

ASSISTENZA TERRITORIALE PROSSIMA: REVISIONE NARRATIVA DELLA LETTERATURA

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE

CAPITOLO 1. EVOLUZIONE DELLA DISCIPLINA INFERMIERISTICA

1.1 Storia dell'assistenza Nazionale ed Internazionale: dalle origini a oggi

1.2 Formazione universitaria Infermieristica in Italia

1.3 Processo di professionalizzazione

1.4 Codice deontologico dell'Infermiere

CAPITOLO 2. PROSPETTIVE FUTURE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

2.1 Evoluzione del concetto di salute e le politiche dell'OMS

2.2 Piani Sanitari Nazionale e Regionale

2.3 Nuovo modello di assistenza territoriale

CAPITOLO 3. INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ IN ITALIA

3.1 Definizione del ruolo

3.2 Competenze core

3.3 Un futuro vicino sul nostro territorio?

3.4 Infermiere Case Manager

DISCUSSIONI

CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

ABSTRACT

Introduzione: Le nuove necessità della società in correlazione ai cambiamenti in atto sia sul piano clinico ed epidemiologico, sia su quello demografico e sociale, richiedono un nuovo percorso che nei prossimi anni le aziende sanitarie dovranno intraprendere per soddisfare le esigenze di cura quanto più vicino possibile al domicilio dei cittadini.

Obiettivo: La tesi analizza cosa si intende con la dicitura di “infermiere di famiglia e di comunità”, i relativi percorsi di formazione e di implementazione sul territorio e delle potenzialità determinate dall’introduzione di tale professionista per il potenziamento delle cure primarie.

Materiali e metodi: È stata condotta una revisione narrativa della letteratura riferita specificatamente al contesto sanitario italiano utilizzando anche dati non indicizzati, siti istituzionalizzati (ISS e FNOPI) e il quadro normativo di riferimento. Per la ricerca le parole chiavi utilizzate sono state le seguenti: infermiere di famiglia e di comunità, assistenza proattiva, prevenzione e promozione, Chronic Care Model, self-care, community care, case management.

Risultati: Dalla letteratura reperita si può affermare che l’infermiere di famiglia e di comunità è la figura professionale 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. Promuove autocura e consapevolezza generando appropriatezza sia economica che clinica, proprio partendo dall’educazione al singolo e alle comunità, ma soprattutto risponde ai bisogni delle persone che dopo brevi esperienze di ospedalizzazione necessitano di lungo supporto assistenziale.

Conclusioni: Si sottolinea la necessità di formalizzare il ruolo dell’infermiere di famiglia e di comunità, il che dovrebbe essere approvato al più presto per consentire a tutti i cittadini di poter usufruire dei vantaggi descritti e al sistema di garantire una organizzazione prossimale della rete territoriale, mirata non solo alla cura e all’assistenza, ma anche alla vera e propria prevenzione ed educazione alla salute.

INTRODUZIONE

La finalità del presente lavoro di Tesi è stato quello di definire i ruoli e le competenze dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) per tentare di ridurne gli elementi di diversificazione interpretativa, giungendo ad una possibile definizione scientifica. È evidente quanto la transizione demografica ed epidemiologica in corso stia producendo una crescente domanda di salute a bisogni complessi, che tuttavia, non hanno trovato un'efficace risposta da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in Italia. Il tradizionale modello assistenziale, incentrato sull'ospedale, non sembra più in grado di evitare l'aggravamento e il ricorso al Pronto Soccorso per la gestione delle recidive delle malattie croniche, soprattutto per quanto riguarda la popolazione anziana. Inoltre, la pandemia COVID-19 (Coronavirus Disease 19) ha acuito le già evidenti disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, riportando al centro del dibattito la necessità di intervenire e rinnovare alcuni elementi chiave del SSN. Per soddisfare le esigenze di cura di prossimità degli assistiti, pare oggi evidente investire sulla medicina d'iniziativa che metta in campo azioni strategiche di prevenzione e di educazione sanitaria volti ad incrementare la salute generale e potenziare l'assistenza sanitaria territoriale in particolare. In questo nuovo scenario, l'inserimento dell'IFeC risulterebbe fondamentale in quanto sarebbe in grado di rispondere direttamente ai bisogni di salute dell'assistito e alla comunità d'appartenenza. In questo elaborato di Tesi sono stati quindi affrontati argomenti quali l'evoluzione della figura dell'infermiere, le politiche per la tutela della salute, il contributo dell'infermiere nella prevenzione e nell'educazione sanitaria fino a giungere alla nascita di un nuovo profilo professionale: l'IFeC. Sono state poste in evidenza le competenze di quest'ultimo e l'importanza che questo potrebbe avere nella sfera educativo-sanitaria, in un'Italia già sofferente di una situazione di emergenza come quella attuale. Sono giunta alla conclusione che l'IFeC possa aiutare individui, famiglie e gruppi a raggiungere il loro potenziale fisico, mentale e sociale all'interno dell'ambiente di vita e di lavoro, favorendo l'autoresponsabilità e l'autodeterminazione.

1. EVOLUZIONE DELLA DISCIPLINA INFERMIERISTICA

1.1 Storia dell'assistenza Nazionale ed Internazionale: dalle origini ad oggi

Il verbo assistere deriva dal latino “assistere”, composto di ad- e sistere, propriamente «stare accanto», tradotto con stare vicino ad una persona per offrirle aiuto e sostegno. La storia dell'assistenza è indissolubilmente legata alla storia dell'uomo. Infatti, l'assistenza nacque come forma di reciproca solidarietà dettata dalle esigenze di sopravvivenza del singolo e di continuità della specie. Nella storia dell'umanità, quasi certamente, qualche forma di assistenza infermieristica è sempre esistita ma la documentazione sulla professione nella sua forma attuale è disponibile solo per gli ultimi 150 anni circa (Nightingale, 1860). Per comprendere il “to care” infermieristico di oggi è necessario collocare l'assistenza nelle diverse cornici socio-culturali che l'hanno prodotta ed influenzata. Fin dall'età antica l'assistenza si è strutturata come aiuto alla vita attraverso le cure esercitate dalle donne. Hanno svolto a lungo la funzione di levatrici e le loro conoscenze in materia si sono trasmesse oralmente da madre a figlia e da vicina a vicina, basate essenzialmente sull'effetto terapeutico di erbe. Nell'antica Grecia la guarigione e il misterioso fenomeno della malattia erano affidate alle divinità e propiziate tramite offerte, fin quando Ippocrate (400 a.C.), considerato il padre della medicina, determinò significative evoluzioni rigettando la credenza che la malattia avesse cause soprannaturali. Teorizzò la necessità di osservare razionalmente i pazienti prendendone in considerazione l'aspetto ed i sintomi. Inventò la cartella clinica, così come è ancora oggi in uso ed introdusse per la prima volta i concetti di diagnosi e prognosi. Accanto alle nozioni pratiche, affermò l'importanza del rapporto tra medico e paziente: per lui il dialogo tra questi due attori era essenziale per porre una giusta diagnosi ed assicurare il benessere del paziente. La civiltà romana si occupò in particolare di igiene pubblica. Vennero edificati acquedotti, fognature, bagni termali e nell'ambito della medicina spiccarono alcuni personaggi come Celso che pubblicò il primo testo organico di medicina. Lungo le frontiere del Reno e del Danubio sorsero i valetudinaria (da “valetudo”, «buona salute»), una specie di ospedali costruiti nelle

fortificazioni militari per particolari categorie di persone: schiavi o soldati feriti. Fu però con la diffusione del Cristianesimo e la sua concezione di carità che cresce l'attenzione verso il prossimo. Il Concilio di Nicea, nel 325 d.C., stabilì che ogni Vescovato e Monastero dovesse istituire in ogni città ospizi per pellegrini, poveri e malati. Ebbe così inizio la diffusione di questi luoghi ospitali chiamati "Xenodochi" dove l'assistenza, erogata soprattutto da cristiani, cercava perlopiù di rispondere ai bisogni di igiene e comfort degli individui. Le diaconesse favoriscono per la prima volta lo sviluppo dell'assistenza basata sulla fede religiosa come vocazione. A partire dal MedioEvo, epoca di povertà e di grandi calamità, i vescovi assunsero ruoli di tutela dei poveri. L'assistenza veniva erogata da ordini monastici all'interno di ospedali annessi al monastero: gli ospizi, dal latino hospes «ospite». Vi si offriva riposo, protezione, vitto, insieme alla cura delle ferite tramite il ricorso a piante medicinali coltivate direttamente dai monaci stessi. Così nacque la figura di un esperto nel settore della cura chiamato "monachus infirmarius", da "infirmus" «infermo», termine che designa una condizione di bisogno, poi rappresenterà il luogo in cui si presterà la cura (infirmarium), successivamente sarà riferito alla professione infermieristica nello specifico. Dopo il Mille il concetto di servizio di assistenza tese ad assumere forme associative e previdenziali attraverso la nascita di ordini e confraternite religiose, i cui concetti ispiratori furono solidarietà e fratellanza. Nasce nel frattempo in campo medico la Scuola di Salerno che fu il centro di maggiore celebrità per l'insegnamento della medicina nei secoli intorno al 1000. Nell'età del Rinascimento, in Inghilterra l'assistenza agli infermi cominciava ad essere considerata non più una semplice espressione della pietà cristiana, ma anche un segno dell'impegno sociale del Re. Però nel resto d'Europa, il carattere religioso avrebbe permeato ancora per lungo tempo l'organizzazione ospedaliera. Fu soprattutto la ricerca scientifica che caratterizzò in tutta Europa la Sanità del '600 e del '700. L'assistenza continuò ad essere praticata dai cristiani, d'altro canto, scienza e razionalismo si allontanarono progressivamente dalla cultura filosofico-religiosa dei secoli precedenti. Con la nascita della medicina "scientifica" si aprì la strada all'ospedale moderno, non più come ospizio ma come luogo principale di diagnosi e cura. Con la Rivoluzione francese e con i concetti di

