

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE

CAPITOLO 1 Infermieristica di Comunità

Il nuovo approccio dell’Infermiere di Comunità.....4

Ruolo e Funzioni.....10

CAPITOLO 2 Panoramica Europea, Nazionale e Regionale12

CAPITOLO 3 Sistemi informativi e infrastrutture condivisi

Panorama Marchigiano.....19

Rete del Territorio – Sirte.....24

CAPITOLO 4 Materiali e Metodi.....28

CAPITOLO 5 Risultati Attesi.....36

CAPITOLO 6 Conclusioni.....39

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

RINGRAZIAMENTI

ABSTRACT

Introduzione

La popolazione residente nella Regione Marche, al 1° gennaio 2021, è pari a 1.501.406 abitanti. L'analisi della tendenza mostra un andamento decrescente negli ultimi anni: dal 1° gennaio 2017 al 1° gennaio 2021 si è registrata una contrazione del numero di residenti pari al 2%.

La dinamica presentata si riflette sulla composizione della popolazione per fasce d'età: con costanza, aumentano, negli anni, gli anziani mentre diminuiscono i giovani.

Le previsioni mostrano un'incidenza della popolazione di 65 anni e oltre sul totale della popolazione in aumento (+1,8% nel quinquennio) e, di contro, una diminuzione dell'incidenza della popolazione nelle fasce di età dagli 0 anni ai 64 anni (-1,9% nel quinquennio) con evidenti ripercussioni quindi sul fabbisogno di servizi di salute.

L'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) dei ricoveri ospedalieri del triennio 2017-2019, evidenzia come le diagnosi relative a tumori (54.037) e malattie cardiovascolari (40.618) rappresentino nell'ordine le patologie più diffuse, seguite da diabete e patologie cerebrovascolari. Oltre a questi ricoveri maggiormente frequenti, ne sono presenti altri ad elevato peso in termini diagnostici, terapeutici e di caregiving quali le broncopneumopatie cronico ostruttive, le demenze, l'Alzheimer, l'insufficienza renale e la sclerosi multipla.

Dall'analisi delle diagnosi principali, stratificate per classi di età, la classe di età maggiormente colpita per le patologie più frequenti, oncologica e cardiovascolare, per tutto il triennio preso in considerazione, risulta essere quella dai 65 agli 84 anni.

L'aumento della longevità è strettamente correlato all'aumento dei fabbisogni di prestazioni sanitarie per i soggetti con cronicità e policronicità.

La domanda potenziale, pertanto, risulta significativamente superiore rispetto alle capacità di offerta consolidate del SSR, per cui serve un notevole incremento della capacità di risposta, in particolare sul fronte delle patologie croniche nella popolazione anziana, con un forte coinvolgimento della rete dei Medici di Medicina Generale e dei servizi territoriali.

L'attuazione dei modelli organizzativi previsti dal D.M. 77/2022 diventa quindi un elemento ineludibile della programmazione.

Da qui nasce il progetto che si pone l'obiettivo di Implementare la Figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità all'interno dell'AST di Ancona, ed in particolare 1 Infermiere di Famiglia e Comunità in ogni Area distrettuale, Iso risorse.

Materiali e Metodi

È stata condotta un'Analisi demografica ed epidemiologica della popolazione residente nelle Marche al fine di evincere i principali bisogni di salute presenti nel territorio di riferimento; Seguita da un'analisi della Rete socio-sanitaria e dei singoli servizi presenti.

È stata condotta una revisione delle sperimentazioni concluse ed attualmente in corso nel territorio nazionale ed un'analisi della normativa vigente ed in evoluzione, con lo scopo di ricavare gli standard assistenziali minimi necessari per impostare il progetto.

Risultati

Il Progetto è ancora in una fase iniziale di ideazione e programmazione; perciò, attualmente non sono disponibili risultati relativi alla sua implementazione sul territorio di riferimento.

A supporto si rimanda al Progetto "Infermiere di Comunità nel percorso assistenziale della cronicità" a cura della Dott.ssa Patrizia D'Incecco, Infermiere di Famiglia e Comunità attualmente attiva nel territorio individuato.

Il Progetto è stato presentato il 05/04/2019 alla comunità del quartiere Ponterosso dal Sindaco del Comune di Ancona e dal Direttore Generale dell'ASUR Marche ed avviato il 07/10/2019, a seguito dell'Accordo stipulato tra ASUR Marche-AV2 e Comune di Ancona, presso il Quartiere Ponterosso.

L'IFeC è presente nel quartiere 6 giorni su 7 per 6 ore/giorno ed esplica la sua attività sia in ambulatorio che a domicilio, calibrando il suo intervento in base alle caratteristiche della persona/famiglia e alle risorse della comunità, predisponendo percorsi assistenziali in stretta collaborazione con il MMG, l'Assistente Sociale, le Associazioni di Volontariato e con gli Operatori sanitari e sociali attivabili.

Dal 07/10/2019 al 31/12/2022 gli Assistiti presi in carico sono stati n° 253; L'attivazione è avvenuta per il 40% delle situazioni attraverso l'invio da parte del MMG, mentre per il restante 60% le persone seguite sono venute in contatto direttamente con l'IFeC e successivamente è stato informato il MMG per la condivisione del percorso assistenziale.

Durante il percorso nessun assistito si è ricoverato o ha fatto accesso al PS per la problematica per la quale è stato attivato l'intervento dell'IFeC.

Le Patologie prevalenti degli assistiti presi in carico riguardano la sfera della cronicità: Cardiopatie, Eventi cerebrovascolari, Neoplasie, Demenza/Alzheimer.

Il numero totale degli interventi infermieristici attuati è pari a n°12.360.

Gli stessi sono stati suddivisi in macro aree al fine di fotografare in maniera più significativa l'attività prestata, evidenziando in particolare, oltre le attività tecnico-professionali, le attività educative finalizzate allo sviluppo delle capacità di self care, le attività di promozione della Salute e le attività di integrazione della rete socio sanitaria.

Discussione

I risultati positivi delle rilevazioni hanno evidenziato la funzionalità a livello territoriale del Modello di Case Management gestito dalla figura professionale dell'Infermiere di Famiglia e Comunità.

Il Progetto è stato accolto piacevolmente dalla popolazione residente, che si è mostrata coinvolta e soddisfatta dal servizio offerto.

Tra i pilastri del futuro in ambito territoriale è quindi da ritenersi irrinunciabile il potenziamento dei sistemi informativi utili allo sviluppo di una rete multiprofessionale, al fine di ridurre le distanze. Aumentare l'equità di erogazione di servizi e sveltire i tempi di intervento.

Introduzione

La conoscenza della struttura epidemiologica e demografica della popolazione per età e genere rappresenta il punto di partenza per la comprensione dei principali bisogni di salute di un Paese e la base per la programmazione sanitaria.

L'ultimo rapporto OCSE: HEALTH AT A GLANCE 2022 ⁽¹⁾ ha evidenziato come nei Paesi Aderenti l'aspettativa di vita sia in costante aumento, in media di 3-4 mesi ogni anno, pur con ampie differenze tra le diverse Nazioni e Gruppi sociodemografici.

Ciò, nonostante l'impatto drammatico che ha avuto il Covid-19 con un calo eccezionale della speranza di vita nel 2020, per 24 dei 30 paesi OCSE.

La tendenza positiva riscontrata è strettamente correlata al miglioramento generale delle condizioni di vita, del livello di istruzione, della qualità delle cure ed ai progressi in medicina ⁽²⁾.

L'Italia nel 2022 è il quarto Paese con la più alta aspettativa di vita, intorno a 83,6 anni. In controtendenza l'aspettativa di vita alla nascita, gli anni vissuti in buona salute (HLY) nei cittadini italiani, con età superiore ai 65 anni, sono tra i più bassi: 7 anni senza disabilità per le donne e circa 8 anni per gli uomini.

Si deduce che l'offerta di assistenza a lungo termine alle persone anziane risulti essere inferiore rispetto a quella erogata nella maggior parte dei Paesi considerati, e non in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni di pazienti cronici, fragili, non autosufficienti e sempre più longevi ⁽²⁾.

La transizione epidemiologica impone, in modo improrogabile, il riorientamento dell'intera offerta assistenziale, volta non solo ad assicurare adeguate risposte agli eventi acuti o a subentranti instabilità cliniche correlate all'aumento della prevalenza e dell'incidenza di patologie cronic-degenerative, ma soprattutto a garantire efficaci strategie preventive e proattive.

Il riorientamento consistente di competenze, professionalità, attività e servizi deve rivolgersi verso l'area della prevenzione e le attività di tipo territoriale, al fine di creare un sistema di assistenza e di cura "di prossimità", in grado di garantire una presa in carico globale del cittadino e una risposta ai problemi prevalenti di salute, evitando che tali

problemi trovino risposta inappropriata in ambito ospedaliero, caratterizzandosi, conseguentemente, per medicalizzazione e tecnicizzazione spinta. L'assistenza infermieristica di comunità diviene perno centrale dei programmi di intervento tesi alla costruzione di un sistema di cura "di prossimità", attraverso il coinvolgimento attivo di tutti i membri della società civile.

L'infermieristica di comunità trova attuazione nei distretti, nei servizi territoriali, a domicilio, nelle scuole, etc... e può contribuire a potenziare e sviluppare tutti gli interventi di Primary Care necessari per "fare" prevenzione, garantire accesso alle cure, realizzare continuità delle cure, erogare assistenza infermieristica generale e specialistica, promuovere livelli di benessere e diffondere pratiche di autocura.

L'evidenza dell'efficacia di un approccio di questo tipo è documentata dall'esperienza ormai storica del "Chronic Care Model" ⁽⁵⁾ e dalla sua versione evoluta Expanded Chronic Care Model (ECCM). Nel Piano nazionale per la cronicità 2021 ⁽³⁾ la professione infermieristica viene indicata come la professione in grado di perseguire risultati positivi nell'esercizio della funzione di "Care manager" e quindi nella gestione della continuità assistenziale e del lavoro in rete.

