

**Infection control, oltre l'ospedale**  
**Bari 20-21 settembre**



Lorena Martini

Nuovi modelli organizzativi  
territoriali: implicazioni per i  
programmi di prevenzione e  
controllo delle infezioni



## ...criticità

- Crescente invecchiamento (e denatalità)
- Contenimento della spesa
- Aumento delle malattie cronico degenerative invalidanti
- Disaffezione professionale (?)

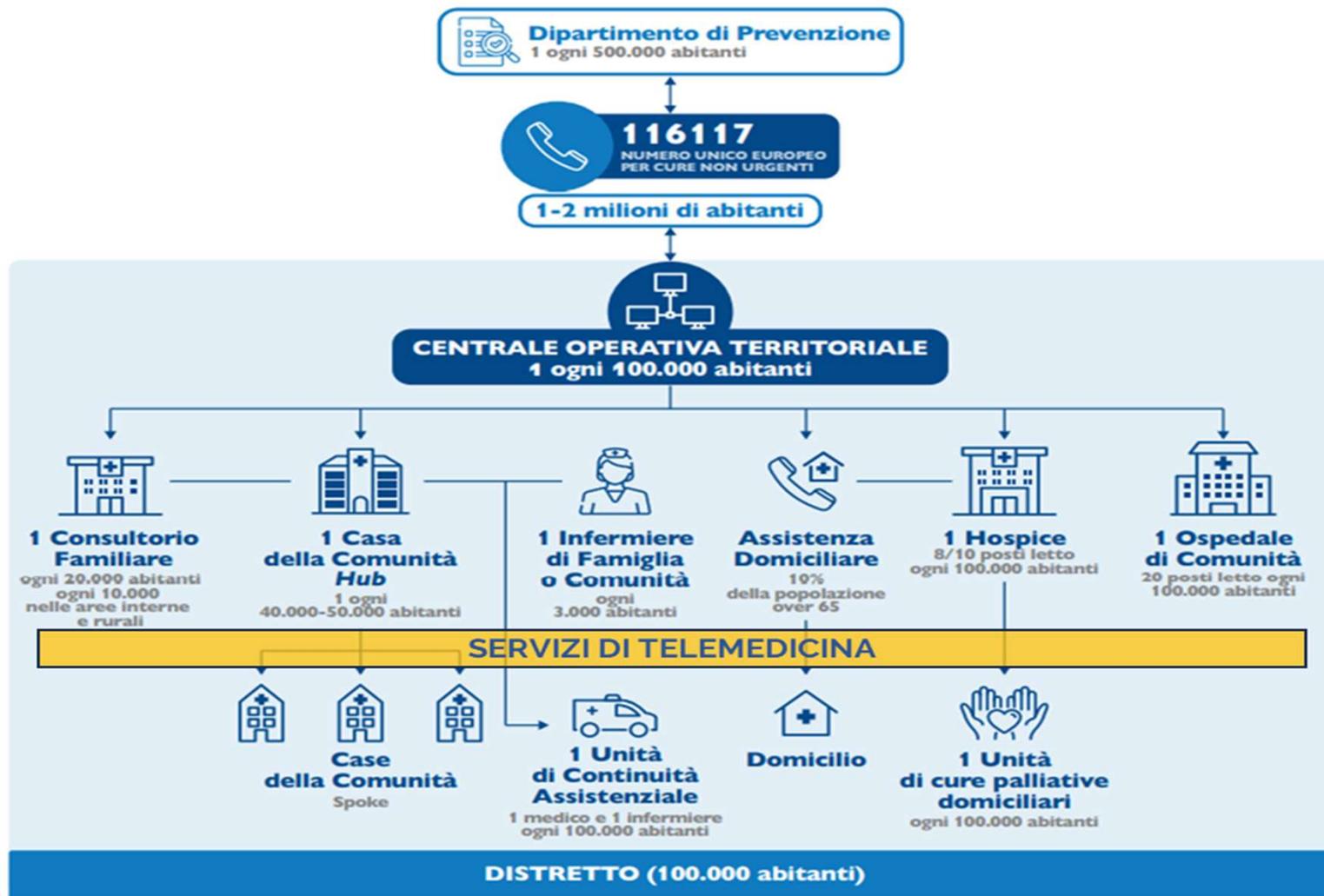


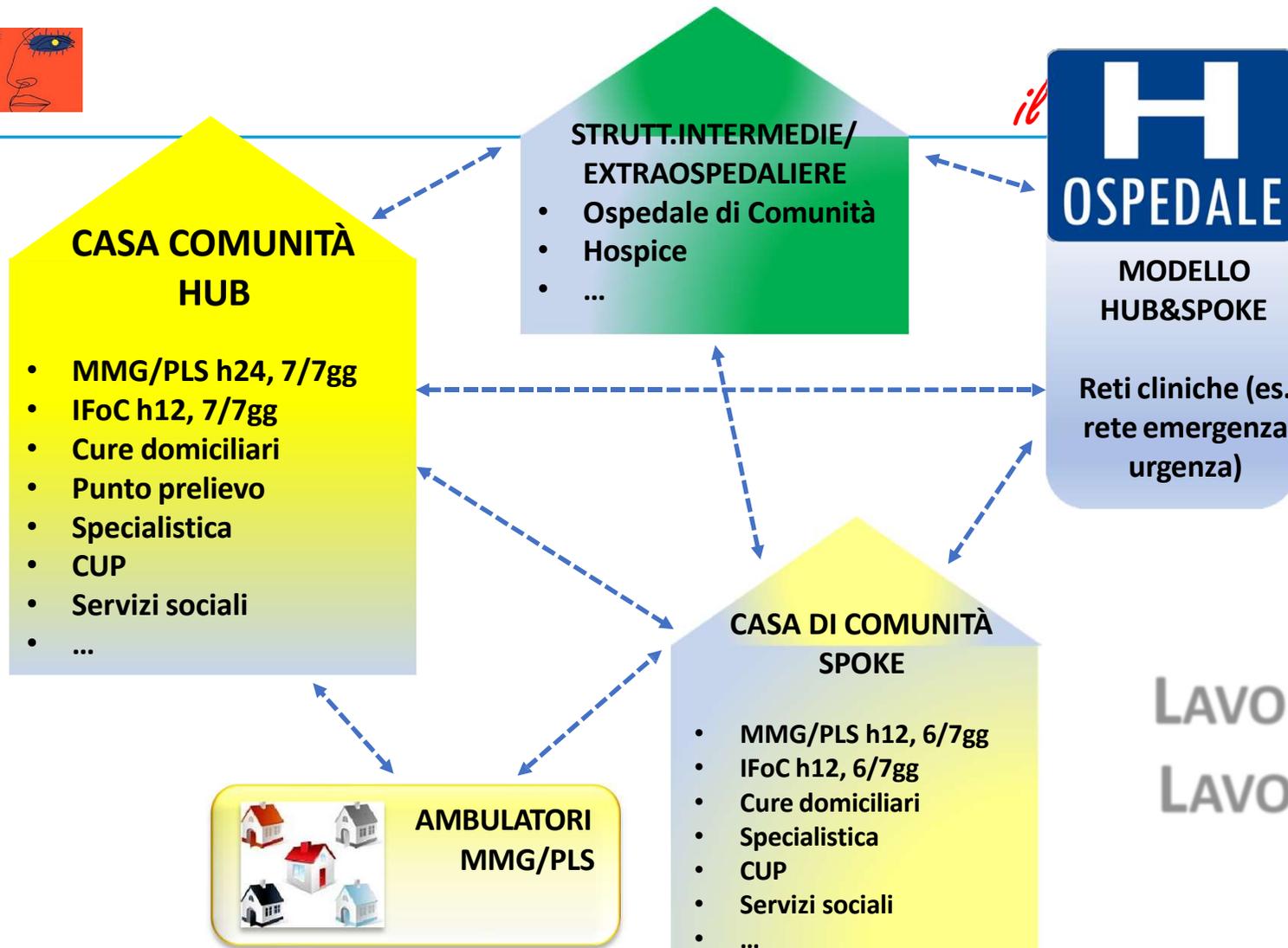
# Decreto Ministeriale n. 77 del 23 Maggio 2022:

## Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN ~~1~~ Convegno triennale anipio



**NUOVA ORGANIZZAZIONE  
CHE SI FONDA SU  
COLLEGAMENTI  
FUNZIONALI, RELAZIONI,  
RETI**





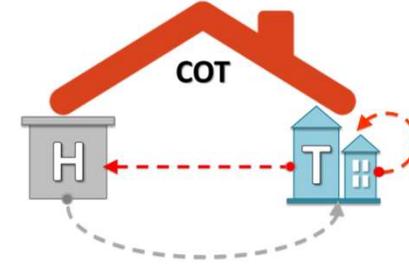
**LAVORARE PER PERCORSI!  
LAVORARE SUI PERCORSI!**

«L'organizzazione a rete è un sistema di riconoscibili e multiple connessioni e strutture entro cui operano nodi ad alto livello di autoregolazione, capaci di cooperare tra loro in vista di fini comuni e di risultati condivisi».



# CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

Cos'è?



È uno strumento **organizzativo** che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.



