



REGIONE TOSCANA
UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 04-06-2018 (punto N 22)

Delibera N 597 del 04-06-2018

Proponente

STEFANIA SACCARDI
DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile Lorenzo ROTI

Estensore Lorenzo ROTI

Oggetto

INDIRIZZI PER LO SVILUPPO DEL MODELLO ASSISTENZIALE INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITA'. APPROVAZIONE E DESTINAZIONE DELLE RISORSE.

Presenti

ENRICO ROSSI	VITTORIO BUGLI	STEFANO CIUOFFO
FEDERICA FRATONI	CRISTINA GRIECO	MARCO REMASCHI
MONICA BARNI		

Assenti

VINCENZO CECCARELLI	STEFANIA SACCARDI
------------------------	-------------------

ALLEGATI N°1

ALLEGATI

Denominazione	Pubblicazione	Tipo di trasmissione	Riferimento
A	Si	Cartaceo+Digitale	A

STRUTTURE INTERESSATE

<i>Tipo</i>	<i>Denominazione</i>
Direzione Generale	DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

LA GIUNTA REGIONALE

Richiamata la legge regionale n. 40/2005 "Disciplina del Servizio sanitario regionale" e ss.mm.ii. e in particolare l'art. 3, relativo ai principi costitutivi, nel quale si afferma l'universalità e la parità di accesso per tutti gli assistiti ai servizi sanitari e ai livelli uniformi e essenziali di assistenza previsti negli atti di programmazione nazionale e regionale;

Preso atto che la legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66, all' art. 7 prevede la possibilità di erogare prestazioni alle persone non autosufficienti, supportando l'impegno delle famiglie nelle attività di cura ed assistenza, con specifico riferimento ad interventi in forma indiretta, anche domiciliari, per il sostegno delle funzioni assistenziali;

Considerato che il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2012-2015, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 91 del 5 novembre 2014 e ancora in vigore ai sensi dell'articolo 4 della legge regionale n.80/2017, al punto 2.2.1, tra le azioni da adottare nell'ambito della sanità d'iniziativa prevede l'avvio di un programma regionale per la standardizzazione del supporto al self management, riferito alla diffusione dei programmi di formazione del "paziente esperto";

Considerato che anche a livello europeo e nazionale vi sono indicazioni sempre più chiare nel senso dell'opportunità dell'adozione di modelli innovativi di prevenzione e gestione proattiva della cronicità, caratterizzati da una forte integrazione dei livelli assistenziali e delle figure professionali coinvolte;

Visto il Piano Nazionale della Cronicità, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 15 settembre 2016, il quale indica che il percorso del paziente con patologia cronica deve essere condiviso e gestito da un team composto da diverse figure (MMG, PLS, Infermiere, specialista territoriale e ospedaliero, assistente sociale, etc.), in una logica di collaborazione e corresponsabilità, il quale è in grado di prendersi carico di gruppi di popolazione e di garantire loro una continuità assistenziale integrata anche la presenza di infermieri con funzione di care management;

Precisato che la funzione del care management garantisce trasversalmente lo sviluppo di un piano di cure personalizzato, facilitando e favorendo il coordinamento e l'utilizzo appropriato dei diversi servizi;

Vista la propria deliberazione n. 650 del 5 luglio 2016 " Sanità d'iniziativa - Approvazione indirizzi per l'implementazione del nuovo modello" con cui sono stati approvati gli indirizzi per l'implementazione del nuovo modello della sanità d'iniziativa, tra i quali si indica in particolare lo sviluppo di un sistema di supporto al self-management come obiettivo in relazione alla gestione degli assistiti con basso rischio, la necessità di una focalizzazione della sanità d'iniziativa sugli assistiti ad alto rischio cardiovascolare, nonché di una forte personalizzazione dell'assistenza (person focused care);

Rilevato che, in considerazione di tali indirizzi, l'infermiere diventa una risorsa dell'intero sistema di presa in carico e di erogazione di cure territoriali;