La strutturazione professionale dell'assistenza infermieristica si inserisce efficacemente nel declinato panorama per la poliedricità che è in grado di manifestare, chiaramente definita dall'International Council of Nurses: "L'assistenza infermieristica comprende l'assistenza a persone di tutte le età, a famiglie, gruppi e comunità, sia malati che in buona salute, in tutti i contesti, sia in autonomia che in collaborazione. L'assistenza infermieristica include la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, l'assistenza ai malati, ai disabili e alle persone morenti. Altri ruoli chiave dell'assistenza infermieristica sono l'advocacy, la promozione di un ambiente sicuro, la ricerca, la partecipazione alle scelte di politica sanitaria, gestione dei pazienti e dei servizi sanitari e la formazione" ⁽⁶⁾.

L'infermieristica di comunità è una modalità di approccio olistico finalizzata all'assistenza della persona inserita nel suo ambiente di vita ⁽⁷⁾, che consiste in forme di assistenza e supporto erogate nella comunità, ed ha come obiettivo la realizzazione di un servizio di assistenza volto a persone, famiglie e comunità durante tutto il continuum assistenziale. ⁽⁸⁾.

Si struttura in un modello teorico-pratico che ripensa il sistema dei servizi a livello delle comunità locali e propone un nuovo modo di progettarli ed attivarli, intendendoli come reti integrate di intervento che si basano sull'incontro creativo e collaborativo fra soggetti primari (famiglie, gruppi, associazioni,) e servizi organizzati (sia pubblici che privati) mediante relazioni di reciprocità.

CAPITOLO 1 **Infermieristica di Comunità**

1.1 Il nuovo approccio dell’Infermiere di Comunità

A seguito dell’intesa sancita nella Conferenza Stato Regioni, è stato emanato in data 18 dicembre 2019 il Patto per la Salute per il triennio 2019-2021. ⁽⁹⁾

Il documento prevede, tra i numerosi punti, la valorizzazione della professione infermieristica nell’ambito dell’assistenza territoriale, finalizzata alla copertura dell’incremento dei bisogni di continuità assistenziale e di aderenza terapeutica, in particolare in soggetti fragili e/o affetti da multi-morbilità, in un’ottica di integrazione con i servizi socio-assistenziali.

L’assistenza sanitaria territoriale diventa perciò luogo elettivo per attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità e della personalizzazione dell’assistenza, in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità(PNC) , il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) ed il recente Piano di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Nel corso degli anni, la professione infermieristica, ha subito un processo di espansione ed estensione del ruolo, attraverso la formazione ed assumendo forme di assistenza avanzata.

In risposta agli obiettivi del Documento “SALUTE21” *La politica di Salute per Tutti per la Regione europea dell’OMS* ⁽¹⁰⁾, che intendono fornire un quadro di riferimento per le politiche e strategie sanitarie di ciascuno Stato Membro, si sono sviluppati percorsi di formazione di nuove figure infermieristiche, tra cui quella dell’Infermiere di Famiglia e Comunità.

Caratteristica di questa figura è l’interesse verso l’individuo, la famiglia, la comunità e la casa come ambiente in cui i membri della famiglia possano farsi carico dei problemi di salute.

I differenti approcci di erogazione delle cure, emersi dalla revisione della letteratura disponibile, contribuiscono a incrementare la diversità dell’equipe delle cure primarie e l’ideologia di un’utilità universale del modello ma rendono difficile articolare una definizione operativa europea unitaria.

A tal proposito, nel 2018, nasce il progetto europeo ENHANCE (European Curriculum for Family and Community Nurse) con l'obiettivo di costruire un curriculum europeo, utile a implementare le competenze core previste per l'Infermiere di Famiglia di Comunità.

L'infermiere di famiglia aiuta gli individui a adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio dei pazienti e con le loro famiglie.

Fornisce consigli riguardo gli stili di vita ed i fattori comportamentali di rischio. Attraverso la diagnosi precoce, garantisce la cura dei problemi sanitari al loro insorgere. Tramite la propria conoscenza della Salute pubblica è in grado di identificare gli effetti dei fattori socioeconomici sulla salute della famiglia/ comunità e di indirizzarla alle strutture più adatte. Facilita le dimissioni precoci dagli ospedali fornendo assistenza infermieristica a domicilio ed agisce da tramite tra il cittadino ed il Medico di Base, sostituendosi a quest'ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico.

Il Consigliere Regionale per l'Infermieristica e l'Ostetricia della Regione europea OMS, parlando al Forum delle Associazioni Nazionali Infermieristiche ed Ostetriche, attribuisce all'Infermiere di famiglia un ruolo fondamentale durante tutto il continuum assistenziale, compresa la promozione della salute, la prevenzione della malattia, la riabilitazione e l'assistenza ai malati ed ai morenti. Anche se il titolo di "Infermiere di famiglia" fa supporre che oggetto dell'assistenza infermieristica siano soltanto i membri delle famiglie, così come comunemente intese, in realtà il ruolo è molto più ampio, comprendendo tutte le persone appartenenti alla comunità, sia che vivano con altri in una casa, sia si tratti di persone senza dimora e/o in qualche modo emarginate.

La famiglia (Ambiente domestico) è l'unità di base della comunità dove chi si occupa dell'assistenza è in grado non soltanto di indirizzare le lamentele fisiche/somatiche ma anche di tenere nel dovuto conto gli aspetti psicologici e sociali delle loro condizioni.

Per chi offre assistenza primaria è essenziale conoscere la situazione di vita dei pazienti. La casa, la famiglia, il lavoro, l'ambiente fisico e sociale hanno un peso considerevole sulla condizione di benessere psico-sociale.

Se il professionista sanitario non è al corrente di questi fattori, alcuni sintomi insorgenti possono venire interpretati in maniera non corretta ed i problemi non riconosciuti e curati adeguatamente.

Il ruolo e le funzioni dell'Infermiere di famiglia come sopradescritti contengono elementi che fanno già parte del ruolo di diverse tipologie di infermieri che lavorano in ambiti di assistenza primaria in tutta la Regione europea; Ciò che è nuovo nel concetto di Infermiere di famiglia descritto in "SALUTE21" è la particolare combinazione dei vari elementi, il particolare interesse verso le famiglie e la casa come ambiente "in cui i membri della famiglia possono farsi carico insieme dei problemi di salute e creare il concetto di "famiglia sana".

All'infermiere di famiglia è richiesto di essere competente come:

- Erogatore di assistenza
- Decisionista
- Comunicatore
- Leader di comunità
- Manager

L'Infermiere di Comunità può e deve diventare una delle figure centrali nel processo di sviluppo della visione finora espressa, ma affinché ciò avvenga si ritengono fondamentali alcune condizioni ⁽¹²⁾:

La formazione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, a livello accademico, in percorsi post-laurea (Laurea Magistrale, Dottorato, Master di I-II Livello).

Il superamento del modello prestazionale, che sinora ha caratterizzato l'attività degli infermieri nei servizi territoriali, l'infermiere di comunità non è infatti una diversificazione degli interventi ADI ma svolge una funzione integrata e aggiunta a tali interventi; Pregresse esperienze di implementazione della figura dell'Infermiere di Comunità, suggeriscono una revisione e una eventuale rimodulazione dei servizi infermieristici precedentemente attivi per-evitare il duplicarsi dei servizi, che renderebbe il modello meno riconoscibile alla popolazione.

Un bacino di utenza definito che sia coerente con le condizioni geografiche e demografiche del territorio di riferimento; Le esperienze attualmente attive in Italia, mostrano un rapporto Infermiere di Famiglia e Comunità che oscilla tra 1:500 persone over 65 anni (progetto CoNSENSo) e 1:2500 abitanti (Microaree) e 1:3500 (Progetto Infermiere di Comunità).

Non esiste ad oggi in letteratura un preciso standard di riferimento e sarà necessario una volta messo a regime il modello che questo venga indagato con ricerche multicentriche ad hoc.

La possibilità di condividere in modalità strutturate lo stesso bacino di utenti con gli altri professionisti, tra cui in particolare il MMG e il PLS al fine di creare una vera équipe multiprofessionale di unico riferimento per la popolazione assistita.

L'integrazione dell'azione degli Infermieri di Comunità con i servizi esistenti, attraverso percorsi condivisi e la definizione di ruoli complementari come il disease manager, il care manager, l'eHealth monitoring etc.

La finalizzazione dell'azione fondamentale degli Infermieri di Comunità al potenziamento e sviluppo della rete sociosanitaria.

La possibilità di agire in differenti ambiti, intervenendo:

Livello ambulatoriale, come punto di incontro in cui gli utenti possono recarsi per ricevere informazioni, orientamento ai servizi, prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza rivolti alla prevenzione della collettività, della sanità pubblica, e dell'assistenza di base (Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017) inclusi interventi di educazione alla salute;

Livello domiciliare in cui eroga assistenza a tutti gli utenti che necessitano di assistenza infermieristica a medio-alta complessità;

Livello comunitario con attività trasversali di integrazione con i vari professionisti tra ambito sanitario e sociale e possibili risorse formali e informali;

Il modello di "Infermiere di Comunità" si basa su un paradigma relazionale in contrapposizione a quello prestazionale, teoricamente superato, secondo cui l'utente era un beneficiario passivo del servizio, deresponsabilizzato nella gestione della propria

salute, mentre l'infermiere un semplice esperto di prestazioni tecniche senza responsabilità sulla presa in carico globale della persona.

Le basi di questo nuovo paradigma sono: Welfare community, Community care ed Empowerment.

Welfare community

Modello di società solidale che si auto-organizza promuovendo essa stessa erogazione di servizi. Principio di sussidiarietà, attuato attraverso le sinergie fra tutti gli attori sociali, pubblici e privati.

Community Care

Forma di politica sociale del moderno Welfare, la cui priorità è quella di organizzare cure assistenziali a favore delle categorie sociali più deboli ponendo come esigenza fondamentale la possibilità, per queste persone, di continuare a condurre la propria vita entro i confini della comunità di appartenenza dove sono sempre vissute, anziché rivolgersi a strutture residenziali; Forma di assistenza e di supporto erogata tanto “nella” comunità quanto “dalla” comunità. Intreccio tra reti informali e formali, tra professionisti e no, tra pubblico e privato, con l'obiettivo di coinvolgere nelle attività di cura tutte le risorse presenti all'interno della comunità.

