



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**PROGETTO “INFERMIERE DI FAMIGLIA  
E DI COMUNITÀ”. DOCUMENTAZIONE DI  
UN’ESPERIENZA VENTENNALE NEL  
TERRITORIO DELLA “BASSA FRIULANA”**

Relatore: Chiar.mo  
**Prof.ssa Stefania Liberati**

Tesi di Laurea di:  
**Genny Bompadre**

A.A. 2019/2020

## INDICE

1. ABSTRACT	
2. PANORAMA DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ IN ITALIA: EXCURSUS NORMATIVO, RUOLO, COMPETENZE E FORMAZIONE	pag. 1
3. INTRODUZIONE	pag. 12
4. OBIETTIVI	pag. 16
5. MATERIALI E METODI	pag. 17
6. RISULTATI	pag. 40
7. DISCUSSIONE	pag. 60
8. CONCLUSIONI	pag. 64
9. BIBLIOGRAFIA	pag. 66
10. SITOGRAFIA	pag. 72

## **ABSTRACT**

**Introduzione.** L'invecchiamento progressivo della popolazione, l'aumento del numero delle persone affette da patologie croniche e le criticità del modello assistenziale prestazionale richiedono un potenziamento dei servizi sanitari territoriali e delle cure primarie. Da qui prende vita il progetto "Infermiere di Comunità" nell'ASS n. 5 "Bassa Friulana" nel 2001.

**Obiettivi.** Questo report vuole illustrare il progetto "Infermiere di Comunità" nell'ASS n. 5 "Bassa Friulana" e in particolare il ruolo di questa nuova figura e i risultati ottenuti a seguito della sperimentazione e implementazione.

**Materiali e metodi.** Il lavoro è nato da una ricerca della letteratura scientifica sia internazionale, attraverso la consultazione delle banche dati (PubMed e ScienceDirect), sia nazionale, attraverso la consultazione di testi e sitografia, nonché dall'analisi del quadro normativo di riferimento in Italia. Lo studio del progetto "Infermiere di Comunità" nell'ASS n.5 "Bassa Friulana", della sua implementazione e dei risultati è stato effettuato attraverso contatti telefonici ripetuti con la dott.ssa Pellizzari Mara, ideatrice del progetto, la consultazione del suo testo "Infermiere di Comunità. Dalla teoria alla prassi", per la descrizione del progetto, e la consultazione dei siti internet per il reperimento dei dati di attività (<http://www.carditalia.com/wp-content/uploads/2018/06/Pordenon.pdf>).

**Risultati.** I risultati raggiunti nell'arco di questo ventennio sono stati molti, sia in termini di attività (aumento del volume di attività, aumento dell'indice di copertura assistenziale over 65 anni e over 75 anni, riduzione del tasso di ospedalizzazione, riduzione dei tempi di percorrenza e ad un appropriato uso dell'ambulatorio) che di qualità percepita (il 93% degli intervistati ad un questionario di gradimento hanno reputato il nuovo modello migliore di quello prestazionale).

**Discussione.** I risultati ottenuti dalla sperimentazione del progetto e dalla sua implementazione dimostrano una maggiore presa in carico del paziente, un'aumentata autonomia da parte degli assistiti nella gestione della propria salute e un'ottimizzazione dell'efficienza del servizio offerto, testimoniato anche dalla soddisfazione percepita dagli utenti.

**Conclusioni.** L'infermiere di comunità, figura sempre presente nel territorio e che istaura rapporti di fiducia con la comunità, è in grado di offrire un'assistenza globale e mirata in risposta ai bisogni reali e potenziali grazie all'attivazione delle reti formali e informali e alla collaborazione di tutti i professionisti presenti nel territorio. Responsabilizza inoltre il singolo e la comunità alla gestione della propria salute (selfcare).

## **PANORAMA DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ IN ITALIA: EXCURSUS NORMATIVO, RUOLO, COMPETENZE E FORMAZIONE**

L'OMS con il documento "Health 21" (OMS, 1999) definisce i 21 obiettivi affinché ci sia salute per tutti nel XXI secolo, descrive l'Infermiere di Famiglia e di Comunità come il professionista chiave nella salute primaria, capace di dare un contributo sostanziale nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie e con la successiva Dichiarazione di Monaco (WHO, 2000a) invita gli Stati membri a potenziare, o eventualmente introdurre, tale figura nella comunità.

In Italia abbiamo assistito ad un ritardo culturale, scientifico e organizzativo, infatti l'Infermiere di Famiglia e di Comunità è una figura che ancora oggi non è stata completamente integrata.

Emblematiche sono state alcune esperienze italiane diffuse a macchia di leopardo nel corso di quest'ultimo ventennio prive di uno specifico campo di applicazione per l'assenza di un modello unico condiviso di Infermiere di Famiglia e di Comunità e per la mancanza di un quadro normativo e contrattuale nazionale. Una delle prime è stata proprio quella dell'Infermiere di Comunità nel territorio della "Bassa Friulana" (2001); successivamente sono nate altre esperienze, tra cui quella dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità in Piemonte e in Liguria grazie al progetto europeo Co.N.S.E.N. So realizzato tra dicembre 2016 e dicembre 2018 (36 mesi) in quattro Paesi Europei (Italia, Francia, Austria, Slovenia).

Negli ultimi anni in Italia all'interno del dibattito sulle politiche sanitarie si è ripreso a parlare di questo tema, soprattutto alla luce del mutato contesto socio-epidemiologico (l'allungamento della vita, il progressivo invecchiamento della popolazione, l'incremento di situazioni di fragilità sanitaria e sociale, l'aumento della cronicità, l'insorgenza di multi-patologie sul singolo paziente). È l'attuale panorama nazionale che ha spinto l'emanazione in data 18 dicembre 2019 del Patto per la Salute per il triennio 2019-2021 a seguito dell'Intesa sancita nella Conferenza Stato-Regioni: primo passo dell'Italia per allinearsi alle indicazioni date dall'OMS nel 1998. Questo documento sottolinea infatti la forte necessità di una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, prevede la valorizzazione della professione infermieristica di famiglia e di comunità finalizzata alla prevenzione, alla promozione della salute e alla presa in carico della cronicità, in

particolare in soggetti fragili e/o affetti da multi-morbilità, secondo percorsi basati sulla medicina di iniziativa in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità (2016) e il Piano Nazionale della Prevenzione (2014-2018) in un'ottica di integrazione con i servizi socioassistenziali. Il Patto per la salute chiede che vengano definite delle linee di indirizzo al fine di promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria.

Malgrado alcune Regioni abbiano già formalizzato l'introduzione di questa figura nel loro Sistema Sanitario Regionale (esempio la Lombardia con la L.R. 23/2015, il Piemonte con la D.G.R. 32-5173/2017, la Toscana con la D.G.R. 597/2018), la svolta storica dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità si è avuta in realtà nell'anno corrente con il Decreto Rilancio (D.L. 34/2020) e con la successiva legge di conversione 77/2020, legge con la quale si è avuto il riconoscimento ufficiale di questa figura professionale con la finalità di istituirlo su tutto il territorio in modo omogeneo per promuovere il miglioramento dell'assistenza.

Il Decreto Rilancio, emanato in un periodo storico di emergenza sanitaria a livello mondiale causata dalla pandemia da Covid-19, proprio per le evidenti fragilità e carenze del modello di assistenza territoriale finora ammortizzato dall'ospedale (CENSIS, 2020), ha previsto un investimento strategico per l'assistenza territoriale che consiste nell'assunzione a tempo indeterminato di 9600 infermieri di famiglia e di comunità per rafforzare concretamente questi servizi.

Le forme contrattuali sancite da questo decreto sono quelle di dipendente dell'Azienda Sanitaria, di libero professionista e di collaboratore coordinato e continuativo, cioè in forma convenzionata al pari dei Medici di Medicina Generale. (D.L. 34/2020; FNOPI, 2019).

Negli ultimi anni sono stati fatti grandi passi per costruire un modello condiviso di infermiere di famiglia. La FNOPI, nel luglio 2020, illustra la propria visione del ruolo di questa figura con il documento "Position statement l'infermiere di famiglia e di comunità", al fine di poter giungere ad una definizione univoca.

Sulla base della traccia del documento della FNOPI, le Regioni con la Conferenza Stato-Regioni del 10 settembre 2020 hanno emanato le "Linee di indirizzo infermiere di famiglia e di comunità", documento che rende uniforme la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità su tutto il territorio e sottolinea la necessità di una tempestiva

introduzione su scala nazionale sia per l'urgenza determinata dall'attuale fenomeno pandemico, sia per il potenziamento delle cure primarie.

“L’Infermiere di Famiglia e di Comunità è il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, in possesso di conoscenze e competenze specialistiche, nell’area infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica.” (FNOPI, 2020b) È competente nell’ erogazione di cure infermieristiche complesse, nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e della comunità. La sua azione è orientata alla gestione proattiva della salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento in cui garantisce la sua presenza continuativa, favorendo l’integrazione sanitaria e sociale dei servizi. Si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio, in modo da rispondere ai diversi bisogni espressi nei contesti urbani e sub-urbani e promuove la mobilitazione di risorse informali. (Conferenza delle Regioni, 2020)

L'obiettivo di mantenere nel tempo l'equilibrio e lo stato di salute della famiglia nella comunità, aiutandola a evitare o gestire le minacce alla salute, viene raggiunto attraverso l'istaurazione di un rapporto di fiducia con la popolazione e la formazione dei pazienti e/o dei loro caregivers.

Alla luce di quanto fin qui esposto possiamo riassumere circa le competenze core dell’Infermiere di famiglia e di comunità quanto segue (FNOPI, 2020b; Conferenza delle Regioni, 2020):

- L’infermiere di famiglia e di comunità effettua una valutazione dei bisogni di salute della persona, delle famiglie e della comunità, in particolare garantisce una presa in carico delle persone con malattie croniche e con elevati livelli di rischio in tutte le fasi della vita, anche facilitando le dimissioni precoci in modo protetto;
- La promozione della salute, la prevenzione primaria, secondaria e terziaria vengono assicurate: 1. attraverso un approccio comunicativo-relazionale con il paziente, 2. attraverso la conoscenza dei determinanti della salute e dei fattori di rischio prevalenti nel territorio di riferimento; 3. attraverso una valutazione personalizzata dei problemi e dei bisogni in sinergia con il medico di medicina generale e gli altri professionisti presenti sul territorio; 4. attivando le risorse, formali e informali,

disponibili. Deve perciò avere un elevato grado di conoscenza della Rete dei Servizi sanitari e sociali per creare connessioni e integrazione tra i diversi professionisti;

- Altre attività rilevanti dell'infermiere di famiglia e di comunità sono l'educazione del paziente al self management e la responsabilizzazione delle famiglie per ovviare all'istituzionalizzazione dei soggetti fragili e agli accessi impropri al Pronto soccorso;
- Definisce i programmi di intervento infermieristici condivisi dai pazienti basati su prove scientifiche di efficacia;
- Crea e valuta gli standard qualitativi per l'assistenza infermieristica territoriale;
- Garantisce un migliore accesso ai servizi con integrazione dei servizi assistenziali, sociali ed ospedalieri.

Le core competence individuate da un primo report dal progetto Enhance (European curriculum for the fAmily aNd Community nurse) progetto iniziato il 1 gennaio 2018 della durata di 36 mesi i cui Paesi coinvolti sono l'Italia, la Grecia, la Finlandia, il Portogallo, la Germania e il Belgio, sono 27: (Enhance, 2018, p. 12)

1. Identificare e valutare lo stato di salute e le esigenze degli individui e delle famiglie nel contesto della loro comunità;
2. Prendere decisioni basate su principi etici;
3. Pianificare, avviare e fornire assistenza alle famiglie;
4. Promuovere la salute degli individui, delle famiglie e delle comunità;
5. Applicare le varie di strategie ai fini educativi;
6. Utilizzare e valutare diversi metodi di comunicazione;
7. Partecipare alla prevenzione delle malattie;
8. Coordinare e gestire l'assistenza, inclusa quella che hanno delegato ad altri professionisti;
9. Documentare sistematicamente la loro attività;
10. Generare, gestire e utilizzare informazioni cliniche e statistiche per le attività legate alla pianificazione delle cure primarie;
11. Responsabilizzare gli individui e le famiglie e renderli partecipi delle decisioni riguardanti la loro salute;
12. Stabilire standard e valutare l'efficacia delle attività infermieristiche;
13. Lavorare in team;
14. Partecipare alla definizione delle attività prioritarie relative alla salute e alla malattia;



15. Gestire il cambiamento;
16. Mantenere rapporti professionali e di supporto con i colleghi;
17. Effettuare la formazione continua in medicina;
18. Fornire educazione al paziente e costruire con lui una relazione terapeutica
19. Gestione dei sistemi di erogazione dell'assistenza sanitaria;
20. Monitoraggio e garanzia della qualità dell'attività sanitaria.
21. Valutazione analitica, competenza e pianificazione del programma;
22. Pianificazione e gestione finanziaria;
23. Leadership e sviluppo, attuazione e valutazione di politiche familiari e comunitarie;
24. Sistemi di pensiero, scienze della salute pubblica;
25. Competenze di assistenza clinica e gestione dei casi;
26. Valutazione sanitaria della comunità, interventi, mobilitazione;
27. Gestire la diversità e promuovere l'inclusione.

L'attivazione dell'infermiere di famiglia e di comunità può avvenire tramite prescrizione o autonomamente attraverso la promozione di modelli anticipatori del bisogno rivolti a tutta la popolazione.

I modelli assistenziali di cure primarie attivabili sono diversi e specifici in relazione alle caratteristiche del contesto territoriale in cui sono inseriti (zone urbane, paesi isolati, zone montane), in particolare devono avere un bacino di utenza definito e coerente con le condizioni geografiche e demografiche del territorio di riferimento. (FNOPI, 2020)

Tuttavia, la Conferenza Stato Regioni (2020) nel suo documento ha ribadito l'indicazione fornita dalla legge 77/2000 di non superare le 8 unità infermieristiche ogni 50 mila abitanti.

L'infermiere di famiglia e di comunità è inserito all'interno dei servizi e delle strutture distrettuali e il suo intervento, che è indirizzato al singolo, alla famiglia e a tutta la comunità, ha luogo in diversi ambiti quali le Case della Salute, sedi e articolazioni dei Comuni (Conferenza delle Regioni, 2020), ma i principali sono il domicilio, le sedi ambulatoriali e la rete sociale/comunitaria (Pellizzari, 2008; FNOPI, 2019).

- A livello ambulatoriale l'Infermiere eroga assistenza infermieristica a medio-bassa complessità a tutti gli utenti in grado di deambulare. L'attività ambulatoriale provvede all'erogazione delle prestazioni di maggiore richiesta degli utenti (prelievi, medicazioni, iniezioni, infusioni, controllo e monitoraggio dei parametri vitali, ecc.),

all'orientamento e all'informazione dell'utente relativamente all'offerta sanitaria, alla promozione di interventi di educazione alla salute finalizzati all'autogestione di problematiche assistenziali semplici.

- A livello domiciliare l'Infermiere eroga un'assistenza infermieristica di medio-alta complessità a tutti gli utenti che ne necessitano e che per gravi patologie o per difficoltà alla deambulazione non riescono a recarsi in ambulatorio. I compiti svolti a livello domiciliare rispecchiano quelli dell'attività ambulatoriale, con il supplemento delle attività di promozione della continuità delle cure tra ospedale e territorio; promozione della salute nella famiglia anche attraverso l'educazione, il tutorato del nucleo familiare e/o degli eventuali caregivers e la valorizzazione delle risorse indirizzandole verso l'autocura e l'autogestione; promozione della presa in carico leggera ed anticipata; progettazione e verifica di interventi di "aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona" resi da altri operatori (operatori socio-sanitari, assistenti familiari, familiari stessi ecc.).
- A livello sociale l'infermiere svolge un lavoro di rete che consiste nel partire da un problema specifico per poi definire le integrazioni tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali e informali presenti sul territorio che possano garantire la continuità delle cure e le interrelazioni tra le funzioni dei servizi. Le risorse informali della comunità possono essere sotto forma di volontariato, associazioni, parrocchie, vicinato, famiglie disponibili a fornire aiuto. (FNOPI,2020b)

A sostegno di un sistema sanitario basato sulla medicina d'iniziativa, nel Friuli abbiamo assistito ad una stratificazione piramidale della popolazione in base al rischio, alla comorbilità e ai livelli assistenziali necessari secondo l'Expanded Chronic Care Model che prevede un approccio proattivo operatore-paziente. Sulla base di questa stratificazione sono state delineate diverse funzioni del ruolo dell'infermiere di comunità:

- Health Coach Management: il target di popolazione sono gli utenti sani, il setting di intervento è la comunità, le attività svolte riguardano la promozione della salute e la formazione;
- Disease management: il target di popolazione sono gli utenti nella fase iniziale della patologia, rappresentano il 70-80% della popolazione, il setting di intervento è l'ambulatorio, le attività svolte attengono alla presa in carico proattiva, al rafforzamento dell'empowerment e all'educazione terapeutica;

- Care management: il target di popolazione sono gli utenti con patologia conclamata spesso associata a pluripatologie (15-20% della popolazione), ma con conservazione dell'autonomia funzionale. Il setting di intervento è misto ambulatorio-domicilio, le azioni svolte sono finalizzate ad arrestare la patologia o prevenirne le complicanze;
- Case management: il target di popolazione sono gli utenti con pluripatologie in fase avanzata (3-5%) e in fase terminale (0,5%) che presentano bisogni sociosanitari complessi con compromissione dell'autonomia funzionale, il setting assistenziale è il domicilio dove vengono messi in atto interventi per la loro condizione di non autosufficienza attraverso un programma di cura integrato. (<http://www.carditalia.com/wp-content/uploads/2018/06/Pordenon.pdf>)

L'auspicio di questo modello è l'estensione delle funzioni dell'infermiere di comunità ai livelli intermedi della piramide e l'implementazione delle funzioni di disease e care management.

La FNOPI (2019) a livello nazionale, invece, applicando il concetto di stratificazione della popolazione, individua tre diversi ruoli dell'infermiere di famiglia e di comunità.

- Infermiere di Comunità/Welfare comunitario: intervento proattivo. Il target di popolazione è l'intero contesto sociale di riferimento. Gli obiettivi sono la prevenzione e lo screening per gli individui che richiedono percorsi personalizzati; la gestione e la facilitazione dei processi integrati di promozione della salute; la promozione di comportamenti aderenti ai determinanti della salute (OMS);
- Infermiere di Famiglia Care Manager: intervento proattivo-reattivo. Il target di popolazione sono le persone assistite e i caregivers inseriti in un contesto sanitario e sociale. Gli obiettivi sono la valutazione, la gestione, l'integrazione e la facilitazione dei processi integrati di presa in carico al fine di mantenere e migliorare il soddisfacimento dei bisogni e il livello di salute; un altro obiettivo è quello di essere il riferimento stabile del paziente e dei suoi caregivers fin dal momento della presa in carico;
- Infermiere Disease Case Manager: intervento reattivo. Il target di popolazione sono le persone assistite inserite in un contesto sanitario e sociale. Gli obiettivi sono la valutazione, la gestione, l'integrazione e la facilitazione dei processi integrati di presa in carico anche attraverso il collegamento diretto con il case manager specialistico

(medico), al fine di ridurre i ricoveri impropri e garantire la gestione precoce della complessità e delle complicanze.

Per quanto concerne il percorso formativo infermieristico vigente in Italia è stato l'Osservatorio del MIUR (2018) a delinearne i caratteri, poi diffusi dalla Circolare Ministeriale della Sanità del 13 marzo 2019 e dalla Circolare del MIUR del 1° aprile dello stesso anno.

Nell'ambito delle cure primarie sono attivi Master con tre indirizzi diversi (MIUR, 2018):

- sanità pubblica (interventi di promozione della salute, interventi di prevenzione, di educazione, di counselling sugli stili di vita, di attivazione di reti, di monitoraggio epidemiologico);
- cure primarie, domiciliari e territoriali con approccio proattivo rivolto soprattutto a persone con malattie croniche (gestire follow-up secondo percorsi diagnostico-terapeutici condivisi con altri professionisti, interventi di educazione terapeutica);
- infermiere di famiglia e di comunità, finalizzato a sviluppare competenze per prendere in carico le famiglie e le comunità, sia per promuovere il loro benessere che per sostenerle con interventi specifici quando devono affrontare problematiche complesse di malattia, disabilità e cura.

Il percorso formativo attivo oggi nell'Azienda Sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASU FC) a cui fa riferimento la "Bassa Friulana" è il Master di primo livello "Infermieristica di comunità e di ambito geriatrico" di durata biennale offerto dal Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute nella sede universitaria di Trieste. Esso prevede quattro insegnamenti (engagement, la morte e il morire, prova finale e il tirocinio, quest'ultimo sotto la docenza della dottoressa Pellizzari). Nella Tabella seguente (Tabella 29) si illustra il piano di studi del corso:

Unità didattiche	CFU	Ore
Engagement	4 CFU	24 h
- Medicina narrativa	- 2 CFU	- 12 h
- Modello I.A.R.A. - educazione terapeutica	- 2 CFU	- 12 h
La morte e il morire	3 CFU	18 h
- Etica del morire (nuova legge sul biotestamento)	- 1 CFU	- 6h
- Management nel fine vita a domicilio	- 2 CFU	- 12 h
Prova finale	2 CFU	2 h
Tirocinio	20 CFU	20 h

Tabella 29 Insegnamenti del Master di primo livello "Infermieristica di comunità e di ambito geriatrico" Università di Trieste (<https://dsm.units.it/it/post-lauream/master-1-livello?q=it/node/54076&aa=2020>).

