

MONDO SANITARIO

Analisi - Commenti - Ricerche - Esperienze - Documenti - Leggi - Sentenze

IN QUESTO NUMERO

**PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ IN LOMBARDIA:
EVOLUZIONE DELLE POLICY REGIONALI NEL TRIENNIO 2017-2019**

**INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ:
PASSAGGIO DA UN'ASSISTENZA "REATTIVA" AD UNA "PROATTIVA"**

**L'ATTUALITÀ DEL MARKETING PER IL NO PROFIT:
CONTAMINAZIONE E PECULIARITÀ**

**IL PIANO NAZIONALE DELLE CRONICITÀ:
STRUMENTO FONDAMENTALE PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI**

MONDO SANITARIO

(XXVII - N. 3 Marzo 2020)

SOMMARIO

- 1 **Presa in carico della cronicità in Lombardia: evoluzione delle policy regionali nel triennio 2017-2019**
G. Belleri
- 11 **Infermiere di famiglia e di comunità: passaggio da un'assistenza "reattiva" ad una "proattiva"**
M.C. Magnocavallo, A. Di Cesare, F. Colavita
- 17 **L'attualità del marketing per il no profit: contaminazione e peculiarità**
M. Vella
- 23 **Il Piano nazionale delle cronicità: strumento fondamentale per la gestione dei pazienti**
R. Grinta
- 29 **Rassegna di Giurisprudenza**
(a cura di M. Greco)

MONDO SANITARIO

rivista mensile

Tribunale di Roma, n. 59 del 18 febbraio 1994 (1a registrazione)
Tribunale di Roma, n. 142 del 25 giugno 2013 (2a registrazione)
Iscritto al Registro Nazionale della Stampa al n. 5441

Finito di stampare: marzo 2020

Direzione, Redazione e Impaginazione:

FRG Editore Viale Gorgia di Leontini, 30 - 00124 Roma
Tel. 06.50912071 - Fax 06.50932756 - www.frgeditore.it - e-mail: info@frgeditore.it

Poste Italiane S.p.A. Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/2/2004, n. 46) art. 1, comma 1 - DCB Roma

Distribuzione: Vendita esclusiva per abbonamento

Infermiere di famiglia e di comunità: passaggio da un'assistenza “reattiva” ad una “proattiva”

MARIACRISTINA MAGNOCAVALLO

Presidente OPI Campobasso-Isernia, componente tavolo tecnico Ospedali di Comunità - Ministero della Salute, revisore dei conti FNOPI

ANDREA DI CESARE

Referente commissione comunicazione OPI Campobasso-Isernia, componente gruppo di lavoro social media FNOPI

FRANCESCO COLAVITA

Esperto di management delle ASL e delle reti dello sviluppo sociale, valutatore delle performance del SSN

Riassunto: *Una nuova figura professionale si va affacciando nel complesso sistema delle professioni sanitarie. Nello specifico, l'infermiere di famiglia e di comunità è un professionista delle cure primarie che supporta l'integrazione ospedale-territorio, facendo della prossimità e della continuità assistenziale la propria peculiarità. Un profilo in fase di definizione, anche nelle competenze, che vari documenti di programmazione hanno provato a determinare. Il Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019, testo approvato dal Consiglio Nazionale FNOPI, ne ha fissato ulteriori caratteristiche per standardizzarne le competenze. L'articolo descrive la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità attraverso una revisione della letteratura e delle esperienze nazionali ed internazionali.*

Parole chiave: *infermiere di comunità, famiglia, assistenza infermieristica, ospedale-territorio*

L'infermiere di famiglia e di comunità (IFeC) si va man mano configurando come una delle professioni specialistiche ed innovative dell'assistenza territoriale nazionale.

Il Patto per la Salute 2019-2021 (1), alla scheda 8 "Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale" ha previsto che nell'ambito dell'assistenza territoriale "si intende concordare indirizzi e parametri di riferimento per promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali".