Empowerment

“L'Empowerment è un processo attraverso il quale le persone possono acquisire un maggiore controllo sulle decisioni e sulle azioni che riguardano la loro salute.” ⁽¹⁴⁾
Il concetto è meglio spiegato dalla frase pronunciata da Robert Johnstone in occasione della prima conferenza europea sull' empowerment dei pazienti, tenutasi a Copenaghen nell'aprile del 2012: “Ciò che deve accadere è che i dottori scendano dal loro piedistallo e che i pazienti si alzino dalle loro ginocchia.” L'obiettivo è la creazione di una relazione di rispetto e fiducia reciproca; Il passaggio da una prospettiva fortemente incentrata sul ruolo predominante del medico ad un modello co-relazionale, dove anche la narrazione di malattia del paziente e le sue preferenze riescano a trovare una loro importanza nell'assegnazione della cura. L'empowerment di pazienti e operatori, specie del territorio, migliora l'appropriatezza e la correttezza dei percorsi diagnostici, delle terapie, della prevenzione e dell'assistenza. Il senso del processo di empowerment del paziente è quello

di mantenere la capacità di controllo sulla propria salute (“Autogestione della salute”) e consentire un accesso più consapevole alle prestazioni sanitarie.

1.2 Ruolo e Funzioni

L'Infermiere di Comunità è il professionista che, grazie alla sua peculiare formazione, è responsabile della gestione dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario. L'agire di questa figura professionale può essere catalogato in cinque macroaree:

Area Assistenziale (Gestire i percorsi assistenziali della persona; Gestire il rischio clinico-assistenziale; Attivare la rete di servizi sociali)

Area della Ricerca applicata (Collaborare nell'attuazione ed attuare progetti di ricerca selezionati sia in ambito sanitario che sociale)

Area della Consulenza (Erogare consulenza in qualità di esperto)

Area della Prevenzione (Attuare interventi educativi, sul singolo, su gruppi di persone e sulla comunità rilevando situazioni a rischio per il mantenimento della salute)

Area Manageriale (Facilitare la cooperazione integrata dei servizi territoriali).

Le funzioni svolte dall'Infermiere di Comunità sono una naturale evoluzione di funzioni professionali già svolte in ambito territoriale; L'innovazione si evidenzia nel metodo proattivo e nell'estensione dell'assistenza dal singolo alla famiglia e alla comunità.

Impiega le proprie competenze nell'erogazione di cure infermieristiche complesse, nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e comunitari, operando nell'ambito dell'Assistenza Sanitaria Primaria.

Dieci potrebbero essere le funzioni che lo descrivono:

1. Valutare lo stato di salute e i bisogni della persona nelle diverse fasi della vita, del contesto familiare e conoscere i contesti di comunità
2. Promuovere e partecipare ad iniziative di prevenzione e promozione della salute rivolte alla collettività
3. Promuovere interventi informativi ed educativi rivolti ai singoli, alle famiglie e ai gruppi, atti a incoraggiare modificazioni degli stili di vita
4. Presidiare e facilitare i percorsi nei diversi servizi utilizzando le competenze presenti nella rete

5. Pianificare ed erogare interventi assistenziali personalizzati alla persona e alla famiglia, anche avvalendosi delle consulenze specifiche degli infermieri esperti (es. Wound care, stomie e nutrizione artificiale domiciliare, ventilazione domiciliare, cure palliative ed altre)
6. Promuovere l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi
7. Partecipare alla verifica e monitoraggio dei risultati di salute
8. Sostenere i percorsi di continuità assistenziale tra sociale e sanitario, tra ospedale e territorio e nell'ambito dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari residenziali e semi-residenziali
9. Garantire le attività previste per la realizzazione degli obiettivi della nuova sanità di iniziativa
10. Partecipare nell'integrazione professionale al perseguimento dell'appropriatezza degli interventi terapeutici e assistenziali, contribuendo alla relazione di cura, al rispetto delle volontà del paziente espresse nella pianificazione delle cure, anche in attuazione della Legge 219/17 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento).

L'Infermieristica di Comunità richiede, quindi, interventi professionali caratterizzati da: Spiccata autonomia professionale, capacità di lettura/individuazione delle priorità e soluzione dei problemi, capacità di valutare/decidere se agire direttamente o demandare, capacità di interazione/integrazione con tutti i professionisti presenti nel territorio, capacità relazionali (comunicazione, gestione del conflitto, lavoro in gruppo, attenzione all'altro, gestione stress ed ansia), capacità di pianificazione, capacità di educare all'autocura ed all'auto-assistenza, capacità di promozione dell'empowerment nella comunità e competenze ad alta componente tecnico-scientifica.

CAPITOLO 2 Panoramica Europea, Nazionale e Regionale

L'approdo in Italia della figura professionale dell'Infermiere di Comunità è un percorso iniziato anni fa e non ancora del tutto concluso; si è iniziato a parlare di Infermiere di Comunità a livello nazionale nel dicembre del 2014, attraverso una proposta di legge volta a modificare il Decreto Balduzzi convertito in legge n. 189 dell'8 novembre 2012, a seguito del quale è stata introdotta questa particolare figura.

Il servizio sanitario italiano sin dalle sue fondamenta legislative, legge 23 ottobre 1978 n. 833, alle scelte strategiche del Patto per la salute 2019-2021, in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità e il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano Nazionale della Prevenzione, si è posto l'obiettivo, non ancora compiutamente raggiunto, della propria riorganizzazione, in particolar modo incentrata nel potenziamento dei servizi socio-assistenziali territoriali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute e percorsi di presa in carico della cronicità basati sulla medicina di iniziativa.

All'interno del PNRR italiano, definitivamente approvato il 13 luglio 2021, nella Missione 6, viene attribuito un ruolo di primo piano all'Infermiere di Comunità, sia negli ambiti delle Case della Comunità sia nello sviluppo del sistema dell'Assistenza Domiciliare ⁽¹⁵⁾

Rilanciato definitivamente in Italia con il Decreto Rilancio n. 128 del 19 maggio 2020, Gazzetta Ufficiale D.L. 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", l'Infermiere di Comunità incuba da molto tempo la sua specificità e licenza d'azione.

Il riconoscimento ufficiale dell'IFeC avviene con il recente DL n. 3472020, art.1 c. 5, convertito in L. 17 luglio 2020 n. 77, il quale dispone l'introduzione dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità, al fine di rafforzare i servizi infermieristici, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS CoV-2 identificati come affetti da COVID-19, anche coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, in relazione ai modelli organizzativi regionali.

Tali infermieri, che non si trovano in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, possono essere impiegati mediante l'utilizzo di forme di lavoro autonomo anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020.

Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro/ora, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. A decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del SSN, possono procedere al reclutamento di infermieri per le stesse finalità, in numero non superiore a 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato e comunque nei limiti di cui al comma 10 del provvedimento. Tale misura si colloca all'interno del più ampio intervento, delineato al comma 4, in cui le Regioni e le Province Autonome, attivano misure per garantire il massimo livello di assistenza compatibile con le esigenze di sanità pubblica e di sicurezza delle cure in favore di soggetti affetti, da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore e in generale per le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

Il Patto per la salute 2019-2021 stabilisce inoltre che, al fine di promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali, vengano definite linee di indirizzo per l'adozione di parametri di riferimento, anche considerando le diverse esperienze regionali in corso, favorendo l'integrazione con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone.

La Commissione Salute della Conferenza delle Regioni ha incaricato un sottogruppo tecnico, costituito da rappresentanti del Tavolo Area assistenza territoriale e del Tavolo Risorse Umane, formazione e fabbisogni di personale, a effettuare approfondimenti in merito all'introduzione dell'IF/C; Da tale sottogruppo tecnico sono state redatte delle Linee Guida a partire dal documento "Position statement su Infermiere di Famiglia e Comunità" della FNOPI, in cui la descrizione delle competenze dell'IF/C risulta completa

e in linea con gli orientamenti Europei per quanto riguarda i due ambiti di competenza (famiglia e comunità) ritenuti strategici per la promozione della salute e gestione della cronicità/fragilità sul territorio.

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome il 10 settembre, ha approvato le “linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità Ex l. 17 luglio 2020 n. 77”. Il futuro della sanità italiana si gioca quindi sul territorio, che ha subito non poche riorganizzazioni. Un importante cambio di rotta in materia di organizzazione del Servizio Sanitario Regionale ha visto protagonista la Regione Marche, la quale, con l.r. 8 agosto 2022, n. 19, ha iniziato un’opera di ristrutturazione dell’assetto del SSR.

Per comprenderne appieno la portata è necessario fare un passo indietro e procedere ad una breve disamina del quadro sanitario-legislativo precedente, rappresentato dalla l.r. 20 giugno 2003, n. 13 che, come indicato allo stesso art. 1 comma 3, prendeva quale punto di riferimento fondamentale per la definizione dell’assetto organizzativo il d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 “Norme per la realizzazione del servizio sanitario nazionale”.

La legge in questione identificava quali aziende del Servizio Sanitario Regionale, dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale ex art. 3 comma 1 bis del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502: l’Asur – Azienda sanitaria unica regionale, frutto della fusione per incorporazione di 12 altre aziende Usl del territorio marchigiano; l’Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi di Ancona; l’Azienda Ospedaliera Ospedale San Salvatore di Pesaro.

L’Asur si articolava in tredici Zone Territoriali (ZT), a loro volta suddivise in distretti e presidi ospedalieri; Ciascuna Zona era dotata di autonomia gestionale e tecnico-professionale, con compiti di programmazione e gestione dei servizi sanitari e sociosanitari nel rispettivo ambito territoriale di riferimento, volti a perseguire l’obiettivo di assicurare alla popolazione residente le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA). Ciò nonostante, l’Azienda Unica manteneva un potere di controllo che si esplicava attraverso poteri di nomina ed approvazione del Direttore generale, il quale approvava il piano annuale delle attività zonali, nominava i Direttori di dipartimento aziendale di concerto con i Direttori generali delle aziende ospedaliere e proponeva alla Giunta regionale i nominativi dei Direttori di zona.