Vista la propria deliberazione n. 930 del 29 agosto 2017 "Schema di accordo regionale con la medicina Generale per l'attuazione del nuovo modello di sanità d'iniziativa di cui alla DGR 650/2016" con la quale al punto 3 "Professionalità e ruoli" si indica specificatamente che l'infermiere agisce nel contesto di famiglie e comunità sulla base della conoscenza della salute

pubblica e della rete dei servizi sociosanitari su: valutazione dello stato di salute e livello di complessità assistenziale di individui e famiglie nel loro contesto comunitario, pianificazione dell'assistenza infermieristica di individui e famiglie, promozione della salute di famiglie e gruppi sociali, collaborazione alla prevenzione primaria, secondaria, terziaria, educazione, insegnamento stili di vita, supporto all'autocura di individui, gruppi di individui, famiglie;

Vista la propria deliberazione n. 905 del 7 ottobre 2017, che approva il “Modello IDEA: Incontri Di Educazione all’Autogestione delle malattie croniche”, definito a partire dai programmi di autogestione delle malattie croniche, con l’obiettivo di fornire indirizzi alle aziende sanitarie per la diffusione e l'applicazione omogenea su tutto il territorio regionale di quanto attiene alla programmazione, attuazione e verifica delle attività di supporto all'autogestione per i pazienti affetti da patologie croniche;

Rilevato che il citato PSSIR prevede espressamente la sperimentazione di proposte progettuali innovative e lo sviluppo di specifici percorsi assistenziali che affrontino l'area della cronicità e che lo stesso PSSIR, al punto 2.2.1.7 “Intervenire sulla fragilità dell’anziano per evitare la non autosufficienza”, prevede che la gestione della cronicità e della fragilità da parte dei team multiprofessionali sia realizzata in modo proattivo, nell’ambito della sanità di iniziativa, attraverso interventi di identificazione e di follow-up e attraverso la diffusione di esperienze di infermiere di famiglia o di comunità;

Ritenuto necessario, al fine di supportare l’attuazione delle delibere ed atti di programmazione sopra riportati, definire un modello assistenziale inerente il ruolo dell’infermiere di famiglia e di comunità e le sue funzioni in relazione ai diversi obiettivi ad esso affidati;

Ritenuto di approvare il documento “Indirizzi per lo sviluppo del modello assistenziale Infermiere di Famiglia e di Comunità” di cui all’allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto, definito con il contributo di un gruppo di professionisti del SST e condiviso con gli ordini degli infermieri della Toscana, nel quale sono indicati, quadro di riferimento e definizione, caratteristiche del modello, responsabilità, funzioni e competenze e relativo percorso formativo per la figura dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità;

Considerato opportuno stabilire che l'attuazione del modello avverrà attraverso una fase pilota che coinvolgerà tutte le aziende territoriali toscane con almeno 2 zone distretto per ASL individuate dalle singole aziende;

Valutato che tale fase pilota dovrà fornire gli elementi di valutazione necessari per definire i criteri di sostenibilità, progressività per l'implementazione a regime nell'ambito dell'organizzazione dei servizi territoriali;

Ritenuto opportuno costituire una Cabina di regia tecnica regionale composta dai responsabili dei settori della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale direttamente interessati, dai Direttori dei Dipartimenti delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche, dai Direttori dei Dipartimenti delle Cure Primarie e dai rappresentanti legali o loro delegati degli Ordini degli Infermieri della Regione Toscana, con funzioni di monitoraggio su avvio e andamento della fase pilota, definizione del percorso formativo regionale e identificazione degli indicatori di valutazione dell’impatto nel SSR del nuovo modello assistenziale;

Valutato opportuno sostenere la fase iniziale di formazione degli Infermieri di Famiglia e di Comunità attraverso un programma formativo degli operatori coinvolti, per la realizzazione del quale sono necessarie adeguate competenze organizzative, metodologiche e certificative, e valutato

altresì che il Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria (FORMAS) possa assicurare tali competenze;

Visto l'allegato A della DGR n. 538/2006 nel quale si specifica che "il Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria (FORMAS) viene incardinato funzionalmente nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi";

Stabilito che per la realizzazione del suddetto programma formativo, che si sviluppa nell'anno 2018, sono necessarie risorse a carico del bilancio regionale pari a € 20.000,00, da assegnare alla Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi presso la quale è incardinato il Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria (FORMAS);

Ritenuto di riservare, ai fini della copertura del budget cui dovrà attenersi l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi coinvolta nello svolgimento dell'intervento regionale come sopra quantificato, la somma di € 20.000,00 nell'ambito della disponibilità del capitolo 24136 del bilancio di previsione 2018/2020, annualità 2018;