Il Patto definisce quindi - tra le altre cose - le linee d'indirizzo per l'adozione di parametri di riferimento, anche considerando le diverse esperienze regionali, con l'obiettivo di promuovere il completamento del processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta, favorendo l'integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone.

Il Patto stabilisce anche che si debba investire sulla valorizzazione delle professioni sanitarie, in

particolare di quella infermieristica, per arrivare alla copertura dell'incremento dei bisogni di continuità dell'assistenza, di aderenza terapeutica, in particolare per i soggetti più fragili, affetti da multi-morbilità.

Con questa scelta, l'Italia si allinea alle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS/WHO) e alla strategia della salute per tutti "Health21: La salute per tutti nel XXI secolo", adottata dall'Assemblea Mondiale della Sanità. Questa strategia individua 21 obiettivi che dovrebbero essere perseguiti a livello internazionale, nazionale e locale nei Paesi della regione europea, e si basa su una serie di analisi e di valutazioni secondo le quali, in particolare:

- la salute costituisce la precondizione per il benessere e la qualità della vita e il riferimento per misurare la riduzione della povertà, la promozione della coesione sociale e l'eliminazione della discriminazione;

- è fondamentale l'adozione di strategie multi-settoriali per affrontare i *determinanti della salute*, assicurandosi l'alleanza da parte dei settori esterni alla sanità;

- la salute è un elemento basilare per una *crescita economica* sostenibile; gli investimenti in salute attraverso un approccio intersettoriale non solo offrono nuove risorse per la salute, ma anche ulteriori benefici importanti, contribuendo nel medio periodo allo sviluppo sociale ed economico complessivo.

L'infermiere di famiglia e di comunità è il professionista sanitario che si concentra sulla salute della famiglia, intesa come nucleo familiare. È il responsabile delle cure domiciliari, vale a dire dell'insieme di tutti quei trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi al fine di stabilizzare il quadro clinico e rendere migliore la qualità di vita. Agisce per il benessere della comunità, quindi in uno spazio di azione diverso da quello di famiglia, indirizzandolo alle scuole, alle comunità per psichiatrici e comunque in un ambito prettamente extra-ospedaliero, ma non domiciliare (WHO, 2000).

Stratificazione dell'età, del reddito e dello stato di salute di un tessuto territoriale sono quindi elementi alla base dello sviluppo dell'infermieristica di prossimità.

Stime alla mano (ISTAT, 2017), nel prossimo ventennio circa 8 milioni di anziani avranno una patologia cronica e circa 4 milioni di over 65 vivranno da soli.

Dati che fanno riflettere sul modello ospedalocentrico che pare non essere più attuale rispetto ai bisogni di salute, nella sua *actio munera* e che spinge ad implementare una rete domiciliare e territoriale sempre più dinamica. La rete, infatti, dovrà essere in grado di rispondere in maniera tempestiva alle esigenze sempre più complesse delle cronicità.

Tra i 21 obiettivi strategici del documento "Health 21", il 18esimo, inerente lo sviluppo delle risorse umane, rappresenta il trampolino di lancio dell'infermieristica di famiglia e di comunità.

All'interno dello stesso, viene difatti esplicitata l'importanza da parte delle organizzazioni sanitarie di munirsi di un team multidisciplinare che acquisisca competenze, conoscenze e che sia in grado di promuovere la salute nell'ambito della prossimità e delle cure primarie. L'infermiere di famiglia, secondo l'OMS, è un leader, un manager capace di fornire assistenza, identificare e valutare lo stato di salute ed i bisogni degli individui e delle famiglie nel loro contesto culturale, prendere eticamente e deontologicamente decisioni e che sa utilizzare le varie metodiche di comunicazione (fig. 1).

Lillian Wald, infermiera statunitense, è la capostipite della figura dell'infermiere di comunità. Questa professionista, faro della comunità infermieristica internazionale, ha garantito interventi assistenziali nelle aree urbane e rurali di New York. A macchia d'olio, grazie anche alla collaborazione della Croce Rossa americana, capì l'importanza di erogare prestazioni sanitarie attraverso personale adeguatamente formato, in aree disagiate, con risultati importanti per la salute pubblica.

