



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'infermiere di famiglia:
un nuovo modello
di assistenza sul territorio.
L'esperienza della Ausl Toscana Centro**

Relatore: Dott.ssa
Liberati Stefania

Tesi di Laurea di:
Porcarelli Sara

A.A. 2020/2021

*A mia nonna,
grazie la quale sono
la persona che sono oggi.*

Indice:

ABSTRACT

1. INFERMIERE DI FAMIGLIA pag. 1
 - 2.1 Profilo dell'infermiere di famiglia
 - 2.2 Gli effetti possibili dell'infermiere di famiglia
 - 2.3 Infermiere di famiglia in Italia
 - 2.4 Excursus normativo
 - 2.5 Competenze e formazione

2. INTRODUZIONE pag. 17
 - 2.1 Obiettivi
 - 2.2 Materiali e metodi
 - 2.3 Setting
 - 2.4 Popolazione
 - 2.5 Analisi del contesto
 - 2.6 Progetto "Infermiere di famiglia e di comunità" nell'Ausl Toscana
 - 2.7 Caratteristiche del modello
 - 2.8 Indicatori di valutazione
 - 2.9 Implementazione del progetto "Infermiere di famiglia e di comunità"
nell'Ausl Toscana Centro
 - 3.0 Strumento "Visual"
 - 3.1 Fasi di implementazione del progetto
 - 3.2 L'importanza della consulenza infermieristica

3.3 Strumenti

3.4 Discussioni

- Prospettive future del progetto

CONCLUSIONE	pag. 48
BIBLIOGRAFIA	pag. 51
SITOGRAFIA	pag. 53
ATTI DI CONVEGNO	pag. 54
RINGRAZIAMENTI	pag. 55

ABSTRACT

Introduzione. L'Italia è un Paese longevo con una quota rilevante di anziani con una o più patologie croniche che accrescono ancor di più la loro fragilità e vulnerabilità. (<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-flussi-dati-confronto-passi-pda-cronicita>). L'allungamento della vita (la speranza di vita alla nascita secondo i dati ISTAT 2019 è di 85,3 anni per le donne e 81,0 anni per gli uomini), l'invecchiamento progressivo della popolazione (secondo gli indicatori demografici ISTAT di 46 anni al 1° gennaio 2021.) e quindi l'aumento delle patologie croniche (circa il 27% della popolazione italiana over 18 anni ha almeno una patologia cronica e di questi 8,4 milioni sono over 65 anni) determinano un decisivo mutamento dei bisogni al quale il Sistema Sanitario deve rispondere. Tra le regioni italiane la Toscana è la seconda regione più vecchia e una delle più anziane nel mondo. In base a uno studio dello Spi Cgil si calcola che nel 2050 per ogni under 14 toscano ci saranno tre over 64. Servono nuovi modelli organizzativi territoriali che rispondano sempre più alla gestione della cronicità e al sostegno all'autocura. L' AUSL Toscana Centro ha previsto espressamente la necessità di sperimentare proposte progettuali innovative per lo sviluppo di specifici percorsi assistenziali, attraverso la diffusione di esperienze come l'infermiere di famiglia o di comunità.

Obiettivi. Illustrare il progetto "Infermiere di famiglia e di comunità" della Ausl Toscana Centro, in particolare definire il ruolo e le competenze di questa figura, gli strumenti a sostegno, già in atto o come prospettiva futura e illustrare i risultati a seguito dell'avvio della sperimentazione e implementazione.

Materiali e metodi. Il lavoro si è svolto mediante una ricerca della letteratura scientifica nazionale, attraverso la consultazione di testi e sitografia, nonché dall'analisi del quadro normativo di riferimento in Italia. Lo studio del progetto "Infermiere di famiglia e di comunità", della sua implementazione e dei suoi risultati è stato perfezionato grazie alle informazioni ricevute nel corso di colloqui avuti via Skype con la dott.ssa Cristina Rossi, Direttore Continuità Ospedale Territorio del Dipartimento Infermieristico

Risultati e discussione. La regione Toscana nella fase progettuale ha svolto un approfondito studio comprendente l'accurata mappatura del territorio e delle risorse disponibili, con conseguente suddivisione in "cellule"; ha reclutato gli infermieri individuandone le competenze necessarie e quindi programmato un idoneo iter formativo. Terminata questa prima fase ha presentato il progetto agli enti locali e senza nessun ostacolo ha messo in atto la fase di implementazione. È stata individuata una rete di consulenti a supporto agli infermieri di famiglia e con questa anche strumenti tecnologici, che oggi sono già in uso o si impongono come obiettivi futuri.

I risultati dell'implementazione del Progetto "Infermiere di famiglia e di comunità" nella Toscana Centro non sono ancora disponibili. Nonostante ciò, come dimostratosi in altre regioni italiane tra cui il Friuli-Venezia-Giulia, ci aspettiamo esiti del tutto positivi

Conclusioni. Visto che, il Progetto è di recente realizzazione, necessita di ulteriore tempo affinché ogni elemento della performance reale della sua messa a regime venga valutato, con la speranza che, possa fungere da modello guida per altre realtà Nazionali.

Profilo dell'infermiere di famiglia

L'OMS nel documento "HEALTH 21" del 1998 introduce la figura dell'infermiere di famiglia. Esso può costituire un contributo chiave in seno all'equipe multidisciplinare di professionisti della salute, per il raggiungimento di 21 obiettivi strategici da perseguire nel XXI secolo, finalizzati al miglioramento globale della salute. Secondo il citato documento il "nuovo infermiere" è colui 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. L'obiettivo è quello di mantenere, e migliorare nel tempo, l'equilibrio e lo stato di salute della famiglia, della comunità, aiutandola a evitare o gestire le minacce alla salute. Oggetto dell'assistenza dell'"infermiere di famiglia" è l'intera comunità, di cui la famiglia rappresenta l'unità di base. In tal senso l'Infermiere di famiglia svolge il suo ruolo nel contesto comunitario di cui fanno parte la rete dei servizi sanitari e sociosanitari, le scuole, le associazioni e i vari punti di aggregazione. Promuove un'assistenza di natura preventiva, curativa e riabilitativa differenziata per bisogno e per fascia di età, attraverso interventi domiciliari e/o ambulatoriali.

L'infermiere di famiglia rappresenta l'evoluzione di funzioni professionali già svolte per la salute della collettività che il mutamento dei bisogni sociosanitari dei cittadini rende necessaria per la qualità delle cure.

Negli ultimi anni nei paesi occidentali stiamo assistendo al progressivo invecchiamento della popolazione.

L'Italia è il paese più vecchio in Europa con il 22,8% del totale che ha più di 65 anni a fronte del 20,3% dell'Unione a 28 (dati EUROSTAT a gennaio 2019); l'unico dato paragonabile in Europa è quello della Germania (20,7%).

Secondo i dati ISTAT la quota di anziani sul totale della popolazione all'1/1/2014 è pari al 21,4% e le regioni più anziane sono la Liguria (in cui gli over64 all'1/1/2014 costituiscono il 27,7% della popolazione totale), il Friuli-Venezia Giulia (24,7%) e la Toscana (24,4%), l'Umbria (23,8%), Campania (17,2%), Provincia Autonoma di Bolzano (18,7%), Sicilia (19,6%) e Calabria (19,8%) sono le regioni con una presenza

di anziani ancora decisamente minore. Ma in un futuro ormai prossimo, nel 2032, secondo le previsioni ISTAT, la quota di anziani over65 sul totale della popolazione dovrebbe raggiungere il 27,6%, con circa 17.600.000 anziani in valore assoluto.

Poiché tendenzialmente il rischio di sviluppare disabilità (limitazioni funzionali psico-cognitive e/o somatiche) dipendenti da malattie aumenta con l'età, l'invecchiamento e i problemi sanitari che si produrranno con esso nella sempre più consistente quota parte di popolazione che si trova al vertice della piramide demografica avranno sempre più importanza e influenza sulle scelte di politica sanitaria, sia in termini riorganizzativi dei servizi, che del loro finanziamento. Le criticità emergenti in seno agli scenari demografici accennati possono essere riassunte nei seguenti punti:

- incremento di persone con almeno una patologia cronica e di condizioni di comorbilità. Le malattie croniche nel 2017 hanno interessato quasi il 40% della popolazione del Belpaese, cioè 24 milioni di italiani dei quali 12,5 milioni hanno multi-cronicità. Le proiezioni della cronicità indicano che tra 7 anni, nel 2028, il numero di malati cronici salirà a 25 milioni, mentre i multi-cronici saranno 14 milioni.

- progressiva semplificazione della dimensione e composizione delle famiglie, con il 29,6% delle persone over sessantacinquenni che vivono sole;

- riduzione del circa il 50% degli anni di vita liberi da disabilità nelle persone sopra i 65 anni, con sostanziali differenze sulla base delle condizioni socioeconomiche.

Tali caratteristiche richiedono un modello assistenziale sensibilmente differente da quello centrato sull'ospedale, orientato verso un'offerta territoriale, che valorizzi un approccio più focalizzato sul contesto di vita quotidiana della persona. L'assistenza sanitaria territoriale diventa luogo elettivo per attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità e della personalizzazione dell'assistenza, come indicato nel Piano Nazionale della Cronicità e il Piano Nazionale della Prevenzione. Nello stesso tempo si mira a contenere la spesa sanitaria, mitigare l'impatto della malattia sulla qualità di vita, responsabilizzare il paziente sugli stili di vita, coinvolgendolo attivamente nella gestione della propria condizione di salute (self-care). Il sistema sanitario è chiamato ad anticipare i bisogni dei pazienti e a seguirli in maniera continuativa lungo tutto il percorso assistenziale, secondo una sanità di

iniziativa integrata con i servizi sociali. A fronte di una sempre maggiore frammentazione del sapere, per garantire una risposta comprensiva, unitaria e sostenibile, l'assistenza primaria deve essere distribuita all'interno di un sistema più ampio e articolato su più professionalità come reso noto nella Dichiarazione di Astana. Nel corso degli anni, la professione infermieristica, a seguito di un processo di espansione ed estensione del ruolo, attraverso la formazione, ha assunto in tutto il mondo forme di assistenza avanzata nelle cure primarie. In alcuni contesti, per migliorare l'accesso ai servizi, si assiste ad una condivisione di attività fra la professione medica e infermieristica (es. Task Sharing). In altri contesti, infermieri specializzati sono stati inseriti in ruoli complementari a quelli già esistenti, per ottimizzare la gestione delle patologie croniche in termini di riduzione dei tassi di ospedalizzazione, miglioramento dei parametri clinici e soddisfazione dell'utenza.

In risposta agli obiettivi del Documento Salute 21 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si sono sviluppati percorsi di formazione di nuove figure infermieristiche, tra cui quella dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC). 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 possono farsi carico dei problemi di salute.

La Conferenza Stato-Regioni nella riunione del 18 dicembre ha sancito l'intesa concernente il Patto per la Salute per gli anni 2019-2021. Il documento prevede, tra i numerosi punti, la valorizzazione della professione infermieristica di famiglia e di comunità nell'ambito dell'assistenza territoriale. Esso può fornire un contributo sostanziale alla copertura dell'incremento dei bisogni di continuità assistenziale, di aderenza terapeutica, in particolare in soggetti fragili e/o affetti da multi-morbilità, in un'ottica di integrazione con i servizi socioassistenziali. È in corso un ripensamento dei modelli organizzativi dell'assistenza territoriale in virtù dei cambiamenti sociodemografici nel Paese.

Sette Paesi Europei hanno completato il progetto pilota di applicazione del modello attraverso un processo di formazione dei professionisti e di sua implementazione. 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.

Gli effetti possibili dell'infermiere di famiglia:

Favorire la promozione della salute della popolazione attraverso interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria, influenzando positivamente la qualità della vita e delle persone assistite; Aumentare l'accessibilità e l'orientamento ai servizi favorendo la realizzazione della continuità assistenziale, al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita e l'integrazione fra assistenza sanitaria e sociale, in raccordo e sinergia con i diversi soggetti istituzionali, poli della rete e le diverse professionalità presenti sul territorio; Concorrere a contrastare l'istituzionalizzazione "fragilità" attraverso l'educazione e il supporto dei pazienti al self management e aumentando la responsabilizzazione delle famiglie (percorsi di engagement); Riduzione dei costi diretti dell'assistenza, a seguito di attività di prevenzione diffusa e individuazione precoce dei bisogni della popolazione; Riduzione del volume di attività dell'assistenza ospedaliera al paziente fragile e riduzione accessi inappropriati ai Pronto Soccorso (rafforzamento indice continuità assistenziale); Facilitare le dimissioni precoci in modo protetto; Influenzare positivamente la qualità e la sicurezza delle risposte ai bisogni di salute della popolazione anche attraverso la rilevazione della soddisfazione delle persone assistite.