Prima di arrivare all'odierna l.r. 8 agosto 2022, n. 19, degno di nota è il riordino avvenuto con l.r. 22 novembre 2010, n. 17 e l.r. 1° agosto 2011, n. 17.

Le due leggi modificano la l.r. del 2003 e si configurano come un passaggio intermedio tra l'accentramento che caratterizza questa prima fase del Sistema Sanitario marchigiano e il decentramento posto in essere poi con la recente l.r. del 2022. La modifica di maggior consistenza è rappresentata dalla conversione delle ZT in 5 Aree Vaste, anch'esse configurate quali articolazioni dell'Asur, che dà il via ad un'azione di alleggerimento dell'articolazione organizzativa; gli enti del Servizio Sanitario Regionale vengono quindi ufficialmente individuati nell'Asur, l'Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord con sede in Pesaro e l'INRCA di Ancona.

Per giungere ora alla legge regionale in esame, il primo tra i punti salienti che la caratterizzano è senza ombra di dubbio la soppressione dell'Asur, a decorrere dalla data del 31 dicembre 2022, e la contestuale trasformazione delle precedenti 5 Aree Vaste in 5 Aziende sanitarie territoriali (AST) di Ancona, Ascoli Piceno, Fermo, Macerata e Pesaro-Urbino – quest'ultima che fa venir meno l'Azienda Ospedaliera Marche Nord attraverso la sua incorporazione nella AST.

Ciascuna delle Aziende sanitarie territoriali è articolata in distretti, dipartimenti ed uno o più presidi ospedalieri, a cui si affiancheranno, quali enti del SSR, la già esistente INRCA di Ancona e l'Azienda ospedaliera-universitaria delle Marche.

Le AST e l'Azienda ospedaliero-universitaria delle Marche saranno dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale ed eserciteranno la propria autonomia organizzativa. Sarà invece l'Agenzia regionale sanitaria (Ars) ad acquisire le funzioni tecniche dell'Azienda sanitaria unica, ovvero sia il coordinamento di procedure concorsuali per il reclutamento del personale, la programmazione degli acquisti centralizzati di beni, servizi e lavori pubblici degli enti del SSR e il supporto tecnico e operativo alla Stazione unica appaltante (SUAM) e agli enti del SSR nella definizione del fabbisogno di personale.

L'infermiere di famiglia e di comunità potrà, in prospettiva, contribuire a ridurre gli accessi in pronto soccorso, ridurre le degenze ospedaliere e diminuire le riammissioni, operando in collaborazione con il medico di famiglia o il pediatra di libera scelta e gli

altri servizi territoriali, come filtro per gli eventi patologici gestibili con successo o addirittura con maggiore efficacia a livello domiciliare.

Sono, pertanto professionisti sanitari che progettano, attuano e valutano interventi di promozione e di prevenzione, assistenza ai pazienti ed alla famiglia, educazione e formazione, che danno l'input ad interventi di ricerca, indagini epidemiologiche in comunità e in ambito familiare promuovendo azioni di correzione dei fattori di rischio, e in grado di promuovere lo sviluppo organizzativo in area di sanità pubblica ottimizzando l'uso delle risorse.

Le prime sperimentazioni nel nostro Paese risalgono alla fine degli anni '90, in Friuli-Venezia Giulia, dove venne messa a regime la figura dell'Infermiere di famiglia già nel 2001.

Attualmente le sperimentazioni sono a macchia di leopardo, diffuse più nel Centro-Nord che al Sud. Non solo Toscana, Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Valle d'Aosta e Lombardia hanno implementato la figura dell'infermiere di famiglia e comunità nel loro territorio, ma anche Emilia-Romagna, Lazio, Liguria e Puglia hanno attivato delle sperimentazioni.

L'attuale situazione epidemiologica e demografica della popolazione italiana, congiuntamente alle indicazioni fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e alla necessità di rivedere i modelli di assistenza infermieristica territoriale, ha portato allo sviluppo di differenti esperienze di Infermieristica di Famiglia e Comunità in Italia, riconosciute a livello legislativo o per mezzo di progetti e sperimentazioni. Per riportare alcuni esempi:

Il Progetto "Infermiere di Comunità" nato sperimentalmente nel 1999 in Friuli-Venezia Giulia nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Bassa Friulana i cui principi fondanti sono mutuati da diversi saperi disciplinari: la teoria "relazionale della società" (17), la teoria dello "Human Caring"(18), i concetti di "Communtty Care"(19) che attengono alle più ampie politiche di Welfare Comunitario.

In questa logica di "Cure di comunità" l'infermiere, collocato a livello distrettuale, opera attraverso un servizio di assistenza infermieristica decentrata e diventa punto di riferimento della comunità per la dimensione assistenziale, ne fa parte integrante in modo

organico e connettivale e agisce in stretta connessione con MMG, assistenti sociali e tutti gli altri attori dell'equipe territoriale. (20).

Ha la finalità di prendere in carico la persona assistita e la comunità in modo proattivo, offrendo una risposta ai bisogni esistenziali promuovendo l'empowerment e rendendo la persona e le comunità competenti.

L'infermiere di comunità così concepito non è solo un erogatore di cure, ma attivatore di potenziali di care, che insistono in modo latente nella comunità e che portati alla luce sprigionano una serie di beni cognitivi, affettivi, e di legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico. In questo paradigma l'infermiere esprime il suo agito professionale non solo nella prestazione, ma nella mobilitazione di risorse informali che hanno già ricevuto forme di welfare e che restituiscono al sistema nuove energie e potenzialità contribuendo allo sviluppo del cosiddetto welfare generativo. La regione Friuli-Venezia Giulia ha previsto la figura dell'infermiere di comunità nel Piano Sanitario e Socio-Sanitario 2006-2008 (DGR 782/2006) e più recentemente nelle Leggi di Riforma Sanitaria n. 27/2018 e n.22/2019.

Il Progetto CoNSENSo (COmmunity Nurse Supporting Elderly in a changing Society) in Piemonte e Liguria, nell'ambito del Programma transnazionale di Cooperazione Territoriale Europea Interreg Spazio Alpino 2014-2020, volto a favorire un invecchiamento attivo della popolazione over sessantacinquenne, in special modo nelle "aree interne".

I principi cardine del modello sono il mantenimento o miglioramento delle capacità residue funzionali, dei processi di "self-care" e di favorire la creazione di un'unica rete sociale.

Le sperimentazioni del modello di Infermieristica di Famiglia e Comunità nate dal progetto o sviluppatasi in modo parallelo ad esso, sono state riconosciute dalla Regione Piemonte di valenza strategica nel potenziamento dell'offerta territoriale dei servizi, anche laddove non inserite nelle Case della Salute (21).

L'infermiere di Famiglia e Comunità attivo in Regione Toscana che opera nel territorio e nella popolazione di riferimento identificabile nell'ambito delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della medicina generale.

Le caratteristiche peculiari del modello sono:

- La prossimità alla famiglia e alla comunità;
- La proattività degli interventi;
- Il ruolo di garante verso l'equità del sistema di erogazione di cure;
- La logica multiprofessionale in raccordo diretto con il MMG, il PLS, gli assistenti sociali ecc. (Delibera della Giunta Regionale 04 giugno 2018, n.597).

L'infermiere di Comunità nelle Microaree Triestine, l'infermiere, inserito nel contesto locale e circoscritto della microarea eroga interventi di tipo sociosanitario e svolge un ruolo di attivatore di risorse contribuendo a costruire la rete del welfare di comunità.

Le differenze tra le esperienze rispecchiano il processo di adattamento nel contesto locale di un modello concettuale che risulta, però, essere condiviso. Il framework dell'OMS individua l'Infermiere di Famiglia e Comunità nel professionista che "aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia. La famiglia viene intesa come unità base della società dove chi si occupa di assistenza è importante che conosca la situazione in cui vivono le persone: casa, lavoro, ambiente fisico e sociale ecc. che possono avere un peso considerevole nella gestione della malattia".

CAPITOLO 3 Sistemi informativi e infrastrutture condivisi

3.1 Panorama Marchigiano

La Regione Marche continua a perseguire un progressivo miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari e ad ottimizzare il rapporto costo-qualità dei servizi, con l'obiettivo di garantire l'equità di accesso a tutti gli assistiti marchigiani, indipendentemente dal loro luogo o condizione di vita, e di garantire la presa in carico dei pazienti basata su standard e modelli condivisi con gli operatori sanitari.

La presenza di un'unica Azienda Sanitaria in Regione Marche, per circa 1,5 milioni di assistiti, ha prima reso necessario e poi favorito un percorso unitario di rimodellazione dei processi assistenziali e di sviluppo di piattaforme telematiche ed informatiche uniche a livello regionale a supporto dei nuovi processi.

Come spesso accade, l'introduzione di alcuni di questi sistemi informativi ha anticipato la revisione dei modelli organizzativi con visione unitaria, costituendo un forte traino per l'unificazione dei percorsi.

Ad oggi la Regione Marche dispone di un patrimonio di sistemi informativi e infrastrutture, condiviso tra tutte le Aziende del Sistema sanitario Regionale, grazie al quale è possibile impostare una governance regionale su modelli organizzativi e percorsi unitari.

Per citare i principali: un Sistema informativo amministrativo, di gestione del personale e di controllo di gestione, un Centro Unico di prenotazione (CUP), un'Anagrafe unica degli assistiti (ARCA), un sistema di gestione degli screening, dipartimento di prevenzione e di medicina legale, un sistema di accoglienza delle prescrizioni dematerializzate (SAR), un Framework di autenticazione regionale (FED-Cohesion) integrato con SPID ed un Polo di Archiviazione documentale per la conservazione dei documenti sanitari ed amministrativi.

Dal 2011, inoltre, ha avviato l'acquisizione di alcune componenti del sistema informativo sanitario e socio sanitario regionale, che ha consentito a Regione Marche di istituire il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e di dotarsi di altri importanti sistemi integrati con il Fascicolo, tutti ospitati in un Data center sanitario unico, di recente realizzazione:

- Sistema di network regionale di diagnostica per immagini (denominato RIS-SIAT);
- Sistema di Laboratorio Analisi (denominato SILARM);
- Rete del Territorio (denominato “Sirte”);
- Sistema dei cataloghi unici regionali;

Un altro importante elemento per la medicina territoriale, di cui la Regione Marche intende dotarsi, è la piattaforma di telemedicina o tecno-assistenza unica regionale con funzioni di monitoraggio e diagnosi, che potrà essere utilizzata anche dagli operatori sul territorio, per perseguire un incremento della deospedalizzazione degli assistiti.

Grazie all’attuazione della programmazione 2014-2020 della Strategia Nazionale per le Aree Interne, definite quali “aree oggi particolarmente fragili, sovente geograficamente interne, che hanno subito nel tempo un processo di marginalizzazione e declino demografico e le cui significative potenzialità di ricchezza naturale, paesaggistica e di saper fare vanno recuperate e valorizzate con politiche integrate sul lato dello sviluppo economico e su quello dell’adeguatezza dei servizi alle comunità“, la Regione Marche ha approvato alcune importanti azioni per lo sviluppo locale e di rafforzamento dei servizi essenziali di cittadinanza (sanità, trasporti ed istruzione). Gli interventi individuati nell’ambito della strategia Aree Interne prevedono l’utilizzo di una piattaforma unica regionale di Telemedicina per il potenziamento dell’assistenza sanitaria negli ospedali di comunità, visti come il cuore dell’attuale modello assistenziale territoriale in quanto costituiscono punti di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari, in connessione strategica con gli studi di medicina generale, le farmacie, i poliambulatori, ed i presidi ospedalieri.

Lo sviluppo delle tecnologie di comunicazione consente di migliorare l’accessibilità ai servizi, ridurre l’ospedalizzazione, e gestire in maniera tempestiva alcune attività di urgenza.

Il progetto Aree Interne prevede interventi innovativi e costituirà una importante palestra per la messa a regime dei nuovi servizi previsti, prevedendo poi di estendere gli stessi servizi anche al resto del territorio regionale.

In merito alla realizzazione della piattaforma unica di telemedicina, la Regione Marche sta elaborando un progetto ambizioso che riguarda l'erogazione dei servizi di tecno-assistenza nei setting residenziale, ambulatoriale e domiciliare e che si pone i seguenti obiettivi:

Ambito clinico: i servizi da realizzare mirano a migliorare la qualità di vita dei pazienti cronici affetti da patologie cardiovascolari, BPCO e diabete attraverso il monitoraggio remoto a domicilio e presso le strutture di ricovero, offrendo l'opportunità al medico curante di intervenire prima di un'eventuale riacutizzazione della patologia;

Dal punto di vista del paziente/utente: vengono forniti servizi di telemonitoraggio in base ai reali bisogni di pazienti e operatori professionali, le loro capacità, i rischi e i benefici, implementando soluzioni che sostengono l'empowerment dei pazienti e l'aumento della loro soddisfazione;

Economici: il progetto implementa un nuovo modello di assistenza dal quale ci si attende una riduzione dei costi di cura dei pazienti attraverso una progressiva diminuzione al ricorso ai servizi di emergenza, degenza ospedaliera e cure specialistiche;

Organizzativi: viene definito e valutato un modello organizzativo di telemedicina, incardinato nei processi di diagnosi e cura già strutturati, che garantisca un percorso di cura sicuro ed efficiente, che ottimizzi l'impiego delle risorse e rafforzi la collaborazione tra i diversi operatori sanitari.

Il progetto intende raggiungere risultati concreti per portare i servizi dalla forma di pilot alla dimensione real life, grazie alla definizione di una metodologia di assessment rigorosa, alla individuazione degli standard di servizio e protocolli di utilizzo per le attività di telemedicina, integrati nei PDTA regionali, alla identificazione di strumenti amministrativi per il governo e la rendicontazione di servizi di telemedicina (integrazione nomenclatore e catalogo prestazioni), al fine di garantirne la futura sostenibilità tecnica e finanziaria.

L'intervento prevede azioni per i pazienti cronici (dell'ambito cardiologico, diabetologico, pneumologico, ecc.), si focalizza inoltre sui pazienti ricoverati nei vari setting assistenziali (cure domiciliari e strutture residenziali) per cui si rende necessaria l'attivazione di servizi di consulenza dermatologica per ulcere e ferite difficili, televisita

per approfondimento diagnostico e monitoraggio della terapia nutrizionale, infine riguarda i pazienti che accedono agli ambulatori specialistici degli Ospedali di Comunità o di cure primarie (MMG/PLS) e per cui si rende necessario un approfondimento diagnostico con uno specialista remoto mediante televisita (es. televisita pediatrica, dermatologica).

Questa piattaforma sarà integrata con la rete informativa sanitaria ed amministrativa del Sistema sanitario regionale (CUP, SAR, FSE, Anagrafe Unica Regionale, etc.) per diventare parte integrante del sistema e sarà ovviamente utilizzata anche per l'ambito ospedaliero.

Nel caso del Laboratorio analisi, del sistema unico di radiologia e del sistema informativo del territorio, ha cercato anche di rimodellare, in un'ottica unitaria, tutti i percorsi che sono alla base della produzione della documentazione sanitaria di questi sistemi, garantendo uniformità nelle codifiche, nelle modalità di produzione della documentazione e nella gestione delle informazioni. Questa scelta, che ha comportato un notevole impegno, produce oggi i suoi effetti positivi, apprezzabili nella fase di consultazione dei dati e documenti da parte delle figure preposte e soprattutto dai medici di base che hanno visibilità della documentazione prodotta dalle differenti Aziende del SSR.

Il Sistema di Fascicolo sanitario elettronico marchigiano è stato progettato sulla base di un modello a repository distribuito, uno per ogni Azienda, e registry regionale centralizzato.

La Regione Marche ha previsto che il cittadino, che dispone già di credenziali di autenticazione forti (SPID, FedCohesion, TS-CNS), possa attivare autonomamente il suo Fascicolo sanitario elettronico accedendo all'apposito portale. In tal caso collegandosi al portale il cittadino può autenticarsi, scaricare l'informativa e rilasciare il consenso all'attivazione e alimentazione del FSE.

Inoltre, ogni azienda del SSR, in base alla propria struttura organizzativa, ha individuato appositi sportelli (URP, CUP, ecc.) dove il cittadino può richiedere le informazioni relative alle modalità di attivazione del FSE, ricevere l'informativa ed eventualmente anche rilasciare il consenso all'attivazione con il supporto del personale addetto.

Ed infine ha concordato con la rete territoriale dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta la disponibilità al rilascio dell'informativa e all'acquisizione del consenso all'attivazione del FSE a supporto dei propri assistiti. Quindi ogni cittadino può rivolgersi al proprio medico sia per avere informazioni in merito al FSE, che per procedere alla sua attivazione. Tutti gli operatori sanitari erano già dotati delle credenziali del framework Fed-Cohesion che consentono di accedere al Fascicolo Sanitario; pertanto, non è stato necessario introdurre un nuovo strumento nell'operatività quotidiana.

Ad oggi il Fascicolo marchigiano contiene referti di laboratorio analisi (prodotti dal sistema unico regionale denominato SILARM), referti di radiologia (prodotti dal sistema unico regionale), prescrizioni, profili sanitari sintetici e documenti del taccuino personale dell'assistito, Piani Assistenziali Individualizzati, le lettere di dimissione ed i verbali di pronto soccorso.

3.2 Rete del Territorio - Sirte

Il progressivo e costante invecchiamento della popolazione assieme all'aumento della morbosità e della complessità clinica sta rendendo sempre più indispensabile lo sviluppo di modelli assistenziali caratterizzati da estensività socio-assistenziale e modularità della presa in carico, piuttosto che dall'intensività del trattamento, tipica delle patologie acute.

La necessità di ridisegnare la rete dei servizi dal punto di vista organizzativo e strutturale, per rafforzare l'ambito territoriale di assistenza e cura, ha coinciso temporalmente con l'introduzione del sistema informativo per il territorio, generando un'occasione unica di revisione dei processi e dei percorsi di cura in ottica unitaria e di sperimentazione di nuovi modelli clinici e organizzativi condivisi.

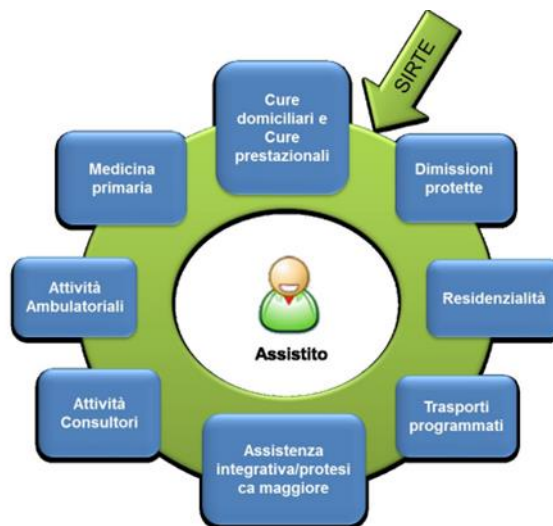
Il sistema informativo per la Rete del Territorio (Sirte) è nato con l'obiettivo di assicurare il coordinamento dei percorsi di cura tra i diversi professionisti e la continuità dell'assistenza tra differenti livelli organizzativi, ottimizzando l'integrazione tra Ospedale e territorio. Per conseguire questi obiettivi, si è scelto di operare strutturando processi omogenei su tutto il territorio delle Marche, superando le specificità dei singoli territori e nel rispetto delle stesse; Questo approccio, seppur di complessa attuazione, ha garantito una generale revisione ed ottimizzazione dei processi a livello aziendale ed interaziendale.

La definizione dei processi comuni è stata affidata a gruppi di lavoro, rappresentativi di tutte le Aree Vaste e di tutte le professionalità coinvolte, costituiti da oltre 135 professionisti.

Il sistema informativo, che vede quasi 5.000 utenti abilitati, gestisce i processi interni al percorso assistenziale, che si esplicano in un articolato workflow che prevede l'accesso al sistema tramite un unico punto definito Punto Unico di Accesso che, dopo una prima rilevazione del bisogno, avvia la fase di valutazione del paziente, garantendo l'individuazione del corretto percorso assistenziale (cure prestazionali, cure domiciliari integrate, cure in strutture residenziali), la definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) e la successiva erogazione dell'assistenza con rivalutazioni periodiche fino alla conclusione della presa in carico.