Nell'analisi dell'evoluzione della figura dell'infermiere di famiglia e comunità, non si può non citare il report *Community Health Nursing* dell'Organizzazione mondiale della sanità, in cui è sviluppato il concetto di assistenza a livello comunitario. All'interno del report è descritta la famiglia come la più antica e solida istituzione sociale, i cui membri condividono tratti genetici e stili di vita che influenzano lo stato di salute. Per questo motivo la malattia di uno dei membri del nucleo familiare condiziona anche la salute di tutti gli altri componenti a livello economico, sociale e psicologico.

Il *Family Health Nursing* si basa sulla capacità dell'infermiere di dirigere e incoraggiare la fami-

glia, identificando i suoi bisogni di salute e indicando la strada migliore nell'utilizzo dei servizi sanitari.

Nella Dichiarazione di Alma Ata (1978) è definito il concetto di assistenza primaria come essenziale, fondata su metodi pratici e tecnologie appropriate, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie nella collettività, attraverso la loro piena partecipazione, a un costo che la collettività e i paesi possono permettersi ad ogni stadio del loro sviluppo nello spirito di responsabilità e di autodeterminazione.

Nel 1988, la dichiarazione di Vienna sull'Infermieristica, incentiva lo sviluppo di percorsi basati non solo sulla cura della malattia, ma anche sullo sviluppo della salute. Nel documento viene inoltre introdotta la figura dell'infermiere generalista, professionista opportunamente formato sugli aspetti dell'assistenza primaria e quindi in grado di esercitare sia in ospedale che in comunità.

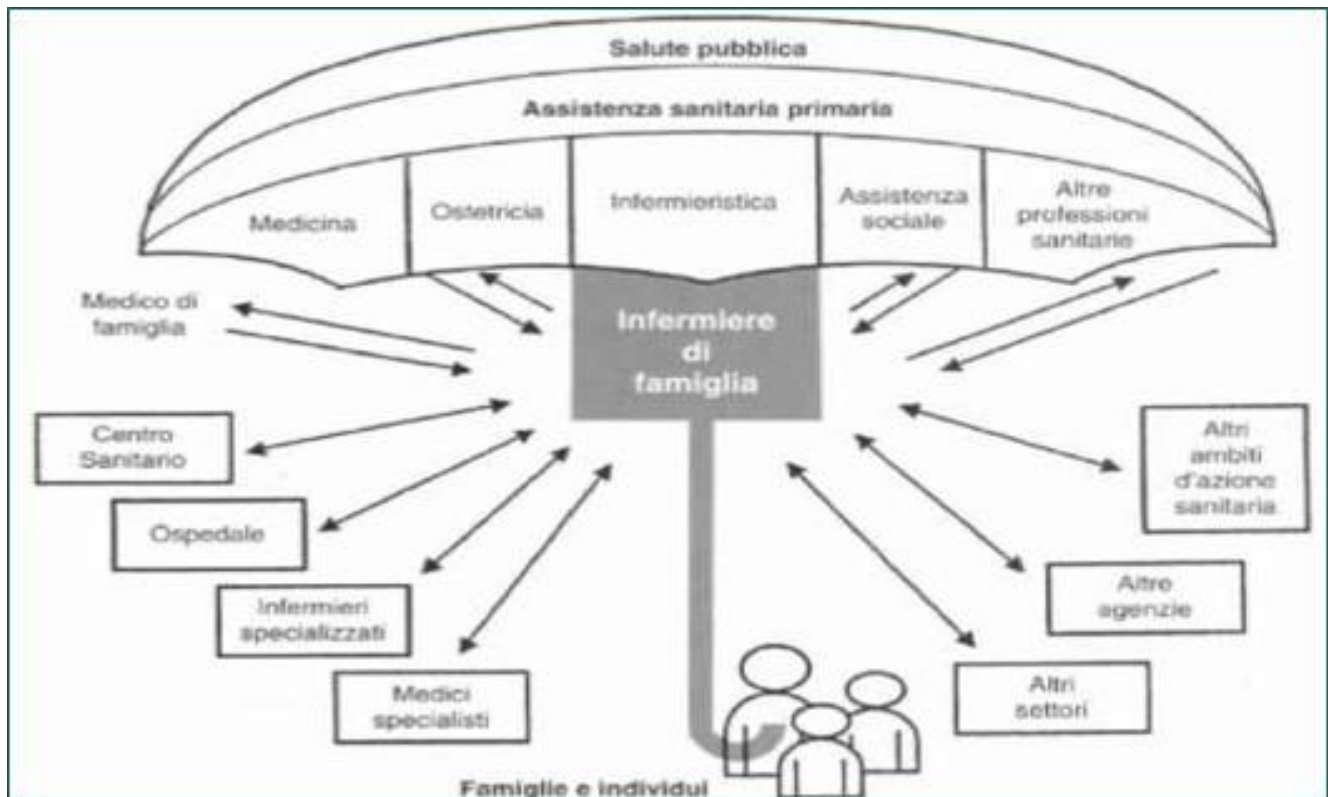
Nel contesto moderno internazionale, l'infermiere di famiglia e comunità è una figura già implementata in numerose esperienze e nazioni. Da