La realtà italiana

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", la teoria dello "Human Caring", i concetti di "Community Care" 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. 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 FVG 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 FVG n. 27/2018 e n.22/2019.
- Il Progetto CoSENSo (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 (Deliberazione della Giunta Regionale 12 giugno 2017, n. 32-5173). La Regione Liguria ha proseguito protraendo la sperimentazione in alcune zone;

-L’infermiere di Famiglia e Comunità attivo in Regione Toscana 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 è inserito nel contesto locale e circoscritto della microarea, eroga interventi di tipo socio-sanitario e svolge un ruolo di attivatore di risorse contribuendo a costruire la rete del Welfare di comunità (24,25).

Le differenze tra le esperienze rispecchiano il processo di adattamento nel contesto locale di un modello concettuale che risulta, però, essere condiviso. “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”.

L’applicazione del modello deve tenere in considerazione alcuni aspetti peculiari che contraddistinguono il Paese Italia:

1. L’aumento della cronicità, legata all’aumento delle persone che giungono ad età sempre più avanzate ma anche sempre meno libere da problemi di salute spesso invalidanti, necessita di essere affrontata molto prima che si manifesti. Fronteggiare il fenomeno con azioni di promozione della salute e di prevenzione principalmente rivolte

alla popolazione anziana o attraverso percorsi di accompagnamento standardizzati è una delle possibili strategie per il futuro. Ciò significa passaggio dai Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali al Population Health Management ripensando ad un sistema che investa nei fondi per la non autosufficienza, e sulle cure primarie, in termini di modelli condivisi di stratificazione della popolazione in funzione della gravità/complessità, nonché adeguamento dei Sistemi Informatici e maggiore integrazione tra i professionisti e le reti, attraverso “un maggior coinvolgimento di tutte le figure professionali coinvolte, necessarie per rispondere adeguatamente alla multidimensionalità delle patologie croniche, in seno a piani di cura concordati...” (Piano Nazionale Cronicità).

2. La necessità di incrementare:

L’empowerment individuale della persona assistita, in modo da migliorare la sua capacità di 'fare fronte' alla patologia e di sviluppare abilità self-care;

L’empowerment di comunità al fine di influenzare e controllare maggiormente i determinanti di salute e la qualità di vita all’interno della propria comunità.

Questo richiede una profonda revisione non solo dei modelli operativi ma anche dei principi e dei valori che sottendono alle azioni. La Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) ritiene che una strada da intraprendere sia quella della messa a regime di modelli di Welfare generativo di comunità, in grado di potenziare il Capitale Sociale esistente e di aumentare la sostenibilità del sistema stesso. Molti esperti internazionali sui temi dell’Empowerment e delle disuguaglianze sociali sostengono che, sia la sostenibilità dei sistemi sanitari, sia la riduzione delle disuguaglianze di salute, sono rese facilitate da azioni rivolte al potenziamento delle capacità delle persone e delle comunità di partecipare consapevolmente ai processi decisionali sui temi che riguardano la salute stessa (26–29). Il National Institute for Health Research (NHS) indica che esiste prova concreta che gli interventi di coinvolgimento della comunità hanno un impatto positivo sui comportamenti sanitari, sulle conseguenze sulla salute e sull’autoefficacia, generando una chiara percezione del valore del sostegno sociale, in varie condizioni. Un altro recente studio, pubblicato nel 2019 da Jane South sostiene l’importanza di distinguere tra interventi basati sulla

comunità che si rivolgono a popolazioni "target" come destinatarie di attività guidate da professionisti e approcci centrati sulla comunità con il fine di:

- Riconoscere e cercare di mobilitare risorse all'interno delle comunità, comprese le competenze, le conoscenze e il tempo di individui, gruppi e organizzazioni della comunità;
- Concentrarsi sulla promozione della salute e del benessere nella comunità, piuttosto che su logiche di servizio;
- Promuovere l'equità nella salute lavorando in collaborazione con individui e gruppi per affrontare gli ostacoli per la buona salute;
- Cercare di aumentare il controllo delle persone sulla loro salute.

Le recenti esperienze sul territorio italiano sono volte a privilegiare, ove possibile, le cure domiciliari rispetto all'istituzionalizzazione, garantendo le prestazioni sanitarie necessarie ed attivando le risorse formali e informali della comunità per dare supporto alla persona e alla famiglia nello svolgimento delle attività di vita quotidiana.

L'innovazione, presente in tali modelli, necessita di competenze specifiche e di nuove relazioni nell'equipe di cura e con il cittadino. Infatti, tra le principali barriere all'implementazione di nuovi ruoli infermieristici nelle cure primarie si annovera la resistenza al cambiamento da parte del personale medico, l'assenza di legislazioni che ne riconoscano l'ambito di applicazione, e un sistema educativo in grado di fornire agli infermieri le competenze necessarie.

Excursus normativo

Per poter definire ed identificare le responsabilità, le competenze e le possibilità di sviluppo dell'infermiere di famiglia in Italia, è indispensabile far riferimento ai documenti che delineano il ruolo e le funzioni dell'infermiere, attraverso le norme giuridiche e deontologiche

Fra le norme giuridiche più importanti, ricordiamo:

- Il Decreto legislativo 502/926, con le sue successive modificazioni ed integrazioni, all'articolo 6 comma 3, ha attribuito al Ministero della Sanità il compito di individuare, i successivi atti regolamentari, i profili delle professioni sanitarie, tra i quali figura anche quello dell'infermiere, definito grazie al decreto ministeriale 739/94. Lo stesso decreto ha indirizzato la definizione dei percorsi didattici post-base attraverso successivi decreti emanati dal Ministro dell'Università e della ricerca Scientifica.
- Il Decreto ministeriale 14 settembre 1994, n° 739 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo Profilo Professionale dell'infermiere", nell'articolo 1 individua la "figura professionale dell'infermiere, operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica". L'articolo 2 definisce gli ambiti dell'assistenza infermieristica (preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa) e la natura della stessa (tecnica, relazionale ed educativa). In particolare, nell'articolo 1.3 (lettera a), l'infermiere è colui che "partecipa all'identificazione dei bisogni di salute", ed "identifica i bisogni di assistenza infermieristica (...) della persona e della collettività" (lettera b). L'infermiere, inoltre, "agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali" (alla lettera e) ed infine "svolge la sua attività professionale in strutture pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o di libero-professionale" (lettera g). L'articolo 5 definisce le aree di formazione infermieristica post base che comprende cinque diverse aree, fra queste viene definita la formazione in sanità pubblica, nella quale può essere collocata la formazione specialistica per l'infermiere di famiglia.

- Le innovazioni apportate con la Legge 26 febbraio 1999, n.42 recante “Disposizioni in materia di professioni sanitarie” , sono rilevanti ed epocali. Nella professione infermieristica viene abolito il mansionario (D.M. 42/99, articolo 1, comma 2), approvato con D.P.R. 14 marzo 1974 n.225, lanciando una nuova sfida ed aprendo una nuova epoca, sancendo la fine del monopolio della figura medica, quanto meno come unica figura riconosciuta come professionista a livello normativo, ampliando notevolmente le responsabilità dell’infermiere. Vengono indicati tre criteri guida inseriti nel contenuto dei profili professionali, dalla formazione di base e post base ricevuta e dal codice deontologico, si avvia un’evoluzione della figura professionale dell’infermiere basata su un percorso di maggiore autonomia del processo assistenziale.
- La Legge 10 agosto 2000 n.251 recante la “disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica” costituisce un importante traguardo raggiunto dalla professione infermieristica. Viene riaffermata l’autonomia professionale, nei campi di attività e nelle funzioni esplicitate nel profilo professionale e nel Codice Deontologico e “conferma il valore della professione infermieristica per la salute dei cittadini, per la direzione e la gestione di attività di assistenza, di organizzazione del lavoro, di adozione di modelli di assistenza personalizzata”. All’articolo 1, comma 1, della legge in esame, viene affermato l’importante principio dell’autonomia professionale, nello svolgimento delle attività finalizzato “alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva”, con riferimento specifico alla legge 42/99. L’adozione della metodologia della pianificazione dell’attività per obiettivi, già richiamata da più norme dal 1990, impegna gli infermieri a mettere in pratica tutti i contenuti professionali di cui la legge stessa ne riconosce il possesso. Il comma 3 dell’articolo 1 riporta l’affermazione molto importante della “attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica”, ciò implica la messa in atto dell’assistenza infermieristica personalizzata.
- L’infermiere, che intende svolgere la propria attività in regime libero professionale, ha come riferimento l’articolo 2229 del Codice Civile il quale

annovera la libera professione tra quelle “intellettuali” e “protette”. Il libero professionista è il “prestatore d’opera intellettuale, effettuata in regime di autonomia tecnica e gerarchica nei confronti del cliente, con ampia discrezionalità sotto il profilo della tecnica professionale e con propria organizzazione del lavoro”. Tra i riferimenti più importanti troviamo l’articolo 348 del Codice Penale, che punisce l’esercizio abusivo, mentre è rimandato al Collegio Professionale il potere disciplinare verso gli iscritti (lesioni al decoro ed indipendenza della professione).

- La Legge 175 del 1992 sancisce le norme che regolano la pubblicità sanitaria che potrà essere effettuata solamente mediante l’affissione di targhe sull’edificio di svolgimento delle attività, oppure mediante inserzione sugli elenchi telefonici. Nel febbraio del 2009 si apre il XV Congresso della Federazione Nazionale Collegi Ipasvi nel cui ambito, 10 anni dopo, viene presentato e celebrato il nuovo Codice Deontologico degli Infermieri italiani, frutto di un grande e corale impegno dell’intera compagine professionale. L’infermiere non è più “l’operatore sanitario” dotato di un diploma abilitante ma, “il professionista sanitario responsabile dell’assistenza infermieristica”. Un professionista che, in quanto tale ed anche nella sua individualità, assiste la persona e la collettività attraverso l’atto infermieristico inteso come il complesso dei saperi, delle prerogative, delle attività, delle competenze e delle responsabilità dell’infermiere in tutti gli ambiti professionali e nelle diverse situazioni assistenziali.
- il disegno di legge d’iniziativa dei senatori Simeoni, Fucksia, Taverna e Vacciano comunicato alla presidenza il 20 dicembre 2014 introduce la figura dell’infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare avente la finalità del pieno riconoscimento della professione infermieristica come figura di riferimento per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi territoriali di assistenza domiciliare al fine di salvaguardare lo stato di salute dei cittadini (art.1). Per cura domiciliare si intende la modalità di assistenza sanitaria erogata al domicilio del paziente dall’infermiere in collaborazione con il medico di famiglia, alternativa al ricovero ospedaliero, destinata a persone con patologie trattabili a domicilio volta a favorire la

permanenza del paziente nel proprio ambiente. A tal fine, nel contesto dei servizi di assistenza domiciliare l'articolo 3 del presente disegno di legge apporta alcune modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502: viene introdotta la figura dell'infermiere di famiglia che, in sinergia e collaborazione con i medici di medicina generale e con i servizi distrettuali, deve assicurare la presa in carico dei cittadini. L' articolo 4 in fine, apporta alcune modifiche al decreto-legge 13 settembre 2021,n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2021, n 189 (cosiddetto decreto Ministro Balduzzi) e in particolare all'articolo 1, comma 1 , in materia di riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie, introducendo la figura dell'infermiere di famiglia prevedendo una serie di competenze per la nuova figura professionale che deve diventare un punto di riferimento per lo sviluppo dei servizi sanitari, dall'ospedale al territorio ai servizi domiciliari, sia sul piano dell'assistenza che della programmazione.

- L'infermiere di famiglia diviene legge con il Decreto Rilancio del 13 maggio 2020, messa a punto dalla Commissione salute delle Regioni: i nuovi infermieri di famiglia e comunità dovranno avere un ruolo di governo nell'ambito dei servizi infermieristici distrettuali. “Questo passo – sottolinea Barbara Mangiacavalli, presidente FNOPI – riconosce la necessità già scritta da Governo e Regioni nel Patto per la salute 2019-2021 di introdurre a pieno titolo la figura dell'infermiere di famiglia/comunità. Il Decreto-Legge Rilancio, emanato in un periodo storico di emergenza sanitaria a livello mondiale causata dalla pandemia da Covid-19, proprio per le evidenti fragilità e carenze del modello di assistenza territoriale finora ammortizzato dall'ospedale (CENSIS,2020), ha previsto un investimento strategico per l'assistenza territoriale che consiste nell'assunzione a tempo indeterminato di 9600 infermieri di famiglia e di comunità per rafforzare concretamente questi servizi. Le forme contrattuali sancite da questo decreto sono quelle di dipendente dell'Azienda Sanitaria, di Libero Professionista e di collaboratore coordinato e continuativo, cioè in forma

convenzionata al pari dei Medici di Medicina Generale (D.L 34/2020; FNOPI,2019).