# Centrale Operativa Territoriale

VERRANNO REALIZZATE 480 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI CON I FONDI PNRR

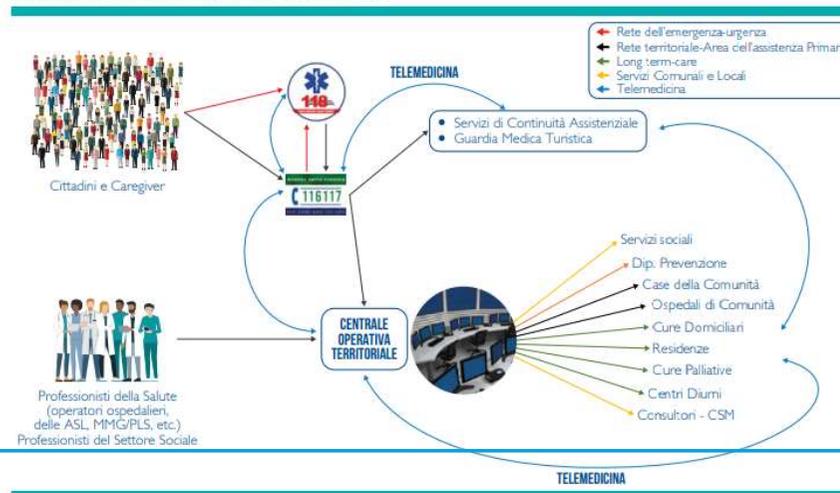
**Standard:** 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore

**Standard minimo di personale:** di 1 COT per 100.000 abitanti: 1 coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri, 1-2 unità di personale di supporto

## Operativa 7 giorni su 7

La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo innovativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Schematizzazione del nuovo modello organizzativo della rete territoriale (schema tratto da "I Quaderni" - supplemento alla rivista Monitor di Gennaio 2022)





# FUNZIONI BASILARI della COT

*il* convegno triennale anipio



## COORDINAMENTO

*coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare)*

## MONITORAGGIO

*tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro*

## INFORMAZIONE

*supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC, ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali*



## ELEMENTI DISTINTIVI DELLA COT

- ✓ Si fonda su un **modello assistenziale trasversale** basato su processi integrati ( $\Rightarrow$  necessario conoscerli ed analizzarli...)
- ✓ Presuppone la **conoscenza delle risorse del sistema** e della loro organizzazione ( $\Rightarrow$  necessario sapere quali risorse e come...)
- ✓ Non gestisce risorse ma **le attiva**
- ✓ Facilita la **relazione: bisogni – risorse disponibili**
- ✓ È garante che **l'erogazione delle risposte vi sia stata realmente**



# Casa della Comunità

## Standard

1 Casa della Comunità Hub ogni **40.000 – 50.000** abitanti  
CdC spoke deve tener conto delle caratteristiche orografiche e demografiche

● **Organizzazione capillare** su tutto il territorio  
Struttura fisica in cui opera un'equipe **multiprofessionale** di:

- MMG e PLS
- Medici specialisti
- Infermieri di Famiglia o Comunità
- Altri professionisti della salute
- Assistenti sociali

● Punto di **referimento continuativo per la popolazione** che permette di garantire la presa in carico della comunità di riferimento anche attraverso:

- Una infrastruttura informatica
- Un punto prelievi
- La strumentazione polispecialistica e diagnostica di base

La CdC è il **luogo fisico** e di facile individuazione al quale i **cittadini** possono **accedere** per **bisogni** di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria.

Infection control, oltre l'ospedale - Bari 20-21 settembre 2024



**VERRANNO REALIZZATE 1038 CASE DELLA COMUNITÀ HUB CON I FONDI PNRR**



## La funzione strategica delle Case della Comunità nella riorganizzazione della Sanità Territoriale secondo il DM77

La Casa della Comunità rappresenta il punto di **riferimento** per i **cittadini** e i loro bisogni, la “Casa” nella quale la “Comunità” trova **accoglienza** ed **orientamento**, attraverso il suo Punto Unico di Accesso e la sua contiguità con la COT ed i Servizi Distrettuali.



