology of Chronic Diseases</i>	3
Linee guida e PDTA <i>Guide lines and PDTA</i>	4
TOTALE	54

ALLEGATO 4



Logo Azienda Sanitaria

Logo Università

ATTESTATO DI FORMAZIONE POST-BASE IN INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA E DI COMUNITA'

rilasciato ai sensi dell'art. 1, co. 5, del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, coordinato dalla L. di conversione 17 luglio 2020, n. 77 e del documento approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle PP.AA. il 10 settembre 2020 (Atto 20/164/CR06b/C7) e della Deliberazione di Giunta Regionale n. del

Si attesta che il/la Dott.

NOME E COGNOME

Nato/a a _____ il _____

Ha superato, con esito positivo, la prova finale del Corso di Formazione Regionale,

tenutosi _____ presso _____ l'Azienda

sanitaria _____ in collaborazione con

l'Università degli Studi di _____

il, (data) _____

FIRME

REGIONE PIEMONTE

AZIENDA SANITARIA

UNIVERSITA' DEGLI STUDI

IL DIRETTORE DEL CORSO