libertà-uguaglianza-fraternità, anche il povero divenne, in quanto cittadino, soggetto con diritti. L'assistenza viene assunta come compito dello Stato laico attraverso le istituzioni pubbliche. Si incominciò a studiare nuove soluzioni architettoniche che avrebbero garantito agli ospedali più aria, più luce e una sistemazione più appropriata dei ricoverati: gli ospedali a padiglioni separati. Dunque, nell'Illuminismo si compì in modo definitivo la frattura fra visione medievale dell'assistenza come carità e visione moderna di assistenza, attraverso l'introduzione del concetto di diritto all'assistenza: la carità veniva spogliata del suo valore religioso per diventare un dovere sociale dello Stato. L'Ottocento, epoca della rivoluzione industriale, portò profondi cambiamenti nel modo di vivere e di pensare. Fiorirono nuove scienze come la psicologia e la farmacologia. Aumentò la vita media della popolazione grazie alla diminuzione della mortalità infantile, ad una sana alimentazione, alle lotte dei lavoratori ed ai progressi della medicina moderna. Furono costruiti ospedali a padiglioni separati, dedicati alla cura dei malati divisi per patologia. Qui i medici assunsero una posizione dominante, impartendo ordini agli infermieri su ciò che dovevano fare. Quest'ultimi basavano il proprio operato su dei manuali, ubicati all'interno dell'ospedale, con sopra definite le precise mansioni da svolgere. In questo contesto storico-culturale si fece strada l'infermiera britannica Florence Nightingale (1820-1910), considerata come la fondatrice dell'infermieristica moderna, in quanto fu la prima infermiera ad applicare il metodo scientifico nella pratica clinica. Trasformò l'infermieristica in una professione dalla duplice missione: aiutare sia le persone malate sia quelle sane. Per la Nightingale "l'infermieristica per i malati" aveva lo scopo di aiutare gli assistiti a usare i propri processi riparativi per guarire, mentre "l'infermieristica per i sani" era finalizzata alla prevenzione delle malattie. Durante la guerra di Crimea del 1853, mise al centro del suo nuovo modello organizzativo l'igiene dell'ambiente, garantendo una drastica riduzione delle complicanze legate all'infezioni, causate proprio dalla noncuranza dell'igiene ambientale, e di conseguenza del tasso di mortalità, comprendendo in tal modo l'importanza dell'epidemiologia e della statistica medica. Al ritorno in patria, Nightingale definì la sua teoria sulla base dell'esperienza in Crimea. Descrisse la malattia come un processo di riparazione che la natura adempie nei casi di bisogno e

l'infermiera aveva il ruolo di predisporre un ambiente sano per l'assistito, atto a facilitare questo processo. Individuò cinque requisiti essenziali che l'ambiente doveva possedere per essere salubre: aria pulita, acqua pura, sistema fognario efficiente, pulizia e luce. A questi ne aggiunse altri, non essenziali ma utili ad una migliore guarigione quali il silenzio, il calore e la dieta. Nel 1860 fondò la scuola per infermiere denominata Nightingale School con due principi guida: l'internato obbligatorio e una formazione teorico-pratica. La durata del corso era di un anno. L'obiettivo era quello di innalzare lo status sociale dell'infermiera formando una leadership forte e competente, capace di formare le future infermiere. Una formazione che prevedeva una netta distinzione tra l'opera dei medici e l'opera dell'infermiere. La teoria della Nightingale è alla base di tutte le teorie infermieristiche sorte successivamente. A partire dalla metà del XX secolo, queste teorie si sono tradotte in modelli (paradigmi) e in guide del "to care" infermieristico, orientando il pensiero e l'azione dell'infermiere. Ciò ha segnato con un'impronta intellettuale lo svolgimento di ogni prestazione infermieristica. L'assistenza infermieristica si andò così a configurare come una disciplina vera e propria. Ad oggi si configura tale in quanto ha un campo materiale ovvero l'uomo con l'ottica di rispondere ai suoi bisogni di salute; ha come metodo il processo di Nursing, mediante il quale l'infermiere esegue una pianificazione assistenziale sulle risposte umane a problemi di salute della persona; ha come scopo di far raggiungere all'assistito l'autonomia rispondendo ai suoi bisogni; ha come campo di applicazione l'insieme delle strutture sanitarie e sociali che si occupano della salute; ha come giustificazione storica l'esigenza di una propria e vera professione, dalla missione di aiutare sia coloro che erano malati, per aiutarli a guarire, e sia le persone sane, per prevenire le malattie, in risposta a condizioni storico-sociali che ne hanno caratterizzato lo sviluppo.

1.2 Formazione universitaria Infermieristica in Italia

A Florence Nightingale è stato attribuito il merito di aver avviato il processo di professionalizzazione dell'Infermiere, ponendo le basi dell'assistenza infermieristica moderna, basata sul rigore scientifico. Seguì le sue orme l'infermiera e filantropa tedesca Anna Fraentzel-Celli, la quale svolse un'indagine sull'operato delle infermiere negli ospedali italiani, constatando la loro inadeguatezza pratica e teorica. Per questa

ragione, suggerì come soluzione la formazione di una figura infermieristica femminile laica e di ceto sociale elevato, alla quale affidare le funzioni direttive. Il suo obiettivo trovò compimento nel Regio Decreto Legge (R.D.L) n.1832/1925, quando sorsero le Scuole Convitto professionali per Infermiere con obbligo di internato e riservate solo alle donne. Si trattava di corsi biennali teorico-pratici con relativo tirocinio. Alla fine del biennio, previo superamento di un apposito esame, si conseguiva un diploma di Stato per l'esercizio della professione. Inoltre, con un successivo corso di un anno, si poteva conseguire il certificato di abilitazione a funzioni direttive. Furono così stabiliti due livelli: l'infermiera professionale con abilitazione a funzioni direttive e l'infermiera generica. Fino agli inizi degli anni Novanta le professioni sanitarie erano suddivise in 3 grandi categorie, secondo la classificazione del Testo Unico delle Leggi Sanitarie (TULS), approvato con il Regio Decreto (R.D.) n. 1265/1934: le professioni sanitarie principali, le professioni sanitarie ausiliarie e le arti ausiliarie delle professioni sanitarie. In base a tale normativa l'infermiere professionale rientrava nelle professioni sanitarie ausiliare, mentre l'infermiere generico in quelle di arti ausiliarie. Successivamente si istituì una quarta professione sanitaria ausiliaria con le Scuole per Vigilatrici d'Infanzia col R.D. n. 1098/1940. La seconda metà del Novecento fu caratterizzata da importanti sviluppi per la professione infermieristica. A partire dalla Legge n. 1049/1954 lo Stato italiano istituì i Collegi delle Infermiere Professionali, delle Assistenti Sanitarie Visitatrici e delle Vigilatrici d'Infanzia (IPASVI): ente di diritto pubblico non economico sottoposto alla vigilanza diretta del Ministero della Salute, con funzione di tutela e di rappresentanza a livello nazionale delle professioni sanitarie ausiliare. Negli anni '60 furono istituite le Scuole dirette a fini speciali per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica (DAI). Nel 1971, l'obbligo di internato e l'esclusività femminile della professione infermieristica furono soppressi con la Legge n. 124/1971, la quale permetteva anche agli uomini l'accesso alle scuole. Con la Legge n. 795/1973 si ha l'applicazione dell'Accordo Europeo di Strasburgo sull'istruzione e formazione dell'infermiere, che stabilì i requisiti minimi di accesso alle scuole professionali: fissa a 4600 ore il monte ore minimo di insegnamento teorico-pratico da impartire e fissa la durata del corso a 3 anni. Con il Decreto del Presidente della Repubblica (DPR) n.

225/1974 si assistette alla formulazione del Mansionario, che guidò i passi dell'infermieri nell'esercizio della professione. Era suddiviso in sei titoli, ciascuno dei quali dedicato ad una determinata categoria di infermieri: il titolo I per l'infermiere professionale; il titolo II per la vigilatrice d'infanzia; il titolo III per l'infermiere professionale specializzato; il titolo IV per l'assistente sanitario; il titolo V per l'infermiere generico. La cornice che inquadra il nuovo contesto di rivendicazione sociale degli infermieri, comincia a delinarsi nei primissimi anni Novanta, quando due distinti fenomeni, interagendo fra loro, producono effetti che imprimeranno una svolta decisiva al futuro della professione infermieristica. Si tratta della Legge n. 341/1990, la quale decretò l'istituzione dei diplomi universitari che ha dato l'impulso agli atenei italiani per l'attivazione dei relativi corsi, tra cui quello per l'Infermiere. E si tratta del Decreto legislativo (D.lgs) n. 502/1992, il quale stabilì che la formazione di base del personale sanitario debba aver luogo in ambito universitario. Di conseguenza si dispose la progressiva disattivazione delle scuole convitto e l'obbligo del diploma di maturità quinquennale come requisito d'accesso. Fu grazie al Decreto Ministeriale (D.M.) n.509/1999 che il diploma universitario viene riqualificato in laurea triennale. Con questo decreto le università disciplinarono gli ordinamenti didattici definendo le denominazioni e gli obiettivi formativi dei corsi di studio. Inoltre, si articolò i corsi in tre cicli: il primo è il diploma di laurea o laurea di I livello; il secondo è la laurea specialistica o laurea di II livello; il terzo è il diploma di specializzazione e dottorato di ricerca. Infine con il D.M. 2 aprile 2001 si può affermare che ha inizio la formazione infermieristica universitaria. Furono istituite le lauree triennali e specialistiche delle Professioni Sanitarie con i relativi ordinamenti didattici.

1.3 Processo di professionalizzazione

Per tutto il Novecento, l'Infermiere è stato considerato un umile esecutore di ordini dettati dal medico, senza alcuna responsabilità o autonomia decisionale. Negli ultimi anni il suo ruolo si è evoluto, rilevandosi sempre più importante per il settore della salute. Grazie alla sua esperienza e alle sue competenze, è in grado di prendere decisioni autonome e di fornire un contributo importante alla cura dei pazienti. Si è raggiunto questo traguardo, in virtù di numerose battaglie legali che sono state intraprese nel corso

del Novecento. In Italia, fu il D.M. n. 739/1994 a sancire definitivamente il “Profilo Professionale dell’Infermiere” e dunque la sua entrata ufficiale nel mondo delle professioni sanitarie. Con i tre articoli di cui è costituito tale decreto, l’infermiere ottenne il riconoscimento della propria professione e delle proprie competenze; di fatto, come recita il comma 1 dell’Articolo 1: “l’infermiere è l’operatore sanitario, che in possesso del diploma universitario abilitante e dell’iscrizione all’albo professionale è responsabile dell’assistenza generale infermieristica”. Da semplice esecutore, è definito un professionista intellettuale sanitario e come tale acquisisce l’onere della responsabilità giuridica del proprio operato. Responsabilità che può essere di natura penale, civile e disciplinare. Nel comma 2 dell’Articolo 1 viene individuato il potenziale operativo dell’assistenza infermieristica: “l’assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale ed educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l’assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l’educazione sanitaria”. Come si nota, la cura infermieristica non è stata solo inquadrata come preventiva e curativa, bensì anche palliativa e riabilitativa, perché mira a soddisfare i bisogni di salute della persona in modo da aiutarla a raggiungere l’indipendenza. Ciò implica che l’infermiere entra in relazione con l’assistito e ne promuove le conoscenze e le abilità necessarie a permettergli di trarre il massimo beneficio dalle sue capacità di gestire la salute. Al terzo comma, si riconosce a questo professionista la capacità esclusiva di identificare i bisogni di assistenza infermieristica, da cui formula i relativi obiettivi assistenziali; pianifica, gestisce e valuta l’intervento infermieristico; è garante della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; opera in collaborazione con l’equipe multidisciplinare e “per l’espletamento delle sue funzioni si avvale, ove necessario, dell’opera del personale di supporto”. In questo punto risulta evidente il passaggio da arte ausiliaria a professione, sottintendendo un’autonomia decisionale dell’operatore nella disposizione di interpellare l’ausilio di altre figure. Dunque, fino al 1994 all’infermiere era riservata una posizione di subalternità rispetto a quella medica, essendole riconosciuto un ruolo unicamente esecutivo, ma con il DM 739/94 e successivamente con la Legge n. 42/99, che sancì l’abolizione del Mansionario, tale

