



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**CHRONIC CARE MODEL E  
INFERMIERISTICA DI COMUNITA':  
UNA RISORSA TUTTA DA SCOPRIRE**

Relatore: Chiar.mo

**MORENO CAMERUCCIO**

Tesi di Laurea di:

**MICHELE BORGOGNONI**

A.A. 2018/2019

## INDICE

INTRODUZIONE.....	2
<b>1. STORIA DEL CHRONIC CARE MODEL IN ITALIA.....</b>	<b>3</b>
1.1 <i>Funzione del Chronic Care Model</i> .....	4
1.2 <i>Chronic Care Model come supporto all'autocura</i> .....	5
1.3 <i>Medicina d'iniziativa</i> .....	5
<b>2. PATOLOGIE CRONICHE: CURA, PREVENZIONE E ASSISTENZA...6</b>	
2.1 <i>Il soggetto con maggior incidenza di cronicità</i> .....	9
2.2 <i>Percorsi diagnostici terapeutici - assistenziali nella cronicità</i> .....	11
<b>3. L'INFERMIERE E IL CHRONICAL CARE MODEL.....</b>	<b>12</b>
3.1 <i>Le cure domiciliari prestazionali</i> .....	12
3.2 <i>Infermiere di comunità come care manager</i> .....	15
3.3 <i>Ruolo infermieristico nella cura delle patologie croniche</i> .....	17
3.4 <i>Piano Nazionale della cronicità</i> .....	17
3.5 <i>Ruolo dell'infermiere nel Piano Nazionale</i> .....	19
<b>4. L'INFERMIERE DI COMUNITA' COME RISORSA FONDAMENTALE DELL'AUTOCURA.....</b>	<b>20</b>
4.1 <i>Presenza sul territorio</i> .....	21
4.2 <i>E' riconosciuto veramente come risorsa</i> .....	22
4.3 <i>Infermiere di corsia vs infermiere care manager</i> .....	22
<b>5. BENEFICI DEL CHRONIC CARE MODEL.....</b>	<b>25</b>
5.1 <i>Ospedale a domicilio</i> .....	26
5.2 <i>L'importanza del domicilio per i soggetti cronici</i> .....	27
5.3 <i>Il territorio diventa ospedale</i> .....	28
<b>6. DISCUSSIONE .....</b>	<b>30</b>
<b>7. CONCLUSIONI.....</b>	<b>34</b>
<b>BIBLIOGRAFIA / SITOGRAFIA.....</b>	<b>37</b>

## **INTRODUZIONE**

Nella nostra realtà non è ancora ben sviluppata la figura dell'infermiere che opera sul territorio e si prende carico della persona con determinati bisogni ancor prima che quest'ultima manifesta il proprio bisogno di assistenza.

In Italia solo negli ultimi anni si stanno introducendo nuovi pensieri e nuovi metodi di lavoro per far sì che vengano utilizzate al meglio le risorse di cui il Sistema Sanitario Nazionale dispone.

Nelle pagine che seguono si cercherà di mettere in relazione e descrivere il ruolo dell'infermiere di comunità (figura in sviluppo ma non ancora conosciuta nella nostra realtà) con la presa in carico del paziente cronico al proprio domicilio evitando le ospedalizzazioni non strettamente necessarie e migliorando la dignità e la qualità di vita della persona assistita.

In tutto il mondo stiamo andando incontro ad un sempre crescere di patologie croniche e loro complicanze con conseguente peggioramento dello stile di vita ed un continuo sovraffollamento dei reparti ospedalieri. Grazie ad un modello, sviluppatosi in California e adottato anche in Italia: il Chronic Care Model, ci si sta concentrando sulla risoluzione di questa problematica cercando di portare l'ospedale direttamente a casa del paziente, migliorando così il servizio erogato a livello territoriale e lo stile di vita dei soggetti che presentano queste patologie di complessa entità.

Il Chronic Care Model (CCM) è un modello di assistenza medica dei pazienti affetti da malattie croniche, ed è stato elaborato in seguito all'aumento delle patologie croniche degli ultimi anni che sono la principale causa di morte in gran parte del mondo. Tali malattie comprendono le cardiopatie, l'ictus, il diabete e le malattie respiratorie tra cui la BPCO.

Il Chronic Care Model è nato grazie al professor McColl e i suoi collaboratori dell'Institute for HealthCare Innovation della California. Il professor McColl e la sua equipe suggeriva un intervento proattivo (azione anticipata) tra il personale sanitario e i pazienti stessi, i quali, entrano a far parte attivamente del processo assistenziale. Si cerca perciò di passare da un concetto di sanità di attesa ad un concetto di sanità di iniziativa nella quale lo scopo principale è la prevenzione e la formazione della persona e dei caregiver ad affrontare determinate situazioni. Tale cambiamento si traduce in un enorme beneficio economico – sociale e in una diminuzione, perciò, dei ricoveri nelle strutture ospedaliere e una maggiore qualità e dignitoso stile di vita per i pazienti cronici.

## **1. STORIA DEL CHRONIC CARE MODEL IN ITALIA: REGIONE TOSCANA E L'INIZIO DEL CHRONIC CARE MODEL IN ITALIA**

In Italia la Regione Toscana è stata la prima a pianificare ed attuare i cambiamenti previsti dal Chronic Care Model. I cambiamenti evolutivi coinvolgono tutti i processi di pianificazione, gestione ed erogazione delle prestazioni, ricalcolando e modificando totalmente l'approccio e la relazione con gli utenti.

A livello delle risorse viene valorizzata e regolamentata la collaborazione con i servizi territoriali, perciò il paziente non viene più spinto verso l'ospedale ma è il sistema salute che va verso il cittadino stesso attraverso le ramificazioni dei servizi territoriali ed è per questo che ricoprono un ruolo fondamentale il medico di medicina generale e l'introduzione di figure come l'infermiere di comunità e il case manager. Inoltre vengono inseriti nel programma della cronicità anche altri servizi quali follow-up domiciliari e telefonici che permettono di seguire il paziente in maniera continuativa evitando così che l'assistito si senta solo ed isolato dal sistema salute.

Il piano di gestione della cronicità deve rispecchiare ed adeguarsi ad alcuni punti fondamentali per far sì che il sistema sia efficace:

1. Aderenza (per aderenza si intende l'osservanza del programma prestabilito sia dalla persona assistita sia dall'operatore sanitario, ci sarà perciò un continuo controllo e verifica ed eventuali modifiche in base agli obiettivi raggiunti)
2. Appropriatezza (si intende la corretta ed adeguata formulazione del percorso di cura da parte degli operatori sanitari. L'indicatore che evidenzia l'efficacia di questo punto è rappresentato dal numero e dalla frequenza del ricorso all'ambito ospedaliero (accessi al PS e ricoveri per cause correlate alla patologia di base).
3. Prevenzione (è l'obiettivo fondamentale del programma e si intendono tutte le azioni che devono essere messe in atto per effettuare una corretta prevenzione primaria su persone a rischio di patologia cronica, l'indicatore di questo obiettivo è rappresentato dal numero delle persone identificate e registrate come a rischio di patologia sul totale degli assistibili di un singolo team)
4. Cure Domiciliari (l'obiettivo è uno dei fondamentali in quanto prevede di mantenere il più possibile la persona malata all'interno dell'ambiente familiare e perciò il più conosciuto e cercare di ridurre il più possibile il rischio di istituzionalizzare il paziente in sedi ospedaliere, RSA. Il Modello organizzativo deve perciò elaborare un modo per far fronte alle difficoltà nella mobilità della persona e provvedere a garantire servizi territoriali efficienti)
5. Educazione (I professionisti sanitari che operano sul territorio e si prendono carico della persona nel suo insieme patologico devono

essere chiari ed efficienti nelle spiegazioni e perciò tutte le informazioni fornite devono essere di semplice apprendimento anche al caregiver e a tutti i familiari. L'indicatore di successo di questo obiettivo è definito dal contatto tra gli operatori sanitari e la persona assistita in un arco di tempo ben definito)

6. Conoscenza e competenza (Il personale che opera a contatto con la persona affetta da patologie croniche, in quanto possono essere anche molteplici e complesse, deve possedere conoscenze adeguate e ampie al fine di soddisfare a pieno le esigenze e la richiesta assistenziale dell'utente. Questo obiettivo può essere raggiunto attraverso due principali target: La formazione universitaria specialistica e il sistema di formazione continuo obbligatorio su questi temi).

### **1.1 FUNZIONE DEL CHRONIC CARE MODEL**

Il Chronic Care Model (CCM), si basa come già introdotto, sul presupposto di inserire la persona all'interno di un percorso appropriato per trattare la sua patologia ed evitare le complicanze più comuni; questo obiettivo è attuabile grazie ad un intervento proattivo (coinvolgimento della persona all'interno di un processo adeguato al proprio bisogno assistenziale).

Perciò il CCM deve essere un modello da seguire per costruire ed articolare una rete di servizi al fine di informare ed intervenire rapidamente ed efficacemente sia sulla persona coinvolta che sul proprio case manager.

Per indentificare il bacino di utenza che necessita di assistenza si ricorre alla stadiazione cioè una differenziazione della popolazione in sub-target indentificate sulla base della complessità assistenziale, in relazione allo stadio di sviluppo della malattia, all'esistenza o meno di complicanze e specifici bisogni e alla copresenza di altre patologie che possono influire sulla stabilità della condizione.

Questa classificazione risulta fondamentale per definire le strategie e i relativi interventi di azione più appropriati per i singoli sub-target e organizzare i Piani di cura rispettando il principio di centralità del paziente e delle sue scelte e riducendo gli interventi non strettamente necessari.

## **1.2 CHRONIC CARE MODEL COME SUPPORTO ALL'AUTOCURA**

All'interno degli obiettivi principali del CCM oltre che al miglioramento dei servizi territoriali e all'incremento delle banche dati nazionali sulle persone portatrici di patologie croniche, è possibile individuare un altro punto fondamentale: la promozione della salute al fine di favorire l'autocura e prevenire complicanze.

Gli operatori che fanno parte della rete territoriale devono essere a conoscenza delle possibili complicanze e mettere al corrente la persona assistita cercando di educarla sugli stili di vita corretti e gli stili che invece andrebbero modificati per far sì di raggiungere un benessere senza rischi. Questa campagna di prevenzione e miglioramento della salute va condivisa su tutto il livello nazionale ed andrebbe istituito un organo di vigilanza che verifica l'attuazione di questi piani ed eventualmente modifichi ciò che non è coerente con gli obiettivi prefissati, in tal modo, in ogni regione si hanno le stesse cure e la stessa presa in carico del paziente senza troppe disuguaglianze tra un territorio ed un altro.