Il Master dell'Università di Trieste segue il primo indirizzo (Sanità Pubblica) proposto dal MIUR; “ [...] è un corso di formazione avanzata, nel quale l'infermiere acquisisce competenze professionali specifiche necessarie negli ambiti operativi della Sanità Pubblica, in cui è necessario gestire (pianificare, realizzare, monitorare e valutare) strategie assistenziali globali, continue, tempestive e di elevata qualità in risposta ai bisogni di salute e ai problemi fisici e psico-sociali complessi, reali o potenziali, che possono manifestarsi nelle persone dalla nascita alla fine della vita; riferite a particolari condizioni di elevata dipendenza o vulnerabilità della persona assistita, della sua famiglia o di una comunità.” (Pellizzari, 2008, p.76)

In altre realtà italiane si sono sviluppati maggiormente Master di primo livello afferenti al terzo indirizzo delineato del MIUR (Infermiere di famiglia e di comunità): es. Dipartimento di Medicina e Chirurgia- Università di Parma “Infermieristica di Famiglia e di Comunità e assistenza integrata per la salute collettiva”; Scuola di Medicina e Chirurgia – Università degli studi di Verona sede Vicenza “Master in Cure Primarie e Sanità Pubblica. Specialista in Infermieristica di Famiglia e di Comunità”; Università Cattolica del Sacro Cuore campus di Brescia “Infermieri di famiglia e di Comunità”. In linea generale questi hanno la durata di un anno accademico per complessivi 60 crediti, pari a 1500 ore.

Il Master permetterà l'acquisizione da parte dello studente di competenze avanzate in assistenza integrata ed orientata al self-empowerment, nei modelli patient-family-community centered e competenze circa la medicina di iniziativa. In particolare, l'Università di Parma offre anche una formazione sui modelli applicabili nelle cure primarie durante l'emergenza covid-19.

Proprio per la tipologia di lavoro in équipe multiprofessionale presente o in divenire nella sanità territoriale, si propone di aprire il Master anche ad altre figure professionali che possono avere ruoli fondamentali, insieme all'infermiere e al medico, per fornire una qualificata assistenza integrata e globale alla famiglia e alla comunità.

Il requisito richiesto per accedere a questo Master è il possesso di uno dei seguenti titoli di studio: laurea in Professioni sanitarie (infermieristiche e ostetriche, tecniche della riabilitazione e della prevenzione), laurea in ambito psicologico, pedagogico, sociologico, antropologico e in discipline umanistiche, laurea a ciclo unico in Medicina e Chirurgia, diploma universitario o titoli del vecchio ordinamento delle professioni sanitarie (titoli

equipollenti secondo il D.M. 27/7/2000 e della L.1/2002 con diploma di scuola secondaria superiore conseguito almeno dopo 12 anni di scolarità).

I diversi Master a livello nazionale hanno un filo conduttore comune rappresentato dal documento “The Family Health Nurse Context, Conceptual Framework and Curriculum” (Who, 2000b) che ne ha delineato i principi, i caratteri generali, nonché le competenze da acquisire (identificazione dei bisogni di salute, promozione ed educazione alla salute; problem solving e metodi per la presa delle decisioni; valutazione della qualità/valutazione dei risultati dell’infermieristica clinica; tecniche di counselling, supporto e comunicazione terapeutica; abilità di leadership e management) e gli obiettivi da raggiungere (pratica del nursing clinico; gestione dei programmi e della cura; sviluppo e coordinamento dell’assistenza clinica).

Nel 2019 è stata pubblicata una prima versione del Curriculum europeo di Family and Community Nurse (FCN) grazie al progetto ENhANCE (2019, p.56). Il corso di studio previsto è di durata annuale con 60 crediti formativi.

L’attuale versione del Curriculum europeo Family and Community Nurse comprende 53 risultati di apprendimento, descritti in termini di conoscenze, abilità e competenze personali e trasversali suddivisi in 7 unità ognuna delle quali raggruppa da 3 a 7 Core Competence delle 27 previste. Le unità sono:

1. Needs assessment
2. Decision making process
3. Health promotion and education
4. Communication
5. Navigation as care coordinator and patient advocate
6. Evidence-based approach
7. Enhance and promote individual and family health including e-health to support the quality of nursing care

Le Regioni, nonostante riconoscano l’importanza di una formazione ad hoc attraverso dei percorsi specifici, avvertono la necessità di avviare tempestivamente l’organizzazione dell’assistenza territoriale ex lege 77/2020. A tal proposito nel documento “Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità” (Conferenza Stato-Regioni, 2020) propongono di individuare infermieri da inserire nel territorio attraverso altri requisiti quali per esempio la valorizzazione dell’esperienza acquisita, la motivazione e l’interesse

nell'ambito territoriale dell'assistenza. Inoltre, ritengono opportuno anche l'avvio di una formazione aziendale che permetta di preparare in breve tempo gli infermieri (attraverso la formazione sul campo o la formazione a distanza) su questa nuova attività territoriale che potrà essere riconosciuta e considerata anche ai fini di un'eventuale iscrizione a Master specifici.

## INTRODUZIONE

“L’infermiere di famiglia aiuterà gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica o nei momenti di stress, trascorrendo buona parte del tempo a lavorare a domicilio dei pazienti e con le famiglie. Tali infermieri consigliano riguardo agli stili di vita ed i fattori comportamentali di rischio ed assistono le famiglie in materia di salute. Attraverso la diagnosi precoce, possono garantire che i problemi sanitari delle famiglie siano curati al loro insorgere. Con la loro conoscenza della salute pubblica, delle tematiche sociali e delle altre agenzie sociali, sono in grado di identificare gli effetti dei fattori socioeconomici sulla salute della famiglia e di indirizzarla alle strutture più adatte. Possono facilitare le dimissioni precoci dagli ospedali fornendo assistenza infermieristica a domicilio ed agire da tramite tra la famiglia e il medico di base, sostituendosi a quest’ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico.” (WHO, 2000b, traduzione italiana Delpiano).

Così l’OMS descrive la figura dell’infermiere di famiglia nel progetto Health21. Esso rappresenta una risposta finalizzata alla copertura dell’incremento dei bisogni di continuità assistenziale, di aderenza terapeutica, in particolare in soggetti fragili e/o affetti da multi-morbilità, in un’ottica di integrazione con i servizi socioassistenziali.

Negli ultimi anni nei Paesi occidentali stiamo assistendo a cambiamenti sociodemografici. Secondo il rapporto delle Nazioni Unite *“World Population Prospects: The 2017 Revision”*, a livello mondiale il numero di persone di età pari o superiore a 60 anni dovrebbe più che raddoppiare entro il 2050 passando da 962 milioni nel 2017 a 2,1 miliardi nel 2050.

La popolazione della Regione Europea ha l’età media più alta al mondo: in Europa, il 25% della popolazione ha compiuto i 60 anni o più ed è destinata ad aumentare. (United Nations - Department of Economic and Social Affairs, 2017). In molti Paesi sta aumentando considerevolmente la percentuale di persone anziane che vivono sole, fattore influenzato anche dal cambiamento del ruolo della donna nella società in passato spesso impegnata nel fornire assistenza agli anziani (WHO, 2015; Salmaso et al., 2017). I sistemi sanitari a livello globale si trovano ad affrontare sfide per poter fornire cure primarie tempestive e di elevata qualità, si stanno così sperimentando vari modelli di erogazione di assistenza sanitaria per soddisfare la crescente domanda di cure primarie.



Per garantire una risposta comprensiva, unitaria e sostenibile, l'assistenza primaria deve essere distribuita all'interno di un sistema più ampio e articolato su più professionalità come reso noto nella Dichiarazione di Astana (WHO, 2018).

Nel corso degli anni, la professione infermieristica, a seguito di un processo di espansione ed estensione del ruolo, attraverso la formazione, ha assunto in tutto il mondo forme di assistenza avanzata nelle cure primarie (FNOPI, 2020)

In alcuni Paesi prima dell'introduzione formale dell'infermiere di famiglia e di comunità da parte dell'OMS, avvenuta nel 1998, queste figure hanno assunto ruoli, competenze e denominazioni differenti (Nurse Practitioner in Gran Bretagna e Stati Uniti; Nurse Practitioner e Clinical Nurse Specialist in Canada) sulla base delle necessità e dei bisogni delle realtà in cui si sono insediate. I "Nurse Practitioners" (NP), infatti, nel Regno Unito e negli Stati Uniti sono stati introdotti già negli anni Sessanta spinti anche dalla necessità di sopperire alla carenza di medici di medicina generale. (Cipolla, Rocco, Marcadelli & Stievano, 2017). Le esperienze internazionali che sono state analizzate da Cipolla et al. (2017) dimostrano come agli infermieri di famiglia vengano riconosciute le competenze avanzate quali esercizio autonomo, capacità di decision making, capacità di creare connessione sistemica. La letteratura internazionale evidenzia che l'infermiere con competenze avanzate garantisce: 1. una migliore qualità dei servizi forniti nelle cure primarie attraverso l'offerta di un livello di assistenza equivalente o superiore rispetto ai medici in Primary Care (Martínez-González et al., 2015; Laurant et al., 2018); 2. la riduzione del carico di lavoro dei medici, permettendo loro, quindi, di svolgere compiti più complessi (Laurant et al., 2018); 3. l'acquisizione di competenze specifiche nello svolgimento della pianificazione anticipata delle cure (ACP), nell'assistenza tecnica ai pazienti e nel coordinamento con il settore sociale, spesso trascurati dai medici di base a causa di vincoli di tempo (Jakimowicz, et al, 2017); 4. la facilitazione delle dimissioni precoci in collaborazione con il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e altri professionisti; 5. una migliore continuità assistenziale grazie ad una visione centrata sul paziente (Lovink et al., 2018; Dwyer, et al. 2017; Desmedt et al. 2016) e sulla sua vita quotidiana, e non solo ad una specifica condizione (Jakimowicz, et al, 2017); 6. la promozione della gestione delle malattie croniche (Desmedt et al. 2016, Martin-Misener et al. 2015).

Gli infermieri, rispetto ai medici, hanno consultazioni più lunghe, spendono più tempo a stretto contatto con il paziente (Laurant et al., 2018; Jakimowicz et al., 2017), mettono in atto un intervento di tipo proattivo o “medicina d’iniziativa” attraverso l’educazione di pazienti, famiglie e caregivers e attraverso l’informazione sui determinanti della salute, sui programmi di screening e sulle campagne vaccinali con l’obiettivo di aumentare l’empowerment e l’autonomia (self-care) del paziente (Talboom-Kamp et al., 2018): un approccio interprofessionale al processo decisionale e un coinvolgimento della famiglia e dei pazienti nelle proprie cure sono elementi chiave di servizi sanitari di alta qualità ed economici (Dwyer et al., 2017). Dalla ricerca scientifica è emerso anche che gli infermieri con competenze avanzate migliorano l’accesso alle cure primarie riducendone i tempi di attesa (Laurant et al., 2018; Mileski et al., 2020) che, qualora troppo lunghi, spingono i pazienti a interfacciarsi con il pronto soccorso (Ansell et al., 2017). L’esperienza Catalana ha ottenuto questo risultato grazie al libero accesso al sistema delle cure primarie e all’assegnazione nominale dei cittadini agli infermieri permettendo di risolvere i problemi in maniera tempestiva, a volte anche di anticipare il fenomeno in modo da gravare ancor meno sul sistema sanitario (Cipolla et al., 2017).

Ne consegue così una migliore qualità di vita e migliori risultati di salute (Laurant et al., 2018; Mileski et al., 2020), nonché una migliore soddisfazione del paziente e della famiglia (Laurant et al., 2018; Mileski et al., 2020; Martin-Misener et al., 2015).

I risultati ottenuti dai diversi studi si traducono in una riduzione di accessi al pronto soccorso (dal 35,56% al 23,7% nel gruppo di intervento condotto da un Nurse Practitioner) e in una riduzione delle riammissioni in ospedale (diminuzione del 59,42% nelle riammissioni a 6 mesi dopo l’arruolamento nell’intervento condotto da un Nurse Practitioner) (Osakwe et al., 2020), ma anche in una riduzione di ricoveri inevitabili del 17% (Mileski et al., 2020). Da ciò ne scaturisce un calo sia dei costi diretti dei servizi sanitari in termini di ricoveri, farmaci, ecc., sia dei costi indiretti intesi come perdita di produttività dovute a disabilità e mortalità prematura e dei costi intangibili che rappresentano il carico psicologico sui pazienti e membri della famiglia. Diversi studi hanno voluto indagare l’impatto economico che si è avuto a seguito dell’introduzione dell’infermiere di famiglia e di comunità: lo studio condotto da Tchouaket et al., (2020) ha riportato una riduzione dei costi sanitari a lungo termine con conseguente risparmio tra 835.942,9 CAD e 1.890.220,6 CAD grazie alla riduzione degli eventi

sensibili (cadute, ulcere da pressione, trasferimenti al pronto soccorso) per il periodo osservato dal primo al secondo trimestre (tra settembre 2015 e agosto 2016) in seguito all'implementazione del ruolo di infermiere di famiglia e comunità nelle strutture di assistenza a lungo termine; Laurant et al. (2018) hanno riscontrato una riduzione dei costi dell'assistenza considerando anche i costi salariali inferiori per gli infermieri rispetto ai medici e una formazione educativa fornita più rapidamente e meno costosa; Desmedt et al. (2016) con la loro revisione narrativa hanno evidenziato un impatto economico positivo attraverso l'applicazione di un modello di assistenza integrata delle malattie croniche che mira all'autogestione del paziente.

Il panorama nazionale italiano riflette quello internazionale sopracitato. Esso conta quasi 51 milioni di persone con età superiore a 18 anni; si può stimare che sono oltre 14 milioni le persone affette da una patologia cronica (circa il 27% della popolazione italiana over 18 anni ha almeno una patologia cronica) e di questi 8,4 milioni sono over 65 anni (rappresentano quindi il 60% dei pazienti affetti da patologia cronica). L'Italia è un Paese longevo con una quota rilevante di anziani con una o più patologie croniche che accrescono ancor di più la loro fragilità e vulnerabilità di fronte a eventi avversi alla salute (<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-flussi-dati-confronto-passi-pda-cronicita>). L'allungamento della vita (la speranza di vita alla nascita secondo i dati ISTAT 2019 è di 85,3 anni per le donne e 81,0 anni per gli uomini) e l'invecchiamento progressivo della popolazione (età media della popolazione di 45,7 anni) conseguente all'aumentato divario tra il numero delle nascite e il numero delle morti necessita di una riorganizzazione del sistema sanitario nazionale, che incentivi e rafforzi le cure territoriali (<https://www.istat.it/it/archivio/238447>). Queste condizioni hanno portato ad un aumento della domanda di cure primarie che l'attuale sistema non è in grado di soddisfare e ne deriva necessariamente un maggior ricorso al Pronto Soccorso in modo improprio come testimoniano i dati relativi all'anno 2017 della provincia autonoma di Bolzano che hanno registrato oltre il 20% degli accessi al Pronto Soccorso non urgenti e quindi potenzialmente impropri con conseguente rischio di sovraffollamento delle strutture, di incremento dei tempi di attesa e di dispendio delle risorse (Bonetti & Melani, 2019), tema comune non solo a livello nazionale, ma anche a livello europeo e mondiale come già illustrato precedentemente.

In Italia la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità è un tema ancora attuale e in evoluzione: rispetto agli altri Paesi, Europei e non, l'Italia ha iniziato la sperimentazione di questa figura tardivamente. Nel corso di questo ultimo decennio è stato avviato un processo di riorganizzazione del sistema sanitario nazionale e sono nate varie sperimentazioni: in modo frammentato e secondo modelli difformi l'uno dall'altro.

Nelle realtà locali dove tale figura è stata inserita in via sperimentale si è assistito ad un impatto positivo sia in termini di soddisfazione degli assistiti, sia di riduzione degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso con conseguente riduzione dei costi annessi (Cipolla, Rocco, Marcadelli & Stievano, 2017).

Il Friuli Venezia Giulia è una delle prime Regioni che ha progettato e inserito nel suo territorio questa figura denominata "Infermiere di Comunità", dopo esser stato proposto tra il 1998 e il 1999 a cura della dott.ssa Mara Pellizzari, ispirata ideatrice e impegnata realizzatrice. Nel 2001 è partita la sperimentazione nell'Azienda per i Servizi Sanitari n.5 "Bassa Friulana", successivamente la legge regionale 17/2014 ha ridisegnato l'assetto sanitario di questo territorio inserendolo nell'ASS n.2 "Bassa Friulana-Isontina" e in seguito alla legge regionale 27/2018 questo territorio è stato incluso nell'Azienda sanitaria universitaria "Friuli Centrale", di cui attualmente fa parte. La sperimentazione è terminata nel 2007, il progetto è stato poi implementato nel corso degli anni. (Cipolla et al., 2017, p 241). L'obiettivo di questo lavoro è quello di approfondire e documentare un'esperienza applicativa del progetto "Infermiere di Famiglia e di Comunità" dell'ASS n. 5 "Bassa Friulana" per due ordini di motivi: vanta un'esperienza quasi ventennale e dispone di dati di attività che dimostrano gli effetti relativi al suo impiego nel territorio. Verrà quindi illustrato il razionale, i processi ed i risultati della sperimentazione.

## **OBIETTIVI**

Gli obiettivi primari dello studio sono:

- Illustrare il progetto "Infermiere di Comunità nell' ASS n. 5 "Bassa Friulana" della Regione Friuli Venezia Giulia
- Illustrare il ruolo e le competenze dell'Infermiere di Comunità nell'ASS n.5 "Bassa Friulana"
- Illustrare i risultati ottenuti a seguito dell'avvio della sperimentazione e dell'implementazione del progetto dell'Infermiere di Comunità

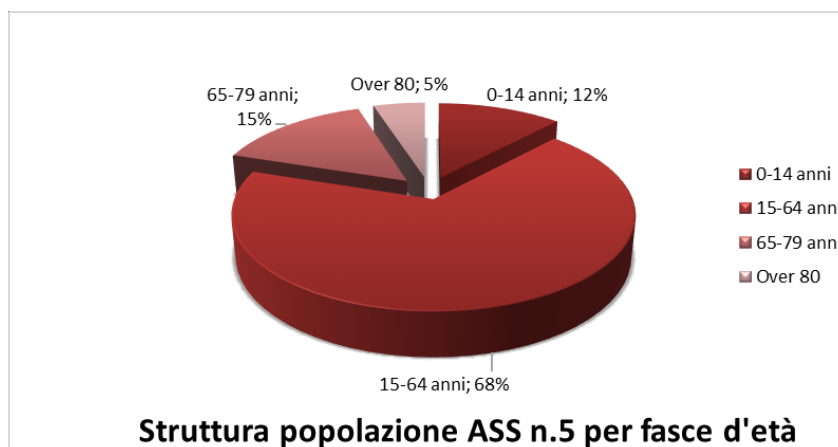
## MATERIALI E METODI

Il lavoro svolto per lo studio del progetto “Infermiere di Comunità” nell’ASS n.5 “Bassa Friulana” ha visto l’istaurarsi di un contatto diretto con la dott.ssa Pellizzari Mara, sua ideatrice, nonché scrittrice del testo “Infermiere di Comunità. Dalla teoria alla prassi.” esponente il progetto stesso. È infatti dalla consultazione di questo libro che sono stati estrapolati la struttura del progetto e i primi risultati ottenuti dalla sua sperimentazione.

### 1) SETTING

La sperimentazione del progetto dell’Infermiere di Comunità è stata avviata presso l’ASS n.5 “Bassa Friulana”, territorio formato da 32 Comuni di piccole e medie dimensioni servito da due Distretti Sanitari, Est e Ovest. In seguito, la legge regionale 17/2014 ha ridisegnato l’assetto sanitario di questo territorio inserendolo nell’ASS n.2 “Bassa Friulana-Isontina”. Essa è formata da 55 Comuni e quattro Distretti Sanitari. La legge regionale 27/2018 ha apportato ulteriori modifiche includendo questo territorio nell’Azienda sanitaria ospedaliera “Friuli Centrale”. Per convenzione continueremo a riferirci all’ASS n.5 “Bassa Friulana” in virtù del fatto che il progetto è stato realizzato negli anni in cui l’assetto organizzativo era così configurato, quindi i dati presentati sono riferiti al contesto iniziale (morfologia territoriale e realtà campionaria).

L’ASS n.5 “Bassa Friulana” ha una superficie territoriale di 736 km in cui risiedono circa 106 539 abitanti. I dati demografici della popolazione ivi residente (Tabella 1) che fanno riferimento agli anni 1996-2001 attestano il trend della popolazione verso fasce di età avanzata, di pari passo all’andamento nazionale. L’indice di vecchiaia, inteso come rapporto tra il numero degli ultrasessantacinquenni che rappresenta il 20% degli abitanti dell’ASS n.5 “Bassa Friulana” (Figura 1) e quello degli under 14 anni (12%), è di 173,96, mentre nel 1991 vi erano 145 anziani ogni 100 giovanissimi.



*Figura 1 Struttura popolazione ASS n.5 per fasce d'età (Pellizzari, 2008, p.124)*

La progressiva estensione degli over 65 anni è stimata al 2% a livello nazionale e a livello regionale sarà certamente più elevata tenendo conto del tasso di fecondità più basso d'Europa e del tasso di natalità tra i più bassi d'Italia. Questo fenomeno ha avuto una ricaduta anche sull'evoluzione del modello di famiglia, infatti le famiglie con anziani sono passate dal 30,3% al 34,5%. È possibile rilevare anche una trasformazione dei nuclei familiari che aumentano numericamente ma presentano una struttura più piccola: circa il 71,3% delle famiglie non superano i 3 componenti, solo il 21% possiedono 4 componenti e i nuclei familiari con 5 componenti o più rappresentano solo il 7,7%.

Altro dato importante del comprensorio dell'ASS n.5 è l'accrescimento dell'indice di dipendenza degli anziani (rapporto fra la popolazione over 65 e la popolazione compresa nella fascia d'età 14-64 anni) che nel 1991 era pari a 25,7, mentre nel 2001 aveva raggiunto il 29,98, dato inferiore alla media regionale che è di 32. Gli indicatori di mortalità e di istituzionalizzazione sono invece simili alla media regionale. In linea con il quadro regionale, nell'ASS n.5 è possibile riscontrare un elevato incremento di patologie cronico-degenerative con esito spesso invalidante che porta con sé un fardello gravoso: quello della disabilità e degli anni di vita sana perduta.