professione perse definitivamente il carattere di ausiliarità a favore dell'ottenimento di una propria autonomia professionale, di proprie competenze tecniche e comportamentali e di responsabilità. La decisione di abolire il Mansionario fu determinata dal fatto che risultava essere antitetico con il DM n. 739/94: mentre il primo era basato su un elenco di mansioni alle quali limitarsi, il secondo garantiva ampia autonomia e responsabilità. Infatti la mansione rappresentava la parte più elementare in cui poteva essere suddivisa l'attività lavorativa. L'organizzazione originaria dell'assistenza era basata sul medico che organizzava, guidava e controllava il lavoro che l'operatore infermiere semplicemente eseguiva. Quest'ultimo non coordinava autonomamente i vari atti lavorativi, non conosceva il risultato finale del suo lavoro e quindi non partecipava alla valutazione dei risultati. Dopo la Legge n. 42/99 si concretizzò un cambiamento nell'attività infermieristica: l'infermiere è diventato, nello stesso tempo, colui che esegue l'attività, programma gli obiettivi da raggiungere (pianificazione assistenziale), organizza le risorse a sua disposizione e controlla i risultati ottenuti. Ne scaturisce completezza, autonomia, controllo e responsabilità. Da ciò si giunge alla definizione di prestazione infermieristica prevista nel Modello di Marisa Cantarelli del 1997, come l'insieme delle azioni di assistenza infermieristica tra loro coordinate e pianificate autonomamente dall'infermiere, in risposta ad un bisogno di salute specifico per quel determinato assistito. Di conseguenza, si va a valorizzare la figura dell'infermiere in quanto questo maggiormente consapevole di essere professionista, attribuisce maggior valore al servizio che offre all'utente, mentre quest'ultimo, ricevendo una risposta personalizzata ai propri bisogni, attribuisce maggior credito alla sua figura. Cantarelli fu la prima teorica italiana del Nursing a istituire un modello manageriale che fa proprie le istanze di professionalizzazione degli infermieri. Nel suo modello individua 11 bisogni di assistenza correlati a 11 prestazioni, delle quali 9 sono di totale responsabilità infermieristica, mentre le restanti 2 sono in corresponsabilità con la figura medica, sottintendendo una collaborazione tra questi due professionisti nell'erogare assistenza qualificata all'assistito ma ognuno dei quali ha responsabilità specifiche. Il processo di indipendenza della professione infermieristica fu portato a compimento con la Legge n. 251/2000, grazie alla quale l'Infermieristica è diventata irreversibilmente una

professione intellettuale. Sono state ufficialmente riconosciute 22 professioni sanitarie, suddivise in 4 grandi categorie:

- le professioni infermieristiche e la professione sanitaria ostetrica
- le professioni sanitarie riabilitative
- le professioni tecnico-sanitarie
- le professioni tecniche della prevenzione

Inoltre, con tale Legge si aprì la strada alla dirigenza infermieristica. Sono state istituite le Lauree specialistiche per infermieri con volontà di acquisire il livello professionale necessario ad esercitare funzioni specifiche: nell'area clinica assistenziale avanzata, nella formazione, nella ricerca, nella gestione. L'innovazione più importante risiede nell'articolo 7, in cui si affida alle aziende sanitarie la possibilità di istituire il servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica. In numerose aziende, sulla base di disposizioni regionali, è stata creata una struttura di più ampie dimensioni: il Servizio o Dipartimento Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale (SITRA o DITRA) a sostituzione del cosiddetto Ufficio Infermieristico dotato di scarsa autonomia, per il coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico-sanitario, riabilitativo e della prevenzione. Sono strutture aventi la titolarità dell'indirizzo e della direzione del personale appartenente a tutte o una parte delle professioni sanitarie. Con il passare degli anni, la categoria degli infermieri ha assistito a sempre più conquiste, che hanno reso l'infermiere sempre più responsabilizzato, tra cui la Legge n. 43/2006 che dichiarò possibile l'istituzione della funzione di coordinamento infermieristico da parte delle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche interessate. Tale Legge afferma nell'articolo 6 che l'esercizio della funzione di coordinamento è espletato da coloro che siano in possesso del Master universitario di I livello in management e abbiano un'esperienza lavorativa di almeno tre anni nel profilo d'appartenenza. Anche la Legge n. 3/2018, conosciuta come Decreto Lorenzin, ha rivoluzionato la storia delle professioni sanitarie. La novità vede l'evoluzione dell'organo istituzionale di rappresentanza professionale, per cui i Collegi IPASVI, in Federazione Nazionale

Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI), al pari della categoria medica, comprendendo esclusivamente le categorie degli infermieri e degli infermieri pediatrici (ex vigilatrici d'infanzia). Gli assistenti sanitari furono scorporati ed entrarono a far parte della Federazione Nazionale Ordini dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione (FNO TSRM e PSTRP). La Legge Lorenzin rappresenta un importante passaggio in quanto il Collegio era un semplice ente ausiliare dello Stato mentre l'Ordine opera come ente sussidiario dello Stato e quindi può svolgere compiti amministrativi in luogo e per conto dello Stato.

1.4 Codice Deontologico degli Infermieri

Il termine deontologia deriva dal greco “deon” e “loghìa”, letteralmente è lo «studio del dovere», indica il complesso delle norme di comportamento che disciplinano l'esercizio di una professione. Di fatto, il Codice Deontologico degli Infermieri è lo strumento che stabilisce le concrete regole di condotta che devono necessariamente essere rispettate nell'esercizio della propria professione. Fissa le norme dell'agire professionale e definisce i principi guida che strutturano il sistema etico in cui si svolge la relazione con gli assistiti, i colleghi, le istituzioni, le altre professioni. Quindi si presenta nell'atto pratico come:

- Una guida per l'esercizio quotidiano della professione in merito ad autonomia e responsabilità;
- Un riferimento per affrontare la complessità delle varie situazioni cliniche;
- Uno strumento di crescita;
- Una vera e propria identità della categoria professionale.

Si basa sulla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e sulla Costituzione Italiana. È il più importante atto di autoregolamentazione elaborato in seno alla professione stessa. Per quanto concerne gli aspetti giuridici va sottolineato un importante dato: con la Legge n. 42/99, da professionisti sanitari ausiliari in professionisti sanitari, il Codice ha assunto una valenza di riferimento normativo extragiuridico ovvero regole interne alla

professione stessa. Dunque, all'inosservanza delle regole deontologiche, corrisponde l'intervento dell'Ordine professionale nel cui Albo si è iscritti, il quale procede con delle sanzioni disciplinari che vanno dall'avvertimento, alla censura, alla sospensione da 1 a 6 mesi fino alla radiazione dall'Albo. L'esposizione della V edizione del Codice risale al febbraio 2019 ed è sotto forma di 53 articoli, diviso in 8 Capi, ognuno su un argomento che riguarda la professione e l'assistenza infermieristica. Il Codice mette in chiaro come l'Infermiere agisce in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, alla consulenza di infermieri esperti o specialisti. L'infermiere "partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio e aderisce alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte". Ben 11 articoli su 53 riguardano il rapporto diretto con gli assistiti, dal dolore alla privacy, dall'assistenza ai minori alle cure nel fine vita, fino al segreto professionale. Per gli infermieri sono previsti gli obblighi di formazione e di educazione continua, argomento che per la prima volta entra a pieno titolo in un Codice deontologico. Nelle disposizioni finali, poi, il nuovo Codice raggruppa una serie di regole di carattere disciplinare volte a chiarire nero su bianco che tali norme sono vincolanti per tutti gli iscritti agli Ordini e la loro inosservanza è sanzionata dall'Ordine professionale tenendo conto della volontarietà della condotta e della gravità. Il contenuto delle norme è il seguente:

- norme rapportabili a specifiche previsioni di legge, che rafforzano i precetti giuridici esistenti;
- norme di natura prettamente etica;
- norme prettamente deontologiche, relative a rapporti con i colleghi, con gli assistiti, con l'ordine d'appartenenza;
- norme di carattere disciplinare, sanzioni emanate dall'ordine d'appartenenza.

2. PROSPETTIVE FUTURE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

2.1 Evoluzione del concetto di salute e le politiche dell'OMS

Per tutto il XIX secolo il concetto di salute era semplice, basato su un'affermazione negativa: era sano chi non era ammalato. Agli inizi del XX secolo cominciarono a svilupparsi le conoscenze nel campo delle malattie mentali e successivamente anche nel ramo delle scienze sociali, politiche ed economiche con le loro implicazioni nei riguardi della salute umana. Fu alla fine del secondo dopoguerra, che nel mondo esplose un immenso desiderio di pace, di libertà e sereno sviluppo di tutte le nazioni. Un entusiasmo generale che si concretizzò nel 1948, anno in cui fu proclamata la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e fu istituita l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). L'OMS è l'agenzia tecnica dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU), con sede a Ginevra e specializzata per le questioni sanitarie; vi aderiscono 194 Stati Membri di tutto il mondo ed opera tramite i suoi Organi di Governo: il Segretariato, l'Assemblea Mondiale della Sanità e il Consiglio Esecutivo. Secondo la Costituzione dell'OMS, l'obiettivo dell'Organizzazione è il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute, definita per la prima volta come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale [...] senza distinzione di razze, di religione, d'opinioni politiche, di condizione economica o sociale”. Da lì in avanti, la nuova concezione multidimensionale della salute sollevò la necessità di dare nuovi orientamenti ai servizi sanitari esistenti, per indirizzarli anche verso la tutela e la promozione e non soltanto per la diagnosi e la cura delle malattie. Parallelamente alla nascita dell'OMS, in Italia viene adottata la nuova Costituzione repubblicana, che nell'articolo 32 afferma quanto segue: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti [...]”. È utile notare la contemporaneità degli eventi e i loro nessi sia per quanto riguarda la nuova concezione della salute, dato che l'Italia è stata uno degli Stati che hanno aderito all'OMS sin dall'inizio, sia per quanto riguarda l'affermazione esplicita che la salute sia un diritto umano fondamentale e un interesse di tutti. Si tratta di una visione globale che tiene conto di molteplici aspetti della vita di