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

Sulla base della traccia del documento della FNOPI, le Regioni nella Conferenza Stato-Regioni del 10 settembre 2020 hanno emanato le “Linee di indirizzo infermiere di famiglia e di comunità”, documento che rende uniforme la figura dell’infermiere di famiglia e di comunità su tutto il territorio e sottolinea la necessità di una tempestiva introduzione su scala nazionale sia per l’urgenza determinata dall’attuale fenomeno pandemico, sia per il potenziamento delle cure primarie.

Competenze e Formazione:

Le competenze richieste al IF/C sono di natura clinico assistenziale e di tipo comunicativo-relazionale. L’IF/C deve possedere capacità di lettura dei dati epidemiologici e del sistema-contesto, deve avere un elevato grado di conoscenza del sistema della Rete dei Servizi sanitari e sociali per creare connessioni ed attivare azioni di integrazione orizzontale e verticale tra servizi e professionisti a favore di una risposta sinergica ed efficace al bisogno dei cittadini della comunità. I requisiti formativi previsti sono da definire con un ordine temporale differenziato. Se da un lato si riconosce la necessità di considerare rilevante prevedere un percorso di formazione specifica con l’acquisizione di titoli accademici (ad es master in Infermieristica di famiglia e Comunità) dall’altro occorre considerare fondamentale avviare tempestivamente l’organizzazione dell’assistenza territoriale come indicato dalla L. 77/2020. Si ritiene quindi necessario individuare infermieri per i quali sia possibile valorizzare l’esperienza acquisita, la motivazione e l’interesse all’ambito territoriale dell’assistenza. A titolo di

esempio avere un'esperienza (almeno due anni) in ambito Distrettuale/territoriale, domiciliare o con esperienza di percorsi clinico-assistenziali (PDTA), di integrazione ospedale-territorio, di presa in carico di soggetti fragili. Altresì si ritiene necessario avviare iniziative di formazione aziendale, sulla base di indicazioni regionali, che permettano di formare, in tempi brevi, anche con modalità blended e formazione sul campo, infermieri per questa nuova forma di attività assistenziale territoriale. Tale formazione potrà essere riconosciuta e considerata anche ai fini dell'eventuale accesso successivo a percorsi accademici.

Nel documento emesso dall'OMS [2000] sono contenute le indicazioni per la formazione complementare infermieristica in materia di assistenza infermieristica di comunità. Le competenze attese dal conseguimento della formazione complementare sono tali affinché l'infermiere di famiglia si possa esprimere nella sua professione come colui in grado di:

- erogare assistenza
- prendere decisioni
- comunicare efficacemente
- essere leader di comunità
- essere manager

Per poter consentire efficienza ed efficacia nell'esercizio del ruolo di infermiere di famiglia, il sistema di competenze proposto richiede che siano sviluppati i seguenti 17 contenuti:

- identificare e valutare lo stato di salute ed i bisogni degli individui e delle famiglie nel loro contesto culturale e di comunità.
- prendere decisioni basate sui principi etici;
- pianificare, iniziare e fornire assistenza alle famiglie che fanno parte del carico di casi definito;
- promuovere la salute degli individui, delle famiglie e delle comunità;
- applicare la conoscenza di diverse strategie di insegnamento ed apprendimento con i singoli, le famiglie e le comunità
- utilizzare e valutare diversi metodi di comunicazione;
- partecipare alle attività di prevenzione;
- coordinare e gestire l'assistenza, compresa quella delegata ad altro personale

- documentare sistematicamente la propria pratica;
- creare, gestire ed utilizzare informazioni statistiche (dati) cliniche e basate sulla ricerca per pianificare l'assistenza e definire le priorità nelle attività relative alla salute ed alla malattia;
- sostenere ed incoraggiare gli individui e le famiglie ad influenzare e partecipare alle decisioni relative alla loro salute;
- definire standard e valutare l'efficacia delle attività infermieristiche di famiglia;
- lavorare da soli o in seno ad un'equipe;
- partecipare alla definizione delle priorità nelle attività relative alla salute e alla malattia;
- gestire il cambiamento ed esserne agenti;
- mantenere relazioni professionali ed un ruolo collegiale di sostegno con i colleghi;
- mostrare l'evidenza di un impegno alla formazione continua ed allo sviluppo professionale.

In Italia l'indirizzo formativo è stato recepito nel 2001 dalla Federazione IPASVI, nel documento: *Le linee guida per la formazione complementare in sanità pubblica*. Si tratta di un fascicolo al cui interno è dettagliata la proposta didattica per il modulo che dovrebbe sviluppare le competenze richieste all'infermiere di famiglia. Questa è l'origine del percorso formativo della figura, ed i primi master sono stati attivati con la denominazione "Infermieristica in Sanità Pubblica" nelle Università che per prime si sono attivate. Man mano che le sedi didattiche si sono meglio organizzate nelle loro offerte per la formazione complementare post-laurea, i master hanno assunto diverse denominazioni e diverse caratterizzazioni, fino a giungere quella propriamente detta Infermieristica di Famiglia e di Comunità.

I master di primo livello in Sanità Pubblica sono stati avviati una decina di anni dopo l'emanazione del profilo Professionale, nell'anno accademico 2003/2004 ma l'esigenza di una formazione in tal senso non è stata mai sottovalutata dalla professione infermieristica che si è trovata ad affrontare, alla fine degli anni '90, proprio lo sviluppo di quelle forme di cura alternative all'ospedalizzazione che andavano sotto il nome di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Questo nuovo ambito di esercizio della professione infermieristica che prendeva piede nel periodo, non poteva trovare professionisti impreparati o che, come avvenuto ai

tempi dell'infermiere unico, acquisiva sul campo le competenze specialistiche necessarie, grazie ad una formazione e trasmissione tra pari.

L'ambiente era caratterizzato da una nuova complessità che richiedeva un diverso esercizio di ruolo.

Si iniziava a introdurre, e a sperimentare, la funzione di infermiere case-manager; nascevano le equipe multidisciplinari che richiedevano il contributo infermieristico ai progetti di cura, come le unità di valutazione geriatrica prima e multidimensionali poi. Uno scenario nuovo che si andava affermando molto velocemente e in cui gli infermieri stavano assumendo un ruolo importante, e addirittura forse più visibile di quello rivestito nell'ambiente ospedaliero. Quindi nell'attesa che l'infermieristica vedesse completo l'iter dei cicli universitari e si avviassero i master universitari specifici, l'offerta formativa è stata costituita da corsi professionalizzanti come quello, ad esempio, della Regione Piemonte. In particolare, il CESPI (Centro Studi Professioni Sanitarie), su mandato della Regione Piemonte e in collaborazione con l'IPASVI Torino [Prandi 2000], ha formato, in infermieristica di famiglia, circa 300 infermieri mediante un corso della durata di 200 ore. In questi anni numerosi infermieri hanno seguito un percorso professionalizzante pur senza un riconoscimento contrattuale formale del titolo acquisito. Oggi il titolo preferenziale per l'acquisizione delle competenze in questo ambito è il Master Universitario di primo livello in Infermieristica di famiglia e di Comunità, delle Università di Torino e del Piemonte Orientale, così come previsto dal Documento finale sulla formazione specialistica delle professioni sanitarie, approvato il 17 dicembre 2018 dall'Osservatorio nazionale delle professioni sanitarie istituito presso il MIUR, e divulgato dal Ministero della Salute alle Regioni con circolare del 13 marzo 2019 .

INTRODUZIONE

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

In alcuni Paesi prima dell'introduzione formale dell'infermiere di famiglia e di comunità da parte dell'OMS, avvenuta nel 1998, queste figure hanno assunto ruoli, competenze e denominazioni differenti (Nurse Practitioner in Gran Bretagna e Stati Uniti; Nurse Practitioner e Clinical Nurse Specialist in Canada) sulla base delle necessità e dei bisogni delle realtà in cui si sono insediate. I "Nurse Practitioners" (NP), infatti, nel Regno Unito e negli Stati Uniti sono stati introdotti già negli anni Sessanta spinti anche dalla necessità di sopperire alla carenza di medici di medicina generale. (Cipolla, Rocco, Marcadelli & Stievano, 2017). Le esperienze internazionali che sono state analizzate da Cipolla et al. (2017) dimostrano come agli infermieri di famiglia vengano riconosciute le competenze avanzate quali esercizio autonomo, capacità di decision making, capacità di creare connessione sistemica. La letteratura internazionale evidenzia che l'infermiere con competenze avanzate garantisce:

1. una migliore qualità dei servizi forniti nelle cure primarie attraverso l'offerta di un livello di assistenza equivalente o superiore rispetto ai medici in Primary Care (Martínez-González et al. 2015; [Laurant et al., 2018](#));
2. la riduzione del carico di lavoro dei medici, permettendo loro, quindi, di svolgere compiti più complessi ([Laurant et al., 2018](#));
3. l'acquisizione di competenze specifiche nello svolgimento della pianificazione anticipata delle cure (ACP), nell'assistenza tecnica ai pazienti e nel coordinamento con il settore sociale, spesso trascurati dai medici di base per vincoli di tempo ([Jakimowicz, et al, 2017](#));
4. La facilitazione delle dimissioni precoci in collaborazione con il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e altri professionisti;
5. una migliore continuità assistenziale grazie ad una visione centrata sul paziente (Lovink et al.2018; Dwyer, et al. 2017; Desmedt et al. 2016) e sulla sua vita quotidiana, e non solo ad una specifica condizione ([Jakimowicz, et al, 2017](#));
6. la promozione della gestione delle malattie croniche (Desmedt et al. 2016, Martin-Misener et al. 2015).

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

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

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

con conseguente risparmio tra 835.942,9 CAD e 1.890.220,6 CAD grazie alla riduzione degli eventi sensibili (cadute, ulcere da pressione, trasferimenti al pronto soccorso) per il periodo osservato dal primo al secondo trimestre (tra settembre 2015 e agosto 2016) in seguito all'implementazione del ruolo di infermiere di famiglia e comunità nelle strutture di assistenza a lungo termine; Laurant et al. (2018) hanno riscontrato una riduzione dei costi dell'assistenza considerando anche i costi salariali inferiori per gli infermieri rispetto ai medici e una formazione educativa fornita più rapidamente e meno costosa; Desmedt et al. (2016) con la loro revisione narrativa hanno evidenziato un impatto economico positivo attraverso l'applicazione di un modello di assistenza integrata delle malattie croniche che mira all'autogestione del paziente.

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

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

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

La Toscana è una delle prime regioni che ha progettato e inserito nel suo territorio questa figura denominata "infermiere di famiglia e di comunità" con la delibera 597 del 4/6/2018, nata dalla consapevolezza di dover sviluppare nuovi modelli organizzativi territoriali che rispondano sempre più alla gestione della cronicità e al sostegno all'autocura. Tale necessità è emersa da una riflessione all'interno del Dipartimento infermieristico ed ostetrico AUSL Toscana Centro che ne ha definito le basi fondamentali che costituiscono l'ossatura portante dell'intero progetto.

Fin dalle prime fasi sono stati coinvolti anche altri dipartimenti interessati ai percorsi di assistenza territoriale. In seguito, il progetto è stato condiviso e definito nella sua stesura finale con contributo decisivo del Dipartimento infermieristico ed ostetrico AUSL Toscana Sud Est (Dr. Lorenzo Baragatti) e del Dipartimento infermieristico ed ostetrico Toscana Nord Ovest (Dr.ssa Chiara Pini), che stavano già approfondendo il tema. Infine, il progetto è stato illustrato agli Opi della Toscana che ne hanno apprezzato anche il contenuto politico contribuendo ad accompagnarlo nel suo iter di approvazione. Il Direttore del Dipartimento Assistenza Infermieristica e Ostetrica dell'Azienda USL toscana Centro, Dr. Paolo Zoppi, ha definito questo progetto un "cambiamento di cultura", un processo graduale, ma i cui risultati "come le evidenze ci dimostrano, saranno di elevato valore, il cittadino potrà in futuro beneficiare degli effetti di quello che a livello internazionale è considerato un modello all'avanguardia."

Studi internazionali dimostrano che la forza di un sistema di assistenza primaria in un paese è collegata a migliori risultati di salute per la popolazione, maggiore equità, accessibilità e soddisfazione dei pazienti. La riorganizzazione del sistema di Cure

Primarie in atto nella Regione Toscana ha come riferimento il modello assistenziale Expanded Chronic Care Model in cui la gestione dei pazienti con una o più condizioni di cronicità è affidata ad un team multi professionale nel quale operano i medici di Medicina Generale (MMG), l'infermiere di cure primarie, medici specialisti di riferimento per la patologia e altri professionisti non medici a seconda delle specifiche esigenze dell'assistito; il suddetto team opera in stretta collaborazione con la Medicina di Comunità che garantisce l'operatività del raccordo con il settore specialistico, il settore sociale, le risorse comunitarie . In Regione Toscana l'assistenza infermieristica nelle cure primarie, che dal 2010 è componente attiva della Sanità d'Iniziativa, presenta a tutt'oggi un modello assistenziale non omogeneo. Questo modello, che fin dall'inizio della sua sperimentazione, ha fatto registrare importanti risultati di salute per gli assistiti, specificatamente per quanto attiene all'infermieristica, necessita di un consolidamento e di alcune linee di sviluppo, anche alla luce di importanti cambiamenti organizzativi già attuati o in atto:

- Nuova organizzazione della Medicina Generale con la costituzione di 116 aggregazioni funzionali territoriali (AFT);
- Implementazione del modello “Casa della Salute”
- Incremento dell'assistenza in regime di domiciliarità per far fronte ai bisogni degli assistiti e delle loro famiglie
- Promozione del self management delle malattie croniche e l'autogestione della propria salute attraverso il cambiamento degli stili di vita e la prevenzione alla disabilità
- Supporto alle funzioni e competenze assistenziali dei caregiver
- Accesso al sistema in rete dei servizi territoriali di cure primarie.
- Gestione della continuità assistenziale e costituzione delle Agenzie di Continuità Ospedale – Territorio (ACOT).