Precisato che il finanziamento di tali oneri è da intendersi compreso nell'ambito dell'assegnazione della quota di F.S.R. indistinto spettante a ciascuna azienda sanitaria, in parte già formalizzata per quanto riguarda il 2018 con DGR n. 81/2018, ed il cui ammontare finale sarà determinato tenendo conto dei parametri previsti dal PSSIR nonché dei costi delle attività oggetto della presente deliberazione;

Ritenuto inoltre di dare mandato alla Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale per la adozione delle iniziative di implementazione e monitoraggio delle azioni previste nel documento allegato A al presente atto;

Vista la L.R. n.79 del 27 dicembre 2017 "Bilancio di Previsione finanziario 2018 - 2020";

Vista la Delibera G.R. n.2 dell'8 gennaio 2018 "Approvazione del documento tecnico di accompagnamento al bilancio di previsione finanziario 2018-2020 e del bilancio finanziario gestionale 2018-2020";

A VOTI UNANIMI

DELIBERA

1.di approvare il documento "Indirizzi per lo sviluppo del modello assistenziale Infermiere di Famiglia e di Comunità", di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto, nel quale sono indicati, quadro di riferimento e definizione caratteristiche del modello, responsabilità, funzioni, competenze e relativo percorso formativo per la figura di Infermiere di Famiglia e di Comunità;

2.di stabilire che l'attuazione del modello avverrà attraverso una fase pilota che coinvolgerà tutte le aziende territoriali toscane con almeno 2 zone distretto per ASL, individuate dalle singole aziende, e che tale fase pilota dovrà fornire gli elementi di valutazione necessari per definire i criteri di sostenibilità e progressività per l'implementazione a regime nell'ambito dell'organizzazione dei servizi territoriali;

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

4.di dare mandato al Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria (FORMAS) di realizzare un percorso formativo destinato agli operatori coinvolti;

5.di stabilire che per la realizzazione del suddetto percorso formativo, che si sviluppa nell'anno 2018, sono necessarie risorse a carico del bilancio regionale pari a € 20.000,00 da assegnare alla Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi presso la quale è incardinato il Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria (FORMAS);

6.di riservare, ai fini della copertura del budget cui dovrà attenersi l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi coinvolta nello svolgimento dell'intervento regionale e quantificato con la presente deliberazione, la somma di € 20.000,00 nell'ambito della disponibilità del capitolo 24136 del bilancio di previsione 2018/2020, annualità 2018;

7.di stabilire che il finanziamento di tali oneri è da intendersi compreso nell'ambito dell'assegnazione della quota di F.S.R. indistinto spettante a ciascuna azienda sanitaria, in parte già formalizzata per quanto riguarda il 2018 con la delibera G.R. n. 81/2018, ed il cui ammontare finale sarà determinato tenendo conto dei parametri previsti dal PSSIR nonché dei costi delle attività oggetto della presente deliberazione;

8.di dare mandato alla Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale per l'adozione delle iniziative di implementazione e monitoraggio delle azioni previste nel documento allegato A al presente atto;

Il presente atto è pubblicato integralmente sulla banca dati dagli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art. 18 della L.R. 23/2007.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
ANTONIO DAVIDE BARRETTA

Il Dirigente Responsabile
LORENZO ROTI

Il Direttore
MONICA CALAMAI

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

1. Premessa

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

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

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

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

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

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

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

Quadro concettuale di riferimento

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

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

Definizione

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

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

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

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

3. Caratteristiche del modello

Prossimità alla famiglia e alla comunità

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

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

Proattività

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

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

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

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

Equità

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

Multiprofessionalità

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

4. Responsabilità e funzioni

Responsabilità

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

Funzioni

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

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

5. Competenze

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

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

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

Le competenze richieste sono le seguenti:

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

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

6. Organizzazione

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

7. Percorso Formativo

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

8. Fase Pilota di Avvio del Modello Assistenziale

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

9. Cabina di regia e monitoraggio

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

10. Indicatori di valutazione

1. Area qualità del processo

1.1 Formazione

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

Valore target : 90%

2. Area integrazione

2.1 Livello di integrazione

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

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

3. Area di impatto

3.1 Riconoscimento - prossimità IFC – assistito/famiglia

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

Valore target: 90%

3.2 Riduzione delle chiamate inappropriate al 118

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

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

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