

## BOX 1 – Le ricadute operative del modello organizzativo-assistenziale “infermiere di Comunità”

### I punti di forza del modello IC

1. **I cittadini hanno un punto di riferimento preciso nel loro territorio a cui potersi riferire sempre e costantemente per qualsiasi necessità assistenziale:** medicazioni, prelievi, educazione alla salute, orientamento ai servizi offerti dal sistema sanitario, educazione sanitaria, educazione terapeutica etc. Tutto ciò sia a livello ambulatoriale, per i pazienti che possono camminare, sia a livello domiciliare per coloro che sono impossibilitati a farlo (pazienti allettati). L’Infermiere di Comunità svolge non solo tutta l’attività assistenziale derivante dall’applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche previste dal medico, ma anche quella generata dall’impatto che la malattia stessa ha avuto sulla persona/famiglia. Inoltre l’IC svolge un grande lavoro di forte integrazione tra i servizi territoriali e ospedalieri e tra i servizi sanitari e sociali coinvolgendo anche le risorse informali che sono presenti nella comunità (es parrocchia, volontariato, vicinato, gruppi amicali, associazioni di volontariato per i trasporti, ecc.) e che altrimenti non verrebbero agite. Così facendo diventa il principale “gestore del caso” cui il paziente, la famiglia e i diversi professionisti possono far riferimento ai fini della manutenzione, gestione e continuità del progetto assistenziale, senza far ricadere questo ruolo di connettore al paziente stesso o alla famiglia che spesso si sente trattato come una pallina da ping pong.
2. **La presenza costante e continua degli infermieri nella comunità crea le premesse per realizzare quella che chiamiamo la cosiddetta medicina o assistenza d’iniziativa** che prevede un lavoro in equipe multidisciplinare e che consente ai servizi sanitari di arrivare prima che la malattia insorga nella sua acuzie. Nella fattispecie, l’infermiere conoscendo la popolazione fragile, attraverso una stretta sorveglianza e delle visite periodiche (mappando le persone fragili e monitorandone costantemente i parametri vitali, i segni e sintomi più rilevanti) rileva precocemente i segni d’acuzie e in questo caso allerta il medico di MMG che interviene su casi selezionati, che certamente si sarebbero rivolti al Pronto Soccorso se nessun operatore avesse rilevato anticipatamente l’evoluzione della malattia. Inoltre l’IC svolge un’importante lavoro di promozione della salute nella comunità, attraverso l’integrazione delle cure infermieristiche con tutte le esigenze di ordine sanitario, sociale e soprattutto educativo del nucleo familiare, con un approccio volto a valorizzare le risorse delle singole famiglie indirizzandole verso una corretta autocura ed autogestione. L’Infermiere di Comunità cerca quindi di incrementare le capacità di self-care dell’utente e della sua famiglia, rendendoli il più possibile autonomi e indipendenti anche attraverso l’attivazione di reti informali (parenti, amici, vicini, gruppi di volontariato, di auto-aiuto). Così facendo esalta il concetto di promozione della salute condotta dalla e con la comunità e non sulla e per la comunità.

Questo secondo punto di forza è basato sul seguente assunto: il modello di cura tradizionale basato sull’attesa dell’evento acuto è prescrittivo e pone al centro l’ospedale, mentre il modello di cura d’iniziativa è basato sull’individuazione precoce dei segni e dei sintomi di aggravamento della malattia, sul coinvolgimento e la responsabilizzazione del paziente e dei suoi famigliari nella gestione della malattia, ed è centrato sui servizi territoriali.

3. **L’infermiere è promotore privilegiato dell’integrazione socio-sanitaria e della sussidiarietà. L’infermiere non è solo erogatore di assistenza, ma mobilita, muove le risorse presenti nella famiglia e nella comunità affinché la comunità assieme ai servizi sanitari e sociali possa sostenersi e possa prendersi carico di se stessa!!** Un esempio di quanto detto può essere la costituzione di associazioni di volontariato o di mutuo soccorso che offrono una risposta importante alle necessità di trasporto di pazienti, ritiro degli esami, aiuto domestico etc. Sempre più la figura infermieristica promuove l’empowerment della persona nella logica di far resuscitare i diritti dei cittadini.

Attraverso il lavoro di rete, che non può essere definito solo come un metodo di lavoro, ma come un modo d’essere degli operatori, l’infermiere di comunità assieme agli altri professionisti (MMG, assistente sociale, etc.), coglie le risorse, le potenzialità del paziente, della famiglia, della comunità e dei servizi istituzionali sanitari e sociali, pone al centro la persona con i suoi reali bisogni e mette in rete tutte le forze, i mezzi, le strategie necessarie per offrire una risposta il più possibile vicina alle reali necessità e desiderata del paziente stesso. Così facendo il paziente, le persone significative per lui e tutti i professionisti riflettono e cercano insieme le giuste soluzioni per quella data situazione. In questo modo il paziente diventa il vero protagonista del proprio progetto di salute e non delega agli altri la cura di se stesso, anzi con gli opportuni strumenti e conoscenze che l’infermiere e i diversi professionisti gli offrono diventa “operatore” di se stesso. L’IC mobilita i potenziali di cura che ci sono nei pazienti, nelle famiglie e nelle comunità. E’ il professionista che facilita il processo di cura, che aiuta e accompagna un’altra persona a promuovere la sua salute e il suo sviluppo.

Gli esiti di questi tre punti di forza sono i seguenti:

- **Risposta immediata e tempestiva alle esigenze della popolazione, che si rivolge al servizio di Pronto Soccorso in modo più appropriato:** nell’ambito della Bassa Friulana, nel triennio 2012-2014, nei due Ospedali di Palmanova e Latisana si sono registrati 64.642 accessi al pronto soccorso con codice bianco a fronte delle 79.397 del triennio 2009-2011, con una riduzione di 14.755 accessi (riduzione pari a meno18%). Lo stesso trend è stato mantenuto nel 2015 in cui gli accessi in PS con cod. colore bianco al triage nei due presidi ospedalieri, sono stati complessivamente n. 24.586.
- **Riduzione dei ricoveri (in quanto si agisce prima che l’evento acuto si manifesti) e conseguente riduzione dei costi.** La diminuzione significativa dei ricoveri, che si traduce in un tasso grezzo di ospedalizzazione tra i più bassi in Regione, vede detenere dall’A.S.S. N°5, negli ultimi anni, il più basso tasso di ospedalizzazione regionale (Tab.A1). Nel 2014 il tasso grezzo di ospedalizzazione era pari 129,9‰ ASS5, verso il 141,2 ‰ della Regione FVG.

Tabella A1. Tasso grezzo di ospedalizzazione Bassa Friulana, Regione FVG e Italia – Anni 2012-2015.

	2012	2013	2014	2015
ASS5	140,7‰	139,3‰	129,9‰	127,92

<b>FVG</b>	152,9%	147,1%	141,2%	
------------	--------	--------	--------	--

- **Garanzia della continuità assistenziale e della presa in carico integrata in fase intensiva (in ospedale) e in fase estensiva (sul territorio).** Tale esito è supportato dall'indice di copertura assistenziale over 65 (anno 2015) più elevato in regione (12,6%), rispetto alla media regionale (10,4%) nonché dall'indice di copertura assistenziale over 75 più elevato in Regione (21,4%) a fronte di una media regionale del (17,5%).

Tabella A2. Indice copertura assistenziale residenti in FVG con età > di 65 Anni 2005-2015

Azienda di erogazione	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Azienda di erogazione	2015
<b>ASS n. 1</b>	12,5	12,9	10,4	10,5	11,7	11,4	11,1	10,4	10,4	10,8	<b>AAS 1</b>	11,3
<b>ASS n. 2</b>	6,6	7,7	7,5	7,4	7,8	7,7	7,6	7,7	8,3	8,2	<b>AAS 2</b> <b>Area Isontina</b>	8
<b>ASS n. 5</b>	<b>14,8</b>	<b>15,0</b>	<b>13,8</b>	<b>14,3</b>	<b>14,4</b>	<b>15,6</b>	<b>15,7</b>	<b>15,1</b>	<b>14,8</b>	<b>13,9</b>	<b>AAS 2</b> <b>Area Bassa Friulana</b>	<b>12,6</b>
<b>ASS n. 3</b>	16,1	17,7	12	12,3	12,7	13,2	13,2	13,5	13,2	12,7	<b>AAS 3</b>	10,9
<b>ASS n. 4</b>	9,1	9,8	8,3	9,1	9,3	10,3	9,5	10,0	10,0	9,5	<b>AAS 4</b>	8,9
<b>ASS n. 6</b>	10,6	10,9	10,1	10,5	10,7	11,3	10,9	10,6	10,6	10,5	<b>AAS 5</b>	10,9
<b>FVG</b>	<b>10,9</b>	<b>11,4</b>	<b>9,8</b>	<b>10,2</b>	<b>10,7</b>	<b>10,8</b>	<b>10,7</b>	<b>10,6</b>	<b>10,6</b>	<b>10,4</b>	<b>FVG</b>	<b>10,4</b>