## La Casa della Comunità, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, svolge quattro funzioni principali

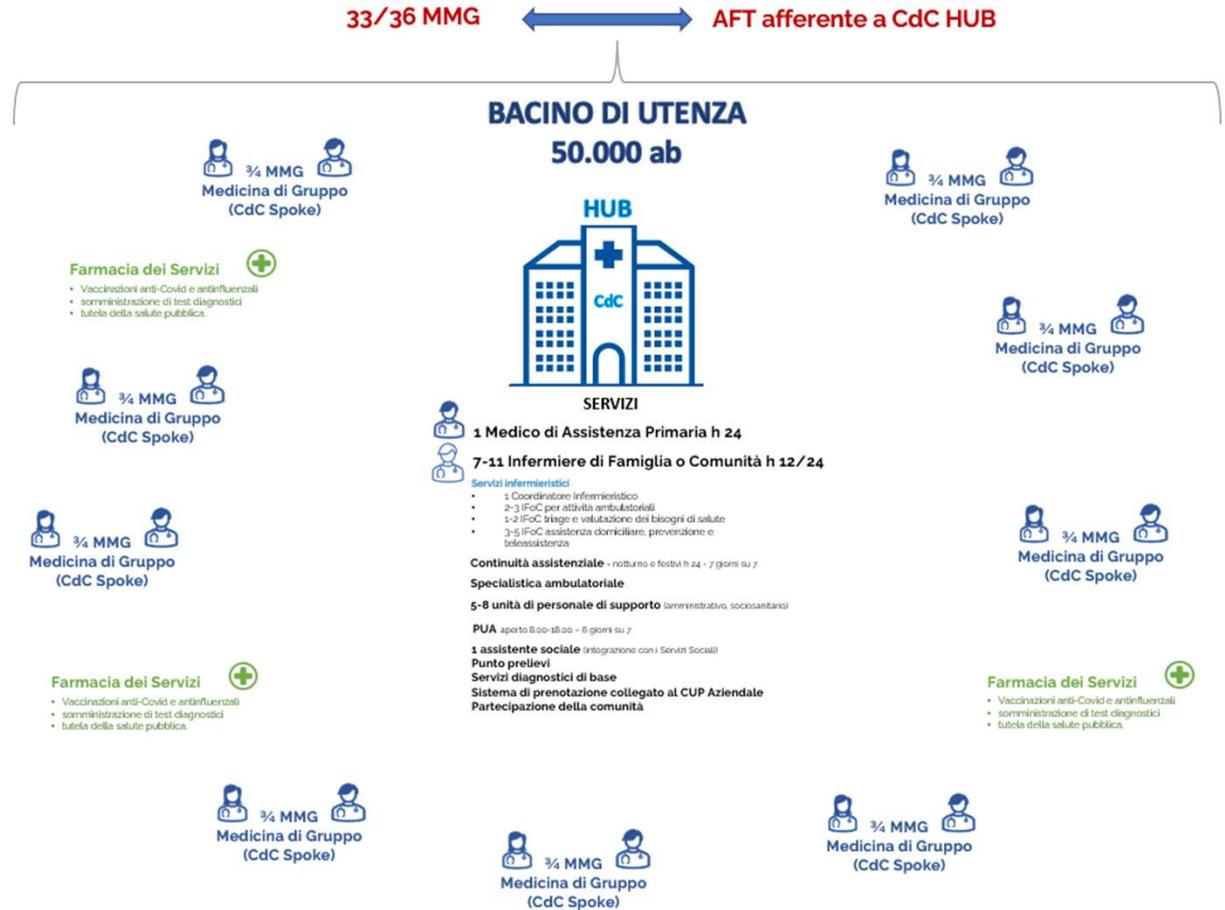
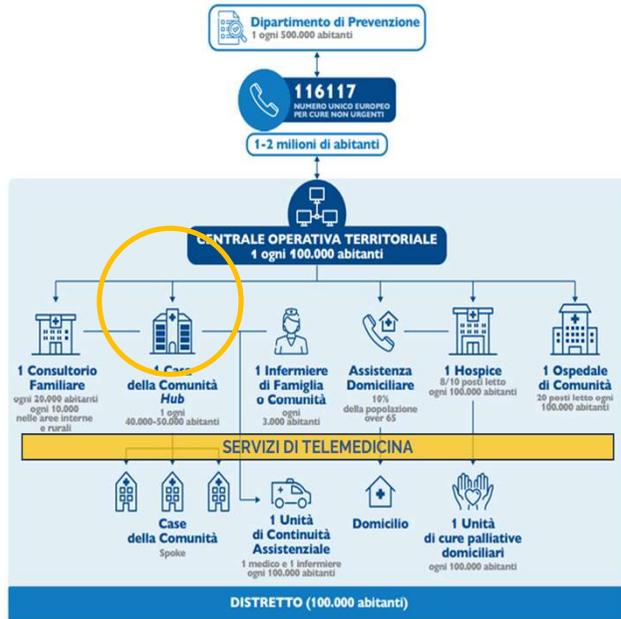
1. è il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, **interpreta il quadro dei bisogni**, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi;
2. è il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso **il lavoro interprofessionale** e multidisciplinare;
3. è il luogo dove le risorse pubbliche vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità attraverso lo strumento del **budget di comunità**;
4. è il luogo dove la comunità ricomponne il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle **reti sociali**.



# Reti di Prossimità, strutture e telemedicina

## Il modello organizzativo della Casa della Comunità

## il convegno triennale anipio



Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022



## Carta di identità della CdC

### Cosa è una CdC

- Luogo di una nuova identità comunitaria
- Luogo della partecipazione
- Luogo della integrazione delle risorse
- Luogo dell'accoglienza e del riconoscimento di cittadinanza e dell'aver cura

### Cosa NON è una CdC

- Un luogo dove si erogano solo prestazioni
- Un luogo esclusivo della sanità
- Un luogo della delega per la soluzione dei problemi individuali
- Il luogo degli specialismi e della tecnologia



# La Sanità Digitale nel PNRR

il convegno triennale anipio



## Il PNRR ha previsto un finanziamento per la sanità digitale pari a circa € 2,5 Mld

La trasformazione dei servizi socio-sanitari in chiave digitale connettendo e integrando luoghi, ruoli e saperi del sistema salute.