una persona da cui si evince il bisogno di adottare nei confronti dei problemi dell'uomo un'approccio olistico, suggerito anche dall'epidemiologia contemporanea. Nel 1974 il Programma di Sanità Pubblica del Governo del Canada, presentato dall'allora Ministro della Sanità M. Lalonde, indicò che sull'ambiente totale interagiscono diversi fattori che determinano la salute, allocandoli in quattro grandi ordini: ambiente fisico, sociale, occupazionale ed economico. Tale programma politico diede un contributo importante allo sviluppo delle conoscenze scientifiche perché dimostrava che sull'ambiente totale, sugli stili di vita, sulle caratteristiche dei servizi resi disponibili ai cittadini, si poteva intervenire attivamente in modo coerente con l'obiettivo generale di tutelare e promuovere il benessere. Su questa strada si sono poi sviluppati gli studi intorno ai fattori considerati "determinanti" per la salute. Compito dell'Agenzia tecnica dell'ONU è sempre stato quello di fornire suggerimenti strategici per le politiche sanitarie degli Stati membri dell'Organizzazione, ai fini della formulazione di piani operativi concreti per la promozione della salute. A questo proposito, un importante programma di strategia globale fu approvato dall'Assemblea Mondiale della Sanità, riunita ad Alma Ata il 12 settembre 1978, con lo scopo generale di promuovere "il raggiungimento da parte di tutti i popoli del mondo, entro l'anno 2000, di un livello di salute che permetta a tutti di vivere una vita socialmente ed economicamente produttiva". Questo programma fu delineato nella Dichiarazione di Alma Ata sull'Assistenza Sanitaria Primaria come chiave di volta per ottenere la "Salute per tutti entro il 2000". Indicava le cure primarie quale "parte integrale" del sistema sanitario di ciascun paese ma soprattutto legava indissolubilmente l'obiettivo della salute all'intero sviluppo sociale ed economico della collettività, in una visione basata sull'equità, sulla partecipazione comunitaria, sull'attenzione centrata alla prevenzione, sulla tecnologia appropriata e su un approccio intersettoriale ed integrato allo sviluppo. La Conferenza Internazionale Alma Ata influenzò l'istituzione del SSN in Italia, decretato con la Legge n. 833/78. Prima del '78, la salute era una prerogativa per pochi individui ma con l'istituzione del SSN, si assicurò la sua promozione, mantenimento e recupero a tutta la popolazione senza distinzione sociale. L'attuazione del SSN divenne di competenza dello Stato, delle Regioni e degli enti locali territoriali, basandosi sui seguenti principi fondamentali:

universalità dei destinatari; uguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari; equità nella salute. Sul principio guida di equità, il che implica la parità di accesso al SSN a tutti i cittadini in rapporto a uguali bisogni di salute, nel 1984 l'OMS definì i 38 obiettivi di salute da raggiungere entro il 2000. Questi obiettivi sono stati individuati in categorie di azioni tra cui si ricorda i più importanti: assicurare alle popolazioni l'equità nei confronti della salute; aggiungere vita agli anni facendo in modo che le persone possano raggiungere e utilizzare la massima potenzialità fisica, mentale e sociale; aggiungere salute alla vita riducendo il numero e la durata delle malattie e disabilità; aggiungere anni alla vita aumentandone la speranza o la durata. Un'ulteriore tappa nell'evoluzione del concetto di salute fu fissata dalla Carta di Ottawa, redatta alla fine della prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute nel 1986, in risposta alle crescenti aspettative mondiali per un nuovo movimento di sanità pubblica. Fu seguita da altre Conferenze internazionali sullo stesso tema, riguardanti in particolare la politica per la salute (Adelaide, 1988), gli ambienti di sostegno della salute (Sundsvall, 1991) e la promozione della salute verso il XXI secolo (Jakarta, 1997). La Carta di Ottawa mise in evidenza alcune condizioni fondamentali: la pace, l'abitazione, l'istruzione, il cibo, un reddito. Il consenso su questi punti, indicati come "pre-requisiti della salute", andava a sottolineare i complessi legami esistenti tra le condizioni sociali, economiche, l'ambiente fisico, gli stili di vita e la salute. Tali legami forniscono la chiave per una comprensione olistica della salute, sottintendendo che tutti i sistemi e le strutture deputate a governare le condizioni socio-economiche e l'ambiente fisico, debbano agire considerando l'impatto che il loro operato avrà sul benessere dei singoli e dell'intera comunità. Questo fu il presupposto fondamentale che portò a definire la promozione della salute come il "processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla". La Carta di Ottawa ne individua tre strategie fondamentali: strategia "advocacy", azioni individuali e sociali volte a creare le condizioni di vita essenziali precedentemente indicate; "enabling", propriamente «abilitare», significa rendere le persone capaci di raggiungere il loro pieno potenziale di benessere attraverso la mobilitazione di risorse, quali gli operatori sanitari, che forniscono le informazioni sulla salute e facilitano lo sviluppo di abilità nel saper fare;

“mediating”, mediare tra i diversi interessi esistenti nella società nel perseguire obiettivi di salute. Queste strategie sono supportate da cinque aree d’azione prioritarie delineate di seguito:

- Costruire una politica pubblica per la salute;
- Creare ambienti favorevoli alla salute;
- Rafforzare l’azione della comunità;
- Sviluppare le abilità personali;
- Riorientare i servizi sanitari.

L’approccio strategico allo sviluppo della salute umana mediante il cambiamento delle condizioni sociali, ambientali ed economiche risulta molto più efficace, come è stato confermato nelle varie Conferenze internazionali, se l’approccio è globale rispetto alle singole azioni. Lo scopo principale di una politica pubblica favorevole alla salute è creare un ambiente di supporto che permetta alle persone di condurre una vita più salutare. In ogni caso la partecipazione attiva e cosciente delle popolazioni è certamente essenziale per sostenere l’azione di promozione della salute. Per partecipazione si intende un certo tipo di presenza attiva e consapevole della popolazione che le consenta di essere e operare non come semplice oggetto ma quale soggetto in qualche misura corresponsabile e co-determinante di tutte le decisioni sociali. Dunque, l’educazione della salute si configura come un intervento sociale che tende a facilitare il cambiamento consapevole e durevole dei comportamenti identificati come di rischio per la salute e tende a facilitare le scelte positive ovvero l’adozione di comportamenti sani. Ma l’intervento educativo non è solo rivolto ai singoli individui bensì a gruppi che devono assumere la consapevolezza nei riguardi delle cause ambientali, sociali ed economiche che possono essere responsabili di salute oppure di malattie. La Carta di Ottawa ha fornito dei chiarimenti importanti su questo punto, perché ha dichiarato che la promozione della salute è un processo intersettoriale, sociale e politico, che comprende non soltanto le azioni per sviluppare le capacità dei singoli di controllare attivamente la propria vita (empowerment), ma anche le azioni della comunità volte a

modificare le condizioni ambientali, sociali ed economiche in modo che risultino vantaggiose o favorevoli al miglioramento della qualità della vita (empowerment di comunità). Si delineò così un nuovo movimento di sanità pubblica che si fonda su una visione olistica del modo in cui i fattori comportamentali e ambientali determinano lo stato di salute. Essa si basa, inoltre, sulla consapevolezza della necessità di mobilitare risorse e di investire in modo sostanziale nelle politiche, nei programmi e nei servizi che creano, mantengono e tutelano la salute, sostenendo stili di vita sani e creando ambienti favorevoli alla salute.

2.2. Piani Sanitari Nazionale e Regionale

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) costituisce un principio fondamentale in materia di tutela della salute tramite l'identificazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), i servizi garantiti dal SSN a titolo gratuito o con la partecipazione alle spese da parte degli utenti di un ticket, nel rispetto dei principi fondamentali di universalità, di uguaglianza e di equità sanciti dalla Legge n. 833/78. A livello statale è il principale strumento di pianificazione. Viene predisposto dal Governo su proposta del Ministro della Salute e ha durata triennale. Entro 150 giorni le Regioni devono adoperarsi a seguire gli indirizzi del PSN adeguando i propri PS Regionali (PSR). L'ultimo PSN del 2011-2013 pone le fondamenta nei principi di responsabilità pubblica per la tutela del diritto di salute, nella consapevolezza che la vera ricchezza risiede nella salute della collettività. In questo ambito occorre che il SSN assuma il ruolo di facilitatore di una strategia di coordinamento tra le istituzioni e gli indirizzi delle politiche pubbliche ai fini di orientare positivamente ed in maniera sinergica i determinanti della salute, in conformità alle direttive della Carta di Tallinn del 2008 stipulata dall'OMS. Il sistema sanitario italiano si colloca in una posizione di assoluto rispetto nelle graduatorie internazionali circa la tutela della salute della popolazione. Le statistiche più recenti dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) mostrano come l'Italia con la sua incidenza della spesa sanitaria pubblica e privata sul PIL (8,9%) si colloca ai livelli più bassi tra i Paesi caratterizzati da un Servizio Sanitario Nazionale, di poco superiore a Regno Unito e Spagna ma ben al di sotto di Francia, Germania e di

tutti gli altri Paesi europei. Accanto a questa valutazione in termini di costo-benefici, non si può nascondere che esso presenti seri elementi di criticità, tra cui i seguenti:

- le lunghe liste d'attesa;
- l'ingiustificato peso di spesa farmaceutica per abitante di alcune regioni;
- l'inappropriatezza di alcune prestazioni: l'utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri e dei pronto soccorso dovuto all'organizzazione ancora insufficiente della medicina generale e dei servizi territoriali e di assistenza domiciliare integrata;
- livello qualitativo dei servizi sanitari molto differenziato da regione a regione e che spinge i cittadini verso le strutture private.

Per far sì che vi sia una maggiore appropriatezza delle cure, pare oggi necessario ripensare all'offerta dei servizi sanitari per una effettiva presa in carico dei cittadini implementando un nuovo modello di assistenza basato su un nuovo approccio "proattivo" del personale sanitario nei confronti degli utenti, che vada incontro ai bisogni della persona prevenendo l'aggravamento della malattia e che raccoglie anche il bisogno di salute inespresso. Tale approccio si realizza pianificando in via preventiva attività assistenziali adeguate a favorire il mantenimento del livello di salute il più alto possibile. In quest'ottica prendersi cura del cittadino necessiterebbe di un forte investimento sulla Sanità di Iniziativa, in modo tale da mettere in campo azioni strategiche di prevenzione e di educazione sanitaria. A partire dal '97 circa si iniziò a parlare del modello "Chronic Care Model" che propone una serie di cambiamenti a livello dei sistemi sanitari utili a favorire il miglioramento della condizione del malato cronico attraverso l'applicazione dei principi della medicina d'iniziativa. Si basa sull'interazione del paziente, reso esperto da opportuni interventi di formazione, con un team multidisciplinare, preparato e proattivo composto da Medici di Medicina Generale (MMG), Medici di Famiglia o Pediatri di Libera Scelta (PLS), Infermieri, Educatori, Operatori Socio-Sanitari e Assistenti Sociali. Tale modello punta al rinvio nel tempo della progressione della malattia supportando le seguenti azioni: attivare interventi di

empowerment dei singoli e della comunità; integrazione professionale tra i componenti dell'equipe; integrazione istituzionale dei servizi in modo da garantire la continuità assistenziale eliminando l'abbandono del paziente a se stesso; promuovere le reti informali della comunità; erogare prestazioni efficaci, efficienti e di qualità basate sulle evidenze scientifiche; potenziamento dell'utilizzo di sistemi informativi che permettano lo scambio di informazioni tra i diversi componenti del team. I sistemi informativi svolgono tre principali funzioni:

- Sistema di allerta che permette al team di attenersi alle evidenze scientifiche;
- Forniscono feedback per gli operatori;
- Diventano uno strumento per mettere in atto azioni di prevenzione e promozione della salute tramite l'identificazione di popolazioni con determinati fattori di rischio o con determinate patologie.