Si evidenzia una copertura assistenziale dei residenti con età > di 75 anni più elevata per la Bassa Friulana (24,0%), rispetto alla media regionale (17,8%) (Tab. A3)

Azienda di erogazione	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Azienda di erogazione	2015
<b>ASS n. 1</b>	-	-	18,0	17,7	19,8	18,5	17,0	18,4	17,1	17,7	<b>AAS 1</b>	18,3
<b>ASS n. 2</b>	-	-	12,7	12,8	13,3	13,0	12,2	13,1	13,9	13,6	<b>AAS 2</b> <b>Area Isontina</b>	13,3

ASS n. 5	22,7	22,8	24,7	24,4	25,0	27,3	26,4	25,9	25,2	24,0	AAS 2 Area Bassa Friulana	21,4
ASS n. 3	-	-	21,0	20,7	21,2	22,3	22,9	22,8	22,5	21,8	AAS 3	19,0
ASS n. 4	-	-	14,6	15,9	16,1	16,4	16,7	17,2	17,3	16,4	AAS 4	14,9
ASS n. 6	-	-	18,3	25,2	19,4	19,3	19,0	18,7	18,6	18,4	AAS 5	18,8
FVG	-	-	17,2	17,3	18,4	18,4	17,9	18,4	18,1	17,8	FVG	17,5

Tabella A3. Indice copertura assistenziale residenti in FVG con età > di 75 - Anni 2005-2015

- Miglioramento della presa in carico dei pazienti che sono dimessi** dall'ospedale offrendo la cosiddetta cassetta degli attrezzi in termini di conoscenze, abilità e riferimenti medici e assistenziali che consentono al paziente e ai famigliari di poter gestire a domicilio la propria condizione di salute. A fronte di un significativo incremento dei volumi di attività sia in termini di numero di pazienti seguiti a domicilio e in ambulatorio (+155%) che di numero di accessi domiciliari per utente (+15%) nell'anno 2015 rispetto al 2001, si registra, sempre nel 2015, il mantenimento della media di 14,5 accessi per paziente, assolutamente in linea con la media regionale. Ciò è interpretabile come il risultato di un forte investimento nel tempo, da parte dell'IC e per contaminazione di tutti gli attori dell'equipe assistenziale, di un maggior coinvolgimento da parte dei pazienti stessi, dalle famiglie e dalla comunità nella gestione della propria condizione di salute. Il risultato che si ottiene è dunque duplice: mantengo il n. di accessi medi per paziente, nonostante sia aumentata la complessità e il numero degli assistiti, perché ho sviluppato le competenze del pz e della famiglia e libero tempo assistenziale per prendere in carico più pazienti. Un ulteriore dato da considerare è il n. degli utenti con PAI (Piano di assistenza individualizzato) che corrispondono ai pazienti con maggior complessità assistenziale. L'ASS n. 5 anche in questo caso esprime una capacità di presa in carico di pz a complessità molto elevata: l'indicatore LEA degli utenti anziani in carico con PAI è pari all'8,6% rispetto al valore regionale del 4,1%. Certamente una maggior capacità di presa in carico di pz con PAI si traduce in un minor ricorso alle strutture ospedaliere.

Tabella A4. Utenti seguiti dagli infermieri di comunità e utenti presi in carico con PAI età ≥ 65 e relativo indicatore LEA - Anni 2012-2015

	Utenti				Utenti con PAI				Indicatore LEA copertura utenti con PAI età ≥ 65			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
ASS 5	4.436	4.417	4.221	AAS 2 Area Bassa Friulana 3.845	2.335 (52,6%)	2.534 (57,4%)	2.184 (58,1%)	AAS 2 Area Bassa Friulana 2.230	8,0	8,7	8,6	AAS 2 Area Bassa Friulana

								(52,2%)				7,4
<b>FVG</b>	35.3 28	36.7 28	35.59 6	35.621	15.04 5	14.63 2	12.60 6	15.589 (43,8%)	4,5	4,4	4,1	4,5

Tabella A5. Accessi domiciliari Infermieri di comunità - Anni 2012-2015

	N. accessi domiciliari				N. accessi domiciliari a utenti con PAI				N. medio accessi/utente			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
<b>ASS 5</b>	68.717	68.981	65.993	AAS 2 Area Bassa Friulana 57.404	57.254 (83,3%)	59.660 (86,6%)	58.822 (89,1%)	AAS 2 Area Bassa Friulana 52.135 (90,8%)	15,5	15,6	15,6	AAS 2 Area Bassa Friulana 15 (23,3 utenti con PAI)
<b>FVG</b>	568.108	568.268	557.357	548.995	416.421 (73,3%)	408.390 (71,9%)	393.630 (70,6%)	411.190 (74,9%)	16,1	15,5	15,6	15,4 (26,4 utenti con PAI)