La trasformazione in “telemedicina” di una visita specialistica o di una prestazione sanitaria oggi effettuata in ospedale è uno degli elementi in campo. Ma una piena ed esaustiva trasformazione digitale passa necessariamente attraverso l’implementazione degli strumenti digitali in prossimità e al domicilio del cittadino: è qui che la sanità digitale può trovare una valenza diversa.



### 1.2.1



10% della popolazione over 65

### Modello organizzativo

Presenza di personale sanitario 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 (normativa nazionale e regionale vigente), ivi compresi i servizi di telemedicina.

La programmazione degli accessi dei professionisti sanitari a domicilio dovrà essere sviluppata nell'arco dell'intera settimana.





## Innovazioni Infermieristiche: Nuovi Orizzonti per la Professione

Tra le principali innovazioni troviamo:

- **Assistenza Virtuale:** Gli infermieri possono fornire consulenze e assistenza a distanza tramite videochiamate e altre tecnologie di comunicazione.
- **Dispositivi di Monitoraggio Remoto:** Utilizzo di dispositivi medici indossabili che permettono il monitoraggio continuo dei parametri vitali dei pazienti.
- **Piattaforme di Gestione delle Cure:** Strumenti digitali che facilitano la pianificazione e la gestione delle cure personalizzate.



# L'ospedale di comunità



# Percorso normativo

*il* convegno triennale anipio



**Piano Sanitario Nazionale 2006-2008** L'Ospedale di Comunità veniva definito come una **“Struttura dedicata - all’attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto - al consolidamento delle condizioni fisiche – alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero”**, quindi, strumento di raccordo tra il sistema delle cure primarie e quello delle cure ospedaliere e come modalità di completamento dell’offerta dei servizi di cure intermedie.

**Patto per la Salute 2014-2016** Nel perseguimento degli obiettivi della sostenibilità del SSN e dell’uniformità, equità ed universalità degli interventi sulla salute si occupava anche dell’Ospedale di Comunità, che veniva promosso accanto all’attivazione dell’Hospice ed alle cure domiciliari quale **risposta più efficace ai ricoveri inappropriati**. Accanto alla tipologia di ricovero, il Patto per la Salute attribuisce l’assistenza medica erogata in tali strutture ai MMG e PLS o: “altri medici dipendenti e convenzionati con il SSN”.

**Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 4 aprile 2015** Configura l’Ospedale di comunità quale **strumento di integrazione ospedale-territorio e di continuità delle cure**, erogate sulla base di una valutazione multidimensionale della persona da assistere, attraverso un piano integrato e individualizzato di cura; struttura da intendersi non come struttura ex novo, bensì derivante dalla riconversione di posti letto per la degenza in strutture già esistenti, che vengono rimodulate all’interno del nuovo modello.

**Il Piano Nazionale della Cronicità 2016** Il Piano si occupa dell’”Ospedale di Comunità”, promuovendo il concetto di assistenza infermieristica. L’Ospedale di Comunità si colloca, quale **anello di congiunzione fra la realtà ospedaliera ed il territorio, attraverso la rete dei servizi domiciliari e le strutture residenziali, costituendo il modello organizzativo distrettuale a maggiore intensità sanitaria**.

**Conferenza Stato-Regioni 20/01/2020** approvazione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi



# Ospedale di Comunità

**1 OdC (20 posti letto) ogni 100.000 abitanti**

4,5 ore/die medico  
1 Coordinatore infermieristico  
7-9 Infermieri  
4-6 Operatori socio-sanitari  
1-2 Altro Personale sanitario



Ospedale per acuti

3 posti letto ogni  
1000 ab



Ospedale post-acuti

0,7 posti letto ogni  
1000 ab



Ospedale di Comunità

0,2 posti letto ogni  
1000 ab

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla **rete di offerta dell'Assistenza Territoriale** e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di **evitare ricoveri ospedalieri impropri** o di **favorire dimissioni protette** in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

## Modello organizzativo:

- ❖ Moduli di **15-20 posti-letto estendibili a max 40 PL a gestione infermieristica**;
- ❖ La responsabilità clinica è del MMG o Specialista Asl;
- ❖ La valutazione multidimensionale del paziente;
- ❖ Il Piano Integrato e Individualizzato di cura; concordato attivamente tra professionisti sanitari e sociali, pazienti e caregiver;
- ❖ Infermieri presenti continuativamente nelle 24 ore, coadiuvati da altro personale (OSS) e altri professionisti come i fisioterapisti.



# Infermiere di Famiglia o Comunità

## Standard

Almeno **1 IFoC** ogni **3.000** abitanti.

Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.