Obiettivi

Gli obiettivi primari dello studio sono:

- Illustrare il progetto “infermiere di famiglia e di comunità” della Ausl Toscana centro.
- Illustrare il ruolo e le competenze dell’infermiere di famiglia e di comunità della Ausl Toscana centro.
- Illustrare strumenti a sostegno dell’infermiere di famiglia, già in atto o come prospettiva futura.
- Illustrare i risultati a seguito dell’avvio della sperimentazione del progetto dell’Infermiere di famiglia e di comunità.

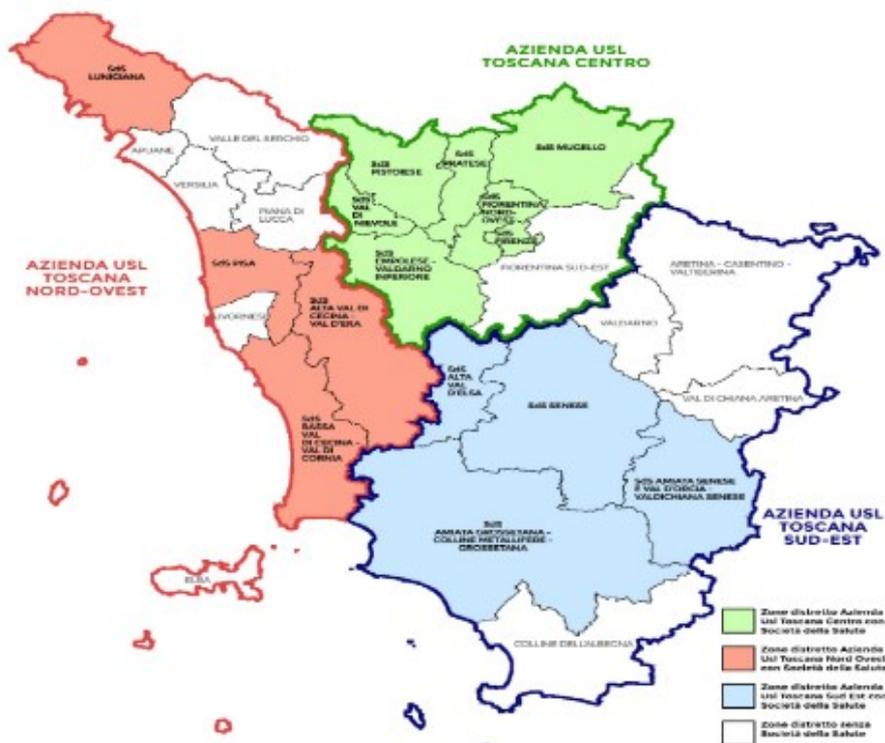
Materiali e metodi

Il lavoro svolto per lo studio del progetto “Infermiere di famiglia e di comunità” che comprende la “nuova sanità di iniziativa” nella Toscana Centro ha visto l’instaurarsi di un contatto diretto con la dott.ssa Cristina Rossi, Direttore Continuità Ospedale Territorio del Dipartimento Infermieristico e con la dott.ssa Elisabetta Paoletti, Buone Pratiche e Ricerca del Dipartimento Infermieristico. Dalla consultazione del materiale fornito sono stati estrapolati la struttura e le fasi del progetto.

Setting

Dal 1° gennaio 2018, a seguito della Legge Regionale “Revisione degli ambiti territoriali” n. 11/2017, la regione Toscana istituisce tre AUSL e 26 zone distretto. La

zona-distretto è l'ambito territoriale ottimale per valutare i bisogni sanitari e sociali delle comunità e per organizzare ed erogare i servizi delle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate. A ciascuna zona-distretto è proposto un Direttore di zona.



Le AUSL sono: Toscana Nord-Ovest, Toscana Centro e Toscana Sud-Est.

La AUSL Toscana Centro è a sua volta suddivisa in 8 zone distretto di cui fanno parte i seguenti comuni:

Zona- distretto	comuni
Val di Nievole	Buggiano, Lamporecchio, Larciano, Massa e Cozzile, Monsummano Terme, Montecatini Terme, Pescia, Pieve a Nievole, Ponte Buggianese, Uzzano,

	Chiesina Uzzanese
Pistoiese	Abetone Cutigliano, Agliana, Marliana, Montale, Pistoia, Quarrata, Sambuca Pistoiese, San Marcello Piteglio, Serravalle Pistoiese
Pratese	Cantagallo, Carmignano, Montemurlo, Poggio a Caiano, Prato, Vaiano, Vernio
Firenze	Firenze
Fiorentina Nord-Ovest	Calenzano, Campi Bisenzio, Lastra a Signa, Scandicci, Sesto Fiorentino, Signa, Vaglia
Fiorentina Sud-Est	Bagno a Ripoli, Barberino Val d'Elsa, Fiesole, Greve in Chianti, Impruneta, Londa, Pelago, Pontassieve, Reggello, Rignano sull'Arno, Rufina, San Casciano Val di Pesa, San Godenzo, Tavarnelle Val di Pesa, Figline e incisa Valdarno
Mugello	Barberino di Mugello, Borgo San Lorenzo, Dicomano, Firenzuola, Marradi, Palazzuolo sul Senio, Vicchio, Scarperia e San Pietro
Empolese- Valdarno Inferiore	Capraia e Limite, Castelfiorentino, Cerreto Guidi, Certaldo, Empoli, Fucecchio, Gambassi Terme, Montaione, Montelupo Fiorentino, Montespertoli, Vinci, Castelfranco di Sotto, Montopoli in Val d'Arno, San Miniato, Santa Croce sull'Arno

Nel territorio della Toscana Centro la densità abitativa, che ha il suo picco massimo nella piana tra Firenze, Prato e Pistoia, varia significativamente tra le otto zone sociosanitarie, contribuendo alle differenze nelle caratteristiche degli stili di vita,

esposizioni ambientali, livelli economici e sociali di chi le vive. L'area sanitaria territoriale pistoiese coincide con quello della provincia di Pistoia e comprende 9 comuni della zona sociosanitaria pistoiese e 11 di quella della Val di Nievole; L'area territoriale pratese coincide con la zona-distretto pratese e con la provincia di Prato, dove si registra la più alta densità abitativa toscana, tra le più elevate in Italia.

Residenza	Popolazione residente
Ausl centro	1.599.248
Ausl nord-ovest	1.250.151
Ausl sud-est	818.934
Regione toscana	3.668.333

Popolazione residente | AUSL CENTRO | Indicatori socio-sanitari in Toscana

Popolazione

La Toscana è la seconda regione più vecchia d'Italia, una delle più anziane nel mondo. In base a uno studio dello Spi Cgil si calcola che nel 2050 per ogni under 14 toscano ci saranno tre over 64. Che i malati cronici con almeno una patologia saranno 1,55 milioni nel 2030 (oggi siamo a 1,48 milioni) e 815 mila con almeno due patologie. Quasi un toscano su tre (circa un milione) soffre di ipertensione, 818 mila sono i malati di dislipidemia, 274 mila hanno il diabete. Un anziano su quattro va almeno una volta l'anno in ospedale per tumori, malattie cardiovascolari, respiratorie, diabete, disturbi renali, al sistema nervoso o all'apparato digerente. Uno su due viene ricoverato. Le spese ospedaliere per i malati cronici (che non siamo in grado di assistere sul territorio o con la telemedicina) coprono il 78% di quelle totali (1.247 milioni di euro su un totale di 1.593). È chiaro che per costi, qualità dell'assistenza ed emergenza Covid con cui dovremo continuare a fare i conti, la situazione non è più sostenibile.



Analisi del contesto

L'ambito di riferimento territoriale dell'infermiere di famiglia e di comunità è un importante elemento a supporto dell'organizzazione e prevede l'assegnazione di quote di assistiti agli infermieri secondo un criterio geografico di ripartizione del territorio che si allinei il più possibile con l'attuale assetto dei Distretti Socio Sanitari Integrati/Case della Salute/AFT e che possa ottimizzare gli aspetti logistici dell'assistenza domiciliare (trasferimenti, tempi di percorrenza, itinerari logici, mezzi di trasporto, tempo lavoro). Per ogni gruppo di popolazione, quantificato e geograficamente delimitato (cellule), viene identificato un Infermiere di Famiglia e Comunità. Nello stesso gruppo di popolazione si distribuiscono più Medici di Medicina Generale e un elenco di infermieri esperti in alcuni ambiti assistenziali è identificato e attivabile per una o più cellule della zona.

La fase iniziale del progetto vede lo studio del territorio, necessario per capire come impiantare al meglio l' infermiere di famiglia. La riorganizzazione del territorio è stata prodotta da un lungo lavoro da parte di un'equipe numerosa e qualificata comprendente anche i coordinatori infermieristici del Distretto in esame e la Direzione infermieristica.

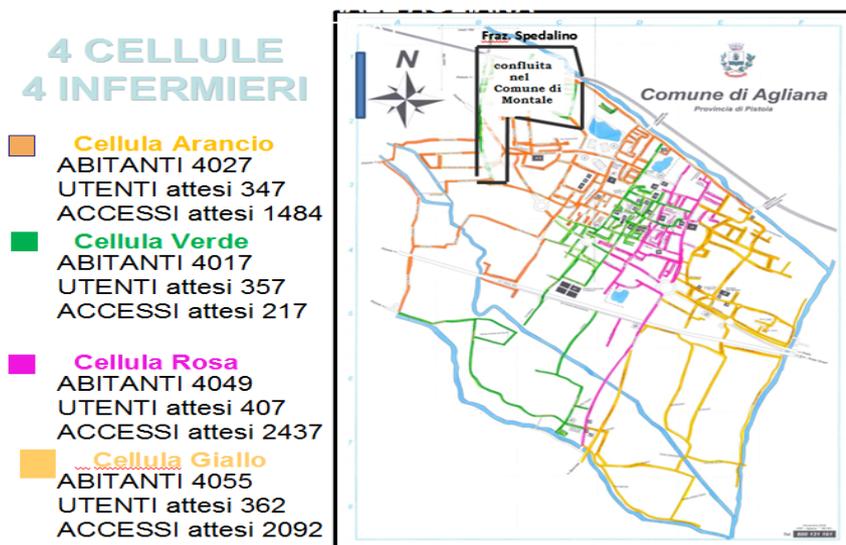
Le fasi sono state:

1. Geolocalizzazione: acquisizione delle cartine ufficiali del territorio di riferimento date in dotazione dal Comune in esame;
2. Mappatura dei servizi: nelle cartine a disposizione sono stati segnalati i vari tipi di servizi esistenti, così che nella seguente suddivisione territoriale ogni zona

avesse uno o più servizi compresi. Per servizi erano intesi non solo quelli inerenti l'ambito sanitario ma anche l'ambito sociale come i teatri, i Centri sociali, Servizi badanti ecc..

3. Mappatura utenti in carico: quantificare il numero degli utenti in carico in quel territorio in modo da dividerlo e renderlo più omogeneo ed equilibrato possibile rispetto al carico di lavoro degli infermieri.
4. Suddivisione del territorio in "cellule" tenendo conto dei servizi e della concentrazione degli utenti.
5. Allocazione e assegnazione delle risorse. Il criterio con cui viene assegnato l'infermiere di famiglia ad una specifica "cellula" non è ancora definito , la scelta sta nell'accettare i pro e i contro dell'assegnare l'infermiere alla "cellula" in cui anche lui vive o ne è vicino.

Prendiamo il Comune di Agliana come esempio di suddivisione del territorio in "cellule", poiché vista la alta varietà territoriale della Toscana Centro ogni Comune è stato studiato e diviso in modo peculiare.



Questi confini sono virtuali e quindi modificabili a seconda del cambiamento epidemiologico nel corso del tempo.