una revisione bibliografica, emerge il modello formativo spagnolo, estremamente settorializzato al contesto di comunità. Difatti in questo sistema, l'assegnazione di infermieri di famiglia e comunità ha consentito di risolvere diversi problemi di salute e di attuare interventi di prevenzione mirata alle comunità.

Medico ed infermiere si integrano funzionalmente, non risultano così essere due sistemi operativi lontani e disomogenei ma collaborativi e sinergici tra loro. Lampante, oltre l'implementazione della figura dell'infermiere di famiglia e comunità nei sistemi sanitari esteri, è il riconoscimento, non solo economico, della formazione post base degli infermieri.

In Italia, prima della cosiddetta *Legge Balduzzi* "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute" (2), che rappresenta ad oggi la base normativa dell'infermieristica di prossimità, già nel 1996 la prima regione italiana in cui venne sperimentata ed implementata la figura dell'infermiere di famiglia e comunità fu il Friuli Venezia Giulia.

Fig. 1 - Ombrello dell'infermiere di famiglia - (WHO)



Fonte: WHO, *The Family Health Nurse-context, conceptual, framework and curriculum*

Tale figura venne introdotta per rispondere in maniera tempestiva al progressivo aumento dell'età media della popolazione che alla fine degli anni '90 in provincia di Trieste, risultava essere la più alta di Italia. Ad oggi poco è cambiato, difatti Trieste e provincia, risultano essere al quarto posto per numero di ultrasessantacinquenni residenti (ISTAT, 2017). Sono seguiti poi progetti pilota che si sono diffusi su tutto il territorio nazionale. Toscana, Lazio, Emilia Romagna, Puglia e Valle d'Aosta hanno presentato sperimentazioni e proposte di legge in merito all'istituzione dell'infermiere di famiglia. Sono diversi gli atenei italiani che propongono master e percorsi formativi, requisito fondamentale per un IFeC, necessari a trasmettere al professionista i criteri e le strategie operative per risultare efficaci ed efficienti.

Il ruolo degli infermieri di comunità diventa quindi sempre più centrale, ovvero soggetti attivi nei territori sia in rapporto con gli attori delle filiere assistenziali presenti, sia come case manager dei pazienti comunque presi in carico dai servizi presenti nei territori.

Di seguito si specificano i servizi e le linee d'attività che l'infermiere di famiglia e comunità svolge verso le popolazioni assistite:

- presa in carico di una fascia di popolazione per offrire supporto nelle attività della vita quotidiana (come ad esempio aiutare gli anziani a vivere autonomamente nel proprio domicilio il più a lungo possibile o ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica o nei momenti di stress), nella promozione dell'inclusione sociale, nella prevenzione degli incidenti domestici, nell'assistenza nelle terapie, nel monitoraggio dei vari indicatori di salute, trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia e svolgendo una funzione di raccordo tra l'anziano e/o i malati cronici, la sua rete familiare e i diversi professionisti o punti di erogazione di prestazioni sanitarie.