## Definizione

Professionista di riferimento che assicura l'**assistenza infermieristica** ai diversi livelli di complessità **in collaborazione con tutti i professionisti** presenti nella comunità in cui opera, **perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona.**



LINEE DI INDIRIZZO  
INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ

# “Linee di indirizzo Infermiere di famiglia e comunità”

## AGENAS



# Linee di indirizzo

il convegno triennale anipio



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

## Indice

Glossario.....	3
1. Premessa.....	4
2. Le esperienze di attivazione degli IFeC.....	6
3. Elementi di contesto.....	7
4. Definizione.....	8
5. Popolazione target.....	9
6. I livelli dell'intervento.....	10
7. Le competenze core.....	12
8. Modello Organizzativo.....	15
9. Standard di personale.....	15
10. Formazione.....	16
11. Criteri di reclutamento e di allocazione.....	17
12. Valutazione di processo e degli esiti.....	17
Bibliografia.....	20
ALLEGATO 1- Quadro Epidemiologico.....	23
Gli effetti pandemici sul ricambio demografico.....	23
Mortalità correlata al Covid 19.....	25
La pandemia e gli effetti limitati sull'invecchiamento.....	26
Stato di salute e patologie croniche.....	28
ALLEGATO 2 – Percorso formativo Regionale.....	31

LINEE DI INDIRIZZO

INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ

### Gruppo di lavoro

Regioni:

Campania, Emilia Romagna, Lombardia, Marche, FVG, Puglia, PA Trento, Sardegna, Umbria, Veneto.

Università di Torino

Università S.S.S. Anna – Lab. MES

FNOPI

AIFEC

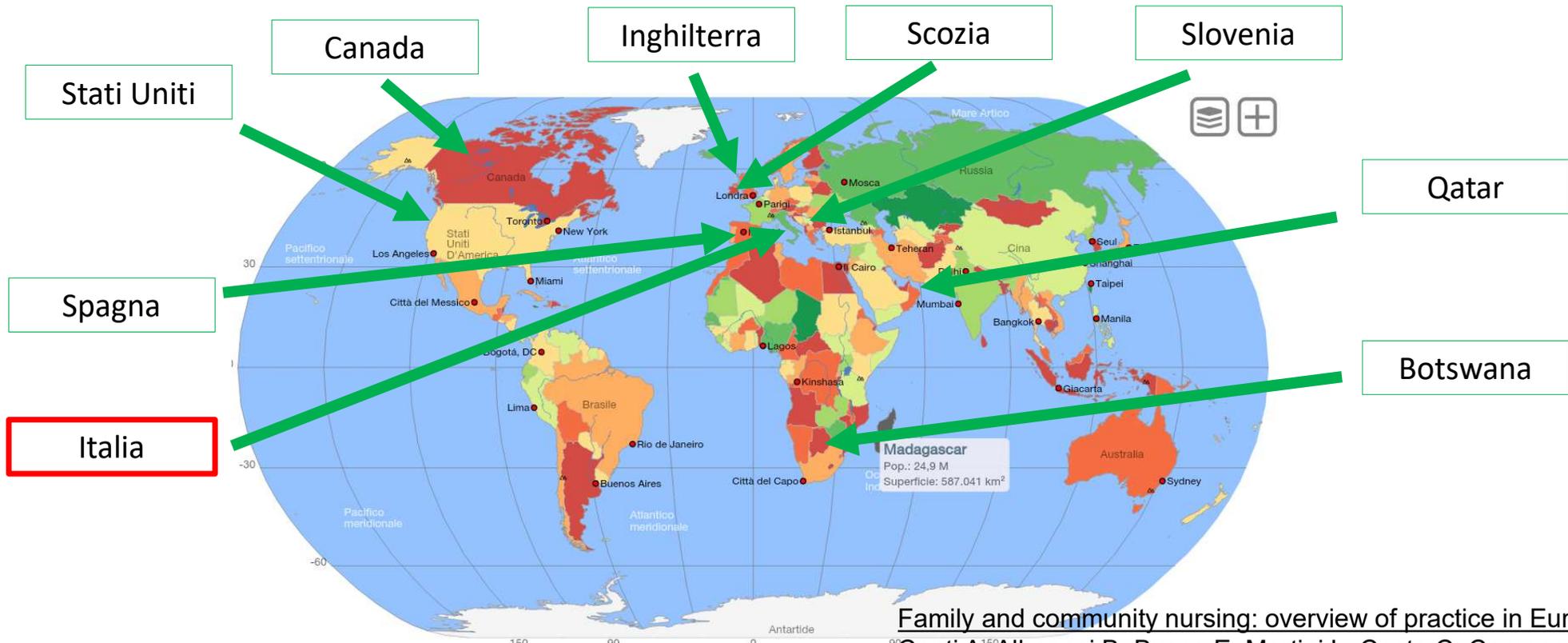


... nel mondo

il convegno triennale anipio



A livello internazionale sono molti i paesi che hanno inserito l'infermieristica di famiglia e di comunità nell'ambito delle cure primarie...