Le evidenze hanno dimostrato che il modello assicura ottimi risultati: in termini di processi di outcome quali l'aumento di benessere e di soddisfazione degli utenti; di apportare una drastica riduzione dei costi sanitari-assistenziali; di apportare una diminuzione di accessi impropri ai servizi sanitari. Il Piano Socio-Sanitario della Regione Marche (PSSR) 2020-2022, è un documento snello che contiene un inquadramento della situazione regionale e la definizione delle logiche strategiche e degli indirizzi prioritari che dovranno rappresentare lo scenario della sanità dei prossimi tre anni. Gli obiettivi strategici definiscono cosa la regione vuole realizzare per garantire la migliore sanità per i suoi cittadini, mentre le direttrici di sviluppo individuano il come la regione intenda raggiungere gli obiettivi, con quali strumenti e modalità. IL PSSR viene valutato periodicamente da un comitato di valutazione per verificarne lo stato di attuazione dei seguenti obiettivi:

- Governo del rapporto con i privati;
- Potenziamento dei distretti;
- Potenziamento della prevenzione nei luoghi di lavoro;

- Messa a regime del sistema informatico sanitario;
- Messa a regime delle strutture di medicina territoriale: modi e tempi in cui verranno rese operative le struttura Ospedali di Comunità - Case della Salute.

Nel distretto sanitario va garantito un giusto numero di figure dell'area medica, sanitaria ed amministrativa. Oltre ad una sempre più stretta collaborazione con i MMG, è sempre più importante che ci siano la figura dell'Assistente Sociale, dello Psicologo, dell'Educatore Professionale e dell'IFeC. La proattività è caratteristica specifica dell'IFeC e tale aspetto è riconosciuto e promosso dall'OMS fin dal 1998 nel documento Health21: La salute per tutti nel XXI secolo e sostenuto dall'Unione Europea per il raggiungimento degli obiettivi di salute fondamentali per lo sviluppo della società. Secondo l'OMS tale infermiere "aiuterà gli individui e le famiglie ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e con la sua famiglia". La famiglia viene intesa come unità di base della società dove chi si occupa di assistenza è importante che conosca la situazione in cui vivono le persone: il loro ambiente domestico e familiare, il lavoro, l'ambiente sociale, economico possono avere un peso considerevole nella gestione della malattia. Il suo ruolo non si limita alla sola cerchia familiare dell'assistito ma abbraccia molto di più, comprendendo tutte le persone della comunità sia che vivano con altri o soli, sia si tratti di persone che abbiano una casa o meno o in qualche modo emarginate e questo include anche la comunità stessa. Due dei 21 obiettivi del documento Health21 definiscono la posizione ed il ruolo dell'IFeC: l'obbiettivo n. 18 e n. 15. Il primo "Sviluppare le risorse umane per la salute" pone l'accento sulla necessità di politiche finalizzate a migliorare le caratteristiche dei professionisti sanitari adeguandone il numero alle esigenze, finalizzando i percorsi formativi, fornendo i mezzi per l'aggiornamento continuo. È fatto riferimento specifico alle qualifiche dei medici e degli infermieri che lavorano nell'ambito dell'assistenza primaria, riconosciuti come "il perno della rete dei servizi" richiesti per raggiungere gli obiettivi della politica. Il secondo vede la realizzazione di "Un settore sanitario integrato" rafforzando la visione interdisciplinare tra infermieri e medici di famiglia che

cooperano nella gestione integrata dei bisogni di salute di un gruppo di cittadini. Il riferimento all'integrazione è duplice e contempla anche l'integrazione socio-sanitaria dei servizi, oltre che tra i professionisti e tra il territorio e un sistema ospedaliero flessibile ed efficiente.

2.3 Nuovo modello di assistenza territoriale

“L’infermiere è referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla tra le sue attività la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l’assistito nelle diverse fasi della presa in carico”. Questa è la definizione che dà dell’infermiere la Delibera del Consiglio dei Ministri n. 71/2022, che detta gli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale, approvato il 21 aprile dal Consiglio dei Ministri. Il presente documento costituisce la Riforma dedicata alla Missione Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Tale Piano, che si articola in 6 Missioni e 16 Componenti, rientra nel programma Next Generation EU (NGEU), promosso dall’Unione Europea come risposta alla pandemia e alla conseguente crisi economica. Per l’Italia il NGEU rappresenta un’opportunità imperdibile di sviluppo e di investimenti per contrastare la povertà, l’esclusione sociale e le disuguaglianze. La Missione Salute prevede due componenti che individuano una serie di riforme centrate al raggiungimento di due principali obiettivi: il rafforzamento della prevenzione e dell’assistenza sul territorio, con l’integrazione dei servizi sanitari e sociali e l’ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del SSN. Nel documento approvato gli infermieri saranno decisivi per la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero o in tutti quei casi dove c’è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente. In particolare, saranno gli IFeC ad essere impiegati in molte delle nuove strutture definite dal decreto. Il nuovo modello di assistenza sul territorio si muove su quattro principi cardine:

- La Medicina di Popolazione si pone come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l’utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati sull’utilizzo dei dati;

- La Sanità di Iniziativa è un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi conclamate della condizione morbosa;
- La Stratificazione della Popolazione per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio;
- Il Progetto di Salute è uno strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del “bisogno di salute” identificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione. Si attiva all'accesso della persona al SSN, tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting di cura. Organizza le informazioni per il Fascicolo sanitario elettronico (FSE).

L'articolazione sul territorio dell'azienda sanitaria è il Distretto Sociosanitario di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione. Il Distretto garantisce una risposta assistenziale integrata sotto il profilo di risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. La programmazione deve prevedere i seguenti standard:

- Almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità spoke e ambulatori di medicina generale e pediatri di libera scelta tenendo conto delle caratteristiche del territorio per favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali;
- Almeno 1 IFeC ogni 3.000 abitanti, standard da intendersi come numero complessivo di infermieri impiegati nei diversi Setting assistenziali territoriali;
- 1 Unità di Continuità Assistenziale (UCA) costituita da 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti;

- 1 Centrale Operativa Territoriale (COT) ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora questo abbia un bacino di utenza maggiore; Standard di personale per 1 COT: 1 Coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto;
- La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale. Standard: almeno 1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale sulla base della numerosità della popolazione. La Centrale raccoglie le chiamate di uno o più distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative delle Regioni o Province Autonome;
- Un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000;
- L'Assistenza Domiciliare è un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Standard: 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente;
- La Rete delle Cure Palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, domiciliare e in hospice. I servizi della rete garantiscono cure e assistenza a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico e a prognosi infausta ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Standard: 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari ogni 100.000 abitanti; Hospice con almeno 10 posti letto ogni 100.000 abitanti;
- Il Dipartimento di Prevenzione (DP), come previsto dal D.lgs. n. 502/1992, è una struttura della Azienda Sanitaria Locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e

miglioramento della qualità della vita; Standard massimo di popolazione per DP di 1:500.000 abitanti;

- La telemedicina è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari.

Le Casa della Comunità sono strutture fisiche dedicate ai servizi sanitari di base che promuovono un modello di intervento integrato e multidisciplinare. Costituiscono il setting assistenziale di erogazione dei servizi propri dell'assistenza primaria, seguendo un modello organizzativo di prossimità che sia in grado di coordinare e integrare tutti i servizi per la popolazione di riferimento. Devono essere collocate in sede facilmente accessibile alla comunità e vi lavorano in equipe MMG e PLS in collaborazione con IFEC, gli Specialisti ambulatoriali e professionisti sanitari come Logopedisti, Fisioterapisti, Tecnici della Riabilitazione e altri. Tali strutture che verranno implementate grazie al PNRR andranno a riproporre il modello hub&spoke nell'ambito dell'assistenza territoriale. Il modello, una volta operativo, prevede un numero di strutture maggiore che andranno a coprire in modo capillare tutto il territorio nazionale. L'introduzione dell'IFEC ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio affinché si promuova una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti. L'UCA è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui o di comunità che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa. Ad esempio in caso di dimissione difficile del paziente; presa in carico e follow-up di pazienti domiciliari durante focolai epidemici, programmi di prevenzione e interventi mirati nelle scuole. La COT è un modello 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. L'Ospedale di Comunità 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 della stabilizzazione clinica, del recupero funzionale e dell'autonomia della persona. Standard di personale per 1 Ospedale di Comunità: 7-9 Infermieri di cui 1 Coordinatore Infermieristico, 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di personale sanitario con funzioni riabilitative e 1 medico per 4-5 ore al giorno per 6 giorni su 7. Tutte le unità operative territoriali che compongono il Distretto devono essere dotate di soluzioni digitali idonee ad assicurare la produzione dei documenti sanitari in formato digitale e la condivisione dei dati relativi a ciascun paziente tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza. Ciò consente di realizzare servizi in rete pienamente integrati. Nel modello di assistenza territoriale entrano in gioco naturalmente anche le farmacie che, per la loro distribuzione capillare sul territorio, rappresentano un elemento fondamentale ed integrante del SSN. In particolare, assicurano quotidianamente prestazioni sanitarie a tutela della salute dei cittadini come la dispensazione dei farmaci, le vaccinazioni anti-Covid e antinfluenzali e la somministrazione di test diagnostici a tutela della salute pubblica.

3. INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ IN ITALIA

3.1 Definizione del ruolo

Occorre considerare che iniziative importanti riguardo gli investimenti in sanità erano state intraprese anche prima dell'emergenza epidemiologica e dunque del PNRR. La Conferenza Stato-Regioni nel dicembre del 2019 ha sancito l'intesa concernente il Patto per la Salute 2019-2021. L'accordo ha permesso lo sblocco di maggiori risorse per il SSN e prevede, tra i numerosi punti, lo sviluppo delle reti territoriali con l'obiettivo di favorire attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità basati sulla medicina di iniziativa in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità e il Piano Nazionale della Prevenzione. A tal fine appare prioritaria l'istituzione della figura dell'IFeC per garantire la copertura dei bisogni di continuità assistenziale, di aderenza terapeutica, in particolare per i soggetti più fragili affetti da multi-morbilità, in un'ottica di integrazione con i servizi socio-assistenziali. Nell'intesa sancita, il Governo e le Regioni hanno dunque individuato investimenti e linee di indirizzo che dovranno traghettare il SSN verso un cambiamento che dia modo di tutelare i bisogni di cura in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale. Per anni si è assistito ad un disinvestimento nella sanità pubblica che si è manifestato con carenze soprattutto sulla dotazione del personale e sulle disparità territoriali nell'erogazione dei LEA. L'emergenza epidemiologica da Sars-CoV-2 ha evidenziato tali aspetti critici del SSN, che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di salute a bisogni complessi derivante dai cambiamenti socio-demografici in atto. Infatti, si assiste: al progressivo invecchiamento della popolazione; all'incremento di persone con almeno una patologia cronica; all'indebolimento delle strutture familiari; a una riduzione del circa 50% degli anni di vita liberi da disabilità nelle persone over sessantacinquenni; all'aumento delle patologie mentali (depressioni, ansie, anoressie, bulimie ecc.) e del disagio sociale. I nuovi bisogni sono di carattere esistenziale, investono tutte le dimensioni dell'essere uomo, pertanto richiedono una risposta efficace in termini di servizi integrati, forniti in particolare attraverso la rete dell'assistenza territoriale. Infatti, il setting assistenziale migliore per assicurare la completa presa in

carico di pazienti cronici, non autosufficienti, anziani è quello delle cure primarie e di prossimità in grado di rispondere alle esigenze della popolazione al proprio domicilio o nella comunità di riferimento. A questo proposito, al fine di fronteggiare l'emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2, le Regioni e le Province autonome sono state chiamate a predisporre specifici piani regionali di potenziamento dell'offerta territoriale che vede l'introduzione della figura dell'IFeC come previsto dall'articolo 1, comma 5, del Decreto Legge n. 34/2020 (cd. Decreto Rilancio), convertito in Legge n. 77/2020. Inoltre è prevista la stipula di una Intesa Stato-Regioni sulla base della quale vengono attribuiti al Ministero della salute incarichi di coordinamento per la sperimentazione di strutture di prossimità nonché di progetti che favoriscono la domiciliaria rispetto all'istituzionalizzazione. Dopo il "Decreto Rilancio", FNOPI ha avviato con altre istituzioni il progetto a livello nazionale dell'IFeC. Le forme contrattuali sono quelle indicate dal decreto e la strada tracciata è quella del suo inserimento a pieno titolo nel distretto. Per rendere omogenea l'azione delle regioni in merito all'introduzione di tale figura, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha approvato le "linee di indirizzo IFeC" il 10 settembre 2020. Nel documento sono stati delineati gli orientamenti organizzativi e formativi adattabili alle diverse realtà regionali tenuto conto dell'urgenza epidemiologica. Il documento delle Regioni e il Position Statement della FNOPI chiariscono bene chi è, quali sono le potenzialità e le peculiarità di questa figura, che di fatto esiste da anni in molte realtà locali ma senza un reale riconoscimento legislativo. Si giunge a definire l'IFeC il professionista responsabile dei processi infermieristici di uno specifico ambito familiare e comunitario di riferimento, in possesso di conoscenze e competenze specialistiche nell'area infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica. Garantisce una presenza continuativa sul territorio ed è riconosciuto come figura di riferimento assistenziale da parte di un bacino di utenza, cui le Regioni ne hanno definito lo standard di 8 infermieri ogni 50.000 abitanti. Agisce in autonomia professionale, nell'ambito dei servizi/strutture dell'articolazione aziendale a cui afferisce (Case della Salute, domicilio, sedi ambulatoriali, luoghi di socialità), in stretta sinergia con la Medicina Generale, il Servizio sociale e con tutti i professionisti coinvolti nei setting di riferimento in una logica d'integrazione multiprofessionale e

socio-sanitaria dei servizi. I requisiti formativi previsti sono da definire con un ordine temporale differenziato. Se da un lato si riconosce la necessità di prevedere un percorso di formazione specifica a livello accademico in percorsi post-laurea (Laurea Magistrale, Dottorato, Master di I e II Livello), dall'altro le Regioni riconoscono la necessità di avviare tempestivamente l'organizzazione dell'assistenza territoriale come indicato dalla Legge n. 77/2020. In merito a questo, le Regioni raccomandano di adibire prioritariamente alla funzione di IFeC il personale infermieristico con elevata motivazione ed orientamento al modello di sviluppo territoriale dell'assistenza e già in possesso di competenze acquisite con master/corsi di formazione specifici o sviluppate sul campo (esperienza di almeno due anni) in ambito Distrettuale/territoriale, domiciliare o con esperienze di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), di presa in carico di soggetti fragili.

3.2 Competenze core

I principi cardine su cui è fondato il progetto IFeC sono mutuati da diversi saperi disciplinari: la “teoria relazionale della società” del sociologo P. Paolo Donati; la “teoria dello Human Caring” dell'infermiera ricercatrice J. Watson; il concetto di “Community Care” che attiene alle più ampie politiche di Welfare di comunità. Con community care si intende le forme di assistenza e di supporto erogate da tutte le risorse presenti nella comunità: assistenza sanitaria e sociale dei servizi pubblici; le cooperative sociali; l'aiuto familiare; i gruppi di auto mutuo-aiuto; l'assistenza privata; i programmi locali di assistenza di vicinato (parrocchiale, volontari). Tale “cura di comunità” è nata dall'esigenza di sviluppare processi di partecipazione sociale, di collaborazione tra i cittadini stessi, che assicurino il reciproco aiuto qualora un concittadino si trovi momentaneamente in una situazione di fragilità, contribuendo a supportare la rete del welfare di comunità. In questa vision si esplica l'agito professionale dell'IFeC, il quale favorisce attività di promozione della salute con un approccio volto a incrementare le capacità di self-care dei cittadini, anche attraverso l'attivazione delle reti informali e la messa in rete con i servizi sociali e sanitari rendendo i cittadini il più possibile autonomi e indipendenti. Così facendo, esalta il concetto di promozione della salute condotta dalla

comunità e con la comunità. Il National Institute for Health Research (NHS) indica che esiste prova concreta che gli interventi di coinvolgimento della comunità hanno un impatto positivo sui comportamenti sanitari, sulle conseguenze sulla salute, generando una chiara percezione del valore del sostegno sociale. Il nuovo modello assistenziale si basa fundamentalmente su due concetti chiave: la relazionalità e la proattività. L'infermiere, oltre ad assicurare l'applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche previste dal medico, assiste la persona sia sul piano psicologico sia su quello sociale instaurando una relazione d'aiuto che cosante di fatto una reale presa in carico della persona e della sua famiglia. Tali rapporti di fiducia permettono che l'IFeC diventi un punto di riferimento fondamentale a cui la popolazione può riferirsi sempre per qualsiasi necessità: medicazioni, educazione sanitaria e terapeutica, prelievi etc. Inoltre, garantisce una presenza costante e continua sul territorio che crea le premesse per realizzare la cosiddetta Sanità di Iniziativa. Questa si fonda sul lavoro in equipe multidisciplinare e consente ai professionisti della salute di intervenire prima che la malattia si manifesti o che progredisca. Di fatto, mediante interventi di sorveglianza e di monitoraggio del grado di stabilità clinica e di aderenza terapeutica, tramite anche l'adozione di strumenti per la tele-assistenza, l'IFeC favorisce la cura a domicilio e la rilevazione precoce di segni d'acuzie che possono indicare un aggravamento o la comparsa di complicanze. Partecipa alla verifica e monitoraggio dei risultati di salute, sostiene i percorsi di continuità assistenziale tra sociale e sanitario, tra ospedale e territorio in integrazione con i MMG e gli altri professionisti coinvolti perseguendo il principio di appropriatezza degli interventi assistenziali e nel rispetto delle volontà della persona, anche in attuazione della Legge n. 219/2017. Le Regioni definiscono le competenze dell'IFeC, oltre che comunicativo-relazionali, anche di natura clinico-assistenziale. Infatti, deve possedere capacità di lettura e analisi dei dati epidemiologici e socio-demografici della popolazione di riferimento, inclusa la valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto. Attraverso questo processo di stratificazione della popolazione, individuato nel Piano Nazionale per la Cronicità, gli attori principali del territorio possono rivolgere la loro attenzione alla fasce che presentano maggior fragilità. Inoltre in particolari condizioni epidemiologiche, quale

quella COVID-19 attuale, il suo intervento può essere orientato alla gestione di un target di popolazione specifica: ad esempio per il tracciamento e monitoraggio dei casi di Covid-19 coadiuvando le USCA, in collaborazione con MMG e Igiene Pubblica e nelle campagne vaccinali, come delineato nel Decreto Rilancio. L'IFeC opera soprattutto nella sfera educativo-sanitaria, favorendo nei cittadini un uso consapevole e critico delle conoscenze sanitarie atte a renderli capaci di adottare comportamenti positivi e di adattamento che li consentono di promuovere e proteggere la loro salute. Rientrano tra le attività educativo-sanitaria, quelle di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. La prevenzione primaria vede l'agire del professionista sul soggetto sano, con lo scopo di preservare le condizioni di benessere, evitando la comparsa di patologie tramite interventi di promozione della salute: adozione di corretti stili di vita (nutrizione equilibrata, attività fisica, no fumo, no alcool). La prevenzione secondaria, invece, vede l'impiego di risorse economiche, sotto forma di programmi di screening con lo scopo di effettuare diagnosi precoci di malattie e così interrompere o rallentare il decorso della patologia stessa. La prevenzione terziaria, infine, vede il coinvolgimento di tutte le azioni deputate al controllo e al contenimento degli esiti più complessi di una patologia. Consiste nell'accurato controllo clinico-terapeutico di malattie ad andamento cronico e ha come obiettivo quello di evitare o limitare la comparsa di complicanze e di esiti invalidanti. Di conseguenza, con la prevenzione di terzo livello si intende anche la gestione di disabilità funzionali tramite misure riabilitative e assistenziali, volte all'aumento della qualità di vita del malato e al suo reinserimento sociale. Risulta evidente la fondamentale importanza, specialmente in ambito educativo-sanitario, che potrebbe assumere la figura dell'IFeC se la sua applicazione fosse uniforme in tutte le regioni d'Italia, essendo non solo il professionista che eroga assistenza sanitaria sul territorio ma anche "educatore".

3.3 Un futuro vicino sul nostro territorio?

L'attuale situazione socio-demografica della popolazione italiana, congiuntamente alle indicazioni fornite dall'OMS e alla necessità di rivedere i modelli di assistenza territoriale, ha portato allo sviluppo di differenti esperienze di IFeC, riconosciute a

livello legislativo o per mezzo di progetti e sperimentazioni. La Regione a cui è stato riconosciuto il merito di essere tra le prime ad aver implementato la figura dell'IFeC è il Friuli Venezia Giulia. Nel 1998 ha dato vita al progetto sperimentale nell'ambito dell'ex Azienda Sanitaria n°5 Bassa Friulana, che si è sviluppato nell'arco di oltre 20 anni apportando all'offerta sanitaria un notevole valore aggiunto in termini di soddisfazione del servizio reso da parte degli utenti. Concretamente il progetto consiste nell'attivazione di un servizio di assistenza infermieristica decentrato in ogni comunità, che può rispondere a uno o più Comuni aventi circa 3000 - 3500 abitanti. L'IFeC afferisce al Distretto Sanitario di riferimento svolgendo una funzione integrata e aggiunta agli interventi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Il suo intervento non si esaurisce con la prestazione erogata ma è parte integrante della comunità, ne conosce i bisogni, le risorse e le potenzialità. Garantisce una presenza costante nei Comuni anche attraverso l'attivazione di un ambulatorio infermieristico ed è riconosciuto dalla comunità stessa come figura di riferimento assistenziale. L'intervento dell'IFeC si sviluppa sostanzialmente in tre ambiti lavorativi: a livello ambulatoriale come punto di incontro in cui i cittadini possono recarsi per ricevere informazioni, per essere meglio orientati sull'offerta dei servizi o che necessitano di prestazioni incluse nei LEA rivolti alla prevenzione della collettività, della sanità pubblica e dell'assistenza di base, compresi interventi di educazione alla salute; a livello domiciliare l'IFeC eroga assistenza agli utenti non deambulanti o non autosufficienti che necessitano di prestazioni infermieristiche di medio-alta complessità, inoltre svolge attività di monitoraggio e valutazione delle alterazioni sintomatiche dello stato di salute in caso di malattia; nel lavoro di rete promuove l'attivazione delle risorse presenti sul territorio e nella messa in rete degli operatori della salute favorendo una presa in carico globale e integrata della persona e garantendo la continuità assistenziale. Non tardò ad arrivare anche il contributo da parte delle Regioni del Piemonte e della Liguria. Con il fine di favorire un invecchiamento attivo della popolazione over sessantacinquenne, le due Regioni diedero vita al progetto CoNSENSo (Community Nurse Supporting Elderly iN a changing Society) nell'ambito del Programma transnazionale di Cooperazione Territoriale Europa Interreg Spazio Alpino 2014-2020. All'IFeC è stata riconosciuta una

funzione strategica nel potenziamento dell'offerta territoriale dei servizi, in quanto, in attinenza ai principi del progetto, aveva lo scopo di garantire il miglioramento o mantenimento delle capacità residue funzionali, dei processi di self-care e di favorire la creazione di un'unica rete sociale. Risultano essere simili ai precedenti, i principi dei modelli della Regione Toscana e delle Microaree Triestine. Il modello toscano di IFeC, infatti, vede tra le caratteristiche peculiari la prossimità alla famiglia e alla comunità, la proattività degli interventi, il ruolo di garante verso l'equità del sistema di erogazione di cure e la logica multiprofessionale in raccordo diretto con gli altri professionisti dell'equipe sanitaria territoriale; nei territori triestini, invece, l'infermiere, inserito nel contesto locale come parte integrante e connettivale della comunità residente, eroga interventi di tipo socio-sanitario e svolge un ruolo di attivatore di risorse contribuendo, così, alla rete del Welfare di comunità. I diversi principi cardine dei progetti citati rispecchiano il processo di adattamento del modello al contesto locale e permettono di comprendere bene come, per l'Italia, l'implementazione di tale modello debba tener in considerazione due principali aspetti: l'invecchiamento esplosivo della popolazione che si intreccia inestricabilmente con l'avvento di patologie cronico-degenerative in una serie di rapporti reciproci di causa ed effetto; la necessità di incrementare l'empowerment individuale della persona assistita, in modo da migliorare la sua capacità di far fronte alla patologia e di sviluppare abilità di self-care e l'esigenza di sviluppare l'empowerment di comunità, al fine di influenzare e controllare maggiormente i determinanti di salute quindi la qualità di vita all'interno della propria comunità. La FNOPI ritiene necessario intraprendere una strada che permetta di raggiungere il modello di Welfare generativo di comunità in grado di aumentare la sostenibilità del sistema stesso e potenziare il Capitale Sociale. Questi obiettivi possono essere raggiunti, secondo gli esperti internazionali, tramite azioni rivolte al potenziamento delle capacità delle persone e della comunità di partecipare consapevolmente ai processi decisionali sui temi che riguardano la salute stessa. Risulta evidente, di conseguenza, l'importanza che l'IFeC può assumere nella sfera educativo-sanitaria non solo a livello individuale ma anche a livello familiare e comunitario, lavorando sulle reti, sulle risorse e sui determinanti di salute che non possono e non

devono fermarsi al singolo individuo. Secondo i dati illustrati dalla FNOPI presso l'audizione del 28 gennaio 2020 sull'Atto Senato n°1346, dove il modello è già attivo, l'IFeC evita ricoveri impropri, previene e diminuisce le complicanze, promuove autocura e consapevolezza generando appropriatezza economica oltre che clinica proprio partendo dall'educazione al singolo e alle comunità, armonizza i percorsi aumentando fiducia nel sistema e facendo diminuire i contenziosi ma soprattutto risponde ai bisogni delle persone che dopo brevi esperienze di ospedalizzazione necessitano di lungo supporto assistenziale.

3.4. Infermiere Case Manager

Il Case Manager (CM) è un professionista che gestisce uno o più casi a lui affidati con un percorso predefinito in un contesto spazio-temporale definito. Il CM può essere qualunque professionista che possa gestire continuativamente la persona assistita e che questa lo riconosce come unica figura referente durante l'intero percorso terapeutico. Tale figura si inserisce nel contesto dell'approccio del Case Management nei sistemi di erogazione dell'assistenza sanitaria, definito dall'American Case Management Association (ACMA) come modello di pratica collaborativa tra assistiti, operatori sanitari, sociali e la comunità. Infatti il ruolo del CM è quello di gestire l'interfaccia tra l'assistito e il sistema di cura e soddisfare le esigenze di entrambi. Il processo di Case Management rappresenta una metodologia di organizzazione dei servizi sanitari centrati sull'utente, avente come obiettivo la massima integrazione degli interventi richiesti, erogati a livello della maggiore appropriatezza possibile. Sorto in un contesto sanitario differente da quello europeo, in risposta alla necessità di contenere i costi sanitari, negli anni Novanta si è poi sviluppato come soluzione alla frammentazione dei servizi erogati e alla necessità di rispondere ai bisogni del cittadino con servizi di qualità. Ad oggi il Case management è considerato uno strumento fondamentale per garantire la presa in carico globale dell'utente nelle diverse fasi del suo bisogno, personalizzata e affrontata in maniera multidisciplinare. Lo sforzo crescente per bilanciare qualità e costi all'interno della sanità ha aumentato le domande dei servizi del case management. Un rapporto ufficiale dell'American Association of Colleges of Nursing (2002) ha

identificato un aumento della domanda di infermieri con competenze in case management. La controversia su quale figura professionale potrebbe ricoprire il ruolo di CM è molto sentita. Le esperienze di alcuni Paesi, come Francia, Germania, Regno Unito, che utilizzano con successo questa metodologia, sostengono che la figura professionale più adatta per svolgere tale ruolo sia quella infermieristica, date le competenze specifiche riguardo alla presa in carico globale della persona, dei suoi problemi attuali, potenziali, del suo quadro non solo clinico ma anche psicologico, sociale e spirituale. Mentre in altri paesi si è scelta la professione medica. In linea generale, il CM sarebbe la figura di riferimento per l'utente, la famiglia e i professionisti della salute, che progetta e coordina l'attuazione multiprofessionale dei percorsi assistenziali e la tutela dei diritti della persona. La conoscenza delle strutture e delle risorse interne ed esterne all'ospedale come pure delle dinamiche psicosociali, ambientali, economiche e spirituali che riguardano i pazienti e i loro famigliari sono requisiti necessari per pianificare e tessere "un filo invisibile lungo il continuum dei servizi". A questo proposito, l'azione del CM si concretizza nel supportare l'integrazione delle risposte socio-sanitarie intorno all'assistito perseguendo i principi di appropriatezza e di efficienza. È situato al centro di un'equipe multidisciplinare, partecipa alla progettazione del piano assistenziale, ne cura l'attuazione, valuta i risultati raggiunti e garantisce un elevato grado di collaborazione tra i professionisti dell'equipe. È chiamato a conciliare le risposte socio-sanitarie necessarie al soddisfacimento dei bisogni dell'utente e dei famigliari alle risorse disponibili, facendo tra l'altro da tramite tra i diversi Servizi di cura presenti sul territorio. Valuta i requisiti di accesso ai servizi e le necessità che ne richiedono l'attivazione. Fornirebbe un importante contributo ai programmi di Clinical Governance avente lo scopo di ottenere una migliore qualità dell'assistenza con la riduzione del rischio clinico verificando sistematicamente se il PDTA dell'utente sia in linea con le attuali evidenze scientifiche. Dunque si riconosce al CM sia un ruolo clinico in quanto è responsabile dell'accertamento dei problemi degli utenti e delle loro famiglie e sviluppa il piano di cure o applica il PDTA, sia un ruolo manageriale ovvero assolve alla funzione di facilitatore e di coordinatore degli interventi rivolti all'utente durante l'intera presa in carico.

DISCUSSIONI

Dalla letteratura reperita si può affermare che l'IFeC è la figura professionale 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. Interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali. L'IFeC non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting assistenziali in cui essa si articola. I risultati ottenuti dove il modello è già attivo sono ragguardevoli sia in termini di efficacia che di efficienza. Più in generale si possono riassumere così sinteticamente:

- Riduzione del tasso di ospedalizzazione in quanto si agisce prima che l'evento acuto si manifesti (in Friuli-Venezia Giulia si è ridotto del circa 10%) con conseguente riduzione dei costi sanitari;
- Risposta immediata e tempestiva alle esigenze della popolazione, che si rivolge al servizio di Pronto Soccorso in modo più appropriato;
- Migliore offerta assistenziale che va oltre la dimensione tecnica della prestazione erogata per andare verso una dimensione sociale e relazionale che consente di fatto una reale presa in carico della persona e della sua famiglia;
- Garanzia della continuità assistenziale e della presa in carico integrata dei pazienti dimessi dall'ospedale;
- Migliore qualità di vita percepita dai cittadini, dall'indagine condotta in Bassa Friulana sulla qualità percepita dai cittadini fruitori del servizio risulta che la quasi totalità del campione 93% ritiene che l'IFeC risponda meglio ai propri

bisogni rispetto alla precedente modalità di prestare assistenza infermieristica a domicilio.