## **1.3 MEDICINA D'INIZIATIVA**

Il CCM può essere perciò considerato una medicina d'iniziativa ovvero un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche che non aspetta il cittadino in ospedale (medicina d'attesa), ma gli va incontro prima che le patologie insorgano o si aggravino garantendo, perciò, interventi adeguati e differenziati in base al rischio e al tipo di patologia, oltre che attività di prevenzione ed educazione. Alla base del funzionamento di questo sistema vi è la costruzione di un team assistenziale composta da varie figure professionali (MMG e infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali) che hanno uno scopo comune e collaborano a stretto contatto per ottenere risultati efficaci rispetto al paziente preso in carico. La medicina d'iniziativa cercando di intercettare il cittadino prima che esso avanzi una richiesta è molto utile anche a livello gestionale, infatti, si diminuiscono le ospedalizzazioni non strettamente necessarie e si va a risparmiare anche in termini economici.

Le caratteristiche di questo modello sono:

- a. Personalizzazione del percorso;
- b. Gestione proattiva del piano di cure;
- c. Condivisione della presa in carico da parte di un team multidisciplinare;
- d. Continuità nell'assistenza;
- e. Focus sul processo di empowerment;

- f. “Patto di cura” fra il team e il paziente;
- g. Focus sulla prevenzione, sia primaria (attività volte ad evitare la comparsa e la manifestazione di una patologia) che secondaria (attività di diagnosi precoce comunemente detta screening che non è volto ad evitare la comparsa della patologia, ma serve solo per diagnosticarla tempestivamente).

In breve perciò la medicina d’iniziativa:

- Identifica la popolazione target (persone affette da patologie croniche o persone in determinate situazione di fragilità);
- Stratifica la popolazione (differenzia l’utenza in base alla complessità);
- Definisce un modello di presa in carico per intensità di cura (alto, medio o basso rischio e tratta le problematiche con coinvolgimento di team multidisciplinari e risorse differente in base al grado di complessità).

## **2. PATOLOGIE CRONICHE: CURA, PREVENZIONE E ASSISTENZA**

Le patologie croniche sono la maggior causa di morte in tutto il mondo. Si tratta di un vasto gruppo di malattie con lenta insorgenza e che permangono a vita e comprendono: cardiopatie, ictus, cancro, diabete e malattie respiratorie croniche (BPCO), oltre che, malattie mentali, disturbi muscolo-scheletrici e dell’apparato gastrointestinale e i difetti della vista e dell’udito e le malattie genetiche.

Alla base di ognuna di queste malattie croniche, ci sono i fattori di rischio, i quali possono essere comuni e modificabili tra cui: alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol e droghe e mancanza di attività fisica. Queste cause possono generare i fattori di rischio intermedi, ovvero, l’ipertensione, la glicemia elevata, l’ipercolesterolemia e l’obesità. Ci sono anche i fattori di rischio non modificabili che sono l’età e la predisposizione genetica.

Ad oggi in tutto il mondo si cerca di prevenire efficacemente l’avanzata delle malattie croniche attraverso campagne di sensibilizzazione rivolte alla popolazione, informando e formando l’utenza circa i rischi cui si va incontro se non si segue uno stile di vita e sano ed equilibrato.

Esistono alcuni aspetti trasversali dell’assistenza alla cronicità e sono: a) disuguaglianze sociali; b) diffusione delle competenze; c) appropriatezza nell’uso delle terapie e delle tecnologie ed aderenza alla terapia; d) sanità digitale; e) umanizzazione delle cure; f) il ruolo dell’Associazione; g) il ruolo delle farmacie.

Per ciascuno verranno descritti gli aspetti più importanti e alcuni obiettivi utili per far fronte efficacemente all'assistenza alla persona portatrice di patologie croniche.



- a) Disuguaglianze sociali (l'obiettivo è quello di garantire pari opportunità di accesso ad un'assistenza di qualità, con particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di disagio e/vulnerabilità sociale, sia per le persone a rischio che per quelle affette da patologie croniche). I risultati attesi per questo punto sono l'incremento di iniziative finalizzate a migliorare l'accesso all'assistenza a persone in contesti sociali difficili e implementare i modelli e strumenti per favorire la formazione dei pazienti e dei caregiver. Un'ulteriore risultato è quello di aumentare i servizi territoriali per i soggetti in condizioni di disagio sociale. Questo è importante in quanto le disuguaglianze sociali sono uno dei fattori più importanti nel determinare le condizioni di salute e una situazione complessa o non agevole può determinare o meno l'accesso a servizi di prevenzione e di assistenza adeguata alla patologia rilevata.
- b) Diffusione delle competenze, formazione e sostegno alla ricerca: l'obiettivo è quello di aumentare e diffondere le competenze tra gli operatori favorendo lo scambio di informazioni; promuovere la formazione continua del personale; aumentare le conoscenze circa la prevenzione, la diagnosi e il trattamento; sostenere la ricerca finalizzata a migliorare i processi di cura; creare un collegamento tra ricerca ed assistenza favorendo un metodo comune di espressione. I risultati attesi sono: un incremento delle attività di collaborazione tra SS (servizio sanitario), università e altri organi istituzionali finalizzate ad incrementare i processi formativi del personale sanitario; incrementare il numero di iniziative formative del personale sanitario e destinato alla persona con fragilità e



patologie croniche. Questo Punto è di fondamentale importanza perché l'informazione è il mezzo per disseminare una cultura in grado di migliorare la conoscenza e l'assistenza alle patologie croniche.

- c) Diffusione e appropriatezza nell'uso delle terapie, delle tecnologie ed aderenza alle terapie: gli obiettivi sono quelli di promuovere l'appropriatezza nell'uso delle terapie e delle tecnologie diagnostico-terapeutiche; Migliorare l'aderenza terapeutica e garantire il diritto all'accesso alle tecnologie diagnostiche e terapeutiche, favorendo l'impiego di strumenti di qualità riducendo al massimo i rischi.

In questo punto è molto importante ricercare ed implementare sistemi informatizzati per individuare, monitorare e ricercare continuamente sia il paziente che i percorsi più adatti a lui in modo da essere sempre aggiornati sul raggiungimento degli obiettivi, dal cambio di uno di esse e dal grado di appropriatezza dell'intervento programmato.

- d) Sanità digitale: nell'ambito della cronicità i servizi di Telemedicina (modalità di erogazione di servizi assistenziali, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle tecnologie di informazione e comunicazione) possono realizzare le seguenti finalità sanitarie:

1. Prevenzione (attraverso servizi dedicati alle persone già classificate a rischio o già affette da patologie che devono continuamente avere un monitoraggio della loro condizione clinica);

2. Diagnosi (attraverso la rapida e sicura circolazione delle informazioni tra i diversi operatori per esempio risultati di esami ematici, parametri vitali o esami diagnostici);

3. Cura e riabilitazione (si utilizzano sistemi elettronici ed informatizzati per comunicare a distanza con l'utente e seguirlo nel percorso riabilitativo o nella prescrizione di farmaci, integratori o esercizi per il corpo).

La telemedicina è fondamentale nel nostro sistema per garantire un servizio disponibile, rapido e continuo alle persone in difficoltà o con continua necessità di assistenza.

- e) Umanizzazione delle cure: l'obiettivo è quello di promuovere interventi di umanizzazione in ambito sanitario che, nel rispetto della centralità della persona con cronicità, coinvolgano aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza. I risultati attesi sono un incremento delle iniziative di raccolta delle informazioni sulla qualità dei servizi percepita dagli utenti ed un incremento di iniziative per tutelare la salute psicofisica degli operatori promuovendo l'ascolto e l'accoglienza della persona.

- f) Il ruolo delle Associazioni di pazienti e delle loro famiglie: l'obiettivo è quello di coinvolgere le associazioni di tutela delle persone nelle decisioni a livello nazionale, coinvolgere la famiglia della persona con patologia cronica in modo da redigere un piano anche in base ai

reali bisogni sia della persona, che di coloro che se ne occupano. Per fare ciò è necessario censire le associazioni operanti sul territorio, nominare un responsabile e partecipare agli incontri tra il SS e il territorio.

- g) Ruolo delle farmacie: L'obiettivo è quello di rendere le farmacie e il loro personale un punto chiave nella prevenzione e nell'educazione sanitaria, soprattutto per quanto riguarda l'aderenza alla terapia e la sua importanza. Per far sì che ciò diventi possibile è necessario che il farmacista entri a far parte dei programmi di formazione sulla cronicità e sia ben informato sulle complicità, le procedure e i farmaci più adatti per quei determinati soggetti.

Tutti questi obiettivi ed interventi sono fondamentali per prendere in carico la persona in modo efficace e soprattutto come ribadito più volte in una modalità olistica, cioè, in modo completo e all'avanguardia.

## **2.1 IL SOGGETTO CON MAGGIOR INCIDENZA DI CRONICITA'**

Per ogni patologia cronica vi sono differenti fattori e soggetti più o meno a rischio, ora, per alcune delle principali patologie croniche analizzeremo gli individui più a rischio di esserne affetti:

- **Artrite reumatoide:** artropatia infiammatoria cronica, invalidante e se non trattata precocemente mediante terapia farmacologica e successiva terapia riabilitativa, questa malattia determina un danno irreversibile alle articolazioni colpite ed è perciò una causa importante di invalidità. Essa colpisce con maggior frequenza gli individui di sesso femminile e può insorgere in ogni età (esordio più frequente tra i 30 e i 55 anni). In Italia i casi di Artrite reumatoide sono circa 350.000 (secondo piano Nazionale della Cronicità). Per intervenire precocemente ed efficacemente su questa patologia, i medici di medicina generale svolgono un ruolo chiave in quanto, conoscendo il proprio paziente devono vigilare e verificare il buono stato funzionale delle articolazioni e segnalare eventuali criticità.
- **Malattie Infiammatorie croniche Intestinali:** Morbo di Crohn (caratterizzato da un processo infiammatorio cronico che coinvolge uno o più segmenti del tratto digerente), Retto colite ulcerosa (processo infiammatorio cronico che coinvolge la mucosa del colon). Gli studi su queste patologie in Italia non sono state ben approfondite e ad oggi esistono solo stime approssimate (10-15 casi su 100.000 abitanti). Solitamente gli individui affetti da queste patologie sono trattati in reparti ospedalieri in quanto la patologia cronica è spesso coperta da sintomi in fase acuta, anche in questo caso il Medico di medicina generale (MMG) svolge un ruolo fondamentale sulla diagnosi e la segnalazione all'ente competente.

- **Scompenso Cardiaco:** è una grave manifestazione, spesso finale, di una serie di patologie cardiache e non cardiache che causano alterazioni strutturali e funzionali del sistema cardiovascolare con affaticamento cardiaco. I soggetti più a rischio sono gli anziani con età > 65 anni. Queste patologie sono in aumento a causa dell'invecchiamento generale della popolazione e per far fronte a questo problema si sta organizzando una modalità assistenziale multi-disciplinare in modo tale da ridurre le ospedalizzazioni, trattando ed evitando riacutizzazioni e complicanze con servizi territoriali o prestazioni ambulatoriali.
- **Malattia di Parkinson:** patologia neurodegenerativa cronica e progressiva del sistema nervoso centrale, tipicamente caratterizzata da sintomi motori cardinali quali bradicinesia, rigidità e tremore che, con l'evoluzione del quadro clinico si può anche associare ad instabilità posturale. In Italia si calcolano circa 230.000 persone colpite da questa malattia (circa 60% uomini e 40% donne; l'età in cui si manifesta la patologia è tra i 50 e i 70 anni). Gli esperti dell'Istituto Superiore di Sanità, a causa del progressivo invecchiamento della popolazione si aspettano un aumento di questa patologia.
- **Bronco pneumopatia cronico ostruttiva (BPCO)** condizione patologica dell'apparato respiratorio caratterizzata da ostruzione al flusso aereo persistente causato dall'inalazione di sostanze nocive (es: fumo di tabacco, inquinamento atmosferico ed infezioni respiratorie ricidive) che determinano un quadro di infiammazione cronica. A livello mondiale si stima che la BPCO diventerà la terza causa di morte proprio a causa dell'aumento delle sostanze inquinanti nell'ambiente e dei soggetti fumatori. I soggetti colpiti sono sia uomini che donne e nella maggior parte dei casi questa patologia può essere la causa di complicanze e affaticamento anche grave dell'attività respiratoria in soggetti portatori di altre patologie.

## **2.2 PDTA NELLA CRONICITA'**

I Percorsi–diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) sono interventi complessi basati su evidenze scientifiche.

Per PDTA si intende, tutto l'iter che il paziente segue dal primo contatto con il sistema sanitario al trattamento terapeutico post–diagnostico e alla sua presa in carico olistica.

I PDTA ricoprono un ruolo fondamentale nella medicina d'iniziativa, infatti, con la costruzione di un percorso di assistenza, la persona viene continuamente monitorata e resa partecipe delle scelte e del percorso che deve seguire, attivando una serie di procedure rivolte alla prevenzione di ricadute o complicanze. L'elaborazione e l'introduzione di PDTA nel sistema sanitario e di presa in cura del cittadino sono vantaggiosi anche a livello economico, infatti, si riescono a risparmiare risorse che possono essere utilizzate per la formazione professionale, per l'incremento di strumentazioni diagnostiche e per garantire servizi continuativi e di qualità a livello territoriale.

La realizzazione di tale percorsi ha l'obiettivo di eliminare la discontinuità tra i tre classici livelli assistenziali (assistenza primaria, specialistica territoriale e degenza ospedaliera) dando origine a una continuità che include l'individuazione di specifici “prodotti” da parte di ogni attore assistenziale in rapporto all'obiettivo prefissato.

Il PDTA, inoltre, può essere considerato uno strumento di Governance (insieme di principi, regole e procedure che riguardano la gestione e il governo di una società, di un istituzione e di un fenomeno collettivo), perché si costruisce attraverso l'individuazione e la valorizzazione di tutti i componenti della filiera assistenziale, indipendentemente da loro posizionamento nel percorso, contrastando logiche di centralità di servizi e di professionisti, esaltando la multi-centralità ed il valore dei contributi di ognuno.

Grazie a questi percorsi assistenziali, è possibile stabilire una relazione dinamica tra professionista e paziente “persona” e non più come “caso clinico” in modo da mantenere una relazione e un obiettivo da raggiungere comune ad entrambe le figure.

### **3. L'INFERMIERE E IL CHRONIC CARE MODEL**

In questo paragrafo analizziamo l'interazione che decorre tra il modello della presa in carico del paziente cronico e il ruolo che l'infermiere ricopre per far sì che tutto ciò avvenga.

L'infermiere è un professionista sanitario che si occupa di salvaguardare la salute del cittadino ed erogare la corretta prestazione assistenziale all'utente; Il Chronic Care Model, avendo alla propria base la presa in carico olistica del paziente e la risoluzione di alcune criticità presenti nel sistema sanitario introduce alcuni aspetti da non sottovalutare di collaborazione tra i diversi professionisti, per cui anche tra infermiere e sistema sanitario.

Il CCM tende a sperimentare un modello volto ad ampliare sempre più il contatto tra istituzione e organi territoriali, ad attivare nuove forme di integrazione tra il sociale e il sanitario e tutte quelle risorse presenti nelle comunità in modo da valorizzare quelli che sono i principi: solidarietà e disponibilità verso gli altri.

Il CCM, inoltre, tende a trovare nuove risposte e modalità assistenziali alle sempre più ingenti richieste della popolazione, ma sempre rispettando il fabbisogno di ogni singolo individuo. Ed è proprio in questo punto che entrano in gioco gli infermieri di comunità: persone che conoscono e vivono quotidianamente il territorio, in cui lavorano e si interessano a conoscere le esigenze e i punti deboli di ogni comunità, mantenendo sempre il rispetto per il singolo.

Secondo il CCM le figure professionali che attuano azioni di salvaguardia, riabilitazione e cura devono essere supportate da un sistema ben organizzato e che sia in grado di rispondere tempestivamente alle esigenze e con professionalità essendo in grado di gestire al meglio le risorse umane di cui dispone e se necessario anche attivando vere e proprie task force di operatori sanitari con unico scopo quello di garantire la salvaguardia e il miglioramento a livello clinico, spirituale, psichico e relazionale della condizione della persona assistita.

#### **3.1 CURE DOMICILIARI PRESTAZIONALI**

Le cure domiciliari prestazionali consistono in trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza a persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità. Nell'ambito delle cure domiciliari, è fondamentale la collaborazione con i servizi sociali dei comuni per comprendere e stabilire un percorso più idoneo.

Gli obiettivi delle cure domiciliari sono:

- L'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio, evitando le ospedalizzazioni;
- La continuità assistenziale post-dimissione in soggetti con particolari necessità;
- Il supporto alla famiglia;
- Il recupero delle capacità e dell'autonomia dopo il periodo di ospedalizzazione.

Le cure domiciliari sono articolate su tre livelli principali e solitamente vengono attivate in fase di post – ricovero. Gli individui che hanno maggior necessità della presa in carico a domicilio e a lungo termine sono gli anziani in quanto in condizione di maggior fragilità, come si può leggere dai LEA 2008: “Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizione di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita”. I LEA, inoltre, come citato precedentemente, prevedono che le cure domiciliari siano articolate in diversi livelli:

- “Cure domiciliari prestazionali” sono caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato. Esse costituiscono una risposta prestazionale e professionale qualificata ad un bisogno di tipo medico, infermieristico o riabilitativo, che, anche se ripentendosi nel tempo non richiede alcun tipo di valutazione multidisciplinare né prestazioni multi professionali integrate. Queste prestazioni sono richieste dal medico responsabile del processo di cura del paziente e hanno come obiettivo quello di soddisfare un bisogno semplice nei casi in cui il paziente presenti limitazioni che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali.
- “Cure integrate di primo e secondo livello”, sono erogate secondo il sistema ADI e si rivolgono a persone che pur non avendo sintomatologie complesse o criticità particolari, necessitano di interventi programmati che si articolano su 5 giorni (1° livello) o 6 giorni (2° livello). Le cure integrate di primo e secondo livello prevedono un ruolo centrale del medico di medicina generale che si assume la responsabilità dei processi di cura sanitari. Questi due livelli prevedono la stipulazione di un processo personalizzato frutto di una valutazione multidisciplinare.
- “Cure integrate di terzo livello”, assorbono l'assistenza territoriale domiciliare rivolta ai pazienti nella fase terminale e sono caratterizzate da una risposta intensiva ai bisogni di elevata complessità erogata da una équipe in possesso di specifiche

competenze. Queste cure consistono in interventi mirati a malati con presenza di criticità specifica e sono riferite a: malati terminali, pazienti con supporto di ventilazione invasiva, pazienti in stato vegetativo e stato di coscienza minima o transitoria.

- “Cure domiciliari palliative” sono quegli interventi messi in atto in modo tale da ridurre ulteriore sofferenza alla persona in fase terminale, queste prestazioni vengono sempre erogate dopo aver redatto il PAI e sono fornite da professionisti competenti in questo ambito. Le cure palliative sono comprese all’interno delle cure domiciliari di terzo livello come descritto nel precedente punto.

Queste prestazioni che il sistema sanitario nazionale è tenuto a fornire ai cittadini può essere o a titolo gratuito o mediante pagamento di una quota di partecipazione denominata ticket.

I LEA sono stati definiti dal ministero della salute e comprendono 3 macro gruppi con al loro interno tutte le prestazioni e i servizi che il sistema sanitario deve fornire in ogni organo territoriale.

- Prevenzione e sanità collettiva: comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alla popolazione e ad ogni singolo individuo.
- Assistenza distrettuale: tutti i servizi dislocati sul territorio al servizio della cittadinanza.
- Assistenza ospedaliera: tutti i servizi erogati dalle strutture ospedaliere tra cui i ricoveri e i servizi di emergenza urgenza territoriali.

I LEA sono continuamente monitorati e revisionati in base al cambiamento del bacino di utenza e delle richieste che i cittadini avanzano.

Come ampiamente descritto precedentemente, la commissione LEA ha redatto i principali obiettivi delle cure domiciliari sono alla base del modello organizzativo e sono:

- a. Condizione di non auto- sufficienza, di fragilità e patologie in atto o esiti di stesse che necessitano di cure erogabili direttamente al domicilio;
- b. Adeguato supporto familiare;
- c. Idonee condizioni abitative;
- d. Consenso informato da parte della persona presa in carico;
- e. Presa in carico da parte del proprio medico.

Per far sì che questi punti vengano attuati è necessario promuovere la creazione di punti unici di accesso (PUA), fulcro organizzativo del governo della domanda, predisposto ad intercettare e a rispondere alle richieste dei cittadini garantendo il servizio territoriale domiciliare o distrettuale.

La modalità con cui il PUA prende in carico una persona si articola su due livelli:

1. Primo contatto: valutazione in grado di indentificare le eventuali necessità di intervento
2. Valutazione Multidimensionale di dettaglio: le figure professionali che operano sul territorio in collaborazione con il medico di medicina generale della persona assistita redigono un piano di intervento efficace.