Family and community nursing: overview of practice in Europe. Conti A, Albanesi B, Busca E, Martini L, Costa C, Campagna S. Assist Inferm Ric. 2021 Jul-Sep;40(3):131-136



# Infermiere di famiglia nel mondo

convegno triennale anipio



In molte parti del mondo l'infermiere di famiglia è una figura professionale consolidata. La necessità dell'assistenza infermieristica domiciliare è emersa progressivamente e gradualmente, nella maggior parte dei paesi europei.

- Negli Stati Uniti, si è sviluppata negli anni 60 per rispondere ai bisogni di assistenza primaria nelle zone rurali, configurandosi come profilo di competenze infermieristiche avanzate (*Nurse Practitioner*).
- Nel Regno Unito già da tempo si fa affidamento sul *Public Health Nurse* che presta servizio nelle comunità. Si occupa degli aspetti pratici che garantiscono la cura e il mantenimento della salute dei cittadini. Percorso di formazione specialistica dopo il conseguimento del titolo di infermiere.
- In Irlanda l'infermiere di sanità pubblica (NP) assegnati ad area geografica, standard 1:5000 e collaborano con i MMG. Formazione post laurea 2 anni Master in Sanità Pubblica.

Family and community nursing: overview of practice in Europe.

Conti A, Albanesi B, Busca E, Martini L, Costa C, Campagna S.

Infection control, oltre l'ospedale - Bari 20-21 settembre 2024



## Infermiere di famiglia nel mondo

- In Svezia un'esperienza clinica certificata di 2 anni, Master di 2 anni. Si occupano di programmi specifici per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie in aree geografiche specifiche.
- In Finlandia i *Public Health Nurse* sono infermieri laureati: il corso base dura 4 anni, e include moduli di Infermieristica di comunità. Ad oggi tale figura è considerata fondamentale nell'identificazione precoce di problemi sanitari e sociali complessi.
- In Spagna, il modello prevede che i cittadini scelgano il MMG e l'IFoC, che in genere ha in carico 1500-2000 utenti. I cittadini si rivolgono all'IFoC per problemi assistenziali e il consulto con il medico è attivato in caso di necessità. La formazione degli infermieri di sanità pubblica prevede 4 anni di formazione di base e 2 anni di specializzazione in infermieristica di famiglia e comunità.

Family and community nursing: overview of practice in Europe.

Conti A, Albanesi B, Busca F, Martini I, Costa C, Campagna S.



# IFoC: modello organizzativo il convegno triennale anipio



L'IFoC è un dipendente del SSR che afferisce al distretto sanitario

Opera sul servizio territoriale all'interno delle Case della Comunità, COT e ambulatori di prossimità

Realizza interventi basati su modelli di prossimità e di iniziativa

Si integra con i servizi esistenti, attraverso percorsi condivisi e la definizione di ruoli specifici e il potenziamento e lo sviluppo della rete sociosanitaria con un'azione che si sviluppa dentro e con le famiglie/comunità



# L'Infermiere di Famiglia o di Comunità: i 4 elementi cardine

*il* convegno triennale anipio



## Prossimità alla famiglia e alla comunità

L'ambito di riferimento territoriale dell'IFoC è un elemento fondamentale e caratterizzante. Con la sua presenza nel territorio si prevede l'individuazione di assistiti di propria competenza, secondo un criterio geografico di ripartizione del territorio e di stratificazione del livello di bisogno della popolazione.

## Interprofessionalità

L'IFoC opera secondo una **logica interprofessionale** 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, gli assistenti sociali e i tutti gli altri professionisti della salute.

## Proattività

L'IFoC 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.

## Equità

L'IFoC, 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.