La suddivisione in "cellule" rende possibile la creazione di un modello di assistenza orientato alla professionalità e alla personalizzazione, allontanandosi sempre di più dal

tecnicismo a cui fin'ora eravamo abituati. L'infermiere ha la possibilità di creare un rapporto primario con il paziente basato sulla continuità e sulla fiducia, di conoscere in toto e così i suoi bisogni in termini di salute e di vita, conoscere l'ambiente in cui vive, poter potenziare le risorse a lui disponibili e far sì che sia autonomo nella sua condizione, fino al raggiungimento del "patient empowerment" abbandonando così l'idea di dover frequentemente recarsi in ospedale ed effettuare ricoveri impropri.

Per beneficiare di questo nuovo modello assistenziale ad ogni infermiere viene assegnata una porzione di assistiti la quale, in letteratura, equivale a 3000-5000 abitanti; tale assegnazione varia in base alle caratteristiche della zona quali: densità o rarefazione abitativa, percentuale di anziani, difficoltà logistiche e di spostamenti ecc..

Previa analisi del territorio toscano e delle varie risorse il progetto della Toscana Centro ha definito, nella fase di consolidamento, il rapporto tra infermiere di famiglia e numero assistiti che passa da 1: 3300 a 1:4000 in territori con bassa densità abitativa e grandi distanze da coprire.

Gli infermieri di famiglia sono stati selezionati attingendo dal pool infermieristico dei vari distretti. A questi si sono poi aggiunti infermieri in servizio presso le strutture ospedaliere. Non sono stati definiti dei criteri di selezione a priori ma si è deciso di dare la possibilità agli operatori stessi di aderire al progetto su base volontaria. L'infermiere di famiglia ha sede nel Distretto di riferimento della cellula in cui opera. Oltre a svolgere attività a domicilio del paziente ha la possibilità di svolgere attività ambulatoriali qualora necessario. Di norma quest'ultime, vengono svolte in sede da infermieri adibiti ad attività ambulatoriali di routine (es. Prelievi,...)

Stesura del progetto

Nello scenario di sviluppo e definizione organizzativa del sistema delle cure primarie si inserisce la necessità di introdurre un modello assistenziale infermieristico orientato alla famiglia e alla comunità capace di garantire un'azione snella e flessibile nella rilevazione dei bisogni, la continuità e l'adesione alle cure, la sorveglianza domiciliare e la presa in carico dell'individuo e della famiglia con l'intento di evitare inutili ricoveri,

favorire la deospedalizzazione, presidiare l'efficacia dei piani terapeutico-assistenziali, allo scopo di migliorare la qualità di vita della persona nel suo contesto di vita

Nel 2009 in Toscana – spiega Zoppi - fu attivato un progetto di riorganizzazione del sistema di Cure Primarie denominato “Sanità di Iniziativa”, che aveva come punto di forza gli elementi costitutivi dell’Expanded Chronic Care Model. Il nuovo sistema, in parte, rappresentava un’anticipazione del ruolo dell’Infermiere di Famiglia all’interno del team assistenziale per la gestione delle cronicità.

Successivamente, il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015, ha previsto espressamente la necessità di sperimentare proposte progettuali innovative per lo sviluppo di specifici percorsi assistenziali, anche attraverso la diffusione di esperienze come l’infermiere di famiglia o di comunità come ad evidenziare che, dal punto di vista professionale, per la riorganizzazione delle cure primarie era fondamentale consolidare alcune linee di sviluppo ed innovare il modello assistenziale infermieristico territoriale.

La fase progettuale parte nel novembre 2018 e vede coinvolte cinque AFT territoriali della AUSL TC, attraverso la formazione ed i primi passi organizzativi (studio delle risorse, definizione degli strumenti, discussione dei casi con bisogno socio-sanitario complesso, definizione delle aree geografiche e caratteristiche della popolazione, ed altro).

Caratteristiche del modello

1. Prossimità alla famiglia e alla comunità

L’ambito di riferimento territoriale dell’IFC è importante elemento a supporto dell’organizzazione sopra descritta e prevede l’individuazione di assistiti di propria competenza, secondo un criterio geografico di ripartizione del territorio, coerente con la presenza territoriale delle AFT e dei Presidi Socio Sanitari Integrati/Case della Salute.

2. Proattività

L’ IFC è colui che intercetta e riconosce in modo precoce i bisogni latenti della popolazione di riferimento, conosce la rete dei servizi presenti in quello specifico

territorio ed è quindi in grado di orientare e facilitare l'accesso appropriato e tempestivo dell'utente a tutti i servizi della rete. L'IFC agisce come guida nel delicato processo di empowerment sfruttando la propria competenza e professionalità in ambito educativo, preventivo e curativo per ottimizzare l'utilizzo di risorse e strumenti presenti nella famiglia. Intercetta precocemente i bisogni, attraverso anche la valutazione degli elementi di rischio, avvalendosi delle risorse di Comunità, si fa garante della presa in carico lungo l'intero percorso assistenziale e nella continuità delle cure. Cura il monitoraggio dello stato di salute degli assistiti, mediante visite domiciliari, follow up telefonici, telemedicina, l'educazione dei caregiver e svolge programmi di supporto all'autocura consentendo l'accesso precoce ed appropriato ai vari servizi presenti sul territorio, presidia i passaggi di setting assistenziale, con particolare riguardo agli aspetti più critici della continuità delle cure. Persegue gli obiettivi definiti dal nuovo modello di sanità di iniziativa.

3. Equità

L'IFC, facilitando l'accesso degli utenti ai vari servizi sociosanitari e l'attenzione proattiva ai determinanti di salute della popolazione, assume un ruolo di garante verso tutti dell'equità del sistema di erogazione di cure del territorio di riferimento e di attenzione ai determinanti sociali della salute.

4. Multi professionalità

L'IFC opera secondo una logica multiprofessionale garantita dai piani assistenziali personalizzati al fine di rispondere al bisogno globale del singolo assistito, superando così la logica tipicamente prestazionale, in raccordo diretto con il MMG, il PLS, il medico di comunità, gli assistenti sociali, i professionisti della riabilitazione.

Organizzazione

Il pool degli IFC è definito tenendo conto delle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche del territorio e afferisce alle strutture organizzative del Dipartimento delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche.

Percorso Formativo

La formazione costituisce un presupposto fondamentale e un impegno sia per la Regione Toscana sia per le aziende sanitarie. Il percorso formativo sarà organizzato nella prima fase a livello regionale e sarà rivolto alla formazione degli infermieri delle zone distretto nelle quali avrà avvio lo sviluppo operativo del modello di IFC.

Fase Pilota di Avvio del Modello Assistenziale

Si prevede una fase pilota di durata annuale che sarà condotta in almeno 2 zone per azienda USL della Toscana, individuate a livello aziendale.

Cabina di regia e monitoraggio

E' prevista la costituzione di una Cabina di regia tecnica regionale composta dai Responsabili dei settori della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale direttamente interessati, dai Direttori dei Dipartimenti delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche, dai Direttori dei Dipartimenti delle Cure Primarie e dai rappresentanti legali o loro delegati degli Ordini degli Infermieri della Toscana, con funzioni di monitoraggio su avvio e andamento fase pilota, definizione del percorso formativo regionale e identificazione degli indicatori di valutazione impatto nel SSR del nuovo modello assistenziale.

Indicatori di valutazione

1. Area qualità del processo

1. 1 Formazione Indicatore: numero operatori formati/ totale operatori coinvolti nel modello assistenziale IFC nelle zone di avvio del modello assistenziale

Valore target: 90%

2. Area integrazione

2.1 Livello di integrazione Indicatore: Numero casi condivisi e discussi con MMG/
Numero totale pazienti presi in carico IFC Valore target: monitoraggio del dato 2018-
2019 per individuazione del valore target

3. Area di impatto

3.1 Riconoscimento - prossimità IFC – assistito/famiglia Indicatore: numero assistiti
presi in carico che hanno individuato IFC/ totali assistiti della zona di avvio del modello
Valore target: 90%

3.2 Riduzione delle chiamate inappropriate al 118 Indicatore: numero chiamate
inappropriate al 118 da parte dei pazienti presi in carico durante l'orario di presenza
dell'IFC /numero chiamate 118 Valore target % inferiore al corrispettivo tasso calcolato
prima dell'implementazione del modello assistenziale IFC

La valutazione sarà fatta alla conclusione del percorso formativo - tempo 0 - e a 12
mesi dall'avvio della sperimentazione.

Questo è stato tratto dal Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale della Delibera
Regionale del 04/06/2018.

Progetto “infermiere di famiglia e di comunità” presso l’Ausl Toscana Centro: sviluppo del modello assistenziale 2018.

Lo sviluppo del modello assistenziale “infermiere di famiglia e di comunità” vede il susseguirsi di varie fasi, che si realizzano in un arco temporale, più o meno lungo in base alla disponibilità del territorio, del personale ma soprattutto facendo i conti con l’emergenza sanitaria in atto.

Di seguito viene illustrato il processo con cui le AFT Agliana e Montale hanno realizzato il modello assistenziale “infermiere di famiglia e di comunità” specificandone tutte le fasi concrete ed attuative e proponendo uno strumento “visual” per avere il colpo d’occhio sulle cose rimaste allo stato progettuale e quelle messe già in atto.

SS1 Azienda Ospedaliera Toscana Centro		AFT AGLIANA e MONTALE											
SVILUPPO DEL MODELLO ASSISTENZIALE 2018 “INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITA’ ”		OBIETTIVI	AZIONE	RISULTATO	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SETT	OTT	NOV	DIC
Focus risorse	Assegnazione risorse	Individuazione risorse	Definizione risorse assegnate		●	●	●	●	●	●	●	●	●
Riferimenti territoriali per popolazione e casistica	Analisi del territorio	Ricerca dei dati	Effettuata analisi del territorio		●	●	●	●	●	●	●	●	●
Identificazione della rete dei servizi	Analisi dei servizi	Ricerca del dato	Implementazione dei servizi nel Progetto IFC		●	●	●	●	●	●	●	●	●
Incontro SdS	Informativa	Condivisione Progetto IFC	Incontro effettuato il 19/04/2018		●	●	●	●	●	●	●	●	●
Definizione sede	Aggregazione unica AFT	Individuazione sedi	1. Presidio di Montale 2. Casa della Salute di Agliana		●	●	●	●	●	●	●	●	●
Incontro con PP.OO, Infermieri Coordinatori e Infermieri	Informativa	Condivisione Progetto IFC	1° incontro giugno 2° incontro settembre 3° incontro novembre		●	●	●	●	●	●	●	●	●
Formazione teorica	Programmazione	Condivisione	Date formazione: 5 moduli – dal 12/11/2018 al 10/12/2018		●	●	●	●	●	●	●	●	●
Stage	Programmazione	Condivisione	Formazione a Trieste dal 19/11/18 al 23/11/18 e dal 26/11/18 al 29/11/18		●	●	●	●	●	●	●	●	●
Training on the job	Programmazione	Condivisione	Training on the job dal 11/12/2018 al 30/06/2019		●	●	●	●	●	●	●	●	●
Strumenti informazioni/registrazione	Cartella infermieristica condivisa	Elaborazione cartella infermieristica condivisa	Implementazione cartella infermieristica condivisa		●	●	●	●	●	●	●	●	●
Cellulari	Acquisizione	Richiesta effettuata	Cellulari disponibili		●	●	●	●	●	●	●	●	●
Brochure	Realizzazione	Elaborazione	Condivisione e diffusione		●	●	●	●	●	●	●	●	●
Incontro sindaci	Informativa	Condivisione Progetto IFC	Definizione data incontro		●	●	●	●	●	●	●	●	●
Rete consulente presente	Creazione rete	Individuazione dei consulenti	Definizione rete dei consulenti		●	●	●	●	●	●	●	●	●
Criteri di attivazione rete dei consulenti	Definizione criteri di attivazione	Elaborazione e condivisione	Implementazione criteri di attivazione		●	●	●	●	●	●	●	●	●
Modalità di attivazione dei consulenti	Definizione modalità di attivazione	Elaborazione e condivisione	Implementazione modalità di attivazione		●	●	●	●	●	●	●	●	●

L’implementazione del progetto ha previsto il susseguirsi delle seguenti fasi:

Step1: L'infermiere di famiglia e di comunità: individuazione del ruolo e delle competenze

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

Per poter rivestire al meglio il suo ruolo, l'infermiere di famiglia deve essere dotato di spiccata autonomia professionale grazie alla capacità di lettura dei bisogni, anche quelli inespressi, e delle priorità, al riconoscimento delle possibili soluzioni ai problemi e alla capacità di pianificazione. Al contempo deve possedere attitudine a relazionarsi, che consiste nel saper lavorare in team interagendo e integrando tutti i professionisti presenti nel territorio, abilità comunicative di gestione dei conflitti e dell'ansia e capacità educative all'autocura (self-care) e all'auto assistenza promuovendo l'empowerment per mezzo delle sue competenze ad alta componente tecnico-scientifica.