Una volta che l'utente si reca al PUA, esso attiva un altro organo fondamentale del servizio territoriale che è l'Unità Valutativa Integrata(UVI) composta da un nucleo stabile a cui fanno parte almeno tre figure professionali, quali, Medico distrettuale, Coordinatore infermieristico e Assistenze sociale (espressione del territorio in cui l'intervento è richiesto). Questa unità ha come compito quello di analizzare la domanda di intervento assistenziale e valuta la persona non autosufficiente e assegna un percorso di cura, inoltre, individua le modalità con cui la prestazione deve essere erogata e individua i tempi previsti per la realizzazione del PAI redatto.

Le cure domiciliari prestazionali perciò si attivano in seguito ad una richiesta da parte del cittadino e hanno un limite temporale:

1. A breve termine: da 15 a 30 giorni;
2. A medio termine: fino a 90 giorni circa;
3. A lungo termine: fino a 180 giorni.

### **3.2 L'INFERMIERE DI COMUNITA' COME CARE MANAGER**

L'infermiere di comunità ricopre un ruolo di massima importanza in tutto ciò che riguarda la presa in carico e l'assistenza della persona affetta da patologie e ricopre un ruolo ancora più importante nell'assistenza a persone portatrici di patologie croniche; Ma andiamo a vedere nel dettaglio chi è l'infermiere di comunità e che ruolo svolge nell'assistenza a questa tipologia di pazienti;

L'infermiere di Comunità è una figura professionale che viene formata per dirigere ed incoraggiare la famiglia e la persona assistita identificando i bisogni di salute e indicando la miglior strada nell'utilizzo dei servizi sanitari. Questa figura tanto importante ma ancora non molto diffusa e conosciuta ha come obiettivo principale quello di promuovere e proteggere la salute dell'individuo e della popolazione per tutto l'arco della vita cercando di ridurre l'incidenza e l'aggravarsi di quelle patologie e complicanze più comuni.



Ricoprendo un ruolo così importante l'infermiere deve anche saper affrontare determinate situazioni e mettersi in gioco in prima persona al fine di permettere:

- Una continuità assistenziale alla persona presa in carico;
- Una scelta informata nella pratica assistenziale concordata con l'utente e il suo caregiver
- Identificare la giusta metodologia nell'utilizzo dei servizi consigliando poi alla famiglia e all'assistito;
- La promozione e la protezione della salute dell'individuo e della popolazione;
- Un lavoro attivo al fine di ridurre le patologie e complicanze più comuni e alleviando le sofferenze causate da patologie;
- Consulenze sul territorio utili all'utenza
- Un servizio efficiente e di livello in seguito ad una formazione personale continua.
- Prevenire e conoscere l'utenza presente sul suo territorio di azione in modo da essere a conoscenza di eventuali cambiamenti o modifiche.

In letteratura la prima persona che ha introdotto il termine self-care è Dorothea Orem; lei disse che di norma gli adulti sono in grado di soddisfare i propri fabbisogni a differenza dei bambini, degli anziani e delle persone con malattie o disabilità. E' proprio in questo caso che entra in gioco l'infermiere di comunità che si occupa del mantenimento dell'equilibrio tra la solitudine e l'integrazione sociale, previene i rischi per la vita attraverso azioni attive e promuove la normalità all'interno dei gruppi sociali. In Italia l'infermiere di comunità e territorio nel caso di presa in carico della persona può avvalersi di differenti modalità organizzative in base alla propria formazione e al territorio su cui opera.

1. Primary nursing care: in questo modello l'infermiere è reperibile all'utente nell'arco delle 24 ore ed è in grado di fornire l'assistenza di cui l'assistito ha bisogno;
2. Team nursing care: l'infermiere si trova a collaborare con altri professionisti al fine di trovare un percorso adatto alla persona;
3. Magnet Hospitals: gli infermieri collaborano attivamente ed instaurano un rapporto di confidenza e collaborazione attiva con il personal medico e insieme consigliano e tracciano un percorso alla persona assistita. Questo rapporto è migliore in ambito territoriale piuttosto che in quello ospedaliero dove è molto visibile il distacco presente tra le due professioni.
4. Nurse Car Manager: l'infermiere si concentra maggiormente alla risoluzione dei problemi sociali e relazionali oltre che a quelli assistenziali e non a quelli strettamente sanitari.

### **3.3 RUOLO INFERMIERISTICO NELLA CURA DELLE PATOLOGIE CRONICHE**

L'infermiere di comunità conoscendo il territorio in cui eroga le proprie prestazioni e le persone che questo comprende deve essere in grado di erogare l'adeguato servizio anche seguendo le linee/ livelli introdotti nel piano di cronicità basato sul CCM:

1. Primo target: assistiti complessi ad alto consumo di prestazioni sanitarie e alta probabilità di ricovero ed eventi avversi (patologia cronica già complessa)
2. Secondo Target: Assistiti con alto rischio cardiovascolare, l'infermiere cerca di ridurre le complicanze e perciò le ospedalizzazioni dei soggetti con queste patologie in modo da gravare meno sui servizi ospedalieri
3. Terzo Target: Assistere i soggetti con basse criticità istruendoli all'autocura e formandoli su piccole accortezze da adottare per evitare complicanze e mantenere perciò uno stile di vita soddisfacente.

Si ritorna perciò al concetto di azione proattiva dove il professionista non attende il cittadino in caso di bisogno ma grazie alle conoscenze e alla propria formazione è in grado di rintracciarlo e prendersi cura di lui prima che la malattia si riacutizzi o si manifestino le complicanze.

### **3.4 PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITA'**

E' un accordo tra lo stato e le regioni che si concentra sulla presa in carico e la cura delle persone affette da patologie croniche, il documento è suddiviso in due parti; la prima recante gli indirizzi generali per la cronicità e la seconda che contiene gli approfondimenti sulle principali patologie croniche e i bisogni assistenziali specifici per ognuna di esse.

Il piano è rivolto principalmente a persone anziane, spesso affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente, le cui esigenze assistenziali sono oltre che determinate da fattori clinici anche da altri fattori quali: status sociale, status familiare e accessibilità alle cure.

All'interno del piano è stato anche introdotto il "triangolo di differenziazione della popolazione", elemento in comune con il CCM, il quale differenzia la popolazione con patologia cronica in sottogruppi sulla base dello stadio di sviluppo della stessa e in base a questa

classificazione si andrà ad agire per far sì che l'utente riceva l'assistenza adeguata alle proprie esigenze (Immagine 1)

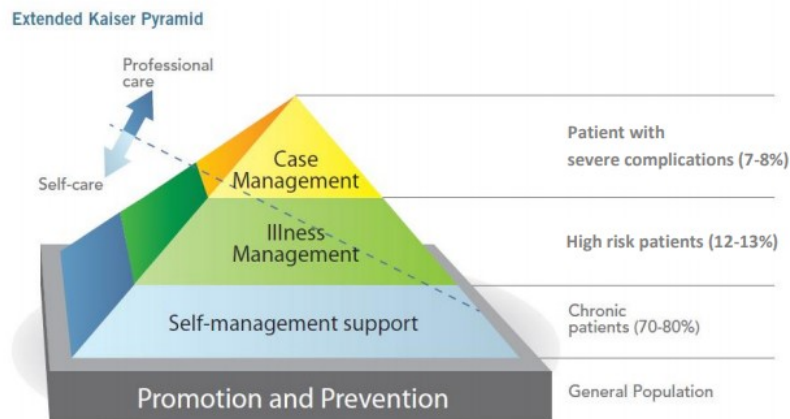


Immagine 1 (Dal Piano nazionale della cronicità)

Come in ogni altro sistema sociale alla base della piramide vi è sempre la prevenzione delle patologie e più si sale verso l'apice della piramide più si incontra una situazione critica che comporta la presa in carico della persona da parte di molteplici figure professionali con competenze specifiche che interagiscano e costruiscano tra loro un percorso integrato ed efficace nel tempo che porti un giovamento al malato.

Un altro punto trattato nel piano è il concetto di appropriatezza di un intervento sanitario, esso si definisce appropriato se è di provata efficacia, è stato prescritto al paziente corretto, nel momento giusto e per una durata adeguata, inoltre, gli effetti sfavorevoli devono essere accettabili e devono comunque prevalere i benefici. Per identificare e far sì che questo accada è necessario che i professionisti vigilino e siano partecipi alle scelte e alla formazione delle persone assistite elaborando insieme un piano di azione ed identificando le criticità che si andranno ad affrontare anche con l'ausilio del care giver.

Il Piano Nazionale, inoltre, identifica l'ospedale come uno snodo di alta specializzazione del sistema attuo alla cura di patologie acute ma ricco di persone e professionisti competenti e preparate a lavorare in collaborazione con i servizi territoriali e supportarli nelle scelte di un percorso curativo e/o palliativo.

Per riuscire a comprendere e classificare i bisogni di cui ogni persona necessita, si fa riferimento al sistema ACG (Adjusted Clinical Group) che viene introdotto nel modello della cronicità ed è una classificazione della popolazione per livello di complessità assistenziale, partendo dalle combinazioni di diagnosi acute o croniche presenti nello stesso assistito. Questo sistema consente di classificare i pazienti in categorie

che raggruppano problemi di salute simili dal punto di vista assistenziale.

Il sistema consente di indentificare gruppi di popolazione più a rischio di carico assistenziale e rappresenta perciò un valido modello per identificare la spesa sostenuta dal Sistema Sanitario e suddividere al meglio le risorse economiche nelle fasce più a rischio e quelle più complesse in modo da erogare un servizio valido ed efficace con risultati tangibili.

### **3.5 RUOLO DELL'INFERMIERE NEL PIANO NAZIONALE**

L'infermiere ed in particolare quello che svolge prestazioni e assistenza domiciliare oltre che all'infermiere di comunità ha il compito di vigilare e fornire un servizio sempre efficiente e competente alla persona richiedente, fornendo la sua collaborazione e spiegando quando necessario il percorso di cura che si è scelto di affrontare.

La sfida maggiore che gli operatori sanitari sono costretti ad affrontare molto spesso è il mantenimento degli standard assistenziali raggiunti o il miglioramento di quelli non ancora ottimali e far comprendere alla persona che si trovano ad assistere l'importanza dell'aderenza alla terapia prescritta proprio per evitare una retrocessione o un peggioramento della condizione clinica. Molto spesso i pazienti cronici si trovano dinnanzi a delle situazioni per i quali tendono a non seguire la prescrizione: questo può accadere a causa dell'inconsapevolezza dell'importanza per la salute di seguire le prescrizioni per un lungo periodo; convinzione che i benefici del farmaco siano inferiori all'impegno richiesto per seguire la terapia; complessità della gestione terapeutica; perdita di fiducia sul piano concordato a causa di effetti benefici ritardati.

L'infermiere secondo quanto scritto nel piano deve proprio far fronte a queste criticità avendo a cuore l'aspetto relazionale con l'utente e facendogli comprendere che nonostante gli sforzi che dovrà affrontare ci sarà sempre qualcuno al suo fianco pronto a supportarlo e consigliarlo, perciò il sistema sanitario deve essere percepito dal paziente come un sistema sempre presente ,disponibile ed organizzato, un sistema amico dell'utente e pronto a soddisfare le sue richieste in ogni momento della giornata.

#### **4. INFERMIERE DI COMUNITA' COME RISORSA FONDAMENTALE DELL'AUTOCURA**

Nell'ordinamento nazionale è stato introdotto un master in "Infermieristica in Sanità Pubblica", un corso di formazione avanzata nel quale l'infermiere acquisisce competenze professionali necessarie agli ambiti operativi della sanità pubblica e della relazione con il pubblico in cui è necessario gestire strategie assistenziali globali, continue, tempestive e di elevata qualità. Al termine di questo percorso formativo in continuo contatto con il mondo territoriale, l'infermiere è in grado di condividere ed applicare alla quotidianità le conoscenze acquisite. Sarà perciò in grado di:

- Realizzare un'assistenza infermieristica centrata sui problemi di salute e le necessità della persona e della famiglia;
- Gestire, pianificare, monitorare e infine esprimere una valutazione sul processo infermieristico in cooperazione con la famiglia e la comunità
- Promuovere l'educazione terapeutica della famiglia, della persona stessa e del caregiver
- Applicare i processi di potenziamento sociale e potenziamento personale
- Offrire consulenze specifiche agli altri operatori sanitari
- Promuovere, ampliare e riconoscere le necessità ad avviare un percorso multi-disciplinare per la persona presa in carico
- Favorire la comunicazione tra persona assistita e servizi ospedalieri
- Assistere, comprendere ed aiutare sia l'assistito che la propria famiglia nelle scelte più idonee al miglioramento dello stato di salute

Inoltre, l'infermiere di comunità essendo in continuo contatto con la società e il bacino di utenza cui è rivolto il suo operato e conoscendo appieno il bisogno della persona potrà essere anche in grado di partecipare alla redazione di una rete di servizi e prestazioni fondamentali sul territorio; sarà in grado di relazionarsi con il Sistema Sanitario cercando di attivare un colloquio tra territorio e distretto, si rende perciò partecipe di una comunicazione attiva tra sistema e utenza.

L'infermiere di comunità conoscendo il proprio territorio è in grado di analizzare ed agire tempestivamente alle richieste; perciò, si può definire questa figura professionale una continua risorsa in grado di adattarsi alle continue situazioni e in grado di incrementare continuamente le proprie conoscenze grazie all'esperienza maturata nel tempo e al continuo percorso di aggiornamento cui è tenuto sottoporsi.

Sia nel piano della cronicità che nelle linee guida per le cure domiciliari è ribadito molteplici volte come l'infermiere sia parte fondamentale nel percorso di cura dell'assistito e come questa figura ricopra un ruolo indifferibile nell'istruzione del paziente. Nell'ordinamento che regola la professione diretta alla comunità come primo obiettivo è posto proprio il colloquio con l'assistito e la ricerca di un piano personalizzato di cura che rispetti la dignità e il pensiero della persona stessa. Si cerca infatti un percorso idoneo e collaborativo in modo tale che l'assistito partecipi attivamente al piano redatto e aderisca perciò alle cure stabilite.

#### **4.1 PRESENZA SUL TERRITORIO**

L'infermiere di comunità non è ancora una figura molto sviluppata nella nostra realtà. Negli ultimi anni, a causa dell'avanzamento dell'età e della presenza di sempre maggiori patologie croniche si sta cercando di costruire un ospedale a domicilio dove il professionista sanitario diventa parte integrante di un vero e proprio ospedale a casa. Le regioni che stanno attuando modifiche nell'ordinamento dell'infermiere di comunità sono l'Emilia Romagna, Toscana, Lombardia, Liguria. Il Piemonte ha già introdotto la figura in via sperimentale. I rappresentanti di queste regioni hanno partecipato alla XI Conferenza sulle politiche della professione infermieristica che si è svolta a Firenze e hanno concordato un piano di azione e una serie di modifiche da attuare per far fronte sia in termini economici che assistenziali alla nuova epidemiologia.

L'obiettivo di questa conferenza è quello di fornire al cittadino servizi di cui ha veramente bisogno, disegnando nuovi modelli su quello che è la diagnosi, la terapia e la continua assistenza e la continuità tra ospedale e territorio. E' stato perciò ripreso in parte ciò che il modello della presa in carico del paziente cronico aveva introdotto, solamente che in questo caso è generalizzato a tutti i cittadini.

La Regione Piemonte come già introdotto, aveva inserito la figura dell'infermiere di comunità nella propria realtà e durante la conferenza, il portavoce regionale presenta i risultati ottenuti come eccellenti. Si calcolano infatti, meno ospedalizzazioni inutili con un risparmio sulla spesa pubblica, inoltre, l'utenza cui è rivolto questo servizio apprezza notevolmente la continuità assistenziale da parte di una figura competente. E' stata incrementata anche la collaborazione tra le varie professioni garantendo così un servizio strutturato di eccellenza e multi-professionale.

Dalla Conferenza del 1 Giugno 2019 è emerso che l'integrazione dei servizi ospedalieri a domicilio, l'incremento della collaborazione tra le varie figure professionali e la continua revisione di tecniche, modelli,

percorsi e processi è fondamentale per garantire un servizio di qualità ed efficacia al cittadino, mantenendolo sempre al centro del sistema e ascoltando i suoi bisogni assistenziali. Viene perciò ribadita l'importanza che il cittadino ha nella creazione di un servizio a lui rivolto.

#### **4.2 E' RICONOSCIUTO COME RISORSA?**

L'infermiere di comunità nelle realtà in cui si è sviluppato maggiormente è riconosciuto come una risorsa inestimabile in quanto presente durante tutto il continuum assistenziale occupandosi contemporaneamente di più aspetti: sociali e sanitari; Egli ,infatti, promuove la salute, previene la malattia e le sue complicanze, attiva in caso di necessità oltre che risorse istituzionali anche quelle informali quali vicini, associazioni e familiari, valuta i rischi ambientali e funge da figura ponte e portante dell'assistenza tra istituzione e paziente. Inoltre, l'infermiere appositamente formato è in grado di riconoscere e favorire l'avvicinamento della persona assistita ai cosiddetti determinanti della salute, quali: la casa; la famiglia; il lavoro; l'ambiente fisico e l'ambiente sociale.

Come descritto nei precedenti paragrafi la popolazione è suddivisa in diversi livelli e per ognuno di essi è necessario attuare un tipo di intervento in base alla richiesta che l'utente esprime, per questo è di massima importanza identificare un gestore del caso (Case Manager) che assicura proprio la continuità delle cure tra ospedale e territorio attraverso la messa in rete di tutti i servizi sanitari, come scritto nel "Governo della domanda : avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili" Determinazioni in attuazione dell'art.9 della legge n23/15 del 2017.

#### **4.3 INFERMIERE NELL'UNITA' OPERATIVA OSPEDALIERA VS L'INFERMIERE CARE MANAGER NELLA COMUNITA'**

Per antonomasia l'infermiere è l'operatore sanitario che si occupa di assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa. L'assistenza sanitaria fornita dall'infermiere è di natura tecnica, relazionale ed educativa.

La figura dell'infermiere di reparto è spesso vista come un'assistente a quella medica nel trattamento diagnostico e terapeutico dei pazienti, effettuando test, somministrando farmaci e monitorando le loro condizioni di salute. La maggior parte degli infermieri viene formata in base al reparto in cui andrà a lavorare e molto spesso nell'arco della loro carriera si trovano a ripetere ciclicamente operazioni e procedure su persone ricoverate. Alcune delle principali responsabilità e procedure che l'infermiere esegue sono:

- Condurre test preliminari al fine di identificare esigenze, malattia e condizioni generali del paziente tramite. Misurazione della temperatura corporea, rilevazione della frequenza cardiaca, della frequenza respiratoria, eseguire ECG e raccogliere campioni di sangue.
- Assistere medici durante il momento della visita;
- Fornire cure di alto livello ai pazienti prestando attenzione alla loro sicurezza e benessere, somministrando in particolare cure come prescritto dal medico, applicare medicazioni o bendaggi.
- Collaborare con i membri che si occupano di altre professioni al fine di garantire una rapida ed efficace guarigione.
- Conoscere ed evitare le complicanze più frequenti dell'ospedalizzazione.

L'infermiere che opera in strutture ospedaliere a causa di condizioni di stress e presenza di pazienti in alcuni casi anche critici e perciò a gran carico assistenziale va incontro ad un carico di stress importante sia a livello mentale che fisico ma soprattutto emozionale in quanto ci si può trovare di fronte ad ogni tipo di persona che potrebbe reagire all'ospedalizzazione in modi differenti.

Purtroppo a causa di un sempre maggior carico di lavoro e ad un calo delle assunzioni da parte delle istituzioni l'infermiere operante in cliniche o in strutture ospedaliere non sempre riesce ad occuparsi dell'aspetto emotivo e relazionale della persona assistita e non riesce sicuramente ad occuparsi del percorso post-ricovero che la persona andrà ad intraprendere, ecco che in questo caso entra in gioco l'infermiere di comunità che dopo un accurata raccolta di informazioni circa l'assistito, intraprende direttamente al domicilio un percorso di recupero e/o di cura della persona. A differenza dell'infermiere di corsia proprio grazie ad uno specifico percorso formativo l'infermiere di comunità è in grado sia di svolgere tutte quelle procedure mediche sia tutte quelle assistenziali che comprendono la presa in carico olistica del paziente.

L'infermiere di comunità ricopre un ruolo fondamentale nell'assistenza al domicilio delle persone che ne necessitano, introducendo così un nuovo modo di visione dell'ospedale: l'ospedale a domicilio che verrà spiegato nel prossimo paragrafo. L'infermiere di comunità oltre che a prendere in carico l'aspetto sanitario della persona come l'infermiere di corsia, si concentra in maggior modo nel curare l'aspetto relazionale ed educativo, facilitando il percorso di recupero e/o quello palliativo nei casi di persone con gravi patologie non recessibili.

Nello specifico, il ruolo dell'infermieristica di comunità è quello di aiutare gli individui, le famiglie, i gruppi e le comunità a determinare e



raggiungere il loro potenziale fisico, mentale e sociale all'interno dell'ambiente di vita e lavoro. L'infermiere di comunità garantisce, inoltre, il coinvolgimento attivo degli individui, delle famiglie e delle comunità in tutti gli aspetti dell'assistenza sanitaria e in tale contesto incoraggiano l'auto-responsabilità e l'autodeterminazione.

L'assistenza infermieristica di comunità si contraddistingue per funzioni nuove e distintive che danno valore aggiunto alla funzione assistenziale e che sono rappresentate da una serie di attività finalizzate al miglioramento della qualità della vita del cittadino, favorendo la domiciliarità delle cure, il contrasto all'istituzionalizzazione (talvolta vista come l'ospedalizzazione) e promuovendo il reinserimento sociale nell'ottica dell'empowerment.

Nello specifico l'infermiere di comunità rappresenta un nuovo ruolo per gli infermieri che operano sul territorio, infatti, il loro ruolo va oltre la semplice prestazione tecnica e che si propone di raggiungere e mantenere lo stato di salute migliore della persona con l'ottica di rafforzare il potere decisionale della persona stessa.

Le nuove funzioni distintive dell'infermiere di comunità, altamente professionalizzanti, vanno oltre la funzione assistenziale classica prestazionale, conferendogli valore aggiunto e si possono ricondurre alle seguenti:

- Attivazione della rete delle risorse formali e informali presenti nella comunità;
- Presa in carico anticipata e leggera dei bisogni della comunità, potenziali e ancora inespressi;
- Case manager;
- Presa in carico dell'utente in fase acuta e garanzia della continuità delle cure in fase post-acuta e/o fase cronica;
- Sviluppo dei ruoli di aiuto alla comunità e consiglio e orientamento ai servizi;
- Promozione della salute;
- Tutorato e accompagnamento del caregiver;
- Attivazione dei servizi necessari e di altri professionisti della salute.

L'infermiere diventa il fulcro e la figura di massimo riferimento per l'assistito e la sua famiglia e si delinea una nuova modalità di erogare assistenza che pone il professionista nelle condizioni di essere.

- Portatore di uno specifico professionale in grado di portare sviluppo all'autocura, all'autogestione della sintomatologia, alla promozione e all'attivazione di nuovi comportamenti in grado di gestire e migliorare la salute della persona;

- Anticipatore dei bisogni e delle necessità assistenziali, orientandosi non solo verso la famiglia, persona portatrice di malattia ma anche verso quella famiglia od individuo a rischio sanitario per una determinata malattia;
- Professionista riflessivo in grado di applicare il proprio ambito di studi in pratica, utilizzando modelli e/o politiche studiate per migliorare l'erogazione dei servizi.

## **5. BENEFICI DEL CHRONIC MODEL**

Il CCM è progettato per aiutare a migliorare lo stato di salute del paziente modificando la routine ambulatoriale e riducendo il dispendio di risorse. I benefici che questo modello introduce sono dei cambiamenti all'organizzazione del sistema sanitario in modo tale da riuscire a fornire un'assistenza proattiva, cioè, un'assistenza che individua anticipatamente le necessità del paziente mettendo in atto tutti gli interventi necessari a garantire lo stato di salute dell'individuo.

Le direttive principali su cui è impostato il CCM sono:

- Garantire solidi ed efficaci contatti tra il sistema sanitario e le organizzazioni di volontariato, gruppi di aiuto, centri per anziani autogestiti e centri diurni al fine di migliorare l'assistenza erogata;
- Nuova gestione delle malattie croniche: riorganizzare la presa in carico e le risorse messe a disposizione per l'assistenza agli individui con patologie croniche, se questo non avviene, risulta molto difficoltoso garantire una presa in carico al paziente cronico senza gravare sul sistema sanitario (ospedali, servizi territoriali, centri per diagnostica);
- Supporto all'autocura: il paziente diventa il protagonista del suo percorso assistenziale e collabora con i professionisti per raggiungere un obiettivo prefissato al fine di migliorare la propria condizione;
- Organizzazione del team: tutte le figure sanitarie sono ben organizzate e collaborano insieme garantendo un'assistenza personalizzata, il medico di medicina generale tratta i pazienti acuti e valuta quelli cronici segnalando la necessità di particolari esigenze e richiedendo l'intervento delle altre figure professionali quali: l'infermiere di comunità, il fisioterapista, lo psicologo, l'assistente sociale, ecc. Questo punto è particolarmente importante in quanto si crea una collaborazione attiva tra i professionisti e il paziente è seguito in modo olistico facendo fronte a tutte le sue esigenze;

- Supporto alle decisioni: si adottano nuove linee guida da seguire che facilitano il percorso assistenziale rendendo più semplice agli operatori l'identificazione dei soggetti bisognosi
- Sistemi informativi: si creano sistemi informatizzati utili a valutare, identificare e conoscere il paziente cui il servizio è rivolto, aggiornare per ogni individuo gli interventi che sono stati programmati e quelli raggiunti in modo da far conoscere anche agli altri professionisti il percorso che si sta seguendo. I sistemi informatici sono molto utili anche per tener sotto controllo i livelli degli indicatori delle patologie croniche quali lipidi (per il colesterolo), creatinina (per la funzionalità renale), glucosio e stick glicemici (per gli zuccheri nel sangue e per monitorare il diabete).

Il CCM si prefigge perciò di apportare delle modifiche al sistema sanitario per far fronte alle richieste sempre più specifiche e riuscire a migliorare gli standard assistenziali in modo efficace e applicabili ai soggetti cronici con un riscontro tangibile.

### **5.1 OSPEDALE A DOMICILIO**

L'ospedalizzazione domiciliare è una tipologia di assistenza che consente di garantire al paziente quelle prestazioni che solitamente vengono erogate in strutture ospedaliere. Questa tipologia di servizio viene erogata in casi particolari e in condizioni complesse del paziente per il quale è richiesto un ricovero prolungato e si cerca perciò di diminuire il rischio di complicanze decidendo di anticipare la dimissione e proseguire le cure direttamente a domicilio. A differenza dei servizi che solitamente eroga il distretto territoriale, il paziente che usufruisce dell'ospedalizzazione a domicilio, è a carico diretto della struttura ospedaliera ed è seguito dall'equipe medica del reparto di degenza. L'ospedale a domicilio offre alla persona:

- 2 ore giornaliere di presenza infermieristica;
- Una visita giornaliera da parte del medico di reparto;
- Un collegamento telefonico continuo in caso di necessità con l'equipe medica;
- La possibilità di programmare e/o eseguire visite o consulenze specialistiche;

Ma perché è così importante proseguire le cure a domicilio?

L'importanza di questa organizzazione nasce dal fatto che il paziente si sente "meglio" al proprio domicilio, supportato dai propri familiari e rimanendo nell'ambiente in cui vive, mantenendo i collegamenti attivi con la società, con i propri interessi e con i luoghi abituali.

Nella città di Torino il servizio di Ospedalizzazione a domicilio è attivo dal 1985 e offre i servizi sopra descritti con articolazione di 7 giorni su 7

dalle ore 8 alle ore 20. L'equipe che garantisce questo servizio è composta da professionisti ben inseriti nel contesto territoriale quali: infermieri di comunità, medici di medicina generale e medici di reparti ospedalieri che alternano la loro attività nelle unità operative ospedaliere con quella domiciliare. Il risultato che si è ottenuto a Torino è molto soddisfacente, infatti, si è andati incontro ad una diminuzione dei ricoveri in ospedale e ad un aumento dei ricoveri a domicilio soprattutto in pazienti affetti da patologie terminali o persone con gravi malattie che determinano uno spostamento difficoltoso dal proprio domicilio con possibile causa di aggravamento delle condizioni di salute già precarie. (Tratto da Prospettive assistenziali n°141 Gennaio-Marzo 2003 a cura di Nicoletta Ricaduta, Vittoria Tibaldi, Maria Francesca Stasi, Maria Ponzetto e Fabrizio Fabris).

### **5.2 L'IMPORTANZA DEL DOMICILIO PER I SOGGETTI CRONICI E RIDUZIONE DELLE GIORNATE DI OSPEDALIZZAZIONE**

Le persone colpite da gravi patologie, piuttosto che da handicap fisici o psichici, oppure tutti coloro che si trovano costretti a far fronte ad una patologia cronica, possono beneficiare dell'assistenza a domicilio e ricevere le cure da professionisti sanitari. Il proseguo delle cure a domicilio è fondamentale non solo per favorire il decorso del ricovero ma anche per garantire la serenità del paziente. Le cure nella propria abitazione, in un ambiente amichevole e familiare, circondati dai propri cari e conservando gran parte delle normali abitudini, rappresenta la soluzione più piacevole in grado di rendere ogni situazione più semplice da affrontare. Il Care giver adeguatamente formato e a conoscenza delle più semplici procedure da attuare, si prende cura dell'assistito a domicilio nei suoi momenti più intimi, in questo modo si riesce a superare l'imbarazzo che solitamente si crea in reparti ospedalieri in occasione di particolari procedure quali igiene personale, interruzione di situazione talvolta private da parte del personale sanitario (colloquio con il parente, momento di sfogo del degente). Le patologie croniche come si è visto sono quelle malattie in largo sviluppo e comportando un aumento di ospedalizzazioni in molti regioni d'Italia con problematiche sia a livello economico che a livello sanitario, infatti, si riduce drasticamente la disponibilità di posti letto per gli utenti che accedono alla struttura con patologie acute. La degenza prolungata in ospedale non è di aiuto per i pazienti cronici che invece, devono essere dimessi il prima possibile e seguiti al loro domicilio impostando un percorso di mantenimento dello stato di salute raggiunto. Per i soggetti cardiopatici, diabetici e con problemi di ipercolesterolemia, ad esempio è molto importante l'attività fisica anche se a piccole "dosi" al fine di migliorare lo stile di vita e tener sotto controllo quei valori ematici anomali, questo

è possibile se il soggetto rimane in contatto con il suo ambiente familiare, i suoi luoghi più cari e se vengono mantenuti i rapporti con le persone a lui care che possono supportarlo ed aiutarlo nel percorso impostato.

La dimissione per questi soggetti e perciò la diminuzione delle giornate di ricovero dipende dai servizi garantiti dal territorio e l'organizzazione che il sistema sanitario ha introdotto per far fronte alla richiesta dell'utenza. La diminuzione delle giornate in cui il paziente rimane ricoverato ha effetti benefici sia per l'ospedale in quanto vi è un'ottimizzazione delle risorse umane, economiche e tecnologiche le quali sono utilizzate in modo consono e le cure fornite dal Sistema Sanitario Nazionale si concentrano esclusivamente nella gestione della sola fase acuta; sia per il paziente stesso che va incontro ad una minore probabilità di incorrere in complicanze e/o infezioni ospedaliere e riacquisisce quella libertà perduta con il ricovero riavvicinandosi all'ambito familiare e migliorando la risposta alle terapie determinando così una ripresa più rapida delle proprie condizioni di salute.

Le cure domiciliari ricoprono perciò una delle risposte più efficaci ai bisogni assistenziali delle persone anziane con malattie croniche e non autosufficienti. Mentre la permanenza in ospedale o in una struttura residenziale può favorire la passività e la deresponsabilizzazione dei ricoverati, completamente affidate alle cure di "esperti", l'organizzazione domiciliare contribuisce fortemente a conservare l'autodeterminazione della persona e l'autogestione dei propri bisogni, fondamentali per il buon esito delle cure.

### **5.3 IL TERRITORIO DIVENTA OSPEDALE**

La sfida cui oggi il governo è sottoposto è quello di rendere fruibili tutti i servizi e le prestazioni sanitarie che solitamente si possono trovare nelle strutture ospedaliere anche in centri territoriali facilmente consultabili e accessibili alle persone che ne necessitano. Nasce così in seguito al "Decreto Balduzzi", il quale prevede un restyling dell'assetto sanitario, "La Casa della Salute" descritta come: "La sede pubblica dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, compresi gli ambulatori di Medicina Generale e Specialistica ambulatoriale, e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. In essa si realizza la prevenzione per tutto l'arco della vita e la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del benessere sociale" <sup>[1]</sup>. Le Case della Salute si sono sviluppate maggiormente solo in alcune regioni del Nostro Paese (Emilia Romagna, Toscana, Veneto, Lazio) e sono articolate su un servizio garantito sette giorni su sette per 24 ore giornaliere. All'interno di queste strutture il cittadino trova: il Medico di Medicina Generale, il medico Specialista e il medico dell'emergenza,

attrezzati per rispondere prontamente ad ogni esigenza e ad ogni domanda di salute. Un altro obiettivo che il Ministero ha posto a queste strutture è quello di garantire una costante campagna di prevenzione per le principali patologie e un'assistenza continua agli individui "fragili" riuscendo a prenderli in carico dal momento in cui vengono identificati (non per forza devono aver contratto la malattia o le complicanze) fino a che non necessitano di un'assistenza completa da parte del professionista.

Vediamo ora qualche esempio attuale di "Casa della Salute" nelle regioni Italiane in cui si sono sviluppate maggiormente:

- Emilia Romagna: nella città di Budrio (Bologna) vi è una struttura sanitaria attiva 24h su 24, in cui operano tutte le figure professionali necessarie a garantire un servizio completo. Le Case della Salute in Emilia sono circa 30 (una per ogni Azienda USL della regione). (Fonte: Portale della salute della Regione Emilia Romagna, [www.saluter.it](http://www.saluter.it)).
- Toscana: nel comune di Lamporecchio (Pistoia) la Casa della Salute è aperta 7 giorni su 7 con orario 24h e al suo interno oltre che ai medici di famiglia e ai pediatri è possibile trovare figure specialistiche come radiologi, oculisti, otorinolaringoiatri e chirurghi. Il servizio è garantito a tutti i cittadini stabili e ai turisti che nel periodo di vacanza risiedono nella città. Analoga è la situazione di Empoli che comprende un personale tra medici, infermieri, ostetrici, psicologi e assistenti sociali di circa 55 unità. (fonte: sito web ASL 3 Pistoia, [www.asl3.toscana.it](http://www.asl3.toscana.it) e ASL 11 Empoli, [www.asl11.toscana.it](http://www.asl11.toscana.it)).
- Veneto: In questa regione la struttura del servizio territoriale è lo stesso ma a differenza delle altre realtà troviamo un nome differente: Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT). (fonte: sito web Ministero della Salute, [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it) e sito della Regione Veneto).
- Lazio: In questa regione le "Case della Salute" si chiamano "Quamed", Ambulatori medici di quartiere, se ne contano quattro, essi sono interamente gestiti da medici di Famiglia in associazione con infermieri di Comunità e garantiscono i servizi 7 giorni su 7 per 24h e sono attivi per soddisfare i bisogni di circa 100.000 utenti per ambulatorio. In caso di necessità i professionisti sono disponibili a raggiungere la persona al proprio domicilio e garantire le prestazioni non urgenti quali: visite mediche, prelievi ematici e consulenze specialistiche. (fonte: sito web Ministero della Salute, [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it) e sito web Regione Lazio).

Perciò lo spostamento dell'ospedale sul territorio ha portato molti giovamenti al Servizio Sanitario in termini di ricoveri ospedalieri e presa

in carico di persone con determinate patologie che possono essere gestite al domicilio da parte di figure già presenti sul territorio ma non sempre utilizzate e viste come risorse.

<sup>[1]</sup> Dal sito governativo del ministero della salute

## **6. DISCUSSIONE**

Questo argomento è stato già trattato in molte realtà al fine di migliorare ed ottimizzare il sistema di presa in carico del paziente con una o più patologie croniche e di garantire lo stato di salute fisico, sociale e psichico e di ridurre al minimo le ospedalizzazioni che non sono strettamente necessarie per ogni individuo.

L'argomento "salute" è stato trattato nel tempo innumerevoli volte con il fine comune di trovare una strategia adeguata per garantire questo "bene primario" a tutti gli individui di ogni paese del mondo. Nel 1998 si è sviluppata e discussa la HEALTH 21 la quale stabilisce gli obiettivi strategici che dovrebbero costituire il cardine su cui impostare le politiche per la salute di ogni Stato. La redazione di questa via politica è alla base di tutte le attuali normative che gestiscono anche la presa in carico, la cura e il mantenimento dello stato di salute di ogni individuo.

Gli obiettivi principali di questa politica sono: 1. La promozione e la protezione della salute delle persone lungo l'intero arco della vita; 2. La riduzione dell'incidenza delle malattie e delle lesioni principali e il sollievo dalle sofferenze che esse causano.

La politica HEALTH 21 è caratterizzata da tre valori inestimabili quali: La salute come diritto umano fondamentale; L'equità nella salute e la solidarietà nell'azione all'interno delle nazioni e fra di esse e i loro abitanti; La partecipazione e la responsabilità da parte di individui, gruppi, istituzioni e comunità per lo sviluppo permanente della salute.

Nella linea politica di HEALTH 21 spiccano 21 obiettivi di salute da trattare per raggiungere un soddisfacente benessere; questi obiettivi che ora andremo a vedere sono di inestimabile importanza per far sì che l'intera popolazione mondiale sia considerata in modo appropriato e i servizi forniti siano efficienti ma soprattutto efficaci.

1. Solidarietà per la salute fra gli Stati Membri della Regione Europea: si dovrebbe aiutare gli Stati in difficoltà economica, garantendo così l'uguaglianza di erogazione delle cure e dei servizi;
2. Equità nella salute fra gruppi all'interno degli Stati: cercare di colmare il divario all'interno degli Stati, cercando per quanto più possibile, colmare la povertà, che costituisce il più grande fattore di rischio;

3. Un sano inizio di vita: investire risorse presto in salute porta vantaggi più avanti nella vita, bisogna infatti investire nella prevenzione e nelle risorse, formando famiglie in grado di accudire adeguatamente i propri figli ed essere supportate in caso di necessità;
4. Salute dei giovani: creare una campagna di prevenzione per gli adolescenti sull'utilizzo di droghe, alcool e pericoli legati a queste sostanze, inoltre, garantire un'adeguata educazione sessuale e mettere a disposizione presidi e medicinali per evitare il dilagare di malattie trasmissibili sessualmente;
5. Invecchiare in modo sano: le politiche della salute dovrebbero preparare le persone ad un invecchiamento sano attraverso la promozione e la protezione, accuratamente pianificate, fornendo opportunità di aggregazione e assistenza da parte di centri specializzati o di operatori che fanno visita al domicilio e assistono la persona senza privarla della propria autonomia e autosufficienza;
6. Migliorare la salute mentale: prendersi cura dei soggetti più a rischio, fornendo loro lavoro e uno stipendio fisso (la mancanza di un impiego fisso può essere causa di stress e perdita di autostima e perciò comporta un rischio per la salute), favorendo momenti di aggregazione e di svago;
7. Ridurre le malattie trasmissibili: promuovere una campagna di promozione della salute massiccia e di effetto che sia in grado di educare ogni categoria, concentrandosi sul tema igiene, rapporti sessuali, cibi e bevande potenzialmente a rischio di infezione. Questi interventi sono possibili solamente se sul territorio sono presenti professionisti e servizi in grado di poter erogare questo servizio;
8. Ridurre le malattie non trasmissibili: anche in questo caso è necessario far conoscere alla popolazione i fattori di rischio e far sì che questi vengano ridotti, in modo tale da ridurre le malattie non trasmissibili tra cui: patologie cardiovascolari, cancro, diabete, malattie cronico-ostruttive e asma che sono tutt'oggi il maggior problema sanitario;
9. Ridurre le lesioni causate dalla violenza e dagli incidenti: garantire in tutti gli stati un efficace servizio di emergenza e una campagna di prevenzione sul rischio di incidenti in auto, domestici e/o in altri luoghi di frequentazione quotidiana;
10. Un ambiente fisico sano e sicuro: garantire attività di bonifica ambientale in caso di necessità in modo da vivere in un ambiente il più possibile salutare;
11. Vivere in modo più sano: promuovere un'alimentazione più sana e ridurre l'obesità consentirebbe di ottenere significativi guadagni in salute, in particolare fra i gruppi più vulnerabili. L'educazione alla salute da sola non è sufficiente, ma ricopre un ruolo fondamentale



la lavorazione e le materie prime utilizzate per la composizione di questi ultimi, inoltre, si deve promuovere l'attività fisica e l'utilizzo di mezzi pubblici e non di mezzi proprio in modo da diminuire l'inquinamento atmosferico;

12. Ridurre i danni causati dall'alcol, dalle droghe e dal tabacco: ridurre i danni causati dalle sostanze nocive e prevenire ulteriori complicanze, far conoscere i rischi e le patologie che si possono contrarre in caso di abuso di queste sostanze e garantire un piano contro gli abusi da espandere a tutti gli individui;
13. Ambienti per la salute: garantire un ambiente familiare e una casa sicura, costruita in modo appropriato (la casa è il luogo in cui le persone passano la maggior parte del loro tempo), garantire strutture in cui i bambini e ragazzi studiano adeguate al contesto, sicuri e funzionali, dove sia loro che gli insegnanti possano svolgere in tranquillità il proprio lavoro;
14. Responsabilità multisettoriale nei confronti della salute: approccio efficace allo sviluppo della salute richiede che tutti i settori della società siano responsabili dell'impatto sulla salute delle loro politiche e dei loro programmi nonché la consapevolezza dei benefici che la promozione e la protezione della salute possono offrire;
15. Integrazione del settore sanitario: all'interno della comunità al primo posto è di necessaria importanza la figura dell'infermiere di comunità, in grado di offrire consigli sugli stili di vita e in grado di dare assistenza e sostegno alla famiglia. Inoltre l'assistenza che forniscono gli ospedali deve essere per quanto possibile sempre più personalizzata e in grado di soddisfare a pieno i bisogni dell'utente;
16. Attivarsi per un'assistenza di qualità: monitorare continuamente i risultati e il grado di efficacia delle procedure e dei servizi che uno stato sta erogando alla popolazione, in modo da riuscire a garantire cambiamenti tempestivi ed adeguati in caso di problematiche. In questo punto ricopre un ruolo di vitale importanza l'utilizzo di tecnologie o software gestionali;
17. Il finanziamento dell'assistenza sanitaria e l'allocazione delle risorse: il finanziamento delle risorse dovrebbe garantire l'equità e la sostenibilità della spesa. Si cerca perciò di sfruttare al massimo le risorse in base al budget di cui si dispone, riuscendo però a garantire tutti i servizi sopra descritti;
18. Lo sviluppo delle risorse umane orientate alla salute: garantire agli operatori sanitari continui feedback e corsi di aggiornamento per essere a conoscenza delle nuove tecnologie e materiali di cui si dispone oltre che al corretto modo di erogare la prestazione;
19. Ricerche e conoscenze orientate alla salute: garantire un budget dedicato alla ricerca e alla scoperta di nuove strategie e metodi di

erogazione di prestazioni legate alla salute per far fronte alle continue e mutabili richieste della popolazione;

20. Realizzare alleanze legate alla salute: utilizzare nuove piattaforme e nuovi mezzi di comunicazione per divulgare informazioni alla popolazione in modo rapido ed efficace, questo aiuta a garantire giustizia, efficienza e benessere;
21. Politiche e strategie orientate alla salute: coinvolgere attivamente operatori a contatto con la popolazione e popolazione stessa al fine di realizzare una politica che sia realmente incentrata sul benessere collettivo e che rispecchi gli obiettivi prefissati;

Questi obiettivi sono stati ripresi anche all'interno del CCM per la presa in carico di persone portatrici di patologie croniche al fine di migliorare sia i servizi che il nostro Stato eroga, sia la qualità di vita delle persone stesse.

Nel 2014 a Bruxelles si è tenuto il Summit Europeo sulle malattie croniche ed è stata sottolineata la necessità di uno sforzo comune per ottimizzare risorse ed energie, è stato inoltre evidenziata la necessità di una coalizione con l'intera società per prevenire le malattie croniche, in modo da preservare il migliore stato di salute possibile e la sostenibilità di un sistema sanitario moderno.

Nel documento conclusivo del vertice di Bruxelles vengono identificati gli elementi chiave per una risposta complessiva contro le malattie croniche. Tutti i Paesi stanno cercando un modo efficace ed efficiente di mettere in pratica questi punti per migliorare il servizio e la qualità di vita;

- Rafforzare la leadership politica per garantire un approccio coordinato e intersettoriale;
- Promuovere la prevenzione agendo sui principali fattori di rischio quali: tabacco, alcol, alimentazione e attività fisica, dando priorità alle persone più vulnerabili e a maggior rischio;
- Adottare modelli di assistenza personalizzati al fine di migliorare la continuità di cure e presa in carico della persona;
- Esplorare i benefici che un sistema informatizzato e sempre aggiornato può fornire al Sistema Sanitario;
- Promuovere attività di contrasto alle disuguaglianze sociali;
- Promuovere la partecipazione delle persone con patologie croniche nella definizione delle politiche sanitarie in modo da inserire interventi e servizi realmente efficaci;
- Rafforzare la ricerca e lo sviluppo di nuove terapie per il trattamento delle patologie con maggior impatto e maggiormente invalidanti;
- Assicurare risorse sia materiali che umane adeguate al reale bisogno che il cittadino manifesta.

## **7. CONCLUSIONI**

Il Chronic Care Model (CCM) nasce in California ed è un modello di assistenza medica dei pazienti affetti da patologie croniche. Tale modello è stato elaborato in seguito all'aumento di queste patologie, che negli ultimi anni, sono la principale causa di morte. Esse comprendono le cardiopatie, l'ictus, il diabete e le malattie respiratorie tra cui la BPCO.

Lo scopo di questo modello è di creare un tipo di assistenza in grado di far fronte in anticipo alle sempre più numerose domande di intervento del cittadino e assisterlo nel miglior modo possibile al fine di migliorare il suo stato di salute, fornendogli un'assistenza a 360°, occupandosi perciò, dell'aspetto fisico, psichico e sociale.

Nel CCM ricoprono ruoli di fondamentale importanza: il Medico di medicina generale, gli infermieri di comunità, i servizi territoriali e i Care manager; solitamente familiari adeguatamente istruiti dai professionisti sanitari, in grado di fornire al loro caro l'assistenza di cui ha bisogno direttamente al proprio domicilio, riuscendo quindi ad evitare ospedalizzazioni inutili e situazioni difficoltose per la persona assistita.

Per i soggetti affetti da patologie croniche è di fondamentale importanza vivere in un'ambiente familiare, in quanto, all'interno della propria abitazione si è assistiti dai propri cari, viene preservata la dignità, uno stato psichico adeguato e non viene continuamente violata la privacy come avverrebbe invece in ospedale. Anche per questo motivo, all'interno del percorso assistenziale, viene introdotta la figura dell'infermiere di famiglia o comunità: una figura di fondamentale importanza, che, in seguito ad un percorso formativo, è in grado di assistere al meglio la persona, riuscendo ad istruire anche il care giver.

L'infermiere di comunità a differenza dell'infermiere dell'assistenza integrata, si occupa maggiormente dell'aspetto comportamentale e relazionale con la persona presa in carico. Egli oltre che erogare le prestazioni sanitarie, dedica maggiore tempo ad istituire un rapporto con la persona assistita, grazie alle competenze maturate e grazie allo stretto contatto con i servizi territoriali e con il territorio stesso. Questa figura all'interno del CCM, viene vista come risorsa di fondamentale importanza soprattutto per quanto riguarda la presa in carico del paziente con patologie croniche, infatti, l'infermiere di comunità si occupa di istruire la persona ad un corretto stile di vita, ad un uso consono di farmaci e cerca di far comprendere all'assistito i segni e i sintomi allarmanti che potrebbero destabilizzare la condizione di salute raggiunta. Inoltre, si occupa di seguire il caregiver e formarlo

continuamente circa le procedure e le tecniche di assistenza da poter attuare per migliorare lo stile di vita del proprio caro.

Per il benessere della persona portatrice di patologia cronica e non solo, la collaborazione tra i servizi che il territorio offre è di fondamentale importanza. Molto spesso però questa collaborazione non avviene e in molte realtà l'assistito si trova a dover affrontare innumerevoli difficoltà per riuscire ad ottenere un servizio ottimale e che riesca a soddisfare il proprio benessere.

Il CCM perciò deve essere un modello da seguire per costruire ed articolare una rete di servizi (operatori sanitari, servizi offerti e risposta attiva da parte delle istituzioni), al fine di informare ed intervenire rapidamente ed efficacemente sia sulla persona coinvolta che sul proprio case manager, al fine di migliorare e rendere più efficienti tutti i servizi che non in tutte le realtà sono ancora sviluppati come dovrebbero essere.

La collaborazione tra Sistema Sanitario e risorse di cui esso è composto è di vitale importanza per migliorare la risposta e la condizione di vita di molti pazienti, evitare ospedalizzazioni inutili che gravano sulla spesa sanitaria e occupano posti letto a persone che necessitano di assistenza per patologie acute.

Il Chronic Care Model ha alla base proprio una proposta per far sì che i servizi sanitari interagiscano e collaborino tra di loro al fine di migliorare la prestazione erogata ed utilizzare al meglio le figure professionali di cui si dispone.

Affinché il servizio fornito sia efficace e proattivo (la richiesta dell'utente viene intercettata prima di essere esplicitata), è necessario che l'infermiere di famiglia sia ben inserito nella comunità e grazie alla politica del Chronic Care Model questo è possibile, infatti, il modello della presa in carico del paziente cronico ha al suo interno l'operato di questa figura professionale, in grado di migliorare e garantire una risposta sempre migliore al cittadino, relazionandosi con lui e facendo sì che esso si senta a proprio agio, avendo a propria disposizione un professionista in grado di rispondere tempestivamente alle proprie richieste. Perciò, nel CCM, le parole chiave sono: proattività e percorso formativo, infatti, l'assistito deve essere inserito all'interno di un percorso multidisciplinare al fine di mantenere il benessere e i risultati raggiunti.

In conclusione Il Modello della Cronicità (CCM) e la figura dell'infermiere di famiglia devono coesistere per far sì che la persona assistita ottenga risultati tangibili al proprio domicilio, nel minor tempo possibile ma con benefici duraturi sia in ambito sanitario, sociale, spirituale e mentale.

## BIBLIOGRAFIA

- Articolo di “Vito Badalamenti” Responsabile UOS Distretto Sanitario 34 ASP Palermo;
- Health Affairs (volume 28,Numero1);
- Hospital Quarterly (Vol.7 N° 1 del 2003);
- L’Infermiere di Famiglia, scenari assistenziali e orientamenti futuri (McGraw Hill, di Loredana Sasso, Loredana Gamberoni, Annamaria Ferraresi, Laura Tibaldi.
- L’infermiere di comunità, dalla teoria alla prassi (Mc Graw Hill, di Mara Pellizzari 2008);
- La Casa della Salute tra distretto, cronicità e assistenza primaria (Sanità 24, Il sole 24 ore);
- L’infermiere di Famiglia come figura responsabile della presa in carico (Notizie e informazioni, Novembre 2009, di Danilo Massai e, Mara Fadanelli, Tiziana Nannelli e Ludovica Tamburini, Agenzia per la formazione AUSL 11 Empoli);
- Piano Nazionale della Cronicità (Accordo tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 15 Settembre 2016);
- Le nuove linee guida per le Cure Domiciliari Integrate Regione Marche (30 Giugno 2014);
- Rivista Infermiere (pagina 30, articolo 350);

## SITOGRAFIA

- [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it) (malattie croniche);
- [www.ars.toscana.it](http://www.ars.toscana.it) (malattie croniche, sanità d’iniziativa);
- [www.toscana-notizie.it](http://www.toscana-notizie.it) (sanità d’iniziativa modello rinnovato);
- [www.superabile.it](http://www.superabile.it) (Superabile INAIL-Le case della Salute);
- [www.quotidianosanita.it](http://www.quotidianosanita.it) (lavoro e professioni, l’infermiere di comunità);
- [www.asst-crema.it](http://www.asst-crema.it) (L’infermiere di Famiglia – Ospedale Maggiore Crema);
- [www.quotidianosanita.it](http://www.quotidianosanita.it) (L’infermiere di Famiglia e di Comunità, una nuova figura professionale nella sanità Toscana, 21 Giugno 2018);