L'IFeC dovrà agire sostanzialmente nelle seguenti aree:

- a) prevenzione primaria, cioè sulla riduzione dei fattori di rischio di malattia attraverso l'educazione sanitaria su dieta, uso di alcool e tabacco, attività fisica, la riduzione dei fattori di rischio di incidenti domestici, ecc.;

- b) prevenzione secondaria, attraverso la promozione di test ed esami mirati a diagnosticare precocemente le malattie;

- c) prevenzione terziaria, concetto che racchiude tutti gli interventi utili ad evitare le riacutizzazioni di malattie croniche, inquadrabili nel modello del *Chronic Care Model*;

- d) interventi di assistenza infermieristica diretta a domicilio oppure in caso di necessità, ad esempio contestuali alla visita programmata del MMG oppure a livello di ambulatorio infermieristico territoriale;

- e) attività di screening e campagne vaccinali. L'IFeC attraverso il monitoraggio e la mappatura della popolazione servita potrà, in collaborazione con l'equipe territoriale, partecipare a campagne di screening e campagne vaccinali (HPV, influenzale, ecc.).

La sperimentazione del modello dell'IFeC si colloca nell'ambito del processo di sviluppo delle cure primarie e prevede, in sintesi, l'inserimento, con valutazione di efficacia, dell'IFeC a cui assegnare la responsabilità assistenziale e prescrittiva, fatte salve le prerogative dei medici di base, di una quota determinata di popolazione sul territorio. Questa nuova figura professionale lavora a stretto contatto con le famiglie e il contesto di riferimento per educare alla prevenzione e alla corretta cura degli anziani e malati a domicilio, al fine di migliorare la loro qualità di vita e diminuire i casi di cronicizzazione e ospedalizzazione. L'IFeC partecipa alle équipe multi-professionali incaricate di definire livelli assistenziali per evitare disuguaglianze territoriali e sociali che possano sfociare in ospedalizzazioni evitabili.

L'Infermiere di Comunità è una figura territoriale prevista come supporto ai modelli d'integrazione ospedale-territorio, sulla base dei principi del *Chronic Care Model/Expanded Chronic Care Model*, attraverso nuove modalità di erogazione dell'assistenza, ognuna delle quali "cucita" al contesto territoriale nella quale verrà adottato. In chiave prospettica, all'infermiere di famiglia spetterà un ruolo cardine, essendo il responsabile della prevenzione primaria, seconda e terziaria ed agendo con la *bedside assistance*. L'infermiere di famiglia entrerà a far parte di un micro-welfare territoriale, costituito dalla medicina generale che sarà il responsabile della clinica o *clinical manager* e l'IFeC il responsabile del *care manager*.

L'IFeC quindi si configura sempre più come professionista territoriale e non erogherà prestazioni scandite nel tempo, nella durata e nelle modalità come avviene parallelamente per l'assistenza domiciliare integrata (ADI) o altri servizi

territoriali. Collaborerà con i professionisti del territorio, gestendo nel tempo l'utenza nella sua interezza, partendo dal contesto sociale, adeguando all'utente il percorso assistenziale, ai tempi ed alle modalità assistenziali. Attraverso l'infermiere di famiglia e di comunità supporta la mappatura dei bisogni della popolazione, anche attraverso una valutazione complessiva dei bisogni dell'assistito, assicurando la continuità assistenziale.

In conclusione, la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), con l'approvazione da parte del Consiglio Nazionale del Nuovo Codice deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019, ha inteso fissare alcuni punti cardine rispetto alla professione e quindi anche rispetto a quella figura rivolta alla famiglia e alla comunità. Tra questi, l'infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività (art. 2 - Azione).

Nell'agire professionale, l'infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali (art. 4 - Relazione di cura).

Il professionista infermieristico promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività (art. 7 - Cultura della salute).

Nel percorso di cura l'infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza. Informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili (art. 17 - Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura).

L'infermiere ai diversi livelli di responsabilità assistenziale, gestionale e formativa, partecipa e contribuisce alle scelte dell'organizzazione, alla definizione dei modelli assistenziali, formativi e organizzativi, all'equa allocazione delle risorse e alla valorizzazione della funzione infermieristica e del ruolo professionale (art. 30 - Responsabilità nell'organizzazione).

Come descritto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'infermiere di famiglia dovrà essere espressione tangibile di competenze avanzate, professionista con capacità di *decision making* e fungerà da "ombrello" per le fragilità e le cronicità dell'utente, stabilendo con quest'ultimo un rapporto relazionale intenso e continuativo nel tempo che tramuterà in un *outcome* positivo del processo di presa in carico.

Note

- (1) Provvedimento Conferenza permanente Stato-Regioni 18 dicembre 2019, n. 209/CSR - Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della L. 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il Patto per la salute per gli anni 2019-2021.
- (2) D.L. 13 settembre 2012, n. 158 (in G.U. 13 settembre 2012, n. 214), coordinato con la legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189 recante: «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute» (in G.U. 10 novembre 2012, n. 263, s.o. 201).

Bibliografia

- Antonelli D. (2017): *L'infermiere di famiglia e cure primarie: aspetti gestionali e competenze cliniche*, PICCIN.
- Banchieri G., Colavita F., Massaro G. (a cura di) (2019): *Ospedali di Comunità, Case della Salute e Cure primarie: esperienze regionali e confronti*, Edizioni Joelle.
- Benner P. (2001): *L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza*, McGrawHill, Milano.
- Colavita F., Golino A. (2019): La sanità di prossimità: un progetto di welfare per le Aree Interne, *Mondo Sanitario*, XXVI, 1-2: 1-11, FRG Editore, Roma.
- Consiglio Nazionale FNOPI (2019): *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche*.
- D'Innocenzo M. (2002): *Nuovi modelli organizzativi per l'assistenza infermieristica: l'ambulatorio infermieristico territoriale*, Ed. CSE, Torino.
- D'Innocenzo M. (2004): "Il federalismo sanitario: scenari futuri per l'organizzazione dell'assi-

- stenza infermieristica" in Santullo A: *L'infermiere e le innovazioni in sanità - Nuove tendenze e strumenti gestionali*, (2a ed.), II: 25-62, McGrawHill, Milano.
- D'Innocenzo M., Trippetti S. (2006): *Argomenti di Economia per le Professioni Sanitarie*, McGrawHill, Milano.
- Friedman M.M. et al. (2003): *Family nursing: research theory and practice*, Pearson Education, New Jersey.
- ISTAT (2017): *Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'Unione Europea*.
- Marcadelli S., Obbia P., Prandi C. (2018): *Assistenza Domiciliare e cure primarie: Il nuovo orizzonte della professione infermieristica*, EDRA edizioni.
- Nursing and Midwifery Concil (2008): *Accumutability advance sheet*, NMC, Londra.
- Rocco G., Marcadelli S., Stievano A., Cipolla C. (2017): *Infermiere di famiglia e comunità: proposte di policy per un nuovo welfare*, Franco Angeli.
- Sasso L., Gamberoni L., Ferraresi A., Tibaldi L. (2005): *L'Infermiere di Famiglia, scenari assistenziali e orientamenti futuri*, McGraw-Hill.
- Watkins D., Edwards J., Gastrell P. (2003): *Community health nursing. Frameworks for practice*, (2a ed.), Baillere Tindall, Toronto.
- WHO (1999): *HEALTH21: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*.
- WHO (2000): *The family health nurse - Context, conceptual framework and curriculum*.
- Wright L.M., Leahey M. (2000): *Nurses and Families: A guide to family assessment and interventions*, (3a ed.), F.A. Davies, Philadelphia.

Sitografia

- www.nurse24.it/infermiere/lavorare-come-infermiere/di-famiglia-garanzia-presenza-in-cura-paziente.html
- www.fnopi.it
- www.opimolise.it