<b>INDICATORI DI STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE</b>				
		<b>ASS n. 5 "Bassa Friulana"</b>	<b>Friuli Venezia Giulia</b>	<b>Italia</b>
<b>Età</b>	<i>0-14 anni</i>	12%	11,5%	14,2%
	<i>15-64 anni</i>	68%	67,1%	67,1%
	<i>65 anni e oltre</i>	20% - 15% 65-79 anni - 5% over 80	21,4%	18,7%
<b>Indice di vecchiaia</b>		173,96	186,5	131,4
<b>Indice di dipendenza strutturale</b>		47,21	49,1	49,1
<b>Indice di dipendenza degli anziani</b>		29,98	32	27,9

Tabella 1 Indicatori di struttura della popolazione (Pellizzari, 2008, p.124-125)

## **2) DESCRIZIONE DELLA PROBLEMATICAZIONE ASSISTENZIALE**

Prima dell'avvio del progetto, l'ASS n.5 "Bassa Friulana" era organizzata in due Distretti Sanitari ciascuno con due sedi operative (Cervignano del Friuli e Palmanova per il Distretto Sanitario Est, Latisana e San Giorgio di Nogaro per il Distretto Sanitario Ovest) nelle quali operavano 97 medici tra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Il Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) era strutturato in "nuclei infermieristici", uno per ogni sede operativa del Distretto per un totale quindi di quattro e al comando di ciascuno vi era un coordinatore delle attività di assistenza domiciliare che dipendeva gerarchicamente dal Direttore di Distretto, riferimento di tutte le figure infermieristiche e ausiliarie. La finalità del Servizio Infermieristico Domiciliare era quella di garantire assistenza domiciliare secondo un piano assistenziale redatto dall'Unità di Valutazione Distrettuale (una sede di UVD per ogni sede operativa) a coloro che, per ragioni di salute o di impedimento fisico, erano impossibilitate a dirigersi personalmente negli ambulatori e quindi ad accedere ai servizi del Distretto Sanitario o dell'ospedale.

Ciascuna équipe assicurava una copertura del servizio sul suo territorio di riferimento di 12 ore al giorno per 6 giorni alla settimana e, per esigenze particolari, anche la domenica e i giorni festivi: l'infermiere, partendo dalla sua sede operativa centrale, doveva raggiungere a casa il paziente domiciliato in un determinato comune afferente a quel distretto per erogare la sua attività prestazionale.

Il percorso che i cittadini erano tenuti a seguire per poter accedere ai servizi offerti da ciascuna sede centrale era strutturato nelle seguenti fasi (Figura 2):

- segnalazione → le segnalazioni e le richieste di intervento venivano inviate dal medico di medicina generale o dall'ospedale tramite la compilazione di una scheda apposita, in alternativa erano direttamente le famiglie o i servizi sanitari e/o sociali a dover avviare la pratica coinvolgendo il medico di medicina generale;
- raccolta della domanda → ad accogliere la domanda era il Centro di Coordinamento dell'Assistenza Primaria (CeCAP), organo con funzione di coordinamento e controllo della rete organizzativa a livello distrettuale, composto dalla figura centrale dell'Infermiere coordinatore della CeCAP nonché coordinatore dell'attività infermieristica domiciliare, dall'infermiere coordinatore dell'Unità di Valutazione Distrettuale, dal Responsabile del Distretto in collegamento con il coordinatore dell'assistente sociale e il fisioterapista di riferimento;

- accoglimento e prima valutazione della domanda → l'Infermiere referente della CeCAP sulla base della prima valutazione dei bisogni decideva se organizzare la risposta attraverso l'attivazione del servizio domiciliare programmato o estemporaneo, o se effettuare una valutazione approfondita tramite una visita congiunta;
- visita congiunta → la visita congiunta veniva effettuata dagli operatori sanitari e sociali in contatto con gli operatori del CeCAP presso la dimora del paziente: nel caso in cui si trattava di una dimissione protetta veniva effettuato congiuntamente anche presso l'ospedale dove era ricoverato. La valutazione di approfondimento poteva portare alla risposta immediata con prestazioni sopraccitate o all'attivazione dell'Unità di Valutazione Distrettuale;
- pianificazione → l'Unità di Valutazione Distrettuale redigeva un piano assistenziale personalizzato sulla base dei bisogni complessi identificati in cui venivano delineati gli obiettivi, gli specifici interventi, i tempi e le modalità di verifica. A sottoscrivere questo piano erano il Medico di Medicina Generale, il Coordinatore Infermieristico, il Coordinatore Sociale e i Coordinatori dei Servizi specialistici coinvolti i quali rappresentavano i responsabili della valutazione e dell'assistenza;
- intervento assistenziale → le prestazioni venivano erogate dagli infermieri domiciliari sotto la responsabilità del medico di medicina generale attenendosi a quanto previsto dal piano assistenziale;
- valutazione → la valutazione veniva effettuata dagli operatori che erogavano l'assistenza, ad eccezione dei casi più complessi che richiedevano una visita transdisciplinare.

Questo modello presentava delle criticità. Veniva garantita un'assistenza frammentaria, in cui l'infermiere erogava esclusivamente prestazioni tecniche non sempre mirate e rispondenti ai reali bisogni del paziente di cui lo stesso ne rappresentava un mero fruitore passivo. L'aspetto relazionale del rapporto infermiere-paziente veniva posto in secondo piano, principalmente ostacolato anche dalla non continuità dello stesso operatore nell'assistenza del paziente che quindi non trovava un punto di riferimento con cui poter instaurare un rapporto di fiducia. Questo modello comportava anche un rilevante dispendio in termini di risorse e di tempo: il tempo impiegato nel tragitto sede centrale-domicilio paziente è stato quantificato in 1/3 dell'orario del servizio.



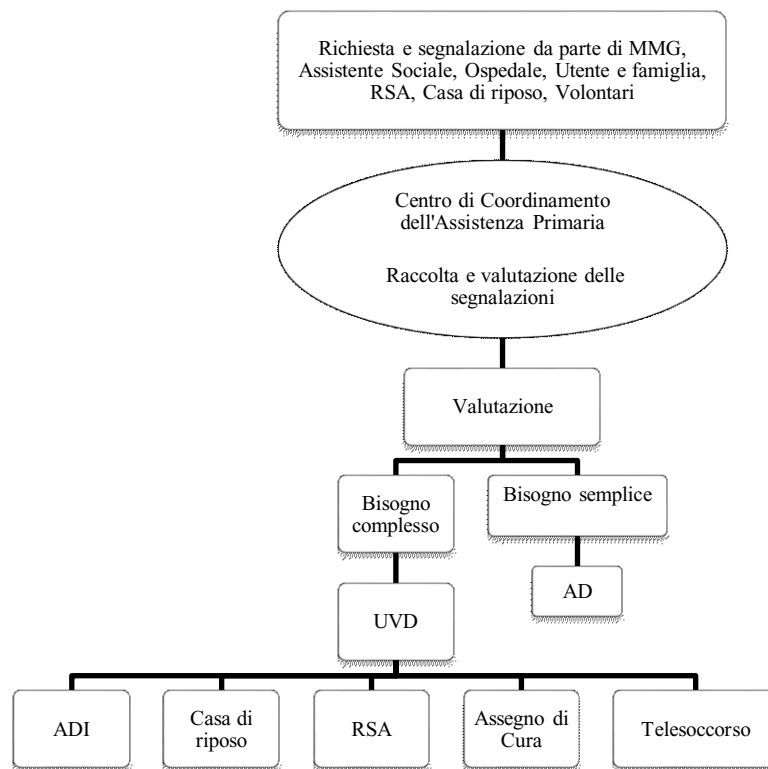


Figura 2 Flow chart accesso degli utenti ai servizi territoriali secondo il modello prestazionale (Pellizzari, 2008, p.38)

### **3) MODELLO CONCETTUALE DI RIFERIMENTO: WELFARE COMMUNITY**

Nei Paesi dell'Europa occidentale si è giunti al coronamento del sogno politico moderno, promozione della sicurezza e del benessere sociale assunti interamente dallo Stato, attraverso l'affermazione del modello socio-politico-economico di Welfare State. Gli strumenti tipici per conseguire gli obiettivi del welfare sono le corresponsioni in denaro, nelle fasi non occupazionali (vecchiaia, maternità, disoccupazione, ecc.) e nelle situazioni di incapacità lavorativa (malattia, invalidità, ecc.); l'erogazione di servizi (istruzione, assistenza sanitaria, ecc.) e sussidi di altra natura.

Ma, da una trentina d'anni, si sono iniziati ad avvertire i primi segnali di crisi del modello di Welfare State i cui problemi sottesi sono: la sua insostenibilità economica; la sua natura giuridica controversa; i suoi effetti socio-culturali; i suoi limiti nel fornire una risposta adeguata e completa alla crescente domanda assistenziale conseguente all'invecchiamento della popolazione, al progressivo aumento della cronicità, della disabilità e della non autosufficienza; l'inadeguatezza dei suoi parametri di benessere, troppo legati ad aspetti materiali e l'idea stessa che le politiche sociali debbano essere prerogativa esclusiva dello Stato. (Belardinelli, 2005)

La crisi del Welfare State ha portato ad un ripensamento del sistema sociosanitario.

Il Project Team del progetto “Infermiere di Comunità” dell’ASS n.5 “Bassa Friulana”, spinto dalla volontà di passare da approcci parziali di natura tecnico-prestazionale, che provocano una deresponsabilizzazione e quindi una passivizzazione dell’utente, ad approcci ecologico-sistemici di natura relazionale, di superare un’organizzazione piramidale per conseguire un’organizzazione a rete, ha avvertito quindi la necessità di superare il Welfare state, ormai in crisi, ed accogliere il Welfare Community. Il Welfare Community è un Sistema socio-politico-economico in cui la promozione della sicurezza e del benessere sono espressione di una pluralità di attori in cui le famiglie e le reti informali sono soggetti attivi che producono e restituiscono un welfare riconosciuto e autonomo: sono queste le ragioni sottese all’evoluzione dell’infermieristica di comunità, è proprio nella più ampia cornice del welfare community che si colloca il progetto “Infermiere di Comunità” dell’ASS n.5 “Bassa Friulana”. (Pellizzari, 2008, p.52)

Il progetto dell’Infermiere di Comunità è basato su un nuovo paradigma che è quello del “community care”, che consiste in forme di assistenza e di supporto erogate tanto “nella” comunità dalle risorse formali, quanto “dalla” comunità stessa: la community care è il concetto di “presa in carico della comunità da parte della comunità” o “assistenza nella comunità” o “cura di comunità” (Pellizzari, 2008, p.16). Al contempo l’azione di community care di tutela e mantenimento della persona debole nel contesto comunitario è legittimata dalla presenza di servizi formali che però possono versare in una sorta di istituzionalizzazione morbida. Grazie a questo nuovo orientamento viene riscattata la valenza sociale dell’infermiere che mira alla realizzazione di un sistema di benessere comunitario (welfare community). Esso rappresenta un nuovo approccio ai problemi di salute e trova le basi sul coinvolgimento attivo di tutti i soggetti appartenenti alla comunità e su una rete di interventi che prevedono la creazione o il consolidamento di legami tra questi soggetti (come i pazienti, le famiglie, il vicinato, parrocchie, amici o persone significative, associazioni quali il volontariato) e i servizi organizzati sia pubblici che privati che rappresentano rispettivamente le risorse informali e quelle formali che istaurano delle relazioni in cui vi è una reciproca sinergia.

Tale approccio comporta l’acquisizione del concetto di lavoro di rete, in cui l’Infermiere di Comunità ne rappresenta un nodo.

“L’organizzazione assume la forma di una rete organizzativa in cui i sistemi componenti (unità organizzative, ruoli, persone ecc.) sono altamente vitali, interagiscono attraverso una varietà di potenti sistemi di connessioni (procedure, sistemi informativi e di comunicazione, linguaggio ecc.). Le organizzazioni diventano così packages (pacchetti) di strutture eterogenee (gerarchie, sistemi informativi, sistemi culturali ecc.) che hanno il compito di governare sistemi dai confini che cambiano o si sovrappongono continuamente e che quasi mai corrispondono ai confini giuridici o organizzativi segnati dalla proprietà o dal comando gerarchico di chi detiene il potere economico o burocratico. In questo nuovo paradigma organizzativo vi è una forte centratura sui processi e sulla loro integrazione ed eventuale continua ridefinizione, qualora vi sia la necessità.” (Pellizzari, 2008, pp.52-53)

Si può dunque affermare che la community care simboleggia una svolta in quanto fa sì che ci sia l’attivazione di potenziali di care, e non una mera erogazione di prestazioni da parte dell’infermiere, con la conseguente personalizzazione degli aiuti in relazione al tipo di bisogno: lo scopo è quindi quello di migliorare per via formale le cure informali, valorizzando e sostenendo i caregivers nel loro ruolo assistenziale. Di fatto i principi fondanti di questo modello assistenziale sono l’empowerment, il self-care, il case-management (gestione del caso) e disease management (gestione delle patologie) e sono realizzabili attraverso un approccio relazionale e progettuale e non solo prettamente prestazionale. (Pellizzari, 2008, pp. 99-106)

#### **4) IL PROGETTO “INFERMIERE DI COMUNITÀ” NELL’ASS N. 5 “BASSA FRIULANA” DELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA**

La fase progettuale dell’Infermiere di Comunità nell’Area della Bassa Friulana risale agli anni 1998-2000 ad opera del Project Team responsabile dell’elaborazione del progetto, composto dal Dirigente del Servizio Infermieristico Aziendale, dal Responsabile del progetto, dal Referente Infermieristico di Distretto, dal Direttore di Distretto, dal Coordinatore Infermieristico di Distretto, dallo staff legato al contesto (Infermiere di Comunità e Referente comunale) di cui fa parte la dott.ssa Pellizzari Mara la quale ha proposto, progettato e sviluppato tale modello assistenziale. Il progetto ha visto l’avvio della fase sperimentale già a partire dall’ottobre del 2001 ed è terminata il 31 dicembre 2007 subendo poi nel corso degli anni un processo di implementazione (2008-2014) fino alla messa a regime (2015-2019). (Figura 3)

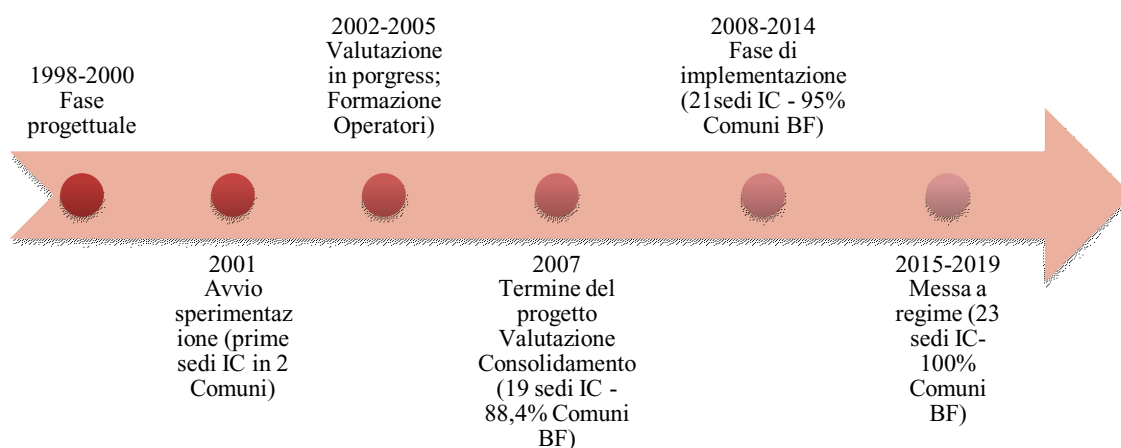


Figura 3 Fasi del progetto

Il progetto dell'Infermiere di Comunità (IC) consiste nell'attivazione di un servizio di assistenza infermieristica decentrato in ogni comunità, che può rispondere a uno o più Comuni aventi circa 2500-3000 abitanti, attraverso la disponibilità di un infermiere dedicato che è fisicamente presente in quel territorio e che offre un servizio di 6 ore al giorno per 6 giorni alla settimana, operando sia in ambito domiciliare che ambulatoriale. Le residue 6 ore di mancata assistenza giornaliera sono garantite dalle quattro équipe infermieristiche centrali dei Distretti Sanitari Est e Ovest, meccanismo volto a garantire l'assistenza tutti i giorni con orario 8,00-20,00 dal lunedì al venerdì, 8,00-14,00 il sabato e la domenica. La sua presenza costante nella comunità fa sì che diventi e nello stesso tempo venga riconosciuto dalla stessa come la figura di riferimento assistenziale, anche in qualità di professionista che realizza il più stretto contatto con il cittadino.

La centralità di questa figura è frutto anche della costante e stretta collaborazione con tutti i professionisti che operano nel territorio in ambito sociosanitario, quali il medico di medicina generale, l'assistente sociale e l'assistente domiciliare perseguendo l'integrazione interdisciplinare e ponendo al centro dell'assistenza il cittadino.

L'infermiere di Comunità è altresì promotore delle risorse informali presenti nelle reti comunitarie: interagisce con volontariato, associazioni varie, parrocchie, famiglie disponibili a prestare il loro aiuto ai concittadini che vivono temporaneamente una situazione di fragilità e non autosufficienza in seguito alla loro malattia, contribuendo così alla costruzione della rete del welfare di comunità.

## **1998-2000: FASE PROGETTUALE**

La fase progettuale dell'intero progetto consta dei seguenti punti:

### **1. Analisi sistemica del servizio infermieristico domiciliare basato sul modello organizzativo prestazionale**

Questa analisi sistemica ha previsto l'analisi dei fattori produttivi sia in entrata (input) che in uscita (output), che l'analisi dei fattori di organizzazione interna.

Tra i fattori in ingresso, che rappresentano tutto ciò che entra nella struttura e interagisce con l'organizzazione, sono stati analizzati: la normativa di riferimento, sia nazionale (L. 833/1978; D.lgs 502/1992 modificato dal D.lgs. 517/1993; PSN 1994-1996; PSN 1998-2000; D.lgs. 229/99; L.328/2000; PSN 2002-2004; PSN 2003-2005), sia regionale (L.R. 12/1994; L.R. 13/1995); il contesto territoriale dell'ASS n.5, con alcuni cenni demografici ed epidemiologici; il contesto politico, sociale ed economico; il contesto organizzativo; gli utenti che afferiscono al servizio; le risorse umane, materiali e tecnologiche a disposizione dell'organizzazione. Tra i fattori in uscita, che rappresentano tutto ciò che esce dall'organizzazione in termini di risultati, sono stati analizzati: il numero di utenti assistiti dall'organizzazione; il numero di accessi; l'andamento della numerosità degli utenti e degli accessi negli anni; alcuni indicatori di attività; il numero di Unità di Valutazione Distrettuale effettuate e la destinazione degli utenti. Tra i fattori di organizzazione interna sono stati invece analizzati: i processi assistenziali; i processi gestionali; i processi informativi (punto 2).

I risultati che si sono ottenuti hanno portato all'individuazione delle problematiche legate al modello organizzativo "prestazionale" (punto 3), all'elaborazione di un nuovo modello organizzativo di tipo "relazionale" quale l'Infermiere di Comunità (punto 4), al fine di ridefinire i criteri sottostanti l'assetto del nuovo servizio infermieristico territoriale (punto 5).

### **2. Individuazione e mappatura dei processi assistenziali, gestionali e informativi**

La metodologia adottata nel fare questa analisi è stata ripresa da un progetto realizzato nel ASS n.4 "Medio Friuli" che si era preposto lo stesso obiettivo attraverso il passaggio di due fasi.

- Prima fase: vengono individuati i principali processi che sono: i processi assistenziali (processi che prevedono attività di trattamento e assistenza che

coinvolgono direttamente il paziente); i processi gestionali e i processi informativi.

- Seconda fase: è stato definito il livello di standardizzabilità e il livello di delegabilità delle azioni che lo compongono.

I processi assistenziali sono stati categorizzati in nove diversi processi (supporto al processo diagnostico; supporto al processo terapeutico; gestione bisogno di eliminazione; gestione bisogno di igiene; gestione bisogno di alimentazione e idratazione; gestione bisogno di mobilitazione; gestione bisogno di respirazione; informazione e comunicazione all'utente). Dall'analisi di questi processi è emerso che il modello prestazionale non garantisce una presa in carico globale della persona, inoltre gli infermieri svolgono una serie di attività (pari al 40%) che possono essere delegate agli operatori di supporto (OSS) e al personale amministrativo. Per quanto concerne i processi gestionali, questi sono più focalizzati al coordinamento e all'organizzazione delle attività piuttosto che sui bisogni e sull'assistenza del paziente. Infine, per quanto riguarda i processi informativi, sussistono due modalità di divulgazione delle informazioni:

-trasmissione verticale che avviene attraverso i canali istituzionali (leggi, circolari, regolamenti, avvisi interni) mediante affissione all'albo e riunioni. A causa della burocratizzazione questo mezzo non possiede il connotato della celerità, con conseguente difficoltà a raggiungere tempestivamente i quattro presidi distrettuali.

-trasmissione orizzontale che avviene tra gli operatori, sia in modo formale, scritto o verbale (documentazione cartacea, incontri, telefonate), sia in modo informale (oralmente, foglietti volanti). L'utilizzo di questa forma nella prassi comporta una frammentazione dei flussi informativi e, difettando una documentazione integrata, logica conseguenza è il deficit della continuità assistenziale.

### **3. Definizione dei nodi critici del modello organizzativo prestazionale**

Il paradigma prestazionale che si evince dal modello Assistenza Domiciliare Integrata presenta una serie di "problematiche" riguardo l'organizzazione aziendale, la qualità dell'assistenza fornita, il punto di vista dell'utente beneficiario del servizio: è sulla base di queste criticità riscontrate che poi viene riprogettato un nuovo modello infermieristico assistenziale basato sulla relazione.

Criticità organizzative, attengono all'organizzazione sia delle attività degli infermieri operanti sul territorio, sia del Servizio Infermieristico Domiciliare. Tra le criticità che sono emerse troviamo che i processi gestionali vengono erroneamente centrati sul coordinamento delle attività e non sugli obiettivi assistenziali da raggiungere, infatti mette a disposizione un'offerta assistenziale predeterminata e non focalizzata sui reali bisogni del paziente, riscontrando così una frammentazione dell'assistenza e una gestione inappropriata della risorsa infermieristica. Viene constatato inoltre che vi è una scarsa continuità delle cure nel trasferimento tra l'ospedale e il territorio e una scarsa integrazione tra il contesto sanitario e quello sociale, dovuto alla mancanza degli strumenti di integrazione (cartelle infermieristiche mancanti o non integrate infatti formate da schede infermieristiche elencanti le attività infermieristiche svolte) e alla difficoltà della loro archiviazione.

Criticità assistenziali, riguardano la mancanza di una presa in carico globale dell'utente causata dalla concezione dell'attività assistenziali quale soddisfacimento dei bisogni di base, da scarsa autonomia, responsabilità e motivazione professionale e dal turnover degli infermieri sul territorio (difficoltà a conoscere i bisogni dei pazienti e il territorio, perciò ad attivare e collaborare con i professionisti ivi presenti). Un altro aspetto rilevante è il deficit di strategie di empowerment della popolazione e di informazioni agli utenti sugli eventuali servizi erogabili.

Criticità per gli utenti, sono connesse soprattutto alla mancanza di una figura di riferimento con la quale poter instaurare un rapporto di fiducia: il paziente è il mero beneficiario passivo della prestazione infermieristica sulla cui famiglia grava un eccessivo carico emotivo ed assistenziale tale da provocare uno stato di burn-out e di abbandono, nonché economico derivante dal fatto che sono le famiglie stesse a dover prendersi cura dei familiari o, se incapaci, ricorrendo a delle strutture. Un altro nodo critico evidenziato dagli utenti è la scarsa conoscenza dei servizi formali e informali disponibili e la difficoltà ad accedervi per la centralizzazione del CUP.

#### **4. Proposta del nuovo modello organizzativo assistenziale come declinazione del paradigma relazionale**

La proposta del nuovo modello organizzativo relazionale "Infermiere di Comunità" ha previsto la revisione dei processi organizzativi in funzione della nuova figura (accesso

ai servizi, modalità di assistenza erogata) e l'ampliamento delle attività infermieristiche di competenza.

- Definizione degli obiettivi strategici del progetto

L'obiettivo generale del progetto è quello di sviluppare una nuova cultura sanitaria alla cui base vi sono la promozione e il mantenimento della salute della persona nell'ottica di rafforzare l'autonomia decisionale dell'utente attraverso lo sviluppo di un'offerta assistenziale differenziata e integrata.

Gli obiettivi specifici del progetto si possono ricondurre ai seguenti punti:

- garantire una presa in carico anticipata e leggera attraverso l'individuazione delle potenziali fragilità e dei bisogni inespresi, nonché una presa in carico in fase intensiva (acuta) consentendo una continuità delle cure in fase estensiva (post-acuta);
- facilitare l'ingresso, potenziare l'assistenza a tutti i cittadini e orientare rispetto all'offerta sanitaria attraverso un punto di "ascolto sanitario";
- migliorare gli interventi assistenziali in termini di efficacia e di conseguenza la qualità di vita dei malati cronici e delle loro famiglie attraverso non solo una migliore conoscenza dei bisogni, ma anche attraverso l'attivazione di strategie fortemente orientate all'empowerment dei soggetti;
- aiutare le famiglie a responsabilizzarsi promuovendo il self-care;
- individuare le risorse informali reali o potenziali all'interno della comunità che possono migliorare l'efficienza nell'erogazione dei servizi territoriali;
- progettare e verificare gli interventi di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona resi da altri operatori (operatori sociosanitari, badanti e familiari stessi);
- abbattere i costi relativi ai tempi di percorrenza e al tempo impiegato per l'assistenza diretta attraverso un uso appropriato e razionale delle risorse infermieristiche grazie a interventi efficaci ed efficienti.

- Mappatura dei processi

La mappatura dei processi è finalizzata al mutamento organizzativo basato su una strutturazione in rete dei servizi in modo tale che la sinergia fra le diverse componenti possibili costituisca un valore aggiunto.

- Individuazione dei processi/delle attività critiche

Le più grandi criticità sono la forte centralizzazione, la burocratizzazione, la scarsa accessibilità e tempestività dei flussi informativi tra utenti e servizi, soprattutto



nell'ambito dell'inserimento dell'utente nella rete dei servizi domiciliari ad opera dell'Agenzia strategica CeCAP, motivo per cui è stata avvertita la necessità di una revisione organizzativa.

## **5. Definizione dei criteri per la riprogettazione dell'assistenza infermieristica territoriale**

I criteri indispensabili per la riprogettazione dei servizi territoriali sulla base del modello dell'Infermiere di Comunità sono:

- Eliminazione delle attività che creano un disvalore o superflue ottimizzando il flusso del processo;
- Separazione delle attività standard che non richiedono complessi processi decisionali dalle attività complesse che invece necessitano di livelli diversi di competenza;
- Separazione delle attività principali da quelle di supporto che non creano valore;
- Utilizzo dell'Information Technology, strumento importante per il perfezionamento della trasmissione delle informazioni;
- Introduzione del ruolo di case manager;
- Creazione di un rapporto univoco paziente-Infermiere di Comunità: sarà solo quest'ultimo ad interfacciarsi con i professionisti per poi comunicare al paziente la risposta più appropriata.
- Riprogettazione dei processi interorganizzativi per ottenere un servizio efficace, efficiente e competente.
- Sistemi di valutazione delle risorse umane e di indirizzo dei comportamenti in seguito alla modificazione dei ruoli e delle responsabilità.
- Sistemi di selezione delle persone interessate.

### **2001: FASE APPLICATIVA**

La fase applicativa consta di tre fasi:

#### **A. FASE PRELIMINARE**

Il fine della fase preliminare è quello di creare le condizioni necessarie per l'attuazione del progetto attraverso la soddisfazione dei seguenti requisiti:

- Definizione delle risorse necessarie alla realizzazione del progetto con conseguente negoziazione e avvio dell'iter al fine di acquisirle.

- Proposta dell’Infermiere di Comunità alle Amministrazioni Comunali attraverso la presentazione del progetto e del planning applicativo illustrando i ruoli rivestiti dal Comune, dall’Azienda sanitaria e le modalità di impiego delle risorse richieste.
- Illustrazione del progetto al Gruppo di coordinamento sociosanitario comunale operante nel territorio composto da medico di medicina generale, assistenti sociali, assistenti domiciliari, il quale viene edotto del progetto e delle modalità d’integrazione tra i diversi professionisti.
- Disposizione delle risorse Valutazione delle risorse presenti nel territorio comunale verificando la disponibilità e la funzionalità di strutture, materiali e mezzi e adattamento delle stesse sulla base dei criteri definiti dal progetto.
- Identificazione e incarico dell’Infermiere di Comunità
- Allestimento dell’ambulatorio dell’Infermiere di Comunità attraverso l’approvvigionamento del materiale di supporto e pianificazione attività infermieristica in ordine agli orari d’apertura al pubblico e ai tempi dedicati all’assistenza domiciliare.
- Condivisione del progetto alla cittadinanza attraverso il vaglio della modalità più idonea al contesto (lettera di invito, dépliant informativo).

<i>Obiettivi</i>	<i>Azioni</i>	<i>Personale coinvolto</i>	<i>Strumenti/ Risorse</i>	<i>Indicatori</i>
Coinvolgere i MMG e gli Enti locali e condividere il progetto al fine di individuare gli ambiti di integrazione	Elaborazione prima bozza del progetto e condivisione con i Responsabili dei Distretti, la Dirigenza Aziendale, i MMG, Conferenza dei Sindaci, il personale infermieristico ADI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsabile di progetto</li> <li>- Dirigenza strategica</li> <li>- Servizio infermieristico aziendale</li> <li>- Responsabili e RISO del Distretto</li> <li>- MMG</li> <li>- Rappresentanti Enti locali</li> <li>- Gruppi di Volontariato</li> </ul>	Riunioni	Esistenza della bozza di progetto dell’IC
Analizzare il contesto sociosanitario per l’istituzione dell’IC	Analisi della condizione esistente, raccolta dati e studio della situazione sociosanitaria per l’individuazione delle zone ove sia possibile attivare l’istituzione dell’IC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsabili del Distretto</li> <li>- RISO</li> <li>- Servizio infermieristico aziendale</li> </ul>	Indagini demografiche ed epidemiologiche	Esistenza delle indagini epidemiologiche

<p>Predisporre le condizioni organizzative per l'attivazione del processo</p>	<p>Approvazione del progetto e inserimento nel Regolamento del Distretto. Elaborazione di una convenzione con gli Enti locali coinvolti. Individuazione della Logistica per l'attivazione di n.1 ambulatorio infermieristico (comprensivo di 1 area corrispondente a circa 5000 abitanti) e allestimento dello stesso, nonché controllo della compatibilità strutturale e igienica prevista dalla normativa vigente. Ricerca e richiesta dei presidi e delle attrezzature necessarie (automezzi telefonini, supporto informatico) e controllo piena operatività. Realizzazione di interventi di formazione sul progetto da rivolgere agli operatori direttamente coinvolti. Individuazione del personale infermieristico come IC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsabile di progetto</li> <li>- Dirigenza Strategica</li> <li>- Servizio Infermieristico aziendale</li> <li>- Responsabili e RISO di Distretto</li> <li>- MMG</li> <li>- Rappresentanti Enti locali</li> <li>- Gruppi di Volontariato</li> <li>- Personale infermieristico ADI</li> <li>- SO Tecnologie e investimenti</li> </ul>	<p>Riunioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• n. 1 PC</li> <li>•approvvigionamento dei presidi necessari all'allestimento dell'ambulatorio</li> <li>• n. 1 automezzo</li> <li>• n. 1 segreteria telefonica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esistenza del Decreto di approvazione del progetto</li> <li>- Esistenza della convenzione con indicazione della sede logistica</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• lezioni frontali</li> <li>• discussione di casi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N. ore di docenza</li> <li>• N. di personale formato</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilo standard con criteri di valutazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personale assegnato</li> </ul>

Tabella 2 Attivazione del progetto "Infermiere di Comunità" (Pellizzari, 2008, pp.131-133)

## B. FASE "CORE". AVVIO DELL'AMBULATORIO

L'avvio dell'ambulatorio dell'Infermiere di Comunità viene annunciato a mezzo di comunicato stampa ai giornali locali e attraverso un incontro con la comunità.

<b>Obiettivi</b>	<b>Azioni</b>	<b>Personale coinvolto</b>	<b>Strumenti/risorse</b>	<b>Indicatori</b>
<p>Attivare il progetto operativamente nelle sedi sperimentali</p>	<p>Avviare gli ambulatori infermieristici nelle sedi individuate previa informazione del progetto agli operatori ospedalieri e ai cittadini direttamente coinvolti</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabile di progetto</li> <li>• Responsabili di Distretto, RISO,</li> <li>• Dirigenza strategica</li> <li>• Servizio Infermieristico aziendale</li> <li>• Responsabili e RISO di Distretto</li> <li>• MMG</li> <li>• Rappresentanti Enti locali</li> <li>• Gruppi volontariato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riunioni</li> <li>• Informazioni a mezzo stampa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Decreto di attivazione sperimentale dell'IC</li> <li>• Orari di apertura degli ambulatori</li> <li>•N. prestazioni ambulatoriale</li> <li>• N. prestazioni a domicilio</li> </ul>

Tabella 3 Attivazione del progetto "Infermiere di Comunità" (Pellizzari, 2008, p. 133)

### C. FASE VALUTATIVA

La fase valutativa si esplica nell'attuazione di verifiche periodiche da parte del gruppo di coordinamento socio-sanitario comunale che consistono in incontri trimestrali tra i rappresentanti dell'Azienda Sanitaria e degli Enti Comunali, tra tutti i professionisti dell'équipe di cura socio-assistenziale, tra una rappresentanza dei cittadini per valutare punti di forza e di debolezza del progetto e nella somministrazione del questionario di gradimento sulla qualità percepita dal cittadino a 6 mesi dall'avvio del servizio.

<i>Obiettivi</i>	<i>Azioni</i>	<i>Personale coinvolto</i>	<i>Strumenti/risorse</i>	<i>Indicatori</i>
Valutare in progress l'attività dell'IC	Verificare dopo 6 mesi di attività le criticità emerse. Programmare interventi formativi volti a sanare le difficoltà emerse. Provvedere all'adeguamento delle risorse tecnologiche. Monitorare e sviluppare il sistema di connessione integrazione dei nodi della rete organizzativa. Attivare un sistema di valutazione della qualità percepita della popolazione coinvolta nel progetto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabile di progetto</li> <li>• Responsabili di Distretto, RISO</li> <li>• Servizio Infermieristico aziendale</li> <li>• Responsabili e RISO di Distretto</li> <li>• MMG</li> <li>• Rappresentanti Enti locali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Griglie di valutazione</li> <li>• Progetti formativi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Check-list delle criticità</li> </ul>

*Tabella 4 Attivazione del progetto "Infermiere di Comunità" (Pellizzari, 2008, p. 133)*

È bene precisare che il nuovo modello relazionale non è entrato immediatamente in vigore ma in prima istanza si è assistito ad una fase mista o di transizione (Figura 4) in cui il vecchio modello prestazionale ADI coesisteva con il modello emergente dell'Infermiere di Comunità. In questa fase le richieste e le segnalazioni vengono recapitate sia dall'Infermiere Coordinatore del CeCAP sia dall'Infermiere di Comunità che collaborano e mantengono i rapporti al fine di realizzare una valutazione univoca e stabilire la destinazione del paziente per il quale è stato richiesto l'accesso ai servizi in relazione al tipo di bisogno, se semplice o complesso.

Nel 2008, anno della pubblicazione de “L’Infermiere di Comunità. Dalla teoria alla prassi.” di Mara Pellizzari, nell’ASS n.5 “Bassa Friulana” ancora vi era la convivenza di entrambi i paradigmi.

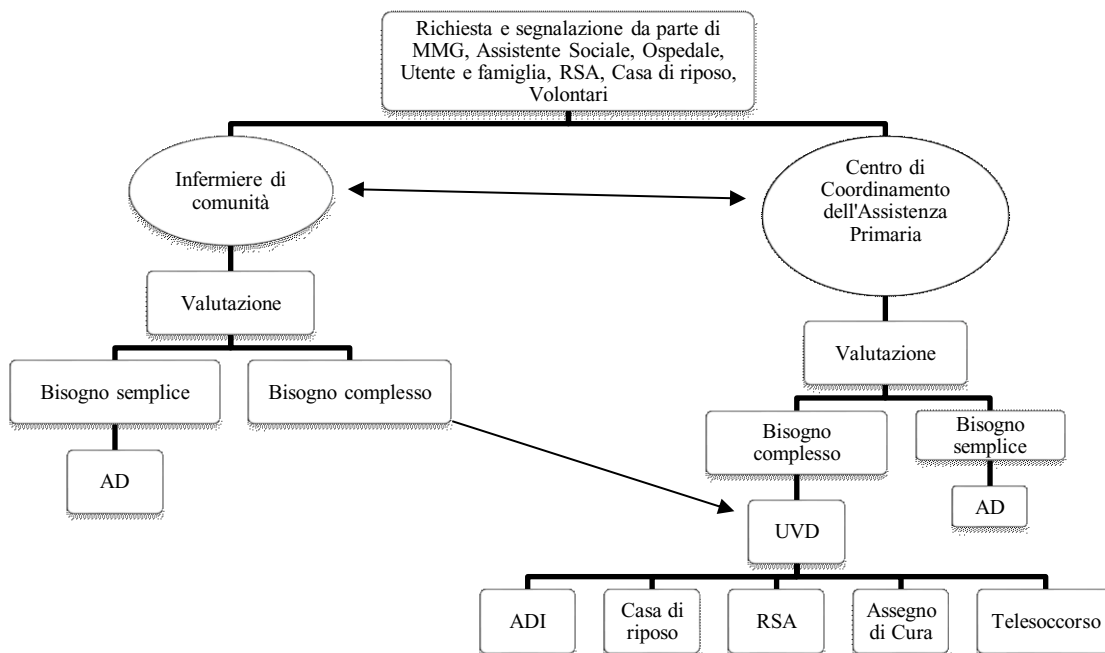


Figura 4 Flow chart accesso degli utenti ai servizi territoriali secondo il modello misto ADI /infermiere di Comunità fase di transizione (Pellizzari, 2008, p.54)

Successivamente, con il modello dell’Infermiere di Comunità a regime, le segnalazioni giungono esclusivamente all’infermiere di Comunità, che rimane allo stesso tempo in rapporto con il CeCAP al fine di realizzare una più appropriata valutazione dei bisogni. Questo paradigma permette sia una fase di accesso ai servizi meno burocratizzato e più tempestivo, sia un processo diverso e mirato in relazione al tipo di bisogno.

Per bisogni di media complessità verrà attivato l’Unità di Valutazione Distrettuale locale composto dall’Infermiere di Comunità, dal Medico di Medicina Generale e l’Assistente Sociale; mentre per i bisogni ad elevata complessità assistenziale verrà attivata l’Unità di Valutazione Distrettuale centrale, formata dai componenti della prima insieme al medico responsabile del Distretto Sanitario centrale.

Questo assetto è realizzabile solo se si prevede l’istituzione di una figura di supporto accanto all’Infermiere di Comunità, OSS (Operatore Socio-Sanitario) o OSSC (Operatore Socio-Sanitario con formazione Complementare) che consenta un utilizzo idoneo della risorsa infermieristica e di supporto in modo tale da permettere

all’Infermiere di Comunità di esprimersi in qualità di case manager del processo assistenziale occupandosi di attività di sua esclusiva competenza.

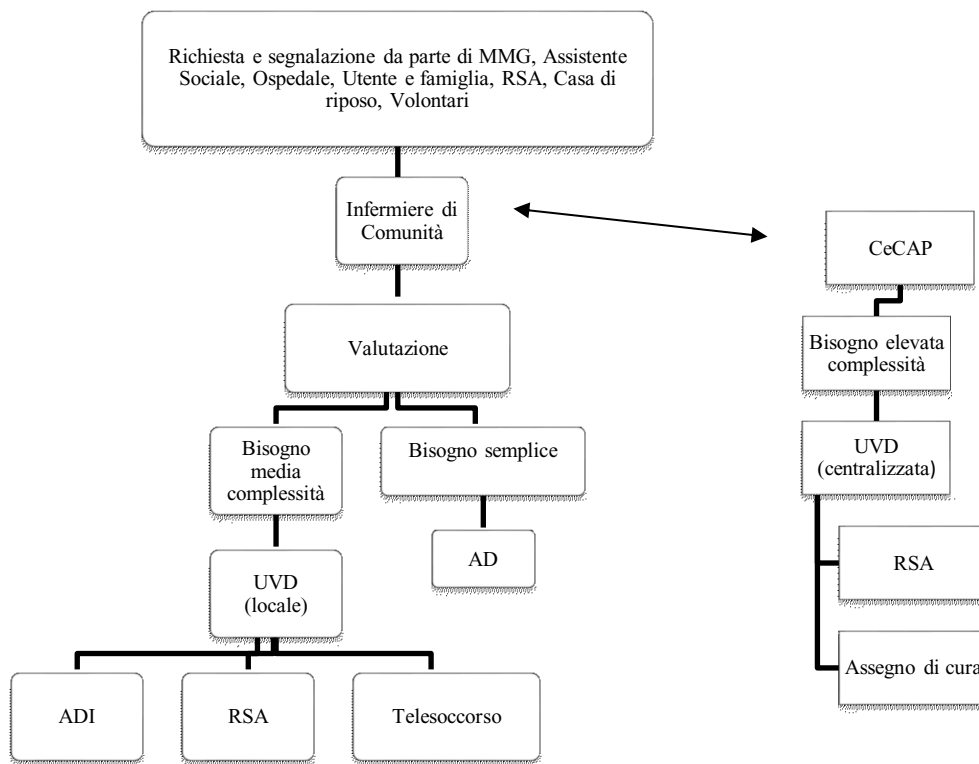


Figura 5 Flow chart accesso degli utenti ai servizi territoriali secondo il modello infermiere di Comunità (Pellizzari, 2008, p.55)

## **5) RUOLO E COMPETENZE DELL’INFERMIERE DI COMUNITÀ**

L’Infermiere di Comunità rappresenta un nodo di un modello organizzativo a rete e l’elemento che lo distingue dall’Infermiere Domiciliare “classico” è proprio la sua presenza “organica” nella comunità. L’ambito di intervento dell’Infermiere di Comunità è domiciliare per i pazienti non autosufficienti, allettati ad alta complessità assistenziale, ambulatoriale per i pazienti deambulanti a media e bassa complessità assistenziale e nella rete sociale per mettere in atto l’attivazione delle risorse della comunità e per la messa in rete con i servizi sanitari e sociali. Interviene su richiesta del medico di medicina generale, del paziente o dei suoi familiari, della casa di riposo, dell’assistente sociale, dell’RSA, dell’Ospedale, dell’Unità Valutativa Distrettuale.

Il ruolo che riveste è quello di facilitatore e attivatore delle risorse informali presenti all’interno della comunità, di promotore delle capacità individuali e collettive di cura (self-care), di potenziatore delle capacità di coping da parte della popolazione ai problemi

di salute aumentandone l'empowerment, di educatore, di cooperatore con le altre professionalità presenti nel territorio e con le istituzioni, riveste il ruolo di punto di riferimento per la comunità e in particolar modo pone la sua attenzione ai caregivers avvalorando il loro impegno e il loro lavoro, incentivando la responsabilizzazione delle cure, fornendo loro sostegno emotivo e di altra natura in caso di recepimento di richieste di sollievo. Per poter rivestire al meglio il suo ruolo, l'Infermiere di Comunità deve essere dotato di spiccata autonomia professionale grazie alla capacità di lettura dei bisogni, anche quelli inespressi, e delle priorità, al riconoscimento delle possibili soluzioni ai problemi e alla capacità di pianificazione. Al contempo deve possedere attitudine a relazionarsi che consiste nel saper lavorare in team interagendo e integrando tutti i professionisti presenti nel territorio, abilità comunicative di gestione dei conflitti e dell'ansia e capacità educative all'autocura (self-care) e all'autoassistenza promuovendo l'empowerment per mezzo delle sue competenze ad alta componente tecnico-scientifica. Le nuove competenze distintive (Figura 6) dell'Infermiere di Comunità analizzate dal progetto sopracitato (Pellizzari, 2008, pp.108-110) risiedono in:

1. sviluppo dei ruoli di "helper e counsellor" in quanto l'infermiere aiuta il paziente, la famiglia e la comunità a identificare i bisogni e promuove l'utilizzo delle risorse potenziali per la soluzione dei problemi: ciò è indirizzato non solo al paziente malato, ma anche al paziente sano;
2. presa in carico "leggera e anticipata" del bisogno inespresso e delle fragilità prevenendo i bisogni assistenziali prima che si manifestino, non limitandosi quindi solamente ad un approccio prettamente prestazionale in risposta a una domanda espressa. Questo fenomeno è alla base della medicina d'iniziativa e insieme alla sorveglianza attiva e ai piani terapeutici potrebbe consentire la riduzione del rischio di disabilità, istituzionalizzazione, morte, e la promozione della qualità della vita grazie alla possibilità di cogliere anche i bisogni potenziali.
3. case manager, ovvero gestore del caso, in grado di assicurare la continuità delle cure tra ospedale e territorio attraverso la presa in carico già dalla fase intensiva e grazie all'attivazione del lavoro di rete di tutti i servizi sanitari e sociali e all'integrazione tra professionisti presenti nel territorio che coadiuvano per

garantire un'assistenza centrata sul paziente secondo una pianificazione specifica in risposta a un determinato problema o bisogno;

4. attivazione di interventi di promozione della salute attraverso l'educazione sanitaria e le strategie di intervento orientate all'empowerment dei soggetti e dei contesti per favorire l'autoassistenza dove tutta la comunità non è un mero soggetto passivo su cui vengono condotti tali interventi, ma è parte attiva del processo;
5. attivazione delle risorse informali presenti nelle reti comunitarie (network personali come famiglia e amici; associazioni presenti nella comunità come il volontariato, parrocchia, reti di mutuo-aiuto tra pari ovvero tra persone che hanno interessi o problematiche comuni; reti di aiuto tra vicini di casa) e attivazione di interventi/azioni di inclusione sociale con il fine di responsabilizzare le comunità: per fare ciò è di fondamentale importanza che l'Infermiere di Comunità conosca approfonditamente tutte le risorse di tipo informale presenti all'interno della comunità e tutte quelle potenziali per ciascun paziente (ad esempio le persone a lui significative) in modo da poter lavorare in stretto rapporto con loro operando anche un intervento di consolidamento dei legami comunitari e sviluppando le capacità individuali di cura (self-care);
6. progettazione e verifica di interventi di "aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona" resi da altri operatori (operatori sociosanitari, assistenti familiari, familiari stessi ecc.) fornendo loro sostegno e supporto;
7. progettazione e realizzazione degli interventi di assistenza infermieristica nella fase di lungo assistenza;
8. orientamento per l'accesso e la fruizione dei servizi offerti dall'ASS di riferimento ai cittadini afferenti.

Inoltre, in alcune stazioni di Infermiere di Comunità è attiva la sperimentazione della prenotazione decentrata CUP per indagini strumentali e/o visite specialistiche.

L'infermiere di Comunità, oltre a competenze, abilità e conoscenze, acquisisce anche nuove responsabilità che sono di natura formativa in quanto è responsabile dell'educazione e della formazione dei cittadini, anche dei caregivers e degli altri professionisti; di natura economica e tecnica poiché mette in atto dei processi



assistenziali attraverso l'erogazione di interventi orientati rispettivamente all'efficienza e all'efficacia; di natura relazionale per l'attivazione di risorse informali e formali e di natura gestionale perché coordina i diversi servizi e professionisti che sono presenti nella comunità.

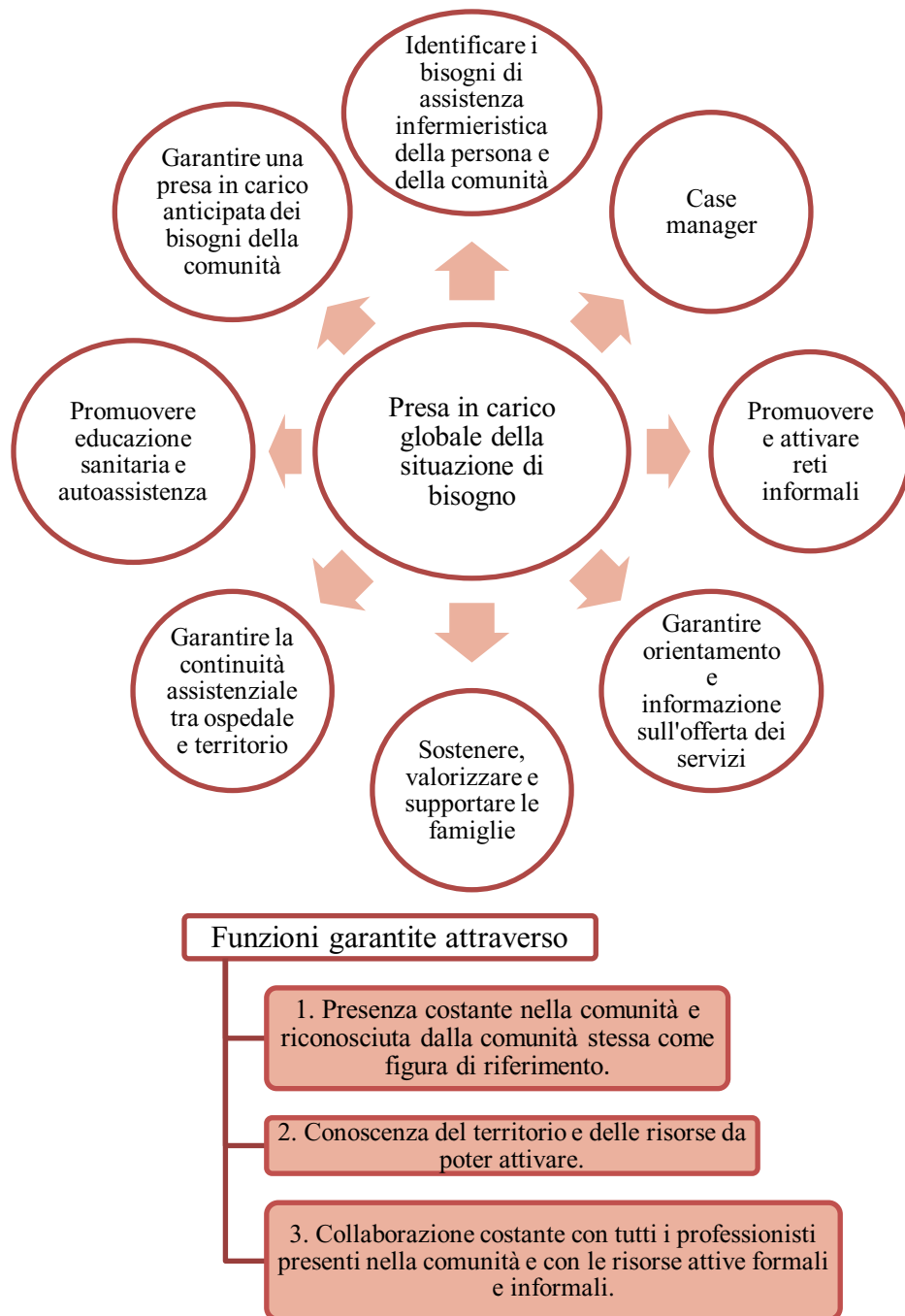


Figura 6 Competenze distintive dell'Infermiere di Comunità (Pellizzari, 2008, p. 109)

## FORMAZIONE DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ

Per l'acquisizione di queste nuove competenze, abilità e per poter ricoprire questo ruolo nell'ASS n. 5 "Bassa Friulana" è previsto un percorso di formazione avanzata permanente denominato "Nursing di Comunità" che si è visto realizzato nel biennio 2005-2006 simultaneamente alla sperimentazione nel territorio del "Progetto Infermiere di Comunità". Per strutturare il core curriculum del percorso formativo si sono avvalsi dell'esperienza maturata sul campo dagli infermieri di Comunità che hanno partecipato all'avvio del progetto nel 2001 e di un intenso lavoro di ricerca bibliografica. Esso ha consentito loro di esaminare i curricula formativi complementari nazionali e internazionali, le indicazioni della Federazione Nazionale Collegi Ipsavi 1998 concernenti gli approcci metodologici ai percorsi formativi e il curriculum proposto dall'OMS (WHO, 2000b)

### Struttura e Finalità e del corso

Il percorso formativo in Nursing di Comunità è un corso di formazione permanente articolato in 7 moduli (Tabella 5) per un totale di 150 ore di formazione in cui è prevista sia una formazione teorica in aula, sia una successiva esercitazione pratica associata a ricerche sul campo e infine una valutazione finale sull'apprendimento dei contenuti disciplinari e sul gradimento dell'evento formativo.

<b>PERCORSO FORMATIVO: NURSING DI COMUNITÀ</b>		
<b>Moduli</b>	<b>Unità di apprendimento</b>	<b>Ore</b>
<b>a. Epidemiologia, metodologia di analisi in sanità pubblica e infermieristica e sistema informativo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Metodi e strumenti di analisi di comunità e infermieristica nell'analisi epidemiologica e nei processi sociosanitari</li><li>- Il sistema informativo</li><li>- Modelli organizzativi e sviluppo delle qualità</li></ul>	15
<b>b. Il nuovo modello di welfare: dal Welfare State al welfare community e il lavoro di rete</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Il sistema integrato di interventi e di servizi sociali e il nuovo modello di welfare</li><li>- La community care: logiche e principi</li><li>- Il lavoro di rete: attivazione di reti e sviluppo di competenze sociali nei gruppi e nelle organizzazioni</li></ul>	15
<b>c. Infermieristica di comunità</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- I sistemi infermieristici fondati sul concetto del self-care, i sistemi infermieristici del nursing family: Calgary e Friedman</li><li>- Metodi e strumenti operativi dell'infermieristica di comunità</li><li>- L'infermieristica basata sull'evidenza scientifica</li><li>- Profilo di competenza e responsabilità dell'Infermiere di Comunità</li><li>- L'Infermiere di Comunità e il personale di supporto</li><li>- Infermieristica nell'analisi epidemiologica</li><li>- Infermieristica nell'analisi dei processi sociosanitari</li></ul>	35

<b>d. L'infermiere di comunità e il ruolo di Case-manager</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduzione: origini ed evoluzione del case-management, i diversi modelli organizzativi, il ruolo e la funzione dell'infermiere case-manager</li> <li>- Il case manager e la rete dei servizi: impatto sui percorsi assistenziali</li> <li>- I nuovi strumenti di integrazione organizzativa: UVD decentrata, l'accesso e la condivisione delle informazioni nelle cure intermedie: la cartella sociosanitaria territoriale informatizzata</li> <li>- La continuità delle cure: la presa in carico in fase intensiva</li> </ul>	15
<b>e. I curatori informali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risorse del territorio da sostenere e da valorizzare</li> <li>- Famiglie e caregiver: caratteristiche, impegno assistenziale richiesto, bisogni e problemi</li> <li>- Assistenti familiari: entità del fenomeno, normativa, caratteristiche, problemi</li> <li>- I bisogni formativi dei curatori informali: l'IC come tutor formativo</li> <li>- Progettazione e verifica degli interventi assistenziali resi dai curatori informali</li> <li>- Empowerment e attività di rete</li> </ul>	15
<b>f. I soggetti fragili all'interno della comunità: verso una presa in carico anticipata del bisogno inespresso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione ed epidemiologia della fragilità, prevenzione della fragilità, prevenzione della fragilità</li> <li>- La valutazione multidimensionale: lo strumento Val.Graf e il software Genesys</li> <li>- La presa in carico anticipata del bisogno inespresso</li> <li>- Le strategie di conoscenza anticipata delle condizioni di fragilità: lo screening della popolazione, metodi e strumenti</li> <li>- Pianificazione di interventi, visite ambulatoriali e domiciliari periodiche da attuare per monitorare le condizioni di salute della persona</li> </ul>	30
<b>g. Promozione alla salute e counselling sociosanitario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il concetto di salute e malattia</li> <li>- Metodologia di educazione alla salute</li> <li>- La comunicazione efficace</li> <li>- Relazione e valutazione infermieristica</li> <li>- Clima relazionale, lavoro d'équipe</li> </ul>	25

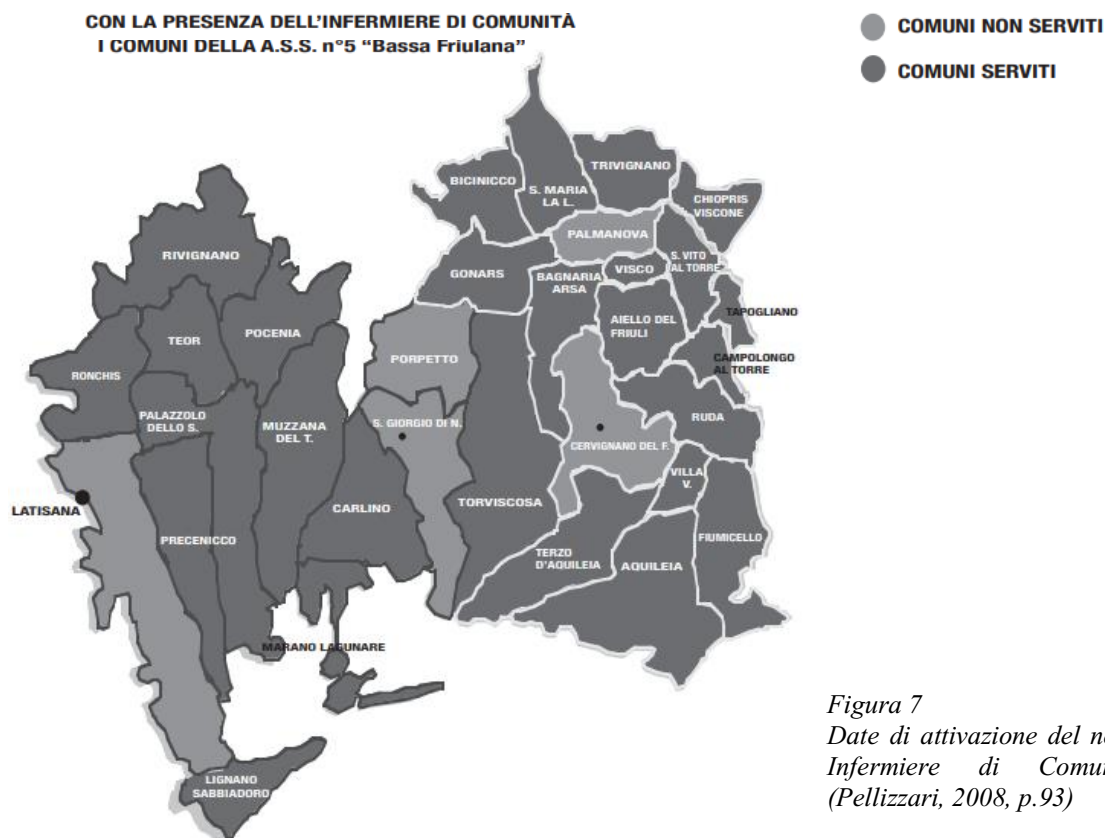
Tabella 5 Percorso formativo: Nursing di comunità (Pellizzari, 2008, p. 86-87)

Attraverso questo percorso formativo gli infermieri acquisiscono competenze professionali specifiche necessarie nell'ambito della comunità e conseguono abilità per la gestione dei casi in cui il professionista, nel ruolo di case-manager, si interpone tra pazienti, famiglie e strutture erogatrici di servizi (sanitari o sociali) per coordinare le risposte più adeguate ai bisogni reali o potenziali. Funge, quindi, da attivatore di risorse formali e informali, attraverso una completa e accurata pianificazione di un'assistenza globale e di elevata qualità anche attraverso la coordinazione di più professionisti e strutture, effettuando simultaneamente un monitoraggio continuativo al fine di realizzare la valutazione finale.

## RISULTATI

### 1) FASE SPERIMENTALE: RISULTATI DATI DALLA SPERIMENTAZIONE DEL PROGETTO DELL' INFERMIERE DI COMUNITÀ NELL'ASS N. 5 "BASSA FRIULANA" DELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

La fase sperimentale del progetto ha avuto vita dall'ottobre 2001 fino al 31 dicembre 2007 nel territorio dell'ASS n. 5 "Bassa Friulana" (Figura 7), periodo durante il quale sono state attivate 19 sedi di Infermiere di Comunità delle 23 previste pari alla copertura dell'88,4% del territorio aziendale (28 Comuni serviti su 32 afferenti all'ASS n. 5). Nella Tabella 6 sottostante si illustrano i Comuni con le relative date di attivazione dei nodi "Infermiere di Comunità". La fase valutativa dell'applicazione operativa del progetto nell'ASS n. 5 consiste sia nella valutazione dei dati di attività, sia in una valutazione qualitativa ottenuta da un questionario somministrato agli utenti che hanno beneficiato del Servizio di Infermiere di Comunità per almeno sei mesi.



#### **DATA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO**

1. 29/10/2001 GONARS
2. 17/12/2001 AIELLO DEL FRIULI, CAMPOLONGO AL TORRE, TAPOGLIANO
3. 21/01/2002 RIVIGNANO
4. 24/06/2002 BAGNARIA ARSA
5. 18/11/2002 LIGNANO SABBIA D'ORO
6. 16/12/2002 CARLINO, MARANO LAGUNARE
7. 28/04/2003 AQUILEIA
8. 27/10/2003 SAN VITO AL TORRE, CHIOPRIS VISCONI, VISCO
9. 15/12/2003 POCENIA
10. 12/01/2004 RUDA, VILLA VICENTINA
11. 15/03/2004 MUZZANA DEL TURGNANO
12. 17/05/2004 SANTA MARIA LA LONGA, BICINICCO
13. 01/08/2004 PALAZZOLO DELLO STELLA, PRECENICCO
14. 22/11/2004 FIUMICELLO
15. 13/12/2004 TERZO D'AQUILEIA
16. 20/12/2004 TORVISCOSA
17. 28/11/2005 PORPETTO
18. 19/12/2005 TRIVIGNANO UDINESE
19. 03/12/2007 TEOR, RONCHIS

*Tabella 6 Nodi "Infermieri di Comunità" attivati nell'ASS n.5 anni 2001-2007 (Pellizzari, 2008, p.161)*

#### **Dati di attività dell'ASS n. 5**

I dati di attività (Pellizzari, 2008) sono stati estrapolati da un database reso obbligatorio a partire dal 2002 per tutti i Servizi Infermieristici Domiciliari della Regione Friuli Venezia Giulia in cui vengono inseriti tutti gli utenti sottoposti ad un ciclo assistenziale, per i quali è prevista la presa in carico a qualsiasi titolo: domiciliare o ambulatoriale, prestazione occasionale o continuativa. Le informazioni obbligatorie da registrare sul database in aggiunta ai dati anagrafici, che occorrono per indagare la tipologia di utenza, sono: la data di inizio e di fine del ciclo assistenziale, la provenienza dell'utente, le date degli accessi (nel caso in cui il ciclo assistenziale sia protratto nel tempo e preveda più accessi). Il volume di attività del Servizio infermieristico Domiciliare (SID) nell'ASS n.5 nel corso degli anni a partire dal 2001 fino al 2007 presenta un progressivo aumento sia in termini di numero dei pazienti che vi afferiscono, sia di numero di accessi effettuati (Figura 8).

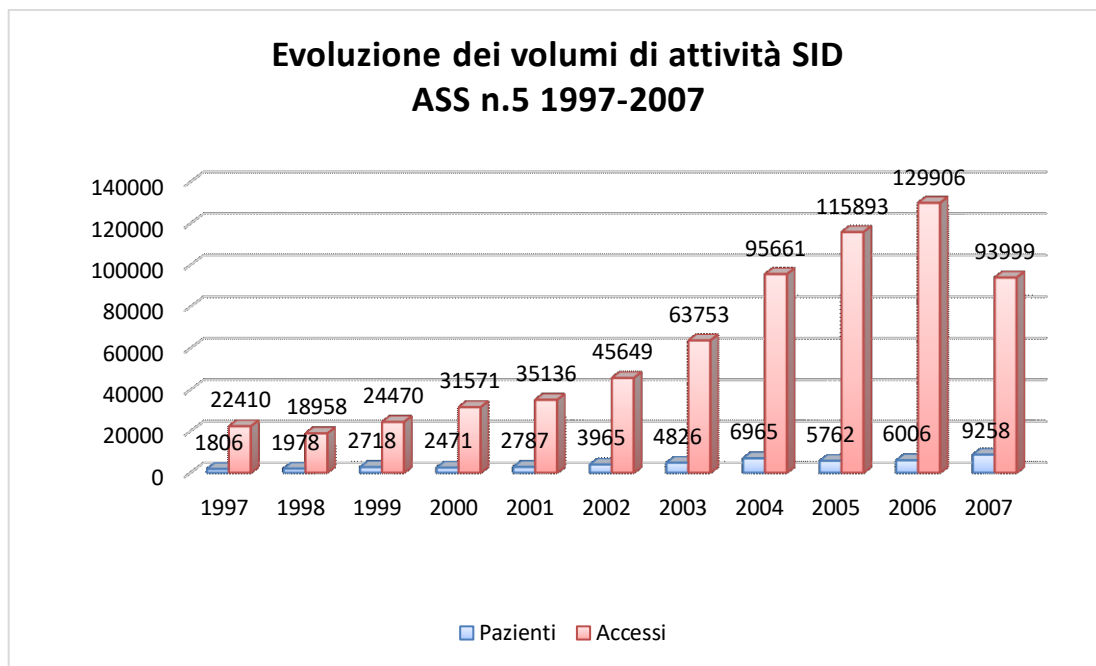


Figura 8 Evoluzione dei volumi di attività SID ASS n.5 1997-2007 (Pellizzari, 2008, p. 158)

Per quanto concerne il numero dei pazienti seguiti, quelli relativi al 2001 erano 2787 contro 9258 pazienti registrati nel database corrispondenti all'anno 2007 (incremento di circa il 232,19%). È stata osservata una crescita della curva degli accessi del 269,7% dal 2001 fino al 2006, mentre si riscontra un decremento di circa il 27,6% degli accessi nel 2007 rispetto all'anno precedente e una riduzione del numero medio degli accessi per ogni paziente (nel 2007 si ha avuto una riduzione del 19,5 % rispetto al 2001 e una riduzione del 49,5% rispetto al 2006): questo fenomeno (Tabella 7) potrebbe essere interpretato da un'aumentata capacità di self-care da parte dei pazienti e di presa in carico da parte dei caregivers, nonché da una rete di supporto creatasi in seguito all'inserimento dell'Infermiere di Comunità.

Il crescente numero di accessi per ogni infermiere (Tabella 7) e la riduzione delle ore associate ai tempi di percorrenza, dal 32,8% del 2001 al 20,1% del 2004 (Tabella 8) sono la cartina tornasole dell'efficienza dell'attività infermieristica.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	$\Delta\%$ 2007/2001
<b>N. pazienti</b>	2787	3965	4826	6965	5762	6006	9258	232,19%
<b>N. accessi</b>	35136	45649	63753	95661	115893	129906	93999	167,53%
<b>N. medio accessi/paziente</b>	12,61	11,51	13,21	13,73	20,11	21,63	10,15	-19,46%
<b>N. medio accessi/infermiere</b>	1315,46	1346,18	1689,27	2336,04	2943,69	3476,21	2397,93	82,29%
<b>N. Infirm. (calcolato in tempo pieno equiv)</b>	26,71	33,91	37,74	40,95	39,37	37,37	39,2	46,76%

Tabella 7 Numero accessi, numero pazienti, numero infermieri SID ASS. 5 (Pellizzari, 2008) p.158

<b>Rapporto ore di percorrenza/ore di attività</b>				
<b>anni</b>	<b>ore di percorrenza</b>	<b>%</b>	<b>ore assistenza</b>	<b>totale</b>
2001	3984	32,8%	8150	12134
2002	3463	27,1%	9296	12759
2003	4042	28,7%	10031	14073
2004	4850	20,1%	19328	24178

Tabella 8 Ore percorrenza/ore di attività SID ASS.5 (Pellizzari, 2008) p. 159

La capacità di presa in carico è confermata da un altro dato molto importante. Secondo i dati regionali provenienti dai Servizi Infermieristici Domiciliari del 2007 riportati dalla dott.ssa Pellizzari (2008, p. 160), l'ASS n.5 "Bassa Friulana", unica realtà in cui è inserito il modello dell'Infermiere di Comunità, presenta una maggiore copertura assistenziale a residenti over 64 anni rispetto alle altre ASS del Friuli, con una stima del 13,8%, contro una media regionale pari al 9,8% (Tabella 9).

<b>Azienda di erogazione</b>	<b>Stima copertura assistenziale cittadini FVG &gt; 64 anni</b>
ASS N. 1	10,4
ASS N. 2	7,5
ASS N. 3	12,0
ASS N. 4	8,3
<b>ASS N. 5</b>	<b>13,8</b>
ASS N. 6	10,1
<b>Media regionale FVG</b>	<b>9,8</b>

Tabella 9 Stima copertura assistenziale over 64 anni ASS. 5 2007 (Pellizzari, 2008, p. 160)

I dati ottenuti dall'attività dei 19 nodi dell'Infermiere di Comunità relativi all'anno 2007 sono stati forniti dall'Agenzia Regionale Sanità del Friuli Venezia Giulia all'inizio del 2008 (Pellizzari, 2008). Con riferimento all'anno 2007, gli infermieri dell'ASS n.5 hanno preso in carico 9258 utenti di età compresa tra i 3 e i 104 anni con un'età media di 78 anni circa, di cui solo il 36% è rappresentato dal sesso maschile e solo il 56% degli utenti risulta coniugato. (Pellizzari, 2008). Gli utenti dell'ASS n.5 che si sono recati presso l'ambulatorio dell'Infermiere di Comunità sono 6155 e rappresentano il 66,4% per un totale di 34657 accessi pari al 36,8% degli accessi totali (Tabella 10). Dalla media regionale, invece, risulta che nel 2007 la percentuale del numero di utenti recatisi all'ambulatorio è del 38,3% e la percentuale del numero degli accessi ambulatoriali è del 18,5%. I valori regionali ottenuti sono circa la metà rispetto a quelli riscontrati dall'ASS n.5. Essi esprimono non solo una maggior presa in carico, ma anche una riduzione del tempo impiegato dall'infermiere di famiglia e di comunità nella percorrenza dei tragitti per raggiungere i pazienti al domicilio.

	<i>Utenti</i>				<i>Accessi</i>			
	<i>Amb.</i>	<i>Dom.</i>	<i>% dom</i>	<i>Totale</i>	<i>Amb.</i>	<i>Dom.</i>	<i>% dom</i>	<i>Totale</i>
<b>ASS n.5</b>	6155	3835	41,4%	9258	34657	59342	63,1%	93999
<b>FVG</b>	17745	30579	66,1%	46277	106694	470658	81,5%	577352

Tabella 10 Numero di pazienti e accessi anno 2007 ASS n.5 (Pellizzari, 2008, p.161)

I cicli assistenziali effettuati nel 2007 ammontano a 13257, di cui 4925 (37,1%) esclusivamente a domicilio, 7861 esclusivamente in ambulatorio (59,3%) e il restante 471 (3,6%) in modalità mista ambulatorio-domicilio (Tabella 11).

	<i>Totale</i>	<i>Solo dom.</i>	<i>Solo amb.</i>	<i>Dom. + Amb.</i>
<b>ASS n. 5</b>	13257	4925	7861	471

Tabella 11 Numero di cicli assistenziali domiciliari e ambulatoriali (Pellizzari, 2008).

Tra i cicli assistenziali avvenuti in ambito domiciliare (sia in modo esclusivo che misto) nell'ASS n.5 il 42,4% prevede un solo accesso, il 28,8% tra i 2 e i 10 accessi, il 20% tra 11 e 30 accessi e l'8,7% con più di 30 accessi; nella Regione Friuli i dati pervenuti sono rispettivamente il 54,1%, il 23,3%, l'11%, 6,1%,8,1%: è possibile



quindi osservare che nell'ASS n.5 sono stati presi in carico pazienti più complessi che prevedevano più accessi (Tabella 12).

	<i>1 accesso</i>	<i>% cicli con 1 accesso</i>	<i>2-10 accessi</i>	<i>11-20 accessi</i>	<i>21-20 accessi</i>	<i>Più di 30 accessi</i>	<i>% cicli con più di 30 accessi</i>
<i>ASS. n. 5</i>	2289	42,42%	1555	672	410	470	8,71%
<i>Totale FVG</i>	24077	51,40%	10953	5153	2874	3782	8,07%

Tabella 12 Cicli assistenziali domiciliari ASS.5 e FVG (Pellizzari, 2008)

La Tabella 13 indica la provenienza dei pazienti inseriti nei cicli assistenziali domiciliari con data di inizio e fine diverse tra loro. Nell'ASS n.5 il 30% circa dei cicli ha fatto seguito ad un ricovero ospedaliero e il 36,5% è stato associato a pazienti le cui famiglie non hanno beneficiato di alcun sostegno. I dati regionali hanno registrato il 32,4% di casi di assistenza domiciliare che fanno seguito a ricovero ospedaliero e il 50,1% di casi i cui soggetti non hanno beneficiato di alcun servizio. Da questa analisi sono state omesse le categorie di provenienza con numeri molto bassi.

	<i>Assistenza domiciliare semp.</i>	<i>Nessun servizio</i>	<i>Assistenza privata</i>	<i>Ricovero ospedaliero</i>	<i>RSA</i>	<i>Altro servizio sanitario</i>	<i>Totale</i>
<i>Ass. N. 5</i>	54	1264 36,46%	19	1041 30,03%	474	615 17,74%	3467
<i>FVG</i>	268	12364 50,09%	83	7987 32,36%	2779	1203 4,87%	24684

Tabella 13 Provenienza dei cicli assistenziali domiciliari (Pellizzari, 2008, p.163)

Alla dimissione dei cicli assistenziali domiciliari complessi (Tabella 14), quindi che presentano più di un accesso, sia per quanto riguarda l'ASS n.5, sia per le altre aziende regionali, il 33,8% circa del totale è destinato a ricovero ospedaliero; nell'ASS n.5 il 13,8% dei cicli assistenziali dopo la dimissione è destinato ad altri servizi sanitari contro il 3,8% del valore regionale, il 20,5% dei cicli dell'ASS n.5 non è destinata ad alcun servizio a differenza del valore regionale pari al 38,1%.

	<i>Decesso</i>	<i>Dimissione da servizio precedente</i>	<i>Nessun Servizio</i>	<i>Assistenza privata</i>	<i>Ricovero Ospedaliero</i>	<i>RSA</i>	<i>altro servizio sanitario</i>	<i>totale</i>
<i>ASS n.5</i>	134	300	407 20,47%	23	671 33,75%	55	273	1988
<i>FVG</i>	1906	343	5428 38,07%	93	4826 33,85%	396	545	14259

Tabella 14 Destinazione alla dimissione dei cicli assistenziali complessi (Pellizzari, 2008, p.164)

Per quanto concerne la tipologia sanitaria destinata ai cicli assistenziali domiciliari (Tabella 15), nell'ASS n.5 al primo posto ci sono pazienti cardiopatici (17,2%), a seguire altre patologie (16,9%), pazienti neoplastici (14,0%), pazienti con patologie del locomotore (8,5%), pazienti con patologie vascolari/linfatiche (6,8%), pazienti con sindrome da allettamento (4,7%), pazienti con demenza (3,5%), pazienti post-stroke (2,7%), pazienti con patologie neurologiche croniche (2,5%), pazienti ipertesi (2,0%). A livello regionale le tipologie sanitarie predominanti sono i pazienti neoplastici, a seguire i pazienti cardiopatici e i pazienti con patologie vascolari o linfatiche, ma in linea di massima il panorama delle problematiche è sovrapponibili a quello descritto per l'ASS n.5.

	<i>ASS n.5</i>	<i>FVG</i>		<i>ASS n.5</i>	<i>FVG</i>
<i>Paziente cardiopatico</i>	17,2%	16,4%	<i>Paziente con sindrome da allettamento</i>	4,7%	8,9%
<i>Altra patologia</i>	16,9%	10,2%	<i>Paziente demente</i>	3,5%	3,1%
<i>Paziente neoplastico</i>	14,0%	15,7%	<i>Paziente post-stroke</i>	2,7%	2,4%
<i>Paziente con patologia al locomotore</i>	8,5%	2,2%	<i>Paziente con patologia neurologica cronica</i>	2,5%	2,9%
<i>Paziente con patologia vascolare/linfatica</i>	6,8%	12,0%	<i>Paziente iperteso</i>	2,0%	1,3%

Tabella 15 Tipologia sanitaria cicli assistenziali (Pellizzari, 2008, p.164)

La complessità dei cicli assistenziali viene valutata anche sulla base della frequenza di accessi giornalieri a domicilio (Tabella 16). I cicli assistenziali che hanno previsto un solo accesso giornaliero sono stati 57109 nell'ASS n.5, che rappresentano il 98,1% del totale, e 441066 a livello regionale che rappresentano il 96,9%; quelli che hanno previsto due accessi al giorno nell'ASS n. 5 sono l'1,7%, mentre a livello regionale sono 2,8%; nel ASS n.5 i casi che hanno previsto la necessità di tre accessi al giorno sono stati 75 rappresentando lo 0,13%, mentre a livello regionale sono lo 0,24 %; quattro accessi al giorno registrati per 4 cicli assistenziali nell'ASS n. 5 rappresentano il 6,9% contro lo 0,3% del valore regionale.

<b>Punto SID</b>	<b>1 accesso/die</b>	<b>2 accessi/die</b>	<b>3 accessi/die</b>	<b>4 accessi/die</b>
Latisana	6580	329	20	2
Palazzolo	2839	59	2	2
Cervignano	4974	20	4	
Gonars	3081	11	2	
Aiello	3066		1	
Terzo d'A	1275	16	4	
Aquileia	2195	26	1	
Santa Maria	1766	7	2	
Fiumicello	2567	52	1	
Trivignano	1429	8	2	
San Giorgio	3366	97	17	
Rivignano	2806	64	4	
Torviscosa	1782	33	1	
Lignano	2355	28	1	
Pocenia	1526	93	9	
Muzzana	1225	22	1	
Porpetto	1619	27	3	
Carlino	1753	25		
Ruda	2750	53		
Bagnaria	2487	1		
San Vito T.	3062	25		
Palmanova	2606			
<b>ASS n.5</b>	57109	996	75	4
<b>Totale FVG</b>	441066	12883	1091	128

Tabella 16 Frequenza giornaliera degli accessi domiciliari (Pellizzari, 2008, p. 165)

Nella seguente tabella (Tabella 17) vengono messe a confronto le prestazioni erogate dall'ASS n.5 e dalla Regione Friuli Venezia Giulia. Particolare attenzione merita l'attività di rete che nell'ASS n.5 è più sviluppata rispetto alla media regionale.

	<i>Attività di rete</i>	<i>Gestione lesioni da decubito</i>	<i>Gestione altre lesioni</i>	<i>Gestione lesioni vascolari</i>	<i>Gestione paziente in terapia orale</i>
<b>ASS n.5</b>	8,8%	19,8%	19,2%	9,3%	10,4%
<b>FVG</b>	7,5%	18,7%	14,5%	12,4%	9,2%
	<i>Interventi educativi finalizzati all'addestramento/autogestione</i>		<i>Monitoraggio clinico</i>	<i>Prelievo biologico</i>	<i>Prelievo per terapia anticoagulante</i>
<b>ASS n.5</b>	45,6%		32,3%	18,1%	21,1%
<b>FVG</b>	29,2%		31,5%	15,5%	17,4%

Tabella 17 Percentuale di accessi con la specifica prestazione (Pellizzari, 2008, p. 166)

### **Lo studio sulla qualità percepita**

Per valutare il grado di soddisfazione e il livello di gradimento percepito dall'utente a sei mesi dall'attivazione del Servizio di "Infermiere di Comunità" è stato somministrato un questionario alla popolazione che ne ha usufruito nel periodo compreso tra il 2002 e il 2007.

Questa indagine aveva anche il fine di rilevare non solo i punti di forza di questo modello, ma anche eventuali criticità avvertite dalla popolazione e di accogliere quelli che potevano essere i potenziali suggerimenti migliorativi del servizio.

Il questionario da compilare in forma anonima è stato somministrato tramite posta agli utenti residenti nei Comuni che hanno visto attivato il servizio "Infermiere di Comunità" associato ad un dépliant informativo in cui era esplicitata la finalità dello studio e la procedura di compilazione e riconsegna del questionario.

- ~ Nel caso di beneficiario del servizio deceduto o non in grado di provvedere autonomamente alla compilazione del questionario, questo doveva essere compilato dal caregiver di riferimento del paziente che aveva avuto contatti con l'Infermiere di comunità.
- ~ Il tempo a disposizione per la consegna dei questionari era di 30 giorni.
- ~ La riconsegna poteva avvenire o presso le sedi dell'Infermiere di Comunità o tramite invio per posta.

Il campione dello studio è di 3316 utenti residenti nei 24 Comuni in cui si sono attivate le 15 sedi dell'Infermiere di Comunità. I questionari sono stati somministrati al campione tramite posta dopo i 6 mesi dall'avvio del nodo dell'infermiere di Comunità a cui facevano riferimento. I questionari riconsegnati nei tempi previsti sono stati 1939, pari al 41,5% di quelli somministrati. (Tabella 18)

	<b>Numero</b>	<b>%</b>
Questionari inviati	3316	100
Questionari ricevuti	1939	41,5%

*Tabella 18 Dati generali sull'indagine dei Comuni coinvolti (Pellizzari, 2008, p. 172)*

Lo strumento utilizzato per l'indagine conoscitiva sulla qualità del servizio dell'infermiere di comunità percepita dalla popolazione è un questionario costruito

dagli Infermieri dell'ASS. n. 5 "Bassa Friulana" e composto da 12 domande, strutturate e semistrutturate, e uno spazio per annotare eventuali suggerimenti o criticità. Va peraltro precisato che nei questionari somministrati tra il 2002 e il 2003 non venivano indagati il sesso, l'età, lo stato civile e l'occupazione e alcuni quesiti che segnaleremo con “ (\*) ”, perciò questi dati che verranno illustrati fanno riferimento ad una numerosità campionaria inferiore.

- Per quanto riguarda il genere, il 58% degli intervistati che hanno risposto al questionario è femminile, mentre il 42% maschile. (\*)
- Con riferimento all'età, solo il 22,1 % sono under 60 anni e una piccola quota del 2,2% non ha risposto a questo quesito. (\*)
- La categoria di occupazione degli intervistati che si è maggiormente evidenziata è quella dei pensionati e delle casalinghe. (\*)
- In relazione allo stato civile, il 55% è risultato coniugato/a, il 35% vedovo/a, l'8% celibe/nubile e il 2% separati/divorziati. (\*)

In seguito, si menzionano le risposte volte ad analizzare il grado di soddisfazione degli utenti che hanno beneficiato del servizio Infermiere di Comunità.

- Con riferimento alla domanda circa la modalità con cui si è venuti a conoscenza dell'Infermiere di Comunità, il 37% (869) è stato informato dal medico di famiglia, il 31% (734) dal volantino illustrativo recapitato alle famiglie per informarle del progetto prossimo all'attivazione, infine il restante 29,5% ne è venuto a conoscenza attraverso altre modalità quali amici (246), riunioni informali (176), servizi sociali (196) e altro (71); 39 utenti si sono astenuti, invece, dalla risposta (1,5%).
- Gli utenti alla domanda sull'utilizzo del servizio nell'arco degli ultimi 6 mesi hanno risposto nel seguente modo: il 55% ha usufruito del servizio da una a cinque volte, il 16% da cinque a dieci volte, il 26% oltre dieci volte, il restante 3% non ha risposto.
- Circa le necessità per le quali ci si è rivolti all'Infermiere di Comunità era consentito dare una o più risposte e i risultati ottenuti sono: il 63,7 % per prelievi ematici (1676), il 14,7% (387) per medicazioni, il 7,2 % (188) per ricevere informazioni quali l'offerta dei servizi sociosanitari presenti nel territorio, l'8,9% (235) per iniezioni, il 4,4% (117) per altri motivi, l'1,1 % (28) si è astenuto.

- Riguardo al luogo in cui si prestava assistenza, si evince che il 38% (744) si sono recati in ambulatorio, il 29% (568) ha usufruito delle cure a domicilio, il 9% (160) ha beneficiato di entrambi i servizi, mentre il 24% (467) non ha risposto a tale domanda.
- Il 90 % delle persone intervistate non hanno avuto difficoltà a reperire l’Infermiere di Comunità nell’orario di servizio.
- La quasi totalità delle persone intervistate (97%) ha riferito che l’orario di servizio dell’Infermiere di Comunità è rispondente alle loro necessità.
- Per quanto riguarda la tempestività di risposta da parte dell’Infermiere di Comunità, il 95% ha dichiarato che l’assistenza infermieristica è avvenuta in modo celere.
- Il giudizio sul grado dell’adeguatezza del tempo dell’assistenza erogato è stato considerato insufficiente solo dall’1%, il 2% non è stato in grado di definirlo, il 22% lo ha ritenuto sufficiente, mentre il 69% adeguato; il 6% non ha risposto. (\*)
- Le domande sulla tutela della privacy, sull’impegno e sulla cortesia dimostrati dai professionisti sono state risposte dalla maggior parte degli intervistati in modo eccellente (90%).
- Alla richiesta di una considerazione personale circa l’evitabilità di successivi ricoveri ospedalieri a fronte di una più completa assistenza domiciliare, il 35% delle persone hanno risposto di no e l’8% di sì, mentre il 57% degli intervistati non ha risposto. (\*)
- La domanda “Lei ritiene che l’Infermiere di Comunità sia stato utile e di sostegno anche per la famiglia?” è stata risposta dal 55% (886) con “molto”, dal 21% (342) con “abbastanza”, dal 1% (9) “inutile”, dal 3% (52) “non so”, mentre il 20% (325) non ha risposto. (\*)
- Il 48% degli intervistati ha risposto negativamente al quesito su un eventuale bisogno di aiuto supplementare all’Infermiere di Comunità, mentre il 40% ne ha avuto bisogno “abbastanza” e “molto”. (\*)
- Di quel 40% precedente, ossia coloro che hanno necessitato di un supporto ulteriore, il 65% si è rivolto ai familiari, l’11% ai vicinati, il 6% ai volontari, il 9% a badanti e il restante 9% è ricorso ad aiuti di altra natura. (\*)
- Le risposte pervenute alla domanda “Riterrebbe utile un ampliamento del servizio?” sono: il 38% “sì”, il 41% “no” e il 21% non ha risposto. (\*)

- Comparando il nuovo modello organizzativo basato sulla relazione con quello precedente prestazionale, è risultato che il 93% degli intervistati ha reputato migliore il modello dell’Infermiere di Comunità.
- Le motivazioni sottese al miglior gradimento da parte degli intervistati (vedi risposta precedente) del nuovo assetto organizzativo “Infermiere di Comunità” sono riconducibili a diverse variabili:
  - a un minor disagio negli spostamenti per il 29,6% (1360);
  - alla possibilità di usufruire di un ambulatorio per il 14,5 % (666)
  - alla possibilità di reperire più facilmente l’infermiere per il 13,5% (623);
  - all’instaurarsi di un rapporto di fiducia con l’Infermiere per il 20,5% (941)
  - all’opportunità di ricevere prontamente informazioni adeguate per il 20,6% (949)
  - risposta non pervenuta da parte dell’1,3% (59)
- Ultima, ma non per importanza, è la domanda aperta lasciata agli intervistati per apportare eventuali suggerimenti, uno tra questi è la richiesta di poter ritirare i referti clinici presso l’ambulatorio dell’Infermiere di comunità o di poter essere recapitati al proprio domicilio a mezzo posta.

## **2) FASE DI IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO: RISULTATI DATI DALL’ IMPLEMENTAZIONE DELL’ INFERMIERE DI COMUNITÀ NELL’ ASS N. 5 “BASSA FRIULANA”**

Il 2008 apre con il processo di implementazione del progetto stesso.

Nel 2012 si sono visti realizzati ulteriori due sedi di “Infermiere di Comunità” per un totale di 21 raggiungendo una copertura del territorio pari al 95% (30 Comuni su 32). (Figura 9) Solamente nel periodo tra il 2015 e il 2019 si è giunti alla messa a regime del modello, con l’attivazione di tutti i 23 nodi previsti dal progetto per avere una copertura totale del territorio dell’ASS n.5 “Bassa Friulana” (Tabella 19).

<p>31/03/2010 PALMANOVA          26/12/2011 CERVIGNANO DEL FRIULI          2019 LATISANA          2019 SAN GIORGIO DI NOGARO</p>
--

*Tabella 19 Nodi di “Infermieri di Comunità” attivati nell’ASS n.5 Fase di implementazione*



Figura 9 Comuni dell'ASS n. 5 "Bassa Friulana" serviti e non dal Servizio Infermiere di Comunità - anno 2016 ([https://www.fnopi.it/archivio\\_news/attualita/1889/ESPERIENZE%20INFERMIERE%20DI%20COMUNITA-%20FRIULI%20VENEZIA%20GIULIA.pdf](https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/1889/ESPERIENZE%20INFERMIERE%20DI%20COMUNITA-%20FRIULI%20VENEZIA%20GIULIA.pdf))

### Dati di attività dell'ASS n.5

Nell'ASS n.5 i dati raccolti fino al 2017 hanno evidenziato che il volume di attività del Servizio Infermieristico Domiciliare, in termini di numero di utenti che vi afferiscono e numero di accessi effettuati, ha continuato ad aumentare, terminata la fase sperimentale del progetto (31 dicembre 2007). (Tabella 20).



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>N. pazienti</b>	9258	10833	11677	12633	12618	11929	12041	12025
<b>N. accessi</b>	93999	98319	103325	112149	116705	116579	119204	117767
<b>N. medio accessi/paziente</b>	10,2	9,1	8,8	8,9	9,2	9,8	9,9	9,8
<b>N. medio accessi/infermiere</b>	2397,93	2650,11	2550,60	2768,43	3086,62	3001,52	3069,10	3032,11
<b>N. Inferm.</b>	39,2	37,1	40,51	40,51	37,81	38,84	38,84	38,84
<b>Operatori di supporto</b>	3,83	6,66	11,66	11,66	11,66	11,83	11,83	10,83

Tabella 20 Numero accessi, numero pazienti, numero infermieri SID ASS. 5 2007-2014  
[https://www.fnopi.it/archivio\\_news/attualita/1889/ESPERIENZE%20INFERMIERE%20DI%20COMUNITA-%20FRIULI%20VENEZIA%20GIULIA.pdf](https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/1889/ESPERIENZE%20INFERMIERE%20DI%20COMUNITA-%20FRIULI%20VENEZIA%20GIULIA.pdf)

Il numero di infermieri di comunità nel 2014 ha registrato un +45% rispetto al 2001, dato leggermente inferiore rispetto al 2007 ( $\Delta\%$  2007/2001 circa +47%). Questa variazione è associata anche ad un incremento del numero degli operatori di supporto impiegati nel territorio per mansioni di loro competenza: rispetto al 2001 si è ottenuto un +3,83% degli operatori di supporto assunti nel 2007 e un +10,83% nel 2014. (Tabella 21)

	$\Delta\%$ 2007/2001	$\Delta\%$ 2009/2001	$\Delta\%$ 2011/2001	$\Delta\%$ 2014/2001
<b>N. pazienti</b>	232%	319%	353%	331%
<b>N. accessi</b>	168%	194%	232%	235%
<b>N. medio accessi/paziente</b>	-19%	-30%	-27%	-22%
<b>N. medio accessi/infermiere</b>	82%	94%	135%	130%
<b>N. infermieri</b>	47%	52%	42%	45%
<b>Operatori di supporto</b>	3,83%	11,66%	11,66%	10,83%

Tabella 21 Variazione in percentuale dei dati attività rispetto al 2001

All'incremento del numero degli accessi totali (+235% nel 2014 rispetto al 2001), è bene distinguere il peso che hanno avuto le attività ambulatoriali e le attività domiciliari. Confrontando i dati relativi al 2014 con quelli del 2012 è possibile notare una riduzione di circa il 4,0% del numero degli accessi domiciliari (Tabella 23).

Questo fa comprendere la rilevanza che ha avuto l'attività ambulatoriale nel triennio 2012-2014 (+8,2% degli accessi ambulatoriali). (Tabella 22).

<b>Attività a livello ambulatoriale</b>				
	<i>Numero utenti</i>		<i>Numero Accessi</i>	
	<i>Ass n. 5</i>	<i>FVG</i>	<i>ASS n. 5</i>	<i>FVG</i>
<b>2008</b>	6778	23749	36319	147667
<b>2009</b>	7567	32067	38151	176442
<b>2010</b>	8090	30141	41898	178128
<b>2011</b>	8234	28920	43540	187204
<b>2012</b>	7496	29107	47862	203922
<b>2013</b>	7625	28697	50313	199013
<b>2014</b>	7804	25594	51774	194022
<b>2015</b>	6570	24325	45858	189427
<b>2016</b>	6754	24428	46278	181321
<b>2017</b>	7005	24542	45410	178610

Tabella 22 Attività infermiere di comunità a livello ambulatoriale (<http://www.carditalia.com/wp-content/uploads/2018/06/Pordenon.pdf>)

<b>Attività a livello domiciliare</b>						
	<i>Numero utenti</i>		<i>Numero accessi</i>		<i>Numero medio accessi/utenti</i>	
	<i>Ass n. 5</i>	<i>FVG</i>	<i>Ass n. 5</i>	<i>FVG</i>	<i>Ass n. 5</i>	<i>FVG</i>
<b>2012</b>	4436	35328	68717	568108	15,5	16,1
<b>2013</b>	4417	36728	68981	568268	15,6	15,5
<b>2014</b>	4221	35596	65993	556118	15,6	15,6

Tabella 23 Attività infermiere di comunità a livello domiciliare ASS n.5 e FVG 2012-2014 ([https://www.fnopi.it/archivio\\_news/attualita/1889/ESPERIENZE%20INFERMIERE%20DI%20COMUNITA-%20FRIULI%20VENEZIA%20GIULIA.pdf](https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/1889/ESPERIENZE%20INFERMIERE%20DI%20COMUNITA-%20FRIULI%20VENEZIA%20GIULIA.pdf))

Il tasso grezzo di ospedalizzazione nell'ASS n.5 è uno tra i più bassi registrati in Friuli Venezia Giulia. Nel corso degli anni in questo territorio si è assistito ad una riduzione del ricorso all'ospedalizzazione. Nel 2010 infatti il tasso grezzo di ospedalizzazione ammontava a 149,8, contro la media regionale del 155,5, e nel 2011 aveva già raggiunto il 142,3. ([https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/documenti/all\\_hph/mat\\_info/hph\\_ts\\_2012\\_pellizzari.pdf](https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/documenti/all_hph/mat_info/hph_ts_2012_pellizzari.pdf))

I dati relativi agli anni successivi dimostrano questo continuo trend decrescente.

È possibile riscontrare una riduzione del ricorso all'ospedalizzazione di circa il 3,3% nel 2017 rispetto al 2012. (Tabella 24).

	<i>ASS n.1</i>	<i>ASS n.2</i>	<i>ASS n.3</i>	<i>ASS n.4</i>	<i>ASS n.6</i>	<i>ASS n.5</i>	<i>FVG</i>
<b>2012</b>	150,37	144,99	137,02	141,26	144,17	134,79	143,44
<b>2013</b>	145,62	141,60	138,67	137,89	140,17	134,51	140,16
<b>2014</b>	142,87	138,53	137,29	134,76	137,88	129,5	137,1
<b>2015</b>						129,50	137,10
<b>2016</b>						131,04	135,04
<b>2017</b>						130,27	135,43

Tabella 24 Tasso di ospedalizzazione 2012-2017  
(Standardizzazione calcolata sulla popolazione del censimento del 2011)  
(<http://www.carditalia.com/wp-content/uploads/2018/06/Pordenon.pdf>)

Un altro dato estremamente significativo è rappresentato dalla riduzione degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso. I codici colore “bianco” registrati al triage degli Ospedali di Palmanova e Latisana si sono ridotti in maniera importante (Tabella 25). Nel triennio 2009-2011 si è registrata una riduzione del 18,4% rispetto al triennio 2005-2007, nel triennio 2012-2014 si è registrata un’ulteriore riduzione del 18,3% rispetto al triennio 2009-2011, infine nel triennio 2015-2017 si è registrata una supplementare riduzione del 46,0% rispetto al triennio precedente.

	<i>accessi</i>	<i>Δ% rispetto al triennio precedente</i>
<b>anni 2005-2007</b>	97282	
<b>anni 2009-2011</b>	79397,0	-18,4%
<b>anni 2012-2014</b>	64867,349	-18,3%
<b>anni 2015-2017</b>	35028,4	-46,0%

Tabella 25 Riduzione degli accessi inappropriati al PS (<http://www.carditalia.com/wp-content/uploads/2018/06/Pordenon.pdf> ; [https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/documenti/all\\_hph/mat\\_info/hph\\_ts\\_2012\\_pellizzari.pdf](https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/documenti/all_hph/mat_info/hph_ts_2012_pellizzari.pdf))

L’indice di copertura assistenziale della “Bassa Friulana” per i residenti over 65 anni e over 75 anni è più elevato rispetto alla media regionale.

Nel 2017, anno relativo agli ultimi dati disponibili, l'indice di copertura assistenziale degli over 65 nell'ASS n.5 (13,7) è superiore alla media regionale (10,4) del 31,7%. (Tabella 26)

<b>INDICE DI COPERTURA ASSISTENZIALE &gt; 65 ANNI 2005-2015</b>							
	<i>ASS n.1</i>	<i>ASS n.2</i>	<i>ASS n.3</i>	<i>ASS n.4</i>	<i>ASS n.6</i>	<i>ASS n.5</i>	<i>FVG</i>
<b>2005</b>	12,5	6,6	16,1	9,1	10,6	14,8	10,9
<b>2006</b>	12,9	7,7	17,7	9,8	10,9	15,0	11,4
<b>2007</b>	10,4	7,5	12,0	8,3	10,1	13,1	9,8
<b>2008</b>	10,5	7,4	12,3	9,1	10,5	14,3	10,2
<b>2009</b>	11,7	7,8	12,7	9,3	10,7	14,4	10,7
<b>2010</b>	11,4	7,7	13,2	10,3	11,3	15,6	10,8
<b>2011</b>	11,1	7,6	13,2	9,5	10,9	15,7	10,7
<b>2012</b>	10,4	7,7	13,5	10,0	10,6	15,1	10,6
<b>2013</b>	10,4	8,3	13,2	10,0	10,6	14,8	10,6
<b>2014</b>	10,8	8,2	12,7	9,5	10,5	13,9	10,4
<b>2015</b>	11,3	8,0	10,9	8,9	10,9	12,6	10,4
<b>2016</b>						13,1	10,2
<b>2017</b>						13,7	10,4

Tabella 26 indice di copertura assistenziale residenti FVG > 65 anni  
<http://www.aots.sanita.fvg.it/aots/infocms/repositpubbl/table19/600/allegati/pellizzari.pdf> ;  
<http://www.carditalia.com/wp-content/uploads/2018/06/Pordenon.pdf>

Sempre nel 2017, l'indice di copertura assistenziale per i residenti over 75 anni nell'ASS n.5 è di 23,3 mentre quello regionale è pari a 17,3. La capacità di copertura assistenziale degli over 75 anni nell'ASS n.5 è superiore del 34,7% al valore della media regionale (Tabella 27).

<b>INDICE DI COPERTURA ASSISTENZIALE &gt; 75 ANNI 2005-2015</b>							
	<i>ASS n.1</i>	<i>ASS n.2</i>	<i>ASS n.3</i>	<i>ASS n.4</i>	<i>ASS n.6</i>	<i>ASS n.5</i>	<i>FVG</i>
<b>2005</b>						22,7	
<b>2006</b>						22,8	
<b>2007</b>	18,0	12,7	21,0	14,6	18,3	24,7	17,2
<b>2008</b>	17,7	12,8	20,7	15,9	25,2	24,4	17,3
<b>2009</b>	19,8	13,3	21,2	16,1	19,4	25,0	18,4
<b>2010</b>	18,5	13,0	22,3	16,4	19,3	27,3	18,4
<b>2011</b>	17,0	12,2	22,9	16,7	19,0	26,4	17,9
<b>2012</b>	18,4	13,1	22,8	17,2	18,7	25,9	18,4
<b>2013</b>	17,1	13,9	22,5	17,3	18,6	25,2	18,1
<b>2014</b>	17,7	13,6	21,8	16,4	18,4	24,0	17,8
<b>2015</b>	18,3	13,3	19,0	14,9	18,8	21,4	17,5
<b>2016</b>						22,2	17,1
<b>2017</b>						23,2	17,3

Tabella 27 Indice di copertura assistenziale residenti FVG > 65 anni  
<http://www.aots.sanita.fvg.it/aots/infocms/repositpubbl/table19/600/allegati/pellizzari.pdf> ;  
<http://www.carditalia.com/wp-content/uploads/2018/06/Pordenon.pdf>

La tabella successiva (Tabella 28) illustra quelli che sono i processi e le attività svolte dall'ASS n.5 nel periodo 2004-2009 e i dati relativi all'anno 2016.

					2016	
	2004	2009	$\Delta$ 2009/2004	$\Delta\%$ 2009/2004	Domicilio	Ambulatorio
<i>Attività di rete, attività di raccordo/coordinamento/controllo</i>	1751	3168	1417	81%	2807	
<i>Interventi educativi per addestramento finalizzato all'autogestione</i>	22764	27550	4786	21%	29345	9784
<i>Gestione cura delle lesioni da decubito</i>					7975	100
<i>Gestione cura delle lesioni vascolari</i>	24648	47349	22701	92%	6530	1855
<i>Gestione cura altre lesioni (comprese ferite chirurgiche)</i>					10702	3932
<i>Gestione paziente in nutrizione artificiale</i>	114	438	324	284%	600	-
<i>Gestione paziente controllo del dolore</i>	523	1404	881	168%	4082	1023
<i>Monitoraggio clinico</i>	15262	33005	17743	116%	28211	16062
<i>Prelievo Biologico</i>	15814	50146	34332	217%	6904	8146
<i>Gestione paziente con stomie intestinali</i>					301	8
<i>Gestione paziente PEG/SGN e/o nutrizione enterale</i>					1447	-
<i>Prelievo capillare per monitoraggio TAO</i>					14198	26680
<i>Gestione paziente catetere venoso centrale o altro accesso venoso</i>					3839	886
<i>Gestione paziente con catetere vescicale</i>					3288	9
<i>Gestione paziente con drenaggio</i>					181	86
<i>Gestione paziente con stomie urinarie</i>					733	83
<i>Gestione paziente in ventilazione assistita</i>					58	-
<i>Gestione paziente in terapia intramuscolare/sottocutanea</i>					2842	2428
<i>Gestione paziente in terapia infusiva</i>					3244	262
<i>Gestione paziente in tracheostomia</i>					512	-
<i>Interventi di tipo evacuativo</i>					1989	-
<i>Visita specialistica</i>					144	-
<b>Totale</b>					127125	71344

Tabella 28 Processi di lavoro ASS n. 5 (<http://www.carditalia.com/wp-content/uploads/2018/06/pordenon.pdf>; [https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/documenti/all\\_hp/h/mat\\_info/hph\\_ts\\_2012\\_pellizzari.pdf](https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/documenti/all_hp/h/mat_info/hph_ts_2012_pellizzari.pdf))

Dai dati presentati in tabella (Tabella 28) è possibile osservare come rispetto al 2004, le attività di rete e coordinamento nel 2009 sono aumentate dell'81%. I processi di gestione dei pazienti alimentati con nutrizione artificiale nel 2009 erano 324 (numericamente superiore del 284% rispetto al 2004), mentre nel 2016 ne sono stati registrati 600, esclusivamente in ambito domiciliare. Questo testimonia non solo la crescente capacità di presa in carico dei pazienti da parte degli infermieri di comunità, ma anche l'elevata complessità assistenziale degli stessi.

### **Applicazione di alcuni indicatori di esito, attraverso il progetto di ricerca sul tema educazione terapeutica**

Il progetto di ricerca sul tema educazione terapeutica si è sviluppato nel periodo compreso tra il 15 settembre 2009 e il 31 dicembre 2016 in 17 Comuni afferenti al Distretto Est attraverso il coinvolgimento di 20 Infermieri di Comunità, di infermieri delle RSA e di infermieri degli ospedali. Il campione preso in esame è di 275 tra pazienti (n. 42) e caregivers (n.233) di pazienti dimessi dagli ospedali o dalle RSA.

L'obiettivo del progetto era quello di indagare gli effetti in seguito a interventi di educazione terapeutica effettuati sul campione e i risultati ottenuti sono stati i seguenti:

- Dall'indagine sulle competenze dei caregivers o pazienti post dimissione ospedaliera nella gestione delle problematiche nuove (Nutrizione enterale, lesioni da decubito, accesso venoso periferico, enterostomia, tracheostomia, TAO, diabete, gestione secrezioni tracheobronchiali, disfagia, utilizzo ausili e presidi, ecc.) il 100% dei pazienti autogestiti (n.42) sono risultati completamente autonomi, mentre il 48% dei caregivers (n.111) sono risultati parzialmente autonomi al rientro al domicilio. A 1 mese dalla dimissione sono risultati ancora parzialmente autonomi solo l'11% dei caregivers (n.25), mentre a 2 mesi dalla dimissione questi sono risultati completamente autonomi al 100% (n.233)
- Si è ottenuta una riduzione della frequenza di esiti assistenziali negativi.
- A due mesi dalla dimissione ospedaliera, la qualità percepita dal campione riguardo il percorso educativo sostenuto è stata indagata da un questionario che ne ha riscontrato un elevato gradimento.
- A sei mesi dalla dimissione è stata indagata l'appropriatezza all'istituzionalizzazione ed è emerso quanto segue: il 26,5% dei pazienti (n.73) nei sei mesi post-dimissione ha effettuato 1 o più accessi al Pronto Soccorso, di cui solo

3 sono valutati come evitabili; il 25% dei pazienti (n.69), invece, ha subito un ricovero ospedaliero, ritenuto appropriato per il 100% dei casi.

- A due mesi dalla dimissione è stata evidenziata una riduzione del 65% degli accessi infermieristici domiciliari a scopo educativo rispetto al primo mese e una diminuzione del 20% degli accessi per altri processi assistenziali.

## **DISCUSSIONE**

I dati ottenuti dalla sperimentazione del progetto (2001-2007) relativi all'evoluzione del volume di attività degli "Infermieri di Comunità" della Bassa Friulana hanno evidenziato che, nonostante il continuo e graduale aumento del numero dei pazienti che vi hanno afferrito, la crescita esponenziale del numero degli accessi effettuati si è arrestata nel 2006, mostrando nel 2007 una lieve deflessione del 27,6%, dimezzando quasi il numero medio di accessi per ogni paziente. Questo fenomeno potrebbe essere interpretato come la maggior capacità di autocura dei pazienti stessi e di gestione da parte dei caregivers dopo l'introduzione di queste figure nella comunità. Gli infermieri di Comunità garantiscono, anche attraverso il coinvolgimento di tutti gli attori dell'equipe assistenziale territoriale, una maggiore presa in carico dei cittadini, soprattutto quelli appartenenti ad una fetta di popolazione definita "più fragile"; infatti, proprio nella Bassa Friulana l'indice di copertura assistenziale ai residenti over 64 anni nel 2007 era stimato a 13,8, superiore a tutte le altre realtà friulane.

L'efficacia di questo modello assistenziale è testimoniata dal fatto che, malgrado il crescente numero degli accessi, dopo solo quattro anni dall'avvio del progetto si è verificata una riduzione del numero delle ore associate ai tempi di percorrenza (dal 32,8% nel 2001 al 20,1% del 2004). Questo risultato è stato ottenuto perché il progetto aveva previsto l'articolazione del servizio "Infermieri di Comunità" in numerose sedi che garantivano una migliore accessibilità al servizio e perché erano incentivate le attività ambulatoriali in cui venivano svolti interventi assistenziali mirati alle reali esigenze della persona a discapito di prestazioni improprie a domicilio. Grazie al tempo recuperato dalle percorrenze dei tragitti l'infermiere poteva realizzare attività ad alta integrazione sociosanitaria, come realizzare una presa in carico anticipata e leggera, una presa in carico anche in fase intensiva garantendo una continuità in fase estensiva, attività di promozione della salute e dell'empowerment, allo stesso tempo spronare il cittadino ad uscire di casa al fine di recuperare il più possibile l'autonomia.

I dati dell'ASS n.5 relativi al 2007 hanno evidenziato che gli accessi effettuati erano maggiormente incentrati nell'attuazione di interventi educativi finalizzati all'addestramento o all'autogestione (45,6%) e nella promozione di attività di rete (8,8%, da notare che dal 2004 al 2009 ha subito un incremento dell'81%) a differenza dei dati



regionali, rispettivamente di 29,9% e 7,5%, riferiti prevalentemente a prestazioni di natura tecnica.

A questi risultati se ne aggiungono altri; basti pensare che nel 2007 nella “Bassa Friulana” solo il 41,4% degli utenti presi in carico venivano assistiti a domicilio e a loro erano dedicati il 63,1% degli accessi (contro la media regionale rispettivamente del 66,1% e dell’81,5%), ma più della metà dei cicli assistenziali domiciliari della Regione prevedevano un solo accesso, mentre i dati dell’ASS n.5 mostrano percentuali superiori per i cicli assistenziali domiciliari con più accessi. Quindi la “Bassa Friulana” ha ottenuto grazie all’introduzione dell’Infermiere di Comunità risultati eccellenti nonostante la maggiore complessità dei pazienti assistiti a domicilio. Ciò è frutto di una migliore valutazione dei casi, di una pianificazione degli interventi mirata ai bisogni dei pazienti e di conseguenza ad una gestione domiciliare dei pazienti complessi più appropriata

Si è potuto evincere inoltre che le tipologie sanitarie che percentualmente hanno assorbito il maggior numero di risorse sono tutte riconducibili a patologie cronico-degenerative e altamente invalidanti, per cui il modello prestazionale utilizzato in passato sarebbe risultato assolutamente insufficiente.

L’efficacia dell’Infermiere di Comunità si esplica nel fatto che, essendo parte integrante della Comunità, conosce bene le risorse formali e informali del territorio ed è in grado di attivarle ed implementarle, costruendo così una rete significativa dei servizi che cooperano sinergicamente. I dati del 2007 circa la destinazione alla dimissione dei pazienti dai cicli assistenziali complessi mostrano quanto segue: il 20,47% dei cicli dell’ASS n.5 non ha previsto alcun servizio contro il 38,08% dei cicli della Regione Friuli; il 14,89% dei cicli dell’ASS n.5 è stato destinato all’attivazione di assistenza privata o altri servizi sanitari contro la media regionale del 4,47%.

Da questi dati si evince che da parte degli Infermieri di Comunità e dell’équipe di cura territoriale è stato svolto un lavoro sempre più rilevante di promozione della salute, di educazione terapeutica, di presa in carico anticipata e leggera, orientato verso la cosiddetta “medicina d’iniziativa” in cui veniva e viene tutt’ora adottato un approccio proattivo, che tenta di prevenire l’evento e non attendere il verificarsi.

La sperimentazione di questo nuovo modello assistenziale ha ottenuto anche il consenso da parte dei cittadini che ne hanno beneficiato. Il 93% dei rispondenti al questionario di gradimento sono risultati soddisfatti della qualità del servizio ricevuto, ritenendolo utile

e di sostegno anche per la famiglia. Le motivazioni sottese sono state il minor disagio negli spostamenti sia in termini economici che organizzativi, il rapporto di fiducia istaurato in ragione di una più rilevante prossimità, le attività di counselling, la maggior reperibilità dell'infermiere, la risposta più appropriata e tempestiva ai bisogni reali e potenziali, espressi e non, rispetto al modello prestazionale precedente.

Il successivo processo di implementazione ha ottenuto altrettanti risultati. Rispetto ai dati relativi al 2001, il numero di pazienti presi in carico nel 2014 è superiore del 331%, il numero di accessi effettuati è maggiore del 235% e il numero medio degli accessi per ciascun paziente si è ridotto del 22%. Il crescente numero degli accessi totali nel corso degli anni è stato però caratterizzato da una riduzione degli accessi domiciliari: questi dati dimostrano la maggiore capacità di self-care dei pazienti e di gestione autonoma da parte delle famiglie, nonché l'intensificazione e il potenziamento delle attività ambulatoriali.

L'efficienza dell'attività dell'Infermiere di Comunità a lungo termine nell'ASS n.5 è stata esaltata sia dal continuo abbassamento del tasso di ospedalizzazione (149,8 nel 2010 e 130,27 nel 2017) e quindi un minor ricorso al ricovero ospedaliero, sia da una riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso. Nel triennio 2015-2017 negli Ospedali di Latisana e Palmanova gli accessi al Pronto Soccorso triagiati con "codice colore bianco" sono quasi dimezzati rispetto al triennio precedente. Questo risultato porta con sé una riduzione in termini di costi per quanto riguarda le spese sanitarie: va da sé che se il costo stimato per un giorno di ricovero in ospedale è compreso tra 800 e 1000 euro e per un giorno di assistenza domiciliare tra i 40 e i 60 euro (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2010), la riduzione riscontrata sia nel numero degli accessi domiciliari, sia nel tasso di ospedalizzazione porta ad una riduzione dei costi associati.

Altro aspetto non meno importante è la diminuzione dell'onere economico che grava sulle famiglie, costituito dai costi relativi all'assistenza del familiare e da quelli indiretti legati al mancato guadagno per i giorni di lavoro perduti.

Da non sottovalutare è la riduzione del carico di lavoro da parte dei medici di medicina generale sollevati da attività improprie di competenza infermieristica: il recupero di tempo consente al medico di medicina generale di dedicarsi alle attività di natura clinica favorendo la stabilizzazione del paziente e prevenendo l'insorgenza dell'acuzie.

Il progetto sviluppato in un territorio circoscritto dell'ASS n.5 nel periodo compreso tra il 15 settembre 2009 e il 31 dicembre 2016 era finalizzato a valutare l'efficacia degli

interventi di educazione terapeutica da parte degli infermieri delle RSA e degli ospedali e degli Infermieri di Comunità a cui erano sottoposti pazienti o caregivers di pazienti dimessi dagli ospedali o dalle RSA.

Gli interventi educativi venivano effettuati in un primo momento dagli infermieri degli ospedali o delle RSA durante il ricovero, successivamente dagli Infermieri di Comunità a domicilio del paziente o nella loro sede ambulatoriale.

La valutazione di questi interventi veniva effettuata su tre momenti differenti, al rientro a domicilio, a 1 mese dalla dimissione e a 2 mesi. Ciò dimostra la presa in carico anticipata del paziente da parte dell'Infermiere di Comunità già dalla fase intensiva e la continuità delle cure. In termini di rafforzamento della capacità di cura da parte della famiglia o di self-care, tutti i pazienti in grado di autogestirsi erano già completamente autonomi alla dimissione. Per quanto concerne i caregivers, invece, alla dimissione del paziente il 48% erano ancora parzialmente autonomi e a 2 mesi dalla dimissione la totalità dei caregivers avevano raggiunto la completa autonomia.

A due mesi dalla dimissione, si sono riscontrate: una riduzione del 65% del numero degli accessi domiciliari a scopo educativo, una riduzione del 20% degli accessi domiciliari per altre attività assistenziali e una riduzione della frequenza di esiti assistenziali negativi. Queste tre variabili indicano il raggiungimento di una migliore qualità di vita dei pazienti e una migliore capacità di autocura.

Inoltre, a sei mesi dalla dimissione si è assistito ad una bassa incidenza di ricoveri ospedalieri (25% dei pazienti dimessi, tutti giudicati appropriati) e ad una bassa incidenza di accessi al Pronto Soccorso; di questi solo 3 erano evitabili.

## CONCLUSIONI

Negli ultimi decenni, importanti variazioni epidemiologiche hanno mutato drasticamente il panorama dei bisogni di salute, spostando verso l'asse delle malattie croniche la necessità di interventi sia sanitari che sociali e rendendo indispensabile una profonda riorganizzazione dei servizi sanitari nazionali. Inoltre, l'aumento della longevità della popolazione e il nuovo paradigma di Welfare Community hanno ulteriormente messo in discussione il vecchio scenario sociosanitario trasferendo il focus verso forme assistenziali innovative. Da qui l'istituzione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, figura costantemente inserita nella comunità e, grazie al suo ruolo di promotore dell'integrazione sociosanitaria e fautore dell'attivazione delle reti formali e informali, è riconosciuta come punto di riferimento.

Il modello friulano dell'Infermiere di Comunità, che ormai vanta un'esperienza ventennale, è incentrato su un approccio di tipo relazionale, capace di garantire alla persona e alla comunità un'assistenza globale mirata ai reali bisogni espressi o potenziali. Il riscatto del ruolo sociale della professione dell'infermiere e le nuove competenze acquisite altamente professionalizzanti permettono il consolidamento di un rapporto di fiducia con il paziente, il quale assumendo un ruolo attivo nel proprio processo di cura viene responsabilizzato all'autogestione insieme alla famiglia e alla comunità.

I risultati della sperimentazione del progetto "Infermiere di Comunità" nella "Bassa Friulana" e della sua implementazione risaltano i punti di forza del modello quale una maggior presa in carico del paziente (aumento del numero dei pazienti seguiti, del numero degli accessi effettuati, dell'indice di copertura assistenziale over 65 anni e over 75 anni, riduzione del tasso di ospedalizzazione e del numero di accessi impropri al Pronto Soccorso) a fronte di un impiego più adeguato della figura infermieristica (riduzione del tempo di percorrenza a beneficio dell'attività assistenziale, facilitazione del lavoro di rete, ruolo di orientamento ai servizi).

Per il futuro è previsto lo sviluppo del modello "Infermiere di Comunità" in "team di comunità", una micro-équipe multiprofessionale in cui si instaura un rapporto di sinergia tra professionisti, alla base del quale vi è il rispetto dei diversi ruoli e degli specifici ambiti di competenza, a beneficio della migliore presa in carico del paziente.

Il modello dell'infermiere di famiglia e di comunità, nelle varie esperienze nazionali, ha visto la sua attuazione principalmente nelle aree periferiche o nelle realtà più piccole.

Ciò è risultato molto efficace per quanto riguarda l'assistenza di queste "aree interne" che rappresentano un terzo del territorio italiano (zone montane 35,2% e isole 1%), infatti spesso vengono spopolate proprio perché prive di supporti sociali e di servizi pubblici (FNOPI,2020a). Questo modello è partito dal "basso" e dato il suo riscontro positivo si ha intenzione di uniformarlo in tutto il territorio nazionale allargandolo anche alle grandi città e metropoli; per fare ciò è necessaria un'organizzazione istituzionalizzata, una soluzione potrebbe essere la loro suddivisione in territori circoscritti, ognuno con un medico di medicina generale (clinical manager) e un infermiere care manager (welfare manager) (FNOPI, 2019).

Oggi l'emergenza COVID-19 ha reso urgente e improcrastinabile la realizzazione di una rete territoriale per il trattamento dei malati al fine di tutelare al meglio la salute dei cittadini; anche la Conferenza Stato-Regioni (2020) ha posto in evidenza la necessità di implementare la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità, destinata a diventare la protagonista di questa fase di ricostruzione ed emergenza (Censis, 2020).

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Ansell, D., Crispo, J.A.G., Simard, B., & Bjerre, L.M. (2017). *Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review*  
Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28427444/> [10 novembre 2020]
- 2) Belardinelli, S. (2005). L'idea di welfare community. In S. Belardinelli (A cura di), *Welfare Community e Sussidiarietà*. (pp. 9 – 24). Milano: Egea-Bocconi.  
Disponibile in: [https://elearning15.unibg.it/pluginfile.php/46780/mod\\_resource/content/1/welfare%20society.pdf](https://elearning15.unibg.it/pluginfile.php/46780/mod_resource/content/1/welfare%20society.pdf) [05 novembre 2020]
- 3) Bonetti, M. & Melani, C. (2019). *Il ruolo degli accessi impropri in pronto soccorso nella provincia autonoma di Bolzano. Osservatorio per la Salute, Assessorato alla Salute, Provincia Autonoma di Bolzano*.  
Disponibile in: <https://www.epicentro.iss.it/ben/2019/aprile/accessi-impropri-ps-bolzano> [19 ottobre 2020]
- 4) CENSIS (2020). *Dagli infermieri le buone soluzioni per la sanità del prossimo futuro*. Roma.  
Disponibile in: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/06/Ricerca-Censis-Fnopi-finale.pdf> [8 novembre 2020]
- 5) Cipolla, C., Rocco, G., Marcadelli, S., & Stievano, A. (2017). *Infermiere di Famiglia e di Comunità. Proposte di policy per un nuovo welfare*. Ricerca svolta in collaborazione tra Ministero della Salute e Collegio IPASVI di Roma. Franco Angeli.
- 6) Comitato di Presidenza Osservatorio MIUR (2018). *Master Specialistici delle Professioni Sanitarie*.  
Disponibile in: <http://www.fioto.it/altreimg/Osservatorio%20MIUR%20Documento%20Master%2021%20gen.%202019.pdf> [8 novembre 2020]
- 7) Conferenza delle Regioni (2019). *Patto per la salute 2019-2021*  
Disponibile in: <http://www.regioni.it/newsletter/n-3750/del-07-01-2020/patto-per-la-salute-2019-2021-il-testo-20616/> [6 ottobre 2020]
- 8) Conferenza delle Regioni (2020). *Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità ex L. 17 luglio 2020 n. 77*  
Disponibile in: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/09/DOCUMENTO-REGIONI-SU-IFeC.pdf> [1 ottobre 2020]

- 9) 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*”  
Disponibile in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/07/29/20A04100/sg> [1 ottobre 2020]
- 10) Delibera della Giunta Regionale 12 giugno 2017, n. 32-5173 “*Riconoscimento delle sperimentazioni parallele al progetto CoNSENSo - Programma di cooperazione transnazionale Spazio Alpino 2014-2020, nelle ASLVCO, ASLNO, ASLAT.*” Piemonte.  
Disponibile in: [http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2017/26/attach/dgr\\_05173\\_830\\_12062017.pdf](http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2017/26/attach/dgr_05173_830_12062017.pdf) [8 novembre 2020]
- 11) Delibera della Giunta Regionale n. 597/2018 “*Indirizzi per lo sviluppo del modello assistenziale infermiere di famiglia e di comunità. Approvazione e destinazione delle risorse.*” Toscana.  
Disponibile in: [http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5183732&nomeFile=Delibera\\_n.597\\_del\\_04-06-2018](http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5183732&nomeFile=Delibera_n.597_del_04-06-2018) [8 novembre 2020]
- 12) Desmedt, M., Vertriest, S., Hellings, J., Bergs, J., Dessers, E., Vankrunkelsven, P., Vrijhoef, H., Annemans, L., Nick Verhaeghe, N., Petrovic, M., & Vandijck, D. (2016). *Economic Impact of Integrated Care Models for Patients with Chronic Diseases: Chronic Diseases: A Systematic Review*  
Disponibile in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301516304508> [10 novembre]
- 13) Dwyer, T., Craswell, A., Rossi, D., & Holzberger, D. (2017). *Evaluation of an aged care nurse practitioner service: quality of care within a residential aged care facility hospital avoidance service.*  
Disponibile in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5237281/> [10 novembre 2020]
- 14) Enhance (2018). *Report on the definition of a Professional Profile for the Family and Community Nurse (FCN). First version.*  
Disponibile in: <https://www.enhance-fcn.eu/competencies/> [9 novembre 2020]
- 15) Enhance (2019). *FCN European Curriculum – first release*  
Disponibile in: <https://www.enhance-fcn.eu/european-fcn-curriculum/> [9 novembre 2020]

- 16) FNOPI (2019). *Infermiere di famiglia e di comunità*  
Disponibile in: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/FNOPI-INFERMIERE-DI-FAMIGLIA-E-COMUNTA-schema-4-.pdf> [8 novembre 2020]
- 17) FNOPI (2020a). *Memoria della Federazione Nazionale delle Professioni Infermieristiche sull'Atto Senato 1346 "Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare"*  
Disponibile in: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/AUDIZIONE-IFEC-SENATO-28-Gennaio-2020.pdf> [9 novembre 2020]
- 18) FNOPI. (2020b). *Position statement l'infermiere di famiglia e di comunità*. Roma  
Disponibile in: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/09/Position-IFEC-30-settembre.pdf> [22 ottobre 2020]
- 19) Jakimowicz, M., Danielle Williams, D., & Stankiewicz, G. (2017). *A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice*.  
Disponibile in: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-016-0198-7> [10 novembre 2020]
- 20) Laurant, M., Van Der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & Van Vught, A. J. (2018). *Nurses as substitutes for doctors in primary care*. Cochrane Systematic Review.  
Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30011347/> [10 novembre 2020]
- 21) Legge Regionale 16 ottobre 2014, n. 17 *"Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria."* Friuli Venezia Giulia.  
Disponibile in: <https://lexview-int.regione.fvg.it/FontiNormative/xml/XmlLex.aspx?anno=2014&legge=17&id=&fx=&ci=0&lang=multi&idx=ctrl1#>  
[9 novembre 2020]
- 22) Legge Regionale 17 dicembre 2018, n. 27 *"Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale."* Friuli Venezia Giulia.  
Disponibile in: <https://lexview-int.regione.fvg.it/FontiNormative/xml/xmllex.aspx?anno=2018&legge=27> [9 novembre 2020]
- 23) Legge Regionale 11 agosto 2015, n.23 *"Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)"*. Lombardia



Disponibile in: <http://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/Norme Lombardia/Accessibile/main.aspx?view=showdoc&iddoc=lr002015081100023>

[8 novembre 2020]

- 24) 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.*”

Disponibile in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2020/07/18/180/so/25/sg/pdf>  
[30 settembre]

- 25) Lovink, M.H., Persoon, A., Koopmans, R.T.C.M., Van Vught, A.J.A.H., Schoonhoven, L., & Laurant, M.G.H. (2018). *Skill mix change between general practitioners, nurse practitioners, physician assistants and nurses in primary healthcare for older people: a qualitative study*

Disponibile in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5932890/>

[10 novembre 2020]

- 26) Martínez-González, N. A., Rosemann, T., Tandjung, R., & Djalali, S. (2015). *The effect of physician-nurse substitution in primary care in chronic diseases: a systematic review. Swiss Medical Weekly*

Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25650804/> [10 novembre 2020]

- 27) Martin-Misener R, Harbman P, Donald F, Reid K, Kilpatrick K, Carter N, et al. (2015). *Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review.*

Disponibile in: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/6/e007167> [10 novembre 2020]

- 28) Mileski, M., Pannu, U., Payne, B., Sterling, E., & McClay, R. (2020). *The Impact of Nurse Practitioners on Hospitalizations and Discharges from Long-term Nursing Facilities: A Systematic Review.*

Disponibile in: <https://www.mdpi.com/2227-9032/8/2/114/htm> [10 novembre 2020]

- 29) Ministero della Salute (2014). *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018*

Disponibile in: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2285\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf)

[8 novembre 2020]

- 30) Ministero della Salute (2016). *Piano Nazionale della Cronicità*

- Disponibile in: <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2016&codLeg=56361&parte=1%20&serie=null> [30 settembre 2020]
- 31) Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2010). Rapporto sulla non autosufficienza in Italia.  
Disponibile in: [https://www.comune.roma.it/PCR/resources/cms/documents/rapporto\\_non\\_autosufficienza\\_completo.pdf](https://www.comune.roma.it/PCR/resources/cms/documents/rapporto_non_autosufficienza_completo.pdf) [6 novembre 2020]
- 32) Osakwe, Z.T., Aliyu, S., Sosinaa, O.A., Poghosyan, L., (2020). The outcomes of nurse practitioner (NP)-Provided home visits: A systematic review  
Disponibile in: <https://europepmc.org/article/med/32718756#free-full-text> [10 novembre 2020]
- 33) Pellizzari, M. (2008). *L'infermiere di comunità. Dalla teoria alla prassi.*
- 34) Salmaso, S. & Penna, L. – Centro nazionale di Epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (2017). *Invecchiamento e salute*  
Disponibile in: <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/comunicazione/invecchiamentoSalute> [13 ottobre 2020]
- 35) Tchouaket, E., Kilpatrick, K., & Jabbour, M. (2020). *Effectiveness for introducing nurse practitioners in six long-term care facilities in Québec, Canada: A cost-savings analysis.*  
Disponibile in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655419305627> [10 novembre 2020]
- 36) Talboom-Kamp, E. P.W.A., Verdijk, N.A., Kasteleyn, M.J., Numans, M.E., & Chavannes, N.H. (2018). *From chronic disease management to person-centred eHealth; a review on the necessity for blended care.*  
Disponibile in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2588914118000023> [10 novembre 2020]
- 37) World Health Organization. Regional Office for Europe. (1999). *Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region*  
Disponibile in: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf) [8 novembre 2020]
- 38) World Health Organization (2000a). *Munich Declaration: Nurses and midwives: a Force for Health*

Disponibile in: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/53854/E93016.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/53854/E93016.pdf) [8 novembre 2020]

- 39) World Health Organization. Regional Office for Europe. (2000b). *The family health nurse: context, conceptual framework and curriculum*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Documento EUR/00/5019309/13. Traduzione Delpiano, L. – CESPI Centro Studi delle Professioni Infermieristiche. (2000)

Disponibile in: <http://www.cespi-centrostudi.it/download/File/Sanimondo/Infermiere%20di%20famiglia%20-%20contesto%20-20quadro%20concettuale%20e%20curriculum.pdf> [29 settembre 2020]

- 40) World Health Organization (2015). *World report on ageing and health*

Disponibile in: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1) [13 ottobre 2020]

- 41) World Health Organization (2018). *Declaration of Astana*

Disponibile in: <https://www.who.int/teams/primary-health-care/conference> [2 ottobre 2020]

- 42) United Nations - Department of Economic and Social Affairs (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision*.

Disponibile in: <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-the-2017-revision.html#:~:text=The%20current%20world%20population%20of,Nations%20report%20being%20launched%20today.> [13 ottobre 2020]

## SITOGRAFIA

- 1) <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-flussi-dati-confronto-passi-pda-cronicita> [10 novembre 2020]
- 2) <https://www.istat.it/it/archivio/238447> [10 novembre 2020]
- 3) [https://www.associazione-animo.it/phocadownload/2011/dicembre/pdf\\_17122011\\_3.pdf](https://www.associazione-animo.it/phocadownload/2011/dicembre/pdf_17122011_3.pdf) [10 novembre 2020]
- 4) [https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/documenti/all\\_hph/mat\\_info/hph\\_ts\\_2012\\_pellizzari.pdf](https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/documenti/all_hph/mat_info/hph_ts_2012_pellizzari.pdf) [10 novembre 2020]
- 5) [https://www.fnopi.it/archivio\\_news/attualita/1889/ESPERIENZE%20INFERMIERE%20DI%20COMUNITA-%20FRIULI%20VENEZIA%20GIULIA.pdf](https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/1889/ESPERIENZE%20INFERMIERE%20DI%20COMUNITA-%20FRIULI%20VENEZIA%20GIULIA.pdf) [10 novembre 2020]
- 6) <http://www.aots.sanita.fvg.it/aots/infocms/repositPubbl/table19/600/allegati/Pellizzari.pdf> [10 novembre 2020]
- 7) <http://www.carditalia.com/wp-content/uploads/2018/06/Pordenon.pdf> [10 novembre 2020]
- 8) <https://www.medicina.univr.it/?ent=cs&id=965&tcs=M> [9 novembre 2020]
- 9) <https://dsm.units.it/it/post-lauream/master-1-livello?q=it/node/54076&aa=2020>
- 10) [https://www.unipr.it/sites/default/files/albo\\_pretorio/bandi/studenti\\_didattica/13-10-2020/master\\_infermieristica\\_di\\_famiglia.pdf](https://www.unipr.it/sites/default/files/albo_pretorio/bandi/studenti_didattica/13-10-2020/master_infermieristica_di_famiglia.pdf) [9 novembre 2020]
- 11) <https://offertaformativa.unicatt.it/master-lista-master-infermieri-di-famiglia-e-di-comunit> [9 novembre 2020]