Le competenze richieste all'Infermiere di famiglia e di comunità del progetto Toscana Centro risiedono in:

- 1.Consultare sistemi informativi e documenti per conoscere i problemi di salute e fattori di rischio prevalenti nel territorio di competenza
- 2.Identificare i prioritari fattori di rischio e bisogni di salute dell'individuo, della famiglia e della comunità
- 3.Identificare e gestire le priorità assistenziali in pazienti con diversi livelli di complessità.

4. Partecipare alla realizzazione del piano assistenziale individuale nell'ambito dell'equipe multiprofessionale
5. Collaborare alla redazione, conoscere ed utilizzare i PDTA pertinenti.
6. Conoscere il panorama dell'offerta dei servizi territoriali e le modalità di accesso
7. Conoscere ed utilizzare gli strumenti atti a garantire la continuità assistenziale
8. Elaborare e realizzare progetti educativi rivolti a singoli e gruppi e orientare le persone verso i programmi di autocura (cronicità)
9. Partecipare alla gestione di interventi di educazione alla salute che si fondano sullo sviluppo di abilità di vita (fragilità)
10. Lavorare in stretta collaborazione con il MMG in particolare per le situazioni di fragilità, cronicità e complessità

Step 2: assistenza infermieristica nell'AUSL Toscana Centro a cura dell'infermiere di famiglia

L'infermiere di famiglia prende in carico il caso dietro segnalazione o del Medico di Medicina Generale, o del reparto di dimissione, o delle agenzie di continuità ospedale-territorio o di qualsiasi cittadino che intercetta una situazione di bisogno. Qualora la segnalazione del caso non provenisse dal medico di medicina generale l'infermiere dovrà comunque informarlo, così che ci sia concordanza su ciò che l'infermiere di famiglia programma e attua per quel paziente. La segnalazione può avvenire utilizzando schede di segnalazione formale. Vengono comunque accettate anche segnalazioni informali, come quelle telefoniche fatte dai cittadini, proprio per intercettare ogni bisogno inespreso e facilitare l'accesso degli utenti alla rete.

L'infermiere di famiglia opera in autonomia nel favorire assistenza. È sempre più competente e trasversale e ciò determina l'assegnazione di numerose responsabilità, non solo dirette al suo operato ma anche al gruppo multidisciplinare di cui fa parte e con cui deve interagire costantemente.

Si parla infatti di due tipi di responsabilità:

Responsabilità diretta:

- Gestisce i processi infermieristici in ambito familiare e di comunità di riferimento
- Accerta i bisogni infermieristici alla persona/famiglia/comunità presa in carico.
- Pianifica l'assistenza infermieristica alla persona/famiglia/comunità presa in carico.
- Monitora gli esiti dell'assistenza infermieristica: UDP - cadute – dolore – contenzione – variazioni stato funzionale (es. “esiti mobilitazione) – self-care terapeutico – tono umore
- Esegue interventi infermieristici
- Somministra terapia
- Esegue esami diagnostici prescritti come da protocolli
- Attua le buone pratiche per la sicurezza del paziente e raccomandazioni ministeriali
- Compila la documentazione infermieristica
- Effettua assistenza in cure palliative
- Effettua assistenza alla persona/famiglia nel fine vita e accompagnamento nel lutto
- Applica le procedure aziendali di presidio, dipartimentali e di Struttura operativa

Responsabilità condivisa:

- Opera in collaborazione con il MMG, il PLS, il medico di comunità e l'equipe multiprofessionale per aiutare individuo e famiglia a trovare le soluzioni ai loro bisogni di salute e a gestire le malattie croniche e le disabilità
- Valuta i rischi per la sicurezza del paziente

- Monitora: ICA – CAUTI – trombosi venosa profonda – embolia polmonare – infezioni della ferita chirurgica – squilibrio metabolico)
- Promuove e partecipa ad iniziative di prevenzione e promozione della salute rivolte alla collettività
- Promuove interventi informativi ed educativi rivolti ai singoli, alle famiglie e ai gruppi, atti a promuovere modificazioni degli stili di vita
- Promuove l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi
- Partecipa alla verifica e monitoraggio dei risultati di salute
- Sostiene i percorsi di continuità assistenziale tra sociale e sanitario, tra ospedale e territorio e nell'ambito dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari residenziali e semi residenziali
- Garantisce le attività previste per la realizzazione degli obiettivi della nuova sanità di iniziativa
- Partecipa nell'integrazione professionale al perseguimento dell'appropriatezza degli interventi terapeutici ed assistenziali, contribuendo alla relazione di cura, al rispetto delle volontà del paziente espresse nella pianificazione delle cure, anche in attuazione della Legge 219/17

Step 3: formazione dell'infermiere di famiglia e di comunità

Nonostante la variabilità di realizzazione del progetto, tra le fasi risulta necessaria la formazione degli infermieri.

L'infermiere diventa il riferimento per una popolazione geograficamente definita e conosciuta ed è, in sinergia con il medico curante, la figura sanitaria qualificata che si occupa dell'intero gruppo familiare, spaziando dagli stili di vita, alle cure di fine vita, avvalendosi quando necessario di colleghi esperti in ambiti specifici; ma anche il facilitatore delle risposte sanitarie, per il singolo, la famiglia e la collettività a cui si riferisce.

Perché questo sia possibile è necessaria una formazione continua e a tutto tondo. È stata programmata una formazione continua, accreditata ECM ed articolata in lezioni frontali,

necessarie alla presa di coscienza delle novità legate a questo modello assistenziale e agli aspetti di integrazione con le altre figure professionali e periodi di stage e di tirocinio, durante i quali gli infermieri in formazione affiancano quelli che già stanno sperimentando il modello.

Lo scopo del processo formativo è quello di raggiungere una omogeneizzazione di competenze su tutto il territorio, per questo gli infermieri sono sottoposti a monitoraggio continuo attraverso apposite check list di valutazione messe a disposizione dai coordinatori di ogni gruppo di infermieri.

La regione Toscana per far fronte alla necessità di dover formare gli infermieri di famiglia, in assenza del master universitario, ha progettato un iter formativo inizialmente comprendente 80 - 100 ore di formazione. La struttura che si è occupata dell'organizzazione didattica ha dovuto far fronte ad un carico di lavoro non indifferente collaborando con la Direzione ed un Team di professionisti.

Fasi della formazione:

1. Primaria sessione formativa breve

- Rivolta a tutti gli infermieri delle zone sperimentali
- Costituita da lezioni in aula divise in 2 moduli di 4 ore.

2. Stage

- Stage a Trieste e/o Torino per circa 4/5 giorni, in cui gli infermieri venivano a conoscenza di esperienze diverse e innovative, crescendo in loro l'entusiasmo per questa iniziativa.
- Massimo 30 ore

3. Seconda sessione formativa svolta nelle zone della Toscana in cui la sperimentazione era già iniziata.

- Rivolta al gruppo di infermieri IFC delle zone sperimentali; l'importante era che l'infermiere facesse l'esperienza in una "cellula" diversa da quella in cui aveva già lavorato.
- 3 moduli di 4 ore

4. Training on the job: svolto nei 6 mesi successivi alla conclusione della formazione e con lo scopo di omogenizzare le competenze degli infermieri.

Ogni operatore doveva auto valutare in alcune competenze quali:

- Approccio alla ventilazione invasiva o ventilazione non invasiva sub continua
- Elementi di base sulle dipendenze
- Elementi di base sulla salute mentale
- Assistenza pediatrica
- Sindromi generiche
- Percorso palliativo
- Approccio all'alimentazione
- Gestione stomie
- Prevenzione e gestione UdP
- Gestione PICC

Le aree in cui si valutavano come meno competenti venivano potenziate con affiancamenti così che tutti erano in grado di gestire ogni situazione. Il risultato della auto valutazione è stato sorprendente perché in media gli infermieri si sono valutati meno rispetto a quanto fossero competenti; questo dato sta a sottolineare quanta importanza gli infermieri hanno dato a questa opportunità

di rinforzare le proprie conoscenze.

Nonostante l'efficacia di tale percorso formativo è preferibile una formazione universitaria, la quale sta per prendere avvio in Toscana Centro con il Master Universitario.

Step 4: presentazione del progetto agli enti locali

La fase successiva è stata quella di presentare il progetto “Infermiere di famiglia e di comunità” agli enti locali, tra cui i sindaci e assessori dei comuni interessati.

Il progetto è stato realizzato da tutti i rappresentanti dei dipartimenti che includevano tutte le professionalità mediche territoriali, ovvero dal rappresentante del Dipartimento infermieristico, dal Direttore del Dipartimento della medicina generale e quindi della rete dei Medici di famiglia, dal Dipartimento della rete territoriale ovvero dal direttore di tutte le altre aree mediche che operano sul territorio. La triplice firma ha garantito la facile presentazione del progetto agli enti locali, ma soprattutto ha fatto sì che l’implementazione di questo non abbia riscontrato nessuna resistenza. L’iniziativa è stata poi accolta favorevolmente anche dalla comunità, che vedeva in questa una possibile risoluzione dei problemi di carattere sanitario e assistenziale.

Step 5: l’importanza della consulenza infermieristica

In riferimento allo schema di sviluppo del progetto “infermiere di famiglia e di Comunità” precedentemente citato, tra i vari punti che vengono elencati viene illustrata la fondamentale importanza nella individuazione e quindi creazione di una rete di consulenti. Il chiedere e il prestare consulenza si configura come un dovere etico previsto dal codice deontologico dell’Infermiere: articolo 13 *“L’infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all’intervento o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità Professionale”*. Il chiedere la consulenza infermieristica non coincide con l’attivazione di un percorso specialistico, il prestare consulenza infermieristica è definito dalle competenze del profilo professionale.

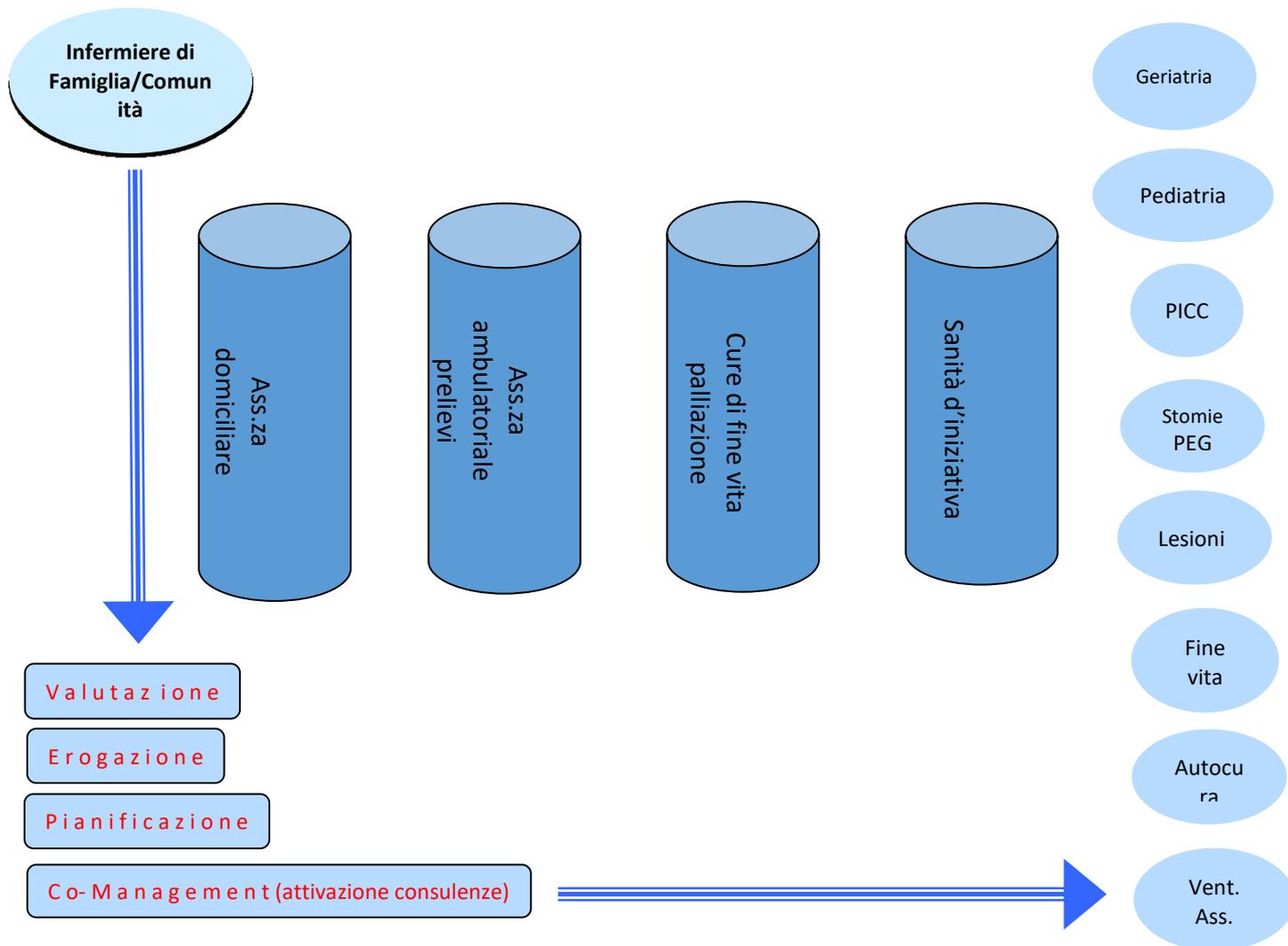
La funzione di consulenza è un elemento professionale che, se presente in modo formalizzato e documentato, contribuisce al processo di maturazione della professione.