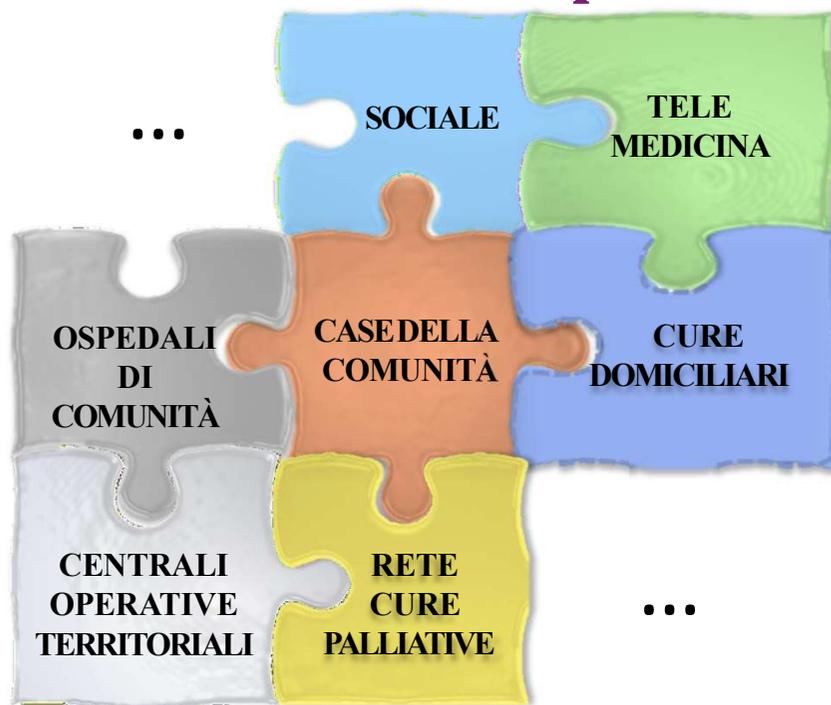


## L'infermiere specialista nel rischio infettivo protagonista per un nuovo modello di sanità territoriale e la prevenzione delle ICA

- Al di là dei dati, nell'ottica di perseguire un continuo miglioramento delle pratiche assistenziali, l'ISRI è chiamato a una svolta di paradigma, che ponga realmente il paziente al centro di un percorso in cui il Territorio e il Domicilio diventano teatro di un nuovo modello organizzativo orientato alla prevenzione, al monitoraggio e al controllo.
- Lo scopo è soprattutto raccogliere l'adesione e la collaborazione ai programmi di famiglie, gruppi e comunità, promuovere la cultura della prevenzione e naturalmente evitare il ricorso alle strutture ospedaliere, l'ospedalizzazione e l'uso, a volte anche improprio, dei servizi di urgenza-emergenza.
- L'ISRI è chiamato a porre realmente il paziente al centro di un percorso in cui il territorio e il domicilio sono al centro del nuovo modello organizzativo orientato alla prevenzione, monitoraggio e controllo .
- Infine è importante implementare i programmi di management del rischio infettivo in tutti i setting dove si attivano processi di cura e assistenza che coinvolgono anche bambini e famiglie in luoghi come la scuola, la famiglia, le parrocchie, gli studi dei pediatri o degli specialistici, gli ambulatori sul territorio e le farmacie.
- In tali contesti la presenza e le attività educative risulterebbero fondamentali e andrebbero a integrarsi con l'attività di altri professionisti.



## Componenti del modello previsto dal DM 77



**NUOVA ORGANIZZAZIONE  
CHE SI FONDA SU  
COLLEGAMENTI  
FUNZIONALI, RELAZIONI,  
RETI**



**Unica progettualità di SISTEMA...  
multidimensionalità**



## ... allora quali **COMPETENZE** necessarie?

- Capacità di prendere decisioni rapide
- Conoscenza delle risorse esistenti e delle «nuove risorse»
- Capacità di lavorare per obiettivi
- Capacità di costruire e facilitare le relazioni, abilità di gruppo
- Capacità di analizzare e re-ingegnerizzare l'organizzazione, i processi, percorsi, servizi in collaborazione con altri
- Capacità di comunicazione e di risoluzione dei conflitti
- Flessibilità del ruolo
- Valore dell'esperienza umana rispetto ai dati
- ...





## ... verso quali prospettive

*il* convegno triennale anipio



- Strutture: ospedale senza muri, centri di prossimità, strutture intermedie, ecc.
- Multi professionalità e interdisciplinarietà, equipe e team "integrati"
- Sistemi integrati ed accessibili: ospedale e territorio nelle sue declinazioni (es. RSA, strutture intermedie, domicilio, ecc.)
- Dal modello organizzativo per strutture verticali a quello matriciale per discipline e processi
- Tecnologia: sanità digitale, telemedicina, intelligenza artificiale
- Approcci partecipati

***Innovazione, integrazione e gestione del cambiamento***



## *Take-home message*

- L'efficacia è **fare le cose giuste**, è il vero obiettivo comune dei professionisti e viene prima, solo dopo dobbiamo pensare a come farle in modo efficiente;
- I sistemi complessi si muovono con poche regole, **impariamo** a conoscerle e ad **usarle**;
- Abituamoci a pensare nel medio lungo periodo e non sempre e solo nel breve;
- ***No ai silos, si ai percorsi di cura e reti cliniche integrate e alla rete dei professionisti-*** attivando nuovi paradigmi di scelte professionali e gestionali;
- Abbandoniamo il lavoro basato solo sulle prestazioni e lavoriamo a quello **centrato sulle persone e sui loro bisogni**.



# Conclusioni

Il cambiamento culturale è il passare da «I» a «We»,  
che in un percorso condiviso può anche comportare la  
*ridistribuzione di responsabilità/attività.*

*Sharing the care to improve access to primary care  
(NEJM 2012)*

[martini@agenas.it](mailto:martini@agenas.it)