- **Sgravio dei MMG da accessi impropri in ambulatorio e liberazione di tempo che il medico di base può dedicare alla funzione di clinico e di filtro nella diagnosi e nella terapia della malattia** ottenendo il risultato di una maggiore stabilizzazione dal punto di vista clinico del paziente evitando così l'insorgenza dell'acuzie.
- **Un aumento dell'efficienza registrata dall'incremento pari al 23,8% degli accessi domiciliari medi per infermiere.** Ciò è spiegabile con la riduzione dei tempi di percorrenza, l'uso appropriato dell'ambulatorio. La riduzione significativa dei tempi di percorrenza sul totale delle ore di attività assistenziale passata dal 33% del 2001 al 20% del 2004, ha comportato un importante recupero del tempo assistenziale da dedicare ad attività ad alta integrazione socio-sanitaria (ad esempio lavoro di rete, presa in carico "leggera ed anticipata" presa in carico in ambito ospedaliero e garanzia della continuità delle cure a livello territoriale).

Tabella 6. Utenti seguiti dagli infermieri di comunità in ambulatorio – Periodo 2005-2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>ASS 5</b>	6.778	7.566	8.090	8.234	7.493	7.624	7.803	AAS 2 Area Bassa Friulana

								6.559
<b>FVG</b>	23.749	32.067	30.141	28.920	29.107	29.650	25.594	24.244

Tabella 7. Accessi presso l'ambulatorio dell'infermiere di comunità - Periodo 2005-2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>ASS 5</b>	36.319	38.151	41.898	43.540	47.862	50.313	51.774	AAS 2 Area Bassa Friulana 45.590
<b>FVG</b>	147.667	176.442	178.128	187.204	203.922	199.013	194.022	187.979

- **Promozione di un rapporto di maggiore fiducia tra infermiere e cittadino in ragione di una più rilevante prossimità**
- **Migliore offerta assistenziale che va oltre la dimensione tecnica della prestazione erogata per andare verso una dimensione sociale e relazionale** che consente di fatto una reale presa in carico della persona e della sua famiglia e maggior coinvolgimento dei cittadini nelle scelte che riguardano la propria salute e quella della collettività
- **Migliore qualità di vita dei cittadini** supportata dai dati dell'indagine condotta sulla qualità percepita dai pazienti e famigliari fruitori del servizio. Per quanto concerne la **qualità percepita**, gli esiti derivanti dalla somministrazione di un questionario successivamente all'attivazione di ogni nodo di infermiere di comunità, evidenziano che, nel complesso, gli utenti risultano essere piuttosto soddisfatti del nuovo servizio offerto. Infatti, la quasi totalità del campione (93%) ritiene che la presenza dell'Infermiere di Comunità risponda meglio ai propri bisogni assistenziali rispetto alla precedente modalità di prestare assistenza infermieristica a domicilio. Tra le motivazioni proposte, hanno trovato maggior riscontro il fatto di aver un minor disagio negli spostamenti e la possibilità di instaurare con l'Infermiere di Comunità di quel territorio un rapporto di fiducia. In questo senso, assicurando una presenza continua e costante sul territorio, l'Infermiere di Comunità diventa una figura riconosciuta sul territorio, della quale gli utenti si possono fidare e che rappresenta un punto di riferimento per fornire una risposta ai bisogni di assistenza infermieristica della popolazione.

Dal questionario è emerso che l'attività assistenziale erogata dall'Infermiere di Comunità risulta essere utile e di sostegno non solo all'assistito, ma anche alla sua famiglia, evidenziando in questo senso il ruolo fondamentale che tale figura può svolgere per sostenere e valorizzare anche il lavoro di cura informale prestato dai caregiver. Inoltre, la qualità del servizio, in termini di organizzazione, accessibilità, cordialità e di soddisfazione dei bisogni, è parsa molto buona.

## **Bibliografia**

- Fonte Dati Regionale: Portale Regionale SISSR
- Fonte Dati Nazionali: Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2010 – Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali; Annuario Statistico Nazionale Anno 2011
- Mara Pellizzari "L'infermiere di comunità: dalla teoria alla pratica". Ed Mc Graw HILL, Milano 2008