Il sistema prevede inoltre la possibilità di attivare percorsi trasversali, che consentono una visione d'insieme di tutti i servizi disponibili ed erogati agli assistiti presi in carico (es. trasporti programmati, Assistenza protesica, ecc.).

Sostanzialmente il sistema si compone di una molteplicità di moduli informatizzati quali Punto unico di accesso (PUA), Cure domiciliari e prestazionali, Cartelle cliniche per le strutture residenziali (Residenze protette, Residenze sanitarie assistite, Hospice, Cure Intermedie, Ospedali di comunità, Strutture riabilitative), Gestione posti letto delle strutture sanitarie e sociosanitarie, Cartelle cliniche ambulatoriali, Assistenza integrativa, Protesica maggiore, Consultorio, Trasporti programmati, Dimissioni protette e percorsi condivisi con i MMG/PLS tramite il portale web e gli strumenti di Fascicolo sanitario elettronico.



Il sistema, teso anche ad ottimizzare il lavoro dei professionisti, è integrato con il sistema informativo unico amministrativo per espletare, mediante automatismi, le procedure amministrative di avvio dell'ordinativo, rendicontazione e fatturazione delle prestazioni, che spesso rappresentano orpelli per l'attività quotidiana dei nostri operatori.

Gestisce inoltre la produzione dei flussi dati per il soddisfacimento dei debiti informativi verso Regione e Ministero della Salute ed è strumento per il monitoraggio e la programmazione aziendale e regionale.

Il primo passo per la realizzazione di questo complesso ed articolato sistema è stata l'attivazione del percorso di immissione nelle cure domiciliari integrate e cure prestazionali.

Dopo aver emanato le Linee Guida per l'organizzazione delle cure domiciliari nel 2014, la Regione si è dotata di uno strumento che consente la condivisione delle informazioni tra gli operatori sanitari che operano a casa del paziente (Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, medici specialisti, medici del distretto, fisioterapisti ed infermieri).

Diversamente dalle cure prestate negli ospedali, le cure domiciliari sono spesso caratterizzate da una scarsa condivisione dei dati clinici e delle informazioni tra i diversi professionisti; con Sirte si è voluto superare queste criticità per assicurare la continuità nella presa in carico delle persone a domicilio e qualificare le cure domiciliari, creando una vera e propria rete. La scheda di valutazione multidimensionale adottata permette di individuare i bisogni e produrre, mediante automatismi, le relative prestazioni utili alla stesura del Piano Assistenziale Individualizzato, inoltre assolve alla compilazione della scheda di valutazione multidimensionale RUG III HC ed alla valutazione per l'invio del flusso ministeriale SIAD.

Mediante una App gli operatori, che si recano al domicilio del paziente, possono vedere l'elenco delle prestazioni erogabili dalla loro figura professionale, scaricare il piano assistenziale previsto per quell'assistito e l'agenda dove tracciare le prestazioni erogate.

L'organizzazione delle attività prevede che al domicilio dell'assistito venga lasciata la stampa del QR Code contenente le informazioni anagrafiche dell'assistito stesso, quindi quando l'operatore si trova al domicilio dell'assistito leggendo il QR Code, con la fotocamera di un dispositivo mobile, può identificare immediatamente l'assistito e registrare con estrema semplicità le prestazioni erogate.

Inoltre, nel convincimento che il Piano assistenziale individualizzato (PAI) rappresenti uno strumento forte a garanzia della continuità assistenziale ospedale-territorio, si sta lavorando per definire le specifiche di pubblicazione di questo documento all'interno del Fascicolo sanitario elettronico, affinché possa essere reso disponibile a tutti gli attori coinvolti nel percorso di cura del paziente.

Un'altra importante attività ha riguardato l'introduzione del percorso informatizzato di dimissioni protette dai presidi ospedalieri regionali verso il territorio, consentendo a Regione Marche di perseguire importanti risultati di governo di questo processo, e di effettuare un'analisi della domanda più puntuale. Nell'avviare l'informatizzazione di questo processo, già in parte strutturato in forma cartacea, è emersa come gli operatori siano stati indotti ad uno scambio fruttuoso di informazioni ed opinioni. Sebbene siano abituati ad operare in collaborazione, l'attivazione di nuovi percorsi con ottiche nuove, ha favorito la conoscenza e la costruzione della rete delle persone.

In sintesi, il Sistema Informativo Sirte ha rappresentato un importante strumento per l'unificazione di tutti i processi territoriali di assistenza e cura e per la loro integrazione con i percorsi ospedalieri. E oggi consente l'innestarsi di processi innovativi secondo logiche condivise in tutta la Regione Marche.

Inoltre, disporre di un unico strumento quale supporto ai processi del territorio, consente di immaginare con maggiore fluidità l'introduzione di nuovi strumenti, senza dover rincorrere le informazioni disperse tra tanti sistemi differenti.

CAPITOLO 4 **Materiali e Metodi**

Il Progetto sperimentale “Implementazione della figura dell’Infermiere di Famiglia e Comunità nell’ASUR AV2 di Ancona”, poi divenuta “AST di Ancona”, è stato discusso in diversi incontri, a cui hanno partecipato i principali attori coinvolti nella futura realizzazione.

In particolare, in data 11/10/2022, presso la sala riunione del 1° piano della Direzione Generale ASUR si è svolto un incontro con le Direzioni di Distretto, Direzione Servizi Professioni Sanitarie delle Aree Vaste, la Direzione Tecnica della Prevenzione Collettiva, i Dirigenti delle Professioni Sanitarie dell’Area tecnica e dell’Area della Prevenzione e la Direzione Sanitaria ASUR sul tema della progettualità dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità.

La Direzione Generale ASUR, con nota prot. Num. 14929 del 26/04/2022 ha proposto al Direttore del Dipartimento Salute della Regione Marche l’implementazione di una progettualità sperimentale relativa all’IFeC da svilupparsi in ciascuna Area Vasta considerato lo standard di postazioni pari ad almeno 1 ogni 10.000 abitanti e prevedendo le fasi di:

1. Definizione di proposte da parte dei Distretti sanitari, in accordo con i Servizi delle professioni sanitarie.
2. Discussione e confronto in sede di comitato di Area Vasta con la Medicina Generale.
3. Discussione in sede di UOSES
4. Definizione del Progetto di sperimentazione di Area Vasta
5. Presentazione della progettualità al Dipartimento salute

Successivamente con nota acquisita agli atti prot. num. 24421 del 11/07/2022 il Direttore del Dipartimento Salute ha espresso parere favorevole alla predisposizione della suddetta progettualità, raccomandando il confronto con gli ordini delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali. Pertanto, con nota prot. num. 25131 del 15/07/2022 il Direttore Generale ASUR ha dato mandato alle Aree Vaste di predisporre le specifiche progettualità.

Nei mesi successivi sono stati trasmessi gli elaborati di:

- Area Vasta 1
- Area Vasta 2 (Distretto di Jesi e Senigallia)
- Area Vasta 3
- Area Vasta 4
- Area Vasta 5

Il Progetto di Area Vasta 3 è stato discusso anche con gli Ordini Professionali degli Infermieri e dei Medici, e si è svolto un confronto sindacale con esito positivo.

Viene tuttavia evidenziato che ad oggi all'ASUR non sono stati assegnati i fondi specifici per l'implementazione di questa figura.

La definizione delle attività fa riferimento ai seguenti documenti:

- Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n.77 “Regolamento recante la definizione dei modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del SSN” (GU n. 144 del 22/06/2022)
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025
- Position Statement FNOPI “L’Infermiere di Famiglia e di Comunità”
- Agenas “Telemedicina e intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza territoriale”, Monitor 47/2022
- Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità: “Il profilo dell’Infermiere di Famiglia e Comunità”.

Durante il confronto sono emersi i seguenti spunti di riflessione:

- Lo sviluppo di una progettualità distrettuale, volta a valorizzare le esperienze e la conoscenza del territorio, richiede comunque la definizione delle indicazioni regionali sul modello organizzativo e profilo di questa figura professionale, che, pur consentendo una flessibilità per l'adeguamento al contesto, integri la figura nella rete dei servizi, avendo come riferimenti il chronic care model e lo sviluppo di un welfare di comunità.
- Per la corretta impostazione delle fasi progettuali è rilevante il dato relativo allo standard sulla popolazione che si intende perseguire in una prima fase, anche

considerando le risorse professionali ad oggi disponibili, poiché le funzioni possono variare nel range che va da Infermiere di Famiglia a quello di Comunità.

- Il percorso formativo specifico per l'IFeC che ad oggi prevede circa 20 posti per il Master Universitario: questa disponibilità formerebbe un numero insufficiente di professionisti secondo quanto previsto dallo standard del DM77/2022. Si segnala l'importanza di valorizzare il percorso professionale collegato a questo percorso formativo, per favorire l'adesione degli operatori, anche con il potenziamento delle figure dirigenziali dedicate alle funzioni territoriali.
- Nella definizione degli specifici interventi è indispensabile effettuare preliminarmente un'analisi epidemiologica per la stratificazione del rischio della popolazione a livello di Area Vasta/ Distretto, potendo così focalizzare l'attività locali sulle fragilità prevalenti, dando priorità ai comuni senza strutture sanitarie attive, e sulla base di questi dati impostare in collaborazione con MMG/PLS la programmazione delle attività.
- Elemento essenziale è la definizione dei collegamenti con la Medicina Generale/Pediatria di Libera Scelta con gli ambiti territoriali sociali e il progetto di Farmacia dei servizi, oltre al rapporto con il volontariato e gli altri portatori di interesse dell'assistenza sanitaria e sociale a livello distrettuale.
- Uno degli elementi di criticità è il corretto inquadramento rispetto ad altri servizi infermieristici: ADI, PUA, Ambulatori infermieristici e attività poliambulatoriale; Si conviene che la specifica professionalità richiesta non consenta una trasversalità dell'IFeC, sebbene lo stesso possa rapportarsi/integrarsi con le altre funzioni territoriali.
- Considerata la trasversalità delle competenze dell'IFeC è necessario un confronto anche con le altre professioni sanitarie, al fine di integrare i vari livelli di attività che allo stato attuale viene già erogata con le attività proprie dell'IFeC.

IL focus dell'attività è legato alla gestione della fragilità, ma devono essere sviluppate anche l'attività di medicina preventiva e le attività relative al rapporto con la scuola.

La tabella sottostante mostra gli obiettivi specifici dell'implementazione del modello organizzativo "Infermiere di Comunità" evidenziando le strategie, gli indicatori di processo e il valore standard minimo di riferimento per il raggiungimento degli stessi.

Obiettivo generale	Implementazione della figura professionale dell'Infermiere di Famiglia e Comunità a livello territoriale AV2		
Obiettivo Specifico	Strategia	Indicatore di processo	Valore standard
Individuazione della figura dell'Infermiere di Comunità, dei suoi ruoli e delle sue funzioni.	Analisi della letteratura scientifica ed elaborazione di un documento contenente quanto prefissato dall'obiettivo.	Documento elaborato	Presenza del documento
Individuazione del numero di infermieri, dipendenti ASUR, rispondenti ai requisiti richiesti dal Profilo Professionale dell'Infermiere di Comunità.	Coimpiego dell'Ufficio Gestione Personale ASUR e quantificazione del numero di Infermieri con Master di 1° Livello "Infermiere di Famiglia e Comunità"	Analisi elaborata	Presenza del documento
Analisi della Rete delle figure socio-sanitarie coinvolte (MMG, MCA, Stakeholder formali ed informali, Associazioni di volontariato, ...)	Redazione di un protocollo di intesa tra le varie figure previste nella rete di cura	Protocolli elaborati per ogni singola figura che collabora con l'Infermiere di Comunità	Presenza dei protocolli di intesa
Analisi della Rete dei servizi socio-sanitari utili agli utenti afferenti al contesto di riferimento	Elaborazione della mappatura dei servizi socio-sanitari	Mappature dei servizi socio-sanitari elaborata	Presenza del documento
Analisi dei Bisogni di salute dei cittadini afferenti al contesto di riferimento	Elaborazione della mappatura dei bisogni di salute dei cittadini afferenti	Mappatura dei bisogni di salute	Presenza del documento
Definizione dei percorsi di presa in carico degli assistiti	Redazione di un protocollo per la definizione dei percorsi di presa in carico degli assistiti	Protocollo di presa in carico degli assistiti	Presenza del documento
Definizione dei percorsi di integrazione tra l'Infermiere di Comunità e le Cure Domiciliari/ADI	Redazione di un documento in cui vengano definiti i percorsi di integrazione	Documento elaborato	Presenza del documento
Definizione del Setting strutturale e Processo logistico-organizzativo. Ricerca e/o richiesta dei presidi e delle attrezzature necessarie.	Individuazione della struttura e dei processi logistici	Formalizzazione del Setting organizzativo e dei processi di logistica	Presenza della struttura e dei processi di logistica
Organizzazione incontri informativi/formativi sul modello organizzativo dell'Infermiere di Comunità	Individuazione del percorso di formazione delle figure coinvolte	N° ore di docenza N° di personale formato	Presenza del documento di definizione della formazione
Condivisione e presentazione alla comunità del progetto di implementazione dell'Infermiere di Comunità	Stabilimento delle modalità di invito e coinvolgimento	Stesura della lettera d'invito e del depliant informativo per la cittadinanza	Data stabilità per l'incontro con la comunità atto a presentare il progetto

Al fine di stimare la fattibilità del progetto, rispetto alla reale disponibilità di risorse, raggiungibilità di obiettivi, complessità dei metodi, tempi e costi, è stata elaborata una griglia di fattibilità.

L'analisi della stessa evidenza ostacoli reali o potenziali alla fattibilità del progetto di miglioramento in oggetto che andranno opportunamente considerati.

Obiettivi specifici	Risorse			Chi realizza	Ostacoli	
	Necessarie	Disponibili	Attivabili		Reali	Potenziali
Individuazione della figura dell'Infermiere di Comunità, dei suoi ruoli e delle sue funzioni	Risorse umane	Si	Si	Direzione Inf./Ost. Coordinat. Inf.	No	No
Formalizzare la rete delle figure sociosanitarie coinvolte (MMG, MCA, Stakeholder formali ed informali, Associazioni di volontariato, ...)	Risorse umane Risorse tempo	Si	Si	Direzione Inf./Ost. Direzione di distretto AV2	No	Si
Mappare la rete dei servizi sociosanitari utili agli utenti afferenti al contesto di riferimento	Risorse umane Risorse tempo	Si	Si	Servizi Sociali Direzione di Distretto AV2	No	No
Mappare i bisogni di salute dei cittadini afferenti al contesto di riferimento	Risorse umane Risorse tempo	Si	Si	Direzione Inf./Ost. Istituto di Epidemiologia MMG, IC	No	No
Definire i percorsi di presa in carico degli assistiti	Risorse umane Risorse tempo	Si	Si	Coordinat. Inf. Cure Domiciliari IC, Infermieri	No	No
Organizzazione incontri informativi/formativi sul modello organizzativo dell'Infermiere di Comunità	Risorse umane Risorse tempo	Si	Si	Direzione Inf./Ost. Direzione di Distretto AV2 Ufficio Formazione	No	No

Il Diagramma di Gantt riporta gli obiettivi specifici del progetto con il rispettivo referente e un crono-programma ipotizzato inizialmente, con una conclusione di progetto ipotizzata al mese di Luglio, che risulta non rispettata.

Fasi di progettazione	mag-22	giu-22	lug-22	ago-22	set-22	ott-22	nov-22	dic-22	gen-23	feb-23	mar-23	apr-23	mag-23	giu-23	lug-23	ago-23	set-23	
Analisi della Letteratura scientifica																		
Analisi del Quadro normativo di riferimento (Panoramica Europea, Nazionale e Regionale)																		
Analisi delle Sperimentazioni concluse/in atto																		
Individuazione della figura dell'Infermiere di Comunità, dei suoi ruoli e delle sue funzioni																		
Formalizzazione della Rete delle figure socio-sanitarie (MMG, MCA, Stakeholder formali ed Informali, Associazioni di volontariato, ...)																		
Analisi della Rete dei servizi socio-sanitari utili agli utenti afferenti al contesto di riferimento																		
Analisi dei Bisogni di salute dei cittadini afferenti al contesto di riferimento																		
Definizione dei percorsi di presa in carico degli assistiti																		
Definizione dei percorsi di integrazione tra l'Infermiere di Comunità e le Cure Domiciliari/ADI																		
Definizione del Setting strutturale e Processo logistico-organizzativo. Ricerca e/o richieste dei presidi e delle attrezzature necessarie																		
Organizzazione incontri informativi/formativi sul modello organizzativo dell'Infermiere di Comunità																		
Condivisione e presentazione alla comunità del progetto di implementazione dell'Infermiere di																		

All'interno del progetto è presente l'analisi SWOT, conosciuta anche come matrice SWOT. Strumento di pianificazione strategica usato per valutare i punti di forza (Strengths), le debolezze (Weaknesses), le opportunità (Opportunities) e i rischi (Threats) di un progetto o in un'impresa.

Matrice SWOT	Punti di Vista Utente Stakeholder (Regione, ASUR, DAV2, ...) Professionisti
Strengths, i nostri punti di forza.	Potenziamento dell'assistenza sanitaria di primo livello. Modello assistenziale proattivo (Deospedalizzazione). Continuità assistenziale. (Cooperazione con MMG e PLS) Presa in carico dell'utente nella piena domiciliarietà. Rafforzamento delle potenzialità delle comunità locali. Prevenzione e screening per individui che richiedono percorsi personalizzati. Riduzione del volume di attività dell'assistenza ospedaliera all'utente fragile. Riduzione degli accessi inappropriati ai Pronto Soccorso. Facilitazione delle dimissioni protette. Facilitazione dei processi di educazione e promozione della salute. Migliore accessibilità ed orientamento ai servizi da parte dell'utente. Spendibilità Master 1° Livello "Infermiere di Famiglia e di Comunità"
Weaknesses, i nostri inevitabili punti deboli.	Carenza di personale infermieristico disponibile. Protratte tempistiche di realizzazione. Forma contrattuale definita per la figura dell'infermiere di famiglia. (Dipendente ASUR Marche, Libero professionista o Convenzionato)
Opportunities, le opportunità del mercato da cogliere.	Incremento della rilevanza assunta dall'assistenza territoriale, con l'avvento della Pandemia Covid-19 Risorse stanziati dal PNRR alla Mission Salute (15, 63 miliardi di euro)
Threats, le minacce esterne alla realizzazione dei nostri obiettivi.	Resistenze alla riconversione del sistema di assistenza territoriale. (ADI, MMG, PLS) Scarsa cooperazione e lavoro di equipe con i MMG/PLS.

Fondamentale nell'ideazione e progettazione del presente Lavoro è stato il Progetto "Infermiere di Comunità nel percorso assistenziale della cronicità" a cura della Dott.ssa Patrizia D'Incecco, Infermiere di Famiglia e Comunità attualmente attiva nel Quartiere Ponterosso – Piazza Salvo D'Acquisto.

Il Progetto è stato presentato il 05/04/2019 alla comunità del Quartiere di riferimento dal Sindaco del Comune di Ancona e dal Direttore Generale dell'ASUR Marche ed

avviato il 07/10/2019, a seguito dell'Accordo stipulato tra ASUR Marche-AV2 e Comune di Ancona.

La Direzione ASUR Marche -AV2 si è impegnata nell'attuazione del progetto mettendo a disposizione una figura professionale infermieristica provvista di esperienza sul territorio e di Master in Infermiere di Famiglia e Comunità, l'auto aziendale per il professionista sanitario e l'arredo dei locali, comprensivo del materiale sanitario e degli ausili necessari per l'erogazione dell'attività.

L'IFeC è presente nel quartiere 6 giorni su 7 per 6 ore/giorno, dal Lunedì al Sabato 7.00/13.00 con un apertura pomeridiana settimanale 13.00/19.00, ed esplica la sua attività sia in ambulatorio che a domicilio, calibrando il suo intervento in base alle caratteristiche della persona/famiglia e alle risorse della comunità, predisponendo percorsi assistenziali in stretta collaborazione con il MMG, l'Assistente Sociale, le Associazioni di Volontariato e con gli Operatori sanitari e sociali attivabili.

L'attivazione del Servizio viene sempre concordata con il MMG e le prestazioni assistenziali, concordate con gli utenti, sono programmate in base alla disponibilità dell'Infermiere.

Il Target di riferimento del servizio proposto è: Anziani > 65 anni, Malati oncologici e Malati cronici. Il progetto è estensibile però a tutti i cittadini della comunità di riferimento che abbiano necessità assistenziali a forte valenza sociosanitaria.

CAPITOLO 5 Risultati

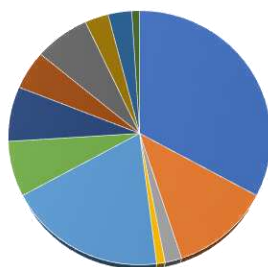
Il Progetto è ancora in una fase iniziale di ideazione e programmazione; Perciò, attualmente non sono disponibili risultati relativi alla sua implementazione.

A supporto si rimanda al Progetto “Infermiere di Comunità nel percorso assistenziale della cronicità” a cura della Dott.ssa Patrizia D’Incecco, Infermiere di Famiglia e Comunità attualmente attiva nel territorio individuato, che conta una popolazione di riferimenti di 5000 abitanti circa.

Dal 07/10/2019 al 31/12/2022 gli Assistiti presi in carico sono stati n° 253; L’attivazione è avvenuta per il 40% delle situazioni attraverso l’invio da parte del MMG, mentre per il restante 60% le persone seguite sono venute in contatto direttamente con l’IFeC e successivamente è stato informato il MMG per la condivisione del percorso assistenziale.

Durante il percorso attivato, nessuna persona seguita si è ricoverata o ha fatto accesso al PS per la problematica per la quale è stato implementato l’intervento dell’IFeC, solo 9 persone hanno avuto necessità di una visita urgente, fuori dagli interventi programmati da parte dell’IFeC.

Patologie prevalenti



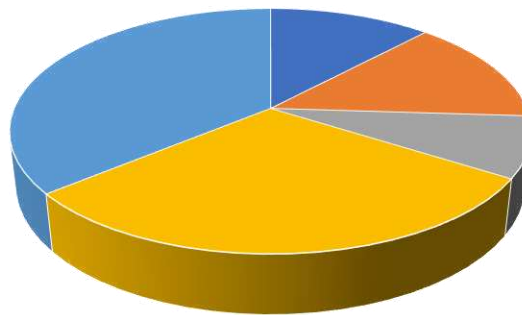
- Patologia non specificata
- Tumori
- BPCO
- Allettamento
- Altre Patologie
- Cardiopatia
- Demenza
- Diabete
- Eventi cerebrali ischemico/emorragico
- Fratture
- Ipertensione

Le principali problematiche cliniche delle persone prese in carico riguardano la sfera della cronicità: Cardiopatie, Eventi cerebro-vascolari, Neoplasie, Demenza/Alzheimer.

È Importante inoltre sottolineare come l'attivazione della figura dell'IFeC non sia legata esclusivamente all'insorgenza di un problema clinico, tanto che per il 33% delle persone prese in carico nella comunità la caratteristica patologica non è stata specificata.

Il numero totale degli interventi infermieristici attuati è pari a n°12.360.

Interventi Infermieristici attuati



- Interventi educativi di Promozione della salute
- Interventi Educativi di Empowerment
- Interventi di Integrazione della rete socio-sanitaria
- Interventi domiciliari di Proattività
- Interventi Tecnico-professionali

Gli stessi sono stati suddivisi in macroaree al fine di fotografare in maniera più significativa l'attività prestata, evidenziando in particolare, oltre le attività tecnico-professionali, le attività educative finalizzate allo sviluppo delle capacità di self care, le attività di promozione della Salute e le attività di integrazione della rete socio sanitaria.

I Risultati attesi sono schematizzabili in:

Integrare le competenze con altri professionisti sanitari, in special modo ridurre le distanze, talvolta presenti, con i Medici di Medicina generale, garantendo una presa in carico multiprofessionale condivisa delle problematiche di salute del cittadino direttamente presso il proprio domicilio.

Superare la attuale formazione infermieristica “a silos” presente nella assistenza domiciliare (Esperto in Chronic Care Model, Esperto in Sanità di iniziativa, Esperto in Cure palliative ecc.), per formare un professionista in ottica di estensività di competenze al fine di poter gestire i livelli iniziali di intervento sanitario o identificare precocemente le problematiche sociosanitarie interne alla famiglia o in una comunità.

Ridurre le chiamate improprie al 112 ed i conseguenti accessi impropri ai punti di Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri.

Implementare la figura dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità, con ambiti precisi di intervento delimitati da una suddivisione geografica e da un numero limitato di popolazione di riferimento, favorisce la risoluzione di problematiche di salute e garantisce una risposta immediata ed orientativa alle singole richieste da parte dell’utenza, riducendo, di fatto le attivazioni improprie ai servizi di emergenza presenti sul territorio. Il ruolo di “mentore” che l’Infermiere svolge in prossimità del cittadino riesce a dare risposta a quelle problematiche che molto spesso possono determinare un errato ricorso ai servizi della rete dell’urgenza tempo-dipendente.

CAPITOLO 6 **Conclusion**

Nel concludere questo progetto, che ha l'intento di implementare la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità all'interno dell'ASUR Marche Area Vasta 2, andando sia a colmare un gap rispetto alla parzialmente non posso che fare soffermarmi sulle basilari direttrici previste dalla bozza del D.M. 71 nella riorganizzazione della sanità territoriale utili al ripensamento e alla reingegnerizzazione del sistema territoriale.

Tra i pilastri del futuro in ambito domiciliare è da ritenersi irrinunciabile il potenziamento dei sistemi informativi utili allo sviluppo di una rete tra professionisti al fine di ridurre le distanze, aumentare l'equità di erogazione di servizi sanitari e sveltire i tempi di intervento.

Attualmente la realtà delle Regioni italiane vede quote sempre maggiori di anziani contrapposte ad una contrazione delle nascite, che si traduce con un innalzamento notevole dell'indice di vecchiaia all'interno del nostro paese. Con questi presupposti lo spazio strategico di intervento a disposizione della figura infermieristica diventa enorme, e si renderà necessario, oltre ad una sempre maggiore estensività competenziale in ambito proprio della professione, servirsi di fondamentali strumenti di supporto quali la telemedicina ed il teleconsulto al fine di migliorare l'interazione tra professionisti appartenenti al territorio e quelli ospedalieri, creando reti ospedaliero/territoriali, anche infermieristiche, efficaci per la cura delle principali malattie croniche.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- 1 OECD “Health at a Glance 2015 – OECD Indicators” OECDiLibrary
- 2 OECD “Health at a Glance 2016 – OECD Indicators” OECDiLibrary
- 3 Ministero della Salute “Piano nazionale Cronicità” Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autoome di Trento e di Bolzano, 15 settembre 2016
- 4 Claudio Baraldi “Teoria dei sistemi sociali e forme dell'interazione medico-paziente” Editore Corsi Gianfranco, 2015
- 5 Katie Coleman, Brian T. Austin, Cindy Brach, and Edward H. Wagner “Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium” NHI, 2016
- 6 International Council of Nurses – Position statement, 2002
- 7 Sasso L, Bagnasco A, Aleo G, Zanini M, Catania G, Pozzi F, Rodrigues C, et al. Report on the definition of a Professional Profile for the Family and Community Nurse (FCN). 2018.
- 8 Burleton, L. “Developing a community mental health nursing handover form” Nurs Stand,2013
- 9 Conferenza Stato Regioni Reperrto n°209 del 18 dicembre 2019 “Patto per la Salute 2019-2021”
- 10 OMS “Health 21 - Health for all in the 21st century” (1998)
- 11 Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche FNOPI “Infermiere di Famiglia e di Comunità” (2019)
- 12 Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) “Position Statement – L’Infermiere di Famiglia e di Comunità” (2020)
- 13 World Health Organization Regional Office for Europe (2012)
- 14 Next Generation Italia “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - PNRR” Italia Domani (2021)

- 15 Disegno di legge n° 1624 del 21 novembre 2021 “Istituzione della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità”
- 16 Donati P. “Teoria relazionale della società: i concetti di base. “Angeli F, editor. (2009)
- 17 Watson J. “Love and caring. Ethics of face and hand - an invitation to return to the heart and soul of nursing and our deep humanity.” Nurs Adm Q. (2003)
- 18 Bulmer M, Folgheraiter F. “Le basi della Community care. Sociologia delle relazioni informali di cura.” Erikson (1992)
- 19 Pellizzari M. “L'infermiere di comunità. Dalla teoria alla prassi.” Mc Graw Hill, (2008)
- 20 Deliberazione della Giunta Regionale Piemonte 12 giugno 2017, n. 32-5173 "Riconoscimento delle sperimentazioni parallele al progetto CoNSENSo Programma di cooperazione transnazionale Spazio Alpino 2014-2020"
- 21 Piano Regionale Socio-Sanitario 2023-2025 approvato in via definitiva dal Consiglio regionale con deliberazione n. 57/2023 il 9 agosto 2023.

RINGRAZIAMENTI

Mi è doveroso dedicare questo spazio del mio elaborato alle persone che hanno contribuito, con il loro instancabile supporto, alla realizzazione dello stesso.

Ringrazio vivamente la Direttrice del corso Gilda Pelusi per essere stata un punto di riferimento, presente e sempre disponibile in questi 2 anni di studi.

Un ringraziamento speciale alla mia relatrice Giovannini Donatella, per i suoi indispensabili consigli, per le conoscenze trasmesse, per la disponibilità e precisione dimostratemi durante il periodo di Tirocinio e stesura del Progetto.

Ringrazio infinitamente la mia famiglia, che mi ha sempre sostenuto, appoggiando ogni mia decisione, fin dalla scelta di perseguire questo corso di studi.

Infine, dedico questa tesi a me stessa, ai miei sacrifici e alla mia tenacia che mi hanno permesso di arrivare fin qui.