Il limite attuale è che il modello è stato attuato solo nelle realtà più piccole e senza un'organizzazione istituzionalizzata, la quale invece sarebbe necessaria per uniformare il modello sul territorio nazionale. I vantaggi che l'Italia potrebbe ottenere dall'implementazione dell'IFeC tuttavia non spiegano le ragioni per cui questa figura non abbia trovato ancora piena applicazione. In merito alle motivazioni si annovera ai conflitti tra le professioni che ostacolano i processi di cambiamento, all'assenza di legislazioni che ne riconoscono l'ambito di applicazione e all'assenza di un sistema educativo in grado di fornire agli infermieri le competenze necessarie.

CONCLUSIONI

Giunto al termine del mio percorso di studi, ho avvertito sempre più la necessità di voltare il mio sguardo non solo verso il mondo prettamente ospedaliero, ma soprattutto verso ciò che accade intorno. Il mio lavoro di Tesi offre una revisione della letteratura finalizzata all'aggiornamento su quanto si auspica ormai da anni ovvero che il SSN si diriga verso il potenziamento dell'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale implementando la figura dell'IFeC. Ad oggi non è più procrastinabile un cambio di rotta in questo senso anche in funzione della crisi del Welfare State. L'IFeC integra con un ruolo che ha bisogno di essere formalizzato, sostenuto e reso evidente, il contributo degli attori delle Cure Primarie per la salute dei cittadini, collaborando con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta in primis, con i quali si dovrebbe costruire veri e propri team che diano all'assistito certezze su tutti gli aspetti che riguardano la sua salute. Si sottolinea la necessità di formalizzare il ruolo dell'IFeC, per consentire a tutti i cittadini di poter usufruire dei vantaggi descritti e al sistema di garantire un'organizzazione prossimale della rete territoriale, mirata non solo alla cura e all'assistenza, ma anche alla vera e propria prevenzione ed educazione alla salute.

BIBLIOGRAFIA

Armocida G. Zanobio B. Storia della medicina. Milano: Masson; 1997.

Calamandrei C. L'assistenza infermieristica: storia, teoria, metodi. 2^a edizione. Carocci; 1993.

Dal Passo F. Storia dell'assistenza: nascita, evoluzione e futuro del Welfare State. Edizioni Accademiche Italiane; 2015.

Mazzoleni B. Lusignani M. Mazzoleni B. Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica. Masson; 2000.

Craven R. Hirnle C. Principi Fondamentali dell'assistenza infermieristica. 6^a edizione. Ambrosiana; 2019.

Regio Decreto Legge 15 agosto 1925, n. 1832 “Facoltà della istituzione di Scuole-convitto professionali per infermiere, e di Scuole specializzate di medicina, pubblica igiene, ed assistenza sociale per assistenti sanitarie visitatrici”

Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265 “Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie”

Legge 19 luglio 1940, n. 1098 “Disciplina delle professioni sanitarie ausiliarie infermieristiche e di igiene sociale, nonché dell'arte ausiliaria di puericultrice”

Costituzione della Repubblica 1 gennaio 1948, Parte I, Titolo II, articolo n. 32 “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”

Legge 29 ottobre 1954, n. 1049 “Istituzione dei Collegi delle infermiere professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici d'infanzia”

Legge 25 febbraio 1971, n. 124 “Estensione al personale maschile dell'esercizio della professione di infermiere professionale, organizzazione delle relative scuole e norme transitorie per la formazione del personale di assistenza diretta”

Legge 15 novembre 1973, n. 795 “Ratifica ed esecuzione europeo sull’istruzione e formazione delle infermiere, adottato a Strasburgo il 25 ottobre 1967”

Decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225 “Modifiche al regio decreto 2 maggio 1940, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici”

Legge 23 dicembre 1978, n. 833 “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”

Legge 19 novembre 1990, n. 341 “Riforma degli ordinamenti didattici universitari”

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina infermieristica, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”

Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739 “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere”

Cantarelli M. Il modello delle prestazioni infermieristiche. 2^a edizione. Milano: Masson; 2003

Legge 26 febbraio 1999, n. 42 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”

Decreto Ministeriale 3 novembre 1999, n. 509 “Regolamento recante norme concernenti l’autonomia didattica degli atenei”

Legge 10 agosto 2000, n. 251 “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”

Decreto Ministeriale 2 aprile 2001, “Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie”

Legge 1 febbraio 2006, n. 43 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l’istituzione dei relativi ordini professionali”

Legge 11 gennaio 2018, n. 3 “Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute”

Paccagnella B. L'evoluzione del concetto di salute. Pace diritti umani. 2005; 3:21-36

Delibera del consiglio dei Ministri 21 aprile 2022, n. 71 “Delibera sostitutiva dell'intesa della Conferenza Stato-regioni, relativa allo schema di decreto del Ministro della salute, concernente il regolamento recante modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”

Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”

Legge 17 luglio 2020, n. 77 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”

Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n.77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”

Donati P. Teoria relazionale della società: i concetti di base. Franco Angeli; 2009.

Chiari P. Santullo A. Infermiere case manager. Milano:McGraw-Hill;2003.

SITOGRAFIA

Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche [Internet]. Codice deontologico delle professioni infermieristiche 2019; [consultato il 3 settembre 2022]. Disponibile all'indirizzo: https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2629/Il%20testo%20definitivo%20Codice%20Deontologico%20degli%20Ordini%20delle%20Professioni%20Infermieristiche%202019.pdf

Dichiarazione universale dei diritti umani [Internet]; [consultato il 3 settembre 2022]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.senato.it>

Fedlex [Internet]. Costituzione dell'Organizzazione mondiale della Sanità; [consultato il 5 settembre 2022]. Disponibile all'indirizzo: https://www.fedlex.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/1948/1015_1002_976/20090625/it/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-1948-1015_1002_976-20090625-it-pdf-a.pdf

Dichiarazione di Alma Ata [Internet]; [consultato il 5 settembre 2022]. Disponibile all'indirizzo: https://www.asl.vt.it/Staff/Formazione/educazione/files/doc_org_mondiale/a%201978%20ALMA%20ATA.pdf

Carta di Ottawa [Internet]; [consultato il 5 settembre 2022]. Disponibile all'indirizzo: https://www.epicentro.iss.it/politiche_sanitarie/30anniOttawa

Raccomandazioni di Adelaide [Internet]; [consultato il 7 settembre 2022]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/c0f26460-f1b6-41d3-ad3e-d8d1d56ba2aa/Le+Raccomandazioni+di+Adelaide.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-c0f26460-f1b6-41d3-ad3e-d8d1d56ba2aa-m6OIzJu>

Portale Asl Viterbo [Internet]. Dichiarazione di Sundsvall sugli ambienti favorevoli alla salute; [consultato il 7 settembre 2022]. Disponibile all'indirizzo: https://www.asl.vt.it/Staff/Formazione/educazione/files/doc_org_mondiale/u%20SANDSVALL.pdf

Dichiarazione di Jakarta sulla promozione della salute nel 21^o secolo [Internet]; [consultato il 7 settembre 2022]. Disponibile all'indirizzo: https://www.asptrapani.it/upload/asp_trapani/gestionedocumentale/6-DichiarazioneDiJakarta_784_6528.pdf

Ministero della Salute [Internet]. Piano Sanitario Nazionale 2011-2013; [consultato il 10 settembre 2022]. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_navigazioneSecondariaRelazione_4_listaCapitoli_capitoliItemName_0_scarica.pdf

Ministero della Salute [Internet]. La carta di Tallin: I sistemi sanitari per la salute ed il benessere economico; [consultato il 10 settembre 2022]. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=1314.

Quotidiano Sanità [Internet]. Cos'è il Chronic Care Model - Quotidiano Sanità; [consultato il 10 settembre 2022]. Disponibile all'indirizzo: http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?approfondimento_id=1412

Piano sanitario e sociosanitario regionale 2020.2022 [Internet]; [consultato il 12 settembre 2022]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.regione.marche.it/ars/Aree-di-Attività/Piano-Socio-Sanitario-Regionale>.

Portale Asl Viterbo [Internet]. Health21: la salute per tutti nel 21°secolo; [consultato il 12 settembre 2022]. Disponibile all'indirizzo: https://www.asl.vt.it/Staff/Formazione/educazione/files/doc_org_mondiale/f%201998%20HEALTH%2021.pdf

Centro di documentazione per la promozione della salute - Regione Piemonte [Internet]. [consultato il 17 settembre 2022]. Disponibile all'indirizzo: https://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf

Italia Domani - Portale PNRR [Internet]. PNRR; [consultato il 17 settembre 2022]. Disponibile all'indirizzo: <https://italiadomani.gov.it/it/home.html>

Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali - AGENAS [Internet]. Nuovo Monitor 45 - AGENAS; [consultato il 22 settembre 2022]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.agenas.gov.it/archivio-monitor-2021/1918-nuovo-monitor-45>

Quotidiano Sanità [Internet]. Patto per la salute 2019-2021; [consultato il 26 settembre 2022]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1732438.pdf>

Conferenza delle Regioni e delle Province autonome - Regioni.it [Internet]. Infermiere di famiglia e di comunità: linee di indirizzo; [consultato il 27 settembre 2022]. Disponibile all'indirizzo: <http://www.regioni.it/newsletter/n-3909/del-17-09-2020/infermiere-di-famiglia-e-di-comunita-linee-di-indirizzo-21653/>.

Quotidiano Sanità [Internet]. Position statement l'Infermiere di Famiglia e di Comunità; [consultato il 29 settembre 2022]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1552634.pdf>

Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche [Internet]. Educare alla prevenzione: il ruolo dell'infermiere di famiglia; [consultato il 29 settembre 2022]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.infermiereonline.org/2019/06/16/educare-alla-prevenzione-il-ruolo-dellinfermiere-di-famiglia/>.

Area Comunicazione [Internet]. Human caring e salute, l'incontro con jean watson; [consultato il 29 settembre 2022]. Disponibile all'indirizzo: <http://areacomunicazione.policlinico.unina.it/34181-human-caring-e-salute-al-policlinico-federico-ii-lincontro-con-jean-watson/>.

Community Care [Internet]. [consultato il 30 settembre 2022]. Disponibile all'indirizzo: <http://www.residenzasangiuseppe.com/community-care/>

Regione Piemonte [Internet]. Co.N.S.E.N.So.; [consultato il 30 settembre 2022]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/consenso>

OPI VERONA [Internet]. OPI VERONA - Sito ufficiale dell'ordine degli infermieri di Verona; [consultato il 7 ottobre 2022]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.opiverona.it>

Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche [Internet]. Memoria della FNOPI sull'Atto Senato 1346; [consultato il 8 ottobre 2022]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/AUDIZIONE-IFEC-SENATO-28-Gennaio-2020.pdf>

ACMA : American Case Management Association : Home [Internet]. ACMA : standards of practice & scope of services; [consultato il 9 ottobre 2022]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.acmaweb.org/section.aspx?mn=&sn=&wpg=&sid=22>