Attualmente, nel contesto italiano, ci sono esperienze in cui la figura del consulente infermiere non è formalmente riconosciuta. Da quanto proposto in letteratura, si evince che può essere svolta da un infermiere specialista clinico o da un infermiere di provata capacità tecnica (Finiguerra et al. 2011)

L'obiettivo dell'implementazione di servizi di consulenza infermieristica è quello di consentire all'IFC di utilizzare alcune competenze infermieristiche specifiche presenti in azienda, al fine di dare risposte ai bisogni assistenziali complessi, in modo omogeneo su tutto il territorio dell'Azienda Sanitaria Toscana Centro.

I consulenti sono infermieri esperti in una specifica area assistenziale, appartenenti a reparti specifici in cui hanno maturato competenze tali da poter gestire bisogni complessi. Aderiscono volontariamente all'idea di dover essere individuati e riconosciuti come infermieri consulenti perché interpretata come un'opportunità di gratificazione e di riconoscimento. Qualora si presentasse una situazione che rispecchi tutti i criteri per attivare il consulente esperto in quel determinato contesto, l'infermiere di famiglia attiva la segnalazione al consulente in modo che questo capisca quale è il problema e se può risolversi senza accedere al domicilio dell'assistito; qualora il consulente dovesse fare l'accesso viene sempre accompagnato dall'infermiere di famiglia in modo che il paziente abbia sempre il suo infermiere di riferimento, non crei confusione ma soprattutto in modo che anche l'infermiere di famiglia possa apprendere e acquisire nuove competenze.

Colui che chiede consulenza ha individuato chiaramente il problema e formula una richiesta precisa e circoscritta.



In vari ambiti verranno definiti specifici criteri per l'attivazione della rete di consulenti, vediamo di seguito alcuni esempi.

“Wound Care”

Definizione di trattamento delle lesioni di (1° livello)

L'attività viene effettuata da tutti gli IFC che prendono in carico pazienti con:

- Ulcere con inquadramento diagnostico già effettuato o già programmato
- Ulcere il cui andamento verso il processo di guarigione è regolare, ovvero con fondo della lesione in fase di detersione e con dimensioni della lesione in riduzione

La consulenza viene effettuata selezionando i pazienti secondo i seguenti criteri "1":

- Pazienti con ulcera cutanea con inquadramento diagnostico terapeutico in cui il processo di riparazione tissutale è fermo (inteso dopo 2 settimane di trattamento ideale senza almeno 1 dei segni di riparazione attivi: fondo in fase di detersione, riduzione delle dimensioni)
- Pazienti che necessitano di valutazione di appropriatezza per terapia a pressione negativa
- Pazienti con ulcera con inquadramento diagnostico recente in peggioramento, ovvero che presentano almeno uno di questi segni dopo 1 settimana di trattamento: arrossamento esteso oltre 3 cm dal bordo dell'ulcera, edema, dolore al cambio della medicazione e/o spontaneo, calore, discromie della cute.

Attenzione! Se trattasi di **PIEDE DIABETICO** (lesione localizzata della cute e/o del tessuto sottostante, sotto la caviglia, in una persona con diabete), in presenza di questi criteri avvisare il MMG per inviare il paziente al **Centro di 3° livello**

Criteri "2":

- Pazienti con ulcera infetta in fase critica nei quali sia già stato impostato il trattamento antibiotico per via generale e che necessitano di attento monitoraggio. L'ulcera infetta in fase critica è quella nei pazienti che hanno avuto segni di infezione sistemica o che hanno infezioni ricorrenti (1-2 al mese)
- Pazienti che necessitano di medicazioni e/o bendaggi in fase critica (es. post intervento di chirurgia plastica, chirurgia, ortopedia)

-Pazienti con ulcere complesse in trattamento con terapia a pressione negativa che necessitano di attento monitoraggio (es. ampie e profonde perdite di sostanza, esposizione di tendini e/o ossa.)

-Paziente che necessitano di bendaggi complessi (es. paziente con linfedema, paziente arteriopatico non critico con edema)

Ambito pediatrico

Criteria di attivazione:

1. Relazione inefficace tra Bambino/Adolescente e/o famiglia, con particolare riferimento a:
 - a. Criticità correlate alla multiculturalità
 - b. Criticità correlate alla transizione del bambino e famiglia dall'ospedale ad alta intensità di cura/alta tecnologia verso il setting a bassa "medicalizzazione" della rete territoriale/domicilio
 - c. Criticità nello stadio avanzato di malattia a prognosi infausta
2. Supporto nella gestione dei PRESIDI/DEVICE e nelle tecniche assistenziali
 - a. Complicanze inerenti:
 - Catetere vescicale
 - Tracheotomie
 - SNG
 - PEG
 - Accessi vascolari centrali
 - Medicazioni complesse
 - Drenaggi (ventricolari ecc.)
 - b. Difficoltà nel reperire accessi vascolari periferici
 - c. Difficoltà nella gestione del bambino con Ventilazione assistita domiciliare
3. Difficoltà nel supporto all'allattamento/alimentazione
4. Difficoltà di preparazione/somministrazione dei farmaci

5. Dislocazione e/o cambio PEG e TRACHEO in pazienti con patologie croniche
6. Criticità nella gestione del bambino con problematiche croniche/disabilità in ambito di comunità (associazioni ludico-sportive, catechismo, scuola, ecc.)
7. Criticità nell'applicazione delle tecniche non farmacologiche per il contenimento del dolore
8. Scarsa compliance nell'attuazione di interventi atti a promuovere stili di vita
9. Età del piccolo paziente: neonato e lattante fino a 18 mesi

Strumenti

-Il vademecum dell'infermiere di famiglia

L'infermiere di famiglia sancisce il passaggio dal "to cure" al "to care", ovvero il passare dal curare la malattia al prendersi cura della persona malata e non solo, anche della sua famiglia e chi con lui vive tale condizione. È compito dell'infermiere di famiglia indagare sulle varie sfere che caratterizzano la vita del paziente, a partire dalla sfera emotiva, affettiva fino a quella economica. Nel suo operare l'infermiere diviene un educatore, poiché stima il fabbisogno di educazione dell'intero nucleo familiare, assicura un piano educativo ed aiuta ad acquisire conoscenze; un facilitatore di assistenza perché favorisce la soddisfazione del paziente e quindi anche il perseguimento degli obiettivi facendo da tramite tra assistito e rete multidisciplinare; un manager di risorse dato che verifica l'utilizzo di queste e le adegua alla necessità del paziente e soprattutto anche di risultati e obiettivi perché valuta i progressi del paziente e il raggiungimento di mete individuando i punti suscettibili del percorso e progettando un processo assistenziale basato sull'accertamento, pianificazione degli interventi, attuazione e registrazione ed infine valutazione.

Nel gestire le varie situazioni l'infermiere è dotato di competenze trasversali e necessita di strumenti idonei per poter rivestire il ruolo di figura cardine della rete multidisciplinare di cui fa parte. A sua disposizione ha il Vademecum dell'infermiere di famiglia, un fascicolo dove ci sono tutti i numeri dei servizi territoriali, ambulatoriali e sociali, i numeri di tutti gli infermieri consulenti ed, oltre a ciò, ci sono riferimenti a istituzioni quali, carabinieri, il comune e di notevole importanza anche il bocciodromo,

il teatro, il servizio sociale e tutte le risorse del territorio che possono supportare la vita sociale del paziente.

A titolo esemplificativo:

Servizio Sociale Professionale

Il Segretario sociale: costituisce il Punto Unico di Accesso al Servizio Sociale Professionale

La domanda per l'accesso alle prestazioni e ai servizi deve essere presentata dall'interessato o suo delegato, dai genitori in caso di figli minori, dal tutore o amministratore di sostegno.

Quattro fasi regolano l'accesso alle prestazioni del servizio di Assistenza Sociale:

- l'accoglimento della domanda
- la lettura e la valutazione del bisogno a cui deve seguire una valutazione professionale.
- la definizione del percorso assistenziale personalizzato
- la formalizzazione del progetto di assistenza e la sua condivisione con l'utente

- *MINORI E FAMIGLIE*
- *MARGINALITA'*
- *PERSONE CON DISABILITA'*
- *AREA ANZIANI (Welfare di prossimità e trasporti)*

Ass. Sociale SIGNA tel. 055 / 699399844

Ass. Sociale LASTRA tel. 055 / 3270120

Servizi

- Medico del Distretto st. 34: tel. 055/8787275
(il numero è utilizzabile solo dagli infermieri, non va dato all'utente)
- Ambulatorio antifumo e altri comportamenti a rischio
per info e prenotazioni tel. 055/6930640
- Servizio Incontinenza Urinaria (vedi istruzioni allegate)
per informazioni tel. 055/8787218 (giovedì dalle 14.30 alle 17.30)

Prospettive future del progetto

L'evoluzione in atto della dinamica demografica e quindi dei bisogni di salute della popolazione rendono necessario un ridimensionamento della rete dei servizi, soprattutto nell'ottica di rinforzare l'ambito territoriale di assistenza. L'innovazione tecnologica può contribuire a una riorganizzazione della assistenza sanitaria, spostando il fulcro dall'ospedale al territorio.

La messa a regime del progetto dell'infermiere di famiglia determina la creazione di un terreno idoneo allo sviluppo della telemedicina, ovvero di una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. La Telemedicina si può realizzare per diverse finalità sanitarie, come per la prevenzione secondaria, per diagnosi, per operare scelte terapeutiche e monitorare l'andamento prognostico per pazienti per cui la diagnosi è ormai chiara, per erogare servizi di riabilitazione e per monitorare la gestione, nel tempo, dei parametri vitali. La rilevanza della Telemedicina e il suo impatto sulla società e sulla salute sono riconosciuti a livello internazionale. Già nel 2008, la Commissione Europea ha emanato la Comunicazione della commissione europea COM (2008) 689 recante "Telemedicina a beneficio dei pazienti sanitari e della società" finalizzata a sostenere gli Stati membri nella realizzazione, su larga scala, di servizi di Telemedicina, attraverso specifiche iniziative quali: creare fiducia nei servizi, favorire l'accettazione, apportare chiarezza giuridica, risolvere i problemi tecnici ed agevolare lo sviluppo del mercato. Anche nell'ambito dell'Agenda Digitale, predisposta dalla Commissione europea in attuazione del piano Europa 2020 viene prevista una specifica "azione chiave" su cui la Commissione europea intende focalizzarsi con il coinvolgimento degli Stati membri. Con l'obiettivo della diffusione dei servizi della Telemedicina (entro il 2020).

Con la DGR n. 464 del 6 aprile 2020 la Regione Toscana ha fornito alle Aziende Sanitarie indicazioni omogenee e condivise sulle modalità di prescrizione, accesso, erogazione, registrazione e individuazione della spesa per le attività di televisita e teleconsulto relative a 83 prestazioni sanitarie.

Sono stati avviati in maniera tempestiva anche la progettazione e lo sviluppo di moduli informatici applicativi integrati con la piattaforma unica regionale di prenotazione online delle prestazioni sanitarie, già attivata lo scorso anno.

La delibera è stata emanata in pieno primo lockdown da Covid-19 con la principale finalità di potenziare meccanismi di continuità assistenziale dei pazienti cronici coerenti con le misure finalizzate al contenimento del contagio.

La telemedicina si sta rivelando una soluzione importante anche in questo periodo di protratta fase di emergenza per permettere a categorie sempre più ampie di assistiti di accedere ad attività mediche routinarie. Pertanto, oggi è quanto mai necessario assicurare la disponibilità di assistenza sanitaria qualificata facendo ricorso a modalità di erogazione alternative alla presenza in ambulatorio.

Nell' ASL Toscana centro è attivo da tempo un sistema di teleconsulto che permette a tutte le Aziende Sanitarie, dell'ASL Centro in primis, di chiedere consulto specialistico attraverso la condivisione di immagini e referti presenti sul PACS *-Picture archiving and communication system-* (sistema di archiviazione e trasmissione di immagini). Grazie a questo sistema è possibile attivare richiesta al centro HUB (AOU-Careggi e per la componente pediatrica AOU-Meyer) e, in tempo reale, condividere, in sicurezza e secondo le autorizzazioni dei pazienti, il referto di prima istanza e le immagini presenti sul PACS Aziendale. E' un esempio di evoluzione dei PACS verso l'integrazione per rendere accessibili le immagini prodotte dai vari sistemi aziendali. L'infermiere di famiglia ancora non è provvisto di tale risorsa ma l'idea è quella di potenziare al meglio la tecnologia, elemento essenziale al raggiungimento della continuità assistenziale con l'abolizione della distanza territorio-ospedale.

Conclusion

Gli ultimi decenni sono portatori di importanti evoluzioni, sia sul fronte socio-demografico sia su quello tecnologico. Gli studiosi del settore, hanno definito questi

fenomeni “epocali”, perché hanno di fatto modificato i bisogni socio-sanitari della popolazione, delineando esigenze che esigono ancora una revisione delle logiche sottese al governo del sistema sanitario. Di fronte a questi mutamenti le organizzazioni sanitarie hanno avuto l’esigenza di trovare non una semplice riorganizzazione ma una vera e propria trasformazione dell’offerta sanitaria per dare risposte adeguate alle nuove necessità di cura. È necessario porre dei cambiamenti per favorire il passaggio dal principio di “hosting” al principio di “case management” ovvero dal curare la malattia al curare la persona attraverso l’erogazione di un’assistenza disegnata “su misura”, ovvero personalizzata e unica.

L’emergenza sanitaria provocata da SARS-Cov-2 ha messo in rilievo criticità e punti di forza del Servizio Sanitario Nazionale determinando una vera e propria presa di coscienza sul fatto che la Sanità dovesse essere ripensata immaginando nuove traiettorie organizzative e di sviluppo. In risposta a tale onda d’urto viene pubblicato il 19/05/2020 il Decreto Legge 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”*, il cosiddetto “decreto Rilancio” che ha l’obiettivo di rafforzare concretamente i servizi territoriali che rappresentano, come anche questa emergenza ha confermato, il baluardo fondamentale per prevenire e successivamente gestire ulteriori criticità sanitarie.

Alcune regioni italiane non hanno avuto bisogno dell’emergenza sanitaria per riconoscere l’importanza dell’assistenza territoriale, tra cui la regione Toscana.

In particolare, l’Ausl Toscana Centro nel 2018 ha avviato il progetto “Infermiere di famiglia e di comunità”, nel 2019 ha iniziato l’attività di implementazione, assistendo anche all’insorgenza del Covid-19, il quale non ha impedito alla Toscana di vantare, oggi, la quasi totale messa a regime del progetto.

Tra gli obiettivi di questo studio vi era illustrare i risultati raggiunti dall’implementazione del Progetto “Infermiere di famiglia e di comunità” dell’Ausl Toscana Centro. A tal proposito non è stato possibile reperire i dati di attività e di esito, misurati con indicatori regionali, a causa del forte rallentamento provocato dall’emergenza sanitaria e dal poco tempo a disposizione tra la messa a regime del progetto ed oggi. La letteratura ci dimostra l’efficacia del modello assistenziale

territoriale in quelle realtà anticipatorie, tra cui emblematica è l'esperienza del Friuli-Venezia Giulia (2001-20017), che vanta di un'esperienza ventennale.

I risultati della sperimentazione del progetto “Infermiere di Famiglia e di Comunità” nella “Bassa Friulana” e della sua implementazione mettono in risalto i punti di forza del modello, la maggiore presa in carico del paziente testimoniata dall'aumento del numero dei pazienti seguiti , dal numero degli accessi effettuati (+235% nel 2014 rispetto al 2001), dall'indice di copertura assistenziale over 65 (superiore del 31,7% rispetto alla media regionale) e over 75 anni (superiore del 34,7%), dalla riduzione del tasso di ospedalizzazione (meno il 3,3% nel 2017 rispetto al 2012) e dal numero di accessi impropri al Pronto Soccorso (riduzione del 46,0% rispetto al triennio precedente) a fronte di un impiego più adeguato della figura infermieristica (riduzione del tempo di percorrenza a beneficio dell'attività assistenziale , facilitazione del lavoro di rete , ruolo di orientamento ai servizi).

Visto che, il Progetto è di recente realizzazione, necessita di ulteriore tempo affinché ogni elemento della performance reale della sua messa a regime venga valutato, con la speranza che, possa fungere da modello guida per altre realtà Nazionali.

Bibliografia

1) Delibera 597 del 4-6-2018 Regione Toscana: “Indirizzi sullo sviluppo del modello assistenziale Infermiere di famiglia e di Comunità”

Disponibile in: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8435468.pdf>

2) UN CENTRO DI CURE E ASSISTENZA INFERMIERISTICA INTEGRATA PER RISPONDERE ALL'EMERGENTE “CRONICITA’ “Considerazioni emergenti dalla letteratura riflessioni cliniche e organizzative Su mandato dell'Associazione per l'Assistenza e la Cura a Domicilio del Mendrisiotto al Dr. med. Graziano Ruggieri Gennaio 2012

3) focus-1-Osservasalute-La-cronicità-in-Italia-feb-2019.pdf Disponibile in:<https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2019/02/Focus-1-Osservasalute-La-cronicità-in-Italia-feb-2019.pdf>

4) FNOPI-INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ-SCHEMA4. Disponibile in: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/FNOPI-INFERMIERE-DI-FAMIGLIA-E-COMUNITA-schema-4-.pdf>

5) Ministero della salute. *Piano Nazionale della Cronicità* 2016

Disponibile in: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf

6) POSITION STATEMENT L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ

Disponibile in: <https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2020/10/Position-Statement-FNOPI-LInfermiere-di-famiglia-e-di-comunit%C3%A0.pdf>

7) DL Rilancio del 13.05.2020 SCHEMA DI DECRETO-LEGGE

Disponibile in: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/05/Decreto-Rilancio-ore-17.30-13-maggio-2020-1.pdf>

8) <https://www.fnopi.it/2020/06/27/decreto-rilancio-infermiere-famiglia-commissione-salute-distretto/>

9) “LINEE DI INDIRIZZO INFERMIERE DI FAMIGLIA/COMUNITÀ ex L. 17 luglio 2020 n. 77

10) FNOPI-INFERRMIERE DI FAMIGLAI E DI COMUNITÀ-SCHEMA4.

Disponibile in: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/FNOPI-INFERRMIERE-DI-FAMIGLIA-E-COMUNTA-schema-4-.pdf>

11) Cipolla, C., Rocco, G., Marcadelli, S., & Stievano, A. (2017). *Infermiere di famiglia e di comunità*. Proposte di policy per un nuovo welfare. Ricerca svolta in collaborazione tra Ministero della Salute e Collegio IPASVI di Roma Franco Angeli.

12) Deliberazione della Giunta Regionale 2 luglio 2021, n. 6-3472 Art. 1, co. 5, del D.L. n. 34/2020, convertito nella L. n. 77/2020 – Approvazione del documento “Linee di indirizzo regionali in materia di infermiere di famiglia e di comunità”, per il potenziamento dell’assistenza sanitaria territoriale.

13) DGRT-597-20180604-InfermiereDiFamiglia-AllegatoA.pdf

14) Ambiti territoriali del servizio sanitario regionale. Ambiti zone-distretto

Disponibile in:

https://www.uslcentro.toscana.it/images/sedi_territoriali/legge_2017_legge_2017_11_a2_legge_2017_11_a2_v1.pdf

15) Progetto “Infermiere della famiglia e della comunità” disponibile in ??

16) https://www.associazione-animo.it/phocadownload/2018/marche/23032018_3.pdf

17) <https://www.infermiereonline.org/2020/01/13/utilizzo-e-percezione-consulenza-infermieristica/>

18) DGR/497/2 "Intesa Stato - Regioni sulle Linee di indirizzo nazionali di telemedicina" - Indirizzi operativi. Disponibile in:
<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2020DG0000000530014>

20) Infermiere di famiglia e comunità ai tempi del Covid: etica e deontologia. Rapporto Istisan. Disponibile in: <https://www.fnopi.it/2021/01/28/ifec-etica-deontologia-istisan/>

21) Misure sanitarie per fronteggiare l'emergenza coronavirus

Disponibile in: <https://temi.camera.it/leg18/temi/misure-sanitarie-per-fronteggiare-l-emergenza-coronavirus.html>

SITOGRAFIA

1. <https://www.instat.it/it/archivio/238447> [18 ottobre 2021]
2. <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/05/Decreto-Rilancio-ore-17.30-13-maggio-2020-1.pdf> [7 ottobre 2021]
3. <https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/servizi-e-attivita/diagnosi-e-cura/622-1-assistenza-domiciliare/12510-infermiere-di-famiglia-e-comunita> [7 ottobre 2021]
4. https://www.associazione-animo.it/phocadownload/2018/marche/23032018_1.pdf [13 ottobre 2021]
5. http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=87798 [10 ottobre 2021]
6. http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5249441&nomeFile=Delibera_n.464_del_06-04-2020-Allegato-A [13 ottobre 2021]

7. <https://www.aifec.it/blog/2018/06/14/delibera-597-del-4-6-2018-regione-toscana-indirizzi-sullo-sviluppo-del-modello-assistenziale-infermiere-di-famiglia-e-di-comunita/> [7 ottobre 2021]
8. <https://www.osservatoriosullasalute.it/news/giornata-internazionale-delle-persone-con-disabilita-2018-2> [4 ottobre]
9. https://www.senato.it/leg/18/BGT/Schede/Ddliter/testi/51925_testi.htm [4ottobre 2021]
10. <https://www.sitelemed.it/2021/07/05/i-servizi-di-telemedicina-in-toscana/> [15 ottobre 2021]
11. <https://www.ars.toscana.it/2-articoli/4466-televisite-in-toscana-durante-epidemia-coronavirus.html> [15 ottobre 2021]

Atti di convegno

- 1) Rossi Cristina, *Lezione2-il modello IFC*, Toscana 2020.
- 2) Rossi Cristina, *Rossi Fad as*, Toscana settembre 2020.

Ringraziamenti

Eccomi qua alla conclusione della mia tesi e di un percorso di crescita sia dal punto di vista professionale che personale, durante il quale sono state tante le persone che mi sono state vicine e che fin da subito hanno creduto in me. Intraprendere questo percorso non è stato facile perché consisteva nel dover abbandonare un'altra strada alla quale ero giunta a metà ma che non mi permetteva di realizzare me stessa. A distanza di tre anni sono fiera di me e del coraggio che ho avuto nel ricominciare e soprattutto nel cambiare quella situazione che non faceva per me, infrangendo tutte le rigide regole che sono abituata ad impormi. Durante questo bellissimo percorso ho incontrato delle persone speciali con le quali ho condiviso momenti che mai dimenticherò.

Desidero ringraziare innanzitutto il relatore di questa tesi, la professoressa Stefania Liberati per la disponibilità, la gentilezza, la dolcezza e la professionalità dimostrate durante la stesura del lavoro. Ringrazio poi la Dottoressa Cristina Rossi e la Dottoressa Elisabetta Paoletti, senza le quali non avrei potuto realizzare questa tesi.

Un grazie sincero alla mia famiglia che mi ha permesso di intraprendere questo percorso e di divenire chi veramente volevo essere; a mia mamma Beatrice alla quale devo la forza e il coraggio avuto nel ricominciare e a mio padre Vittorio, pronto ad aiutarmi e a darmi il supporto in qualsiasi evenienza.

Un ringraziamento speciale va al mio ragazzo Roberto che con amore, pazienza e fiducia mi ha sostenuto in questi anni affiancandomi in ogni scelta ed aiutandomi ad alleviare difficoltà che da sola non avrei mai potuto superare. Mi auguro di averti sempre al mio fianco. Ringrazio anche la sua bellissima famiglia.

Un caloroso ringraziamento va alle Sexy: Giulia, Federica, Silvia, Arianna, Linda; amiche da una vita e sostegno di ogni giorno, grazie per avermi permesso di conoscere l'amicizia non solo nei bei momenti ma anche in quelli in cui non avevo una spalla su cui piangere, grazie per supportarmi (o meglio sopportarmi) e consigliarmi ogni volta e soprattutto di avermi dato il coraggio di cambiare direzione. Avere amiche è straordinario, ma avere voi è stato il regalo più bello che la vita mi avesse regalato.

Inoltre, vorrei ringraziare Giulia Dignani ed Asia Manganelli per aver percorso con me questo percorso. Mi auguro di trovarvi un giorno come colleghe.

In fine vorrei ringraziare mia nonna, alla quale devo la donna che sono e soprattutto che diventerò dopo questo giorno, alla forza, il coraggio e la fede che ogni giorno è riuscita a trasmettermi. All'amore che mi ha dato e a quel profumo di "casa" che mai dimenticherò. Spero che oggi tu mi stia guardando ed arrivi fino a lassù il rumore della mia felicità, intanto ti immagino qui, mentre mi guardi con quegli occhi color cielo pieni di amore ed orgoglio. Perché so che lo sei. Ti voglio bene nonna.

In fine a me stessa, che abbi sempre il coraggio di scegliere la felicità.