



I° Congresso Regionale

AIFeC Abruzzo

L'Infermiere di Famiglia e Comunità: una nuova competenza per la sanità che cambia

Consapevoli del successo che ha contraddistinto il III Congresso Nazionale AIFeC tenutosi a Ivrea il 25 e 26 ottobre 2018, il gruppo Infermieri AIFeC Abruzzo ha accolto con gioia e responsabilità l'impegno di organizzare il primo evento congressuale, che mira a divenire un punto di riferimento per noi professionisti infermieri che coltivano la ricerca e la conoscenza nell'ambito delle Cure Territoriali.

Il programma scientifico è stato realizzato tenendo in considerazione la necessità di mettere a confronto importanti realtà italiane che hanno avuto la capacità di raccogliere questa sfida attraverso una rivisitazione culturale e professionale di essere e di fare "Cure Territoriali".

Circa 150 professionisti sanitari, si sono riuniti il giorno 30 novembre scorsi a Lanciano (CH) per il I Congresso nazionale dell'Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità (AIFeC).

Il vicepresidente AIFeC **Ginetta Menarello** ha sottolineato come l'acquisizione di competenze infermieristiche avanzate non possa prescindere da adeguati percorsi formativi universitari post-base. In tal senso appare importante il progetto europeo ENHANCE. La valenza di tale formazione è stata riconosciuta dall'Unione Europea, che ha nominato la Regione Piemonte sito di riferimento nel programma per l'innovazione per l'invecchiamento sano e attivo (EIPonAHA) nel 2013, dato che sia l'Università di Torino sia l'Università del Piemonte Orientale, hanno attivi Master di primo livello in infermieristica di famiglia e di comunità rispettivamente dal 2005 e dal 2013. Ginetta Menarello ha presentato il progetto europeo CoSENSO, rivolto ai cittadini over 65, realizzato in Piemonte e Liguria in contesti rurali dove i servizi tradizionali faticano ad arrivare; questo progetto ha portato l'IFeC nelle comunità locali costituite in gran parte da anziani per valutare il rischio di cadute, di mancata aderenza alle terapie, di malnutrizione, di inattività fisica e d'isolamento sociale. Numerosi gli interventi proposti di educazione terapeutica e promozione della salute, anche attraverso momenti di socializzazione e gruppi di cammino – attività semplici ma non banali – che contribuiscono a ritardare l'istituzionalizzazione delle persone anziane, favorendone l'autonomia pur nella loro fragilità. Un modello efficace e sostenibile: i dati pubblicati su riviste economiche internazionali relativi alle fratture di femore suggeriscono che i costi del servizio IFeC sarebbero bilanciati semplicemente riuscendo a prevenire tre cadute accidentali in un anno.

Roberto Amerio ha parlato dell'infermiere esperto nell'attuale contesto normativo.

Giada Licalzi, esperta Invitalia per il programma Strategia Nazionale Aree Interne – Ministero della Salute, ha riportato nella sua relazione che il ruolo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità è stato richiesto in molte piani per le aree interne.

Antonella Gialluca e Antonio Tamburrino in riferimento alla stipula della convenzione tra la ASL02 Abruzzo e Unione Montana dei Comuni hanno parlato dell'Integrazione Socio Sanitaria nel programma Strategia Nazionale delle Aree Interne.

Molto spazio è stato dato alla discussione di esperienze sul campo che testimoniano la validità dell'approccio proposto.

Il Direttore Sanitario Aziendale Dott. Vincenzo Orsatti, il dott. Pasquale Falasca Epidemiologo e la dott.ssa Amalia Palumbo Infermiera Case Manager Percorso Fragilità della ASL 02 Abruzzo hanno presentato l'esperienza avviata e sperimentata all'interno della propria Area Territoriale ritenendo che oggi sia molto più importante conoscere quale tipo di persona ha una malattia piuttosto che quale tipo di malattia ha una persona. L'impatto sull'assistenza sanitaria e sociale, per aiutare le persone fragili, attualmente, con servizi e prestazioni frammentate ed episodiche, è significativamente elevato, in particolare l'assistenza ospedaliera, nella ASL 02 Abruzzo, si fa carico attualmente da circa il 40% al 60% della cronicità in regime di ricovero ordinario, con uno spreco enorme di risorse economiche e umane. Inoltre l'assistenza a molti di questi soggetti è tradizionalmente erogata in base ad una richiesta da parte della persona che soffre di un aggravamento o una complicità della patologia ed è, per ciò, episodica e scarsamente pianificata. Questo comporta spesso un uso improprio dei servizi di assistenza di secondo e terzo livello e una risposta di limitata efficacia. Il trend demografico, la nuova caratterizzazione epidemiologica e il tumultuoso sviluppo tecnologico hanno determinato una domanda di servizi che sempre più spesso necessita invece di una "presa in carico globale" del paziente. Gli interventi che mirano a mantenere o migliorare l'autonomia dovrebbero però essere offerti solo a persone selezionate, quelle persone che, senza di essi, andrebbero incontro, sicuramente, ad un crescente bisogno di assistenza sociosanitaria. Sarebbe quindi ottimale per gli operatori conoscere in anticipo il rischio (inteso come probabilità di incorrere in un evento avverso, come per esempio il ricovero urgente, la non autosufficienza o la morte) di ogni singolo individuo in modo da attivare degli interventi di prevenzione (promozione del self care) e/o di presa in carico (disease e case management) tempestivi ed appropriati.

Il territorio è inevitabilmente destinato a divenire sempre più il "centro" del Sistema Sanitario e della presa in carico dei bisogni di assistenza dei cittadini. Le azioni programmatiche e gli investimenti dovranno indirizzarsi a sostenere maggiormente le cure primarie, garantendo l'integrazione e il supporto delle competenze sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali necessarie. La funzione primaria dell'infermiere sul territorio è quella di assicurare la continuità assistenziale. I principi di riferimento comprendono l'appropriatezza delle cure in base alle effettive necessità assistenziali di ciascuno, l'accessibilità ai servizi sanitari per tutte le persone presenti sul territorio, l'eticità nell'assistenza quale garanzia della qualità delle prestazioni infermieristiche erogate e la diretta assunzione di responsabilità dei professionisti sanitari a tutela della salute dei cittadini assistiti nella gestione dei percorsi di continuità assistenziale. Da questi principi generali discendono la centralità del paziente nel processo di cura quale presupposto per l'innovazione organizzativa dei servizi ed il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Muovendosi nel rispetto delle indicazioni fornite dal Piano Nazionale delle Cronicità e in continuità con gli "Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità", nella ASL 02 Abruzzo sono stati in primo luogo costruiti i fondamenti a preparare l'avvio del nuovo percorso di presa in carico dei pazienti cronici e fragili: "Governo delle Domanda" e "Riordino della rete di offerta". Alla luce del nuovo contesto assistenziale che vede l'Ospedale come hub principale e i percorsi clinico assistenziali condivisi tra ospedale e territorio come luogo in grado di dare risposte assistenziali, è apparso necessario individuare nuovi modelli organizzativi al cui centro devono essere collocati i bisogni del paziente. Il paziente al centro del sistema di cura questa la vera sfida per il futuro. L'investimento è su auto-gestione ed empowerment in modo da aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi. Le evidenze scientifiche dimostrano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato e un supporto al self-management e al follow-up, migliorano e ricorrono meno all'assistenza ospedaliera. È importante enfatizzare il ruolo centrale del paziente nella gestione della propria salute; usare efficaci strategie di supporto auto-gestite che includano valutazione, definizione degli obiettivi, pianificazione delle azioni, risoluzione dei problemi e follow-up; organizzare risorse

interne e sociali per fornire un continuo sostegno ai pazienti. Per le patologie croniche, i pazienti stessi diventano i principali Caregiver. Le persone convivono con le malattie croniche per lunghi anni e la maggior parte di loro può essere educato a gestire la patologia, e buona parte di tale gestione (dieta, esercizi fisici, utilizzo di farmaci) è sotto il controllo diretto del paziente.

L'utilizzo di strumenti come la telemedicina si è reso necessario, soprattutto nelle aree più disagiate, se consideriamo la problematica delle patologie croniche, l'invecchiamento della popolazione, la riduzione del numero dei professionisti in ambito sanitario al fine di rendere i pazienti autonomi il più rapidamente possibile agevolandone l'autogestione. Si attiva in questo modo una rete integrata ospedale-territorio-domicilio, in cui interagiscono le varie figure professionali. Nel contesto socio-economico sarà quindi fondamentale la realizzazione di un modello sanitario volto a efficienza e continuità nella cura della salute, che porterà a migliorare la qualità di vita dei pazienti, ottimizzando le risorse esistenti e riducendo i costi. In questa prospettiva è di particolare importanza il decentramento del trattamento dall'ospedale al sistema domiciliare. Si assiste ad un cambiamento significativo di prospettiva, si passa dal "curare" al "prendersi cura". Ad ogni singolo paziente è stato consegnato, dal medico e infermiere responsabile del processo, un kit contenente i dispositivi certificati necessari per effettuare le misurazioni dei parametri vitali da remoto. Tali misurazioni vengono trasmesse al Centro Operativo con i dispositivi e le tecnologie esistenti. Le informazioni raccolte vengono quindi automaticamente inviate per conseguire il necessario scambio di notizie sullo stato di salute del paziente, condividendo i dati con gli operatori sanitari interessati (tenendo conto di specifici Protocolli operativi). Gli assistiti presi in carico in telemedicina sono affetti da malattie croniche quali ipertensione, diabete, scompenso cardiaco, broncopneumopatia, cardiopatia, vasculopatia e ipercolesterolemia. Per ciascun paziente è stato creato un piano di monitoraggio dedicato ed è stato fornito un kit contenente, a seconda della patologia, misuratore di pressione arteriosa, bilancia, ECG monotraccia, glucometro. Una volta effettuate autonomamente le misurazioni a domicilio, i dati vengono trasmessi al Centro Servizi attraverso un modem cellulare in dotazione: il personale sanitario procede alla valutazione dei dati ricevuti, gestisce eventuali situazioni fuori dalla norma, verifica la compliance al piano di telemonitoraggio e alla terapia farmacologica e trasmette i dati al medico di base del paziente e all'infermiera del distretto. Il personale presente nel "Call center" del Centro Operativo (di livello infermieristico, professionalmente qualificato e opportunamente addestrato) svolge le attività di monitoraggio, follow-up e coaching nella gestione del paziente. Questo personale rimane in contatto con le diverse figure mediche e infermieristiche a conoscenza della vicenda clinica del paziente, coordina, su indicazione medica, gli interventi necessari in maniera articolata, fronteggiando ogni possibile esigenza del paziente. Ciò avviene, in forma personalizzata, gestendo eventuali "alert" fino al ricovero ospedaliero in presenza di criticità avanzate. Il medico curante, informato di eventuali parametri anomali (individuati dal Sistema) decide (d'intesa con lo specialista) l'intervento richiesto. I controlli continuativi hanno consentito l'individuazione tempestiva di sintomi/parametri abnormi, permettendo l'adozione di interventi e misure correttive prima dell'insorgenza di complicazioni più gravi, con ricadute positive sulla salute del paziente e sui costi (affrontati a livello privato o del SSN, qualora interessato). Il fenomeno visto sul piano umano e familiare (sociale) ha acquisito connotati rispetto ai quali l'aspetto economico – pur molto importante – non può essere considerato primario. Infatti le lunghe degenze, spesso senza speranza, "consumano" le basi solidaristiche dei nuclei familiari, ossessionati dalle insopportabili sofferenze dei congiunti malati. La riduzione, anche di pochi giorni, di degenza ospedaliera ha rappresentato, pur nel dolore, un significativo affievolirsi del disagio, che solo l'ambiente familiare ed il "ritorno a casa" possono dare. Trovarsi tra le mura domestiche con i propri cari, sapendo di poter contare su una assistenza professionale adeguata può rappresentare, anche in questi momenti di sofferenza, un grande conforto.

L'obiettivo è stato quello di spostare l'asse di cura dall'ospedale al territorio secondo un modello di medicina di prossimità, riducendo gli accessi al pronto soccorso e i ricoveri ospedalieri, ottimizzando in questo modo la spesa sanitaria e migliorando la cura dei pazienti con una presa in carico continuativa e a domicilio. Sono state, inoltre, proposte all'interno della ASL 02 Abruzzo, soluzioni di telemedicina di elevato profilo tecnologico, grazie alla tecnologia della Remote Presence, si è attivato il teleconsulto e la televisita medica

in modo facile e sicuro, riducendo i tempi di presa in carico e di risposta, favorendo un approccio multidisciplinare al trattamento del paziente, velocizzando l'accesso alle informazioni cliniche, ponendo il paziente al centro di una rete di specialisti in grado di migliorare l'efficienza clinica e diagnostica della struttura ospedaliera. Gli ospedali di comunità di Guardiagrele e Casoli sono stati messi in rete grazie al sistema di telemedicina "InTouchHealth", una sorta di "robotini" che diventano gli occhi e le orecchie dei medici specialisti degli ospedali di Chieti e Lanciano, i quali possono così "visitare" a distanza i pazienti ricoverati nei due presidi periferici e fornire rapidamente un teleconsulto specialistico. Ciò ha consentito di ridurre drasticamente il tempo di intervento (fattore fondamentale in caso di ictus, infarti e grandi traumi), la necessità di trasferimenti in ambulanza ed evitato di intasare i Pronto soccorso per situazioni da codice verde gestibili in remoto.

La professione infermieristica della ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti ha avuto un ruolo attivo nel corso di questo ultimo triennio proponendo la costruzione e l'implementazione di relazioni stabili orientate agli obiettivi di facilitazione della dimissione, consentendo alle diverse figure che agiscono all'interno della struttura ospedaliera di interloquire con le figure professionali presenti in ambito territoriale, permettendo così il decongestionamento dei reparti e la possibilità di rinforzare l'attuale percorso di dimissione e, nella logica della continuità assistenziale, migliorare il coordinamento e l'integrazione fra il sistema delle Cure Ospedaliere ed il sistema delle Cure Territoriali. Il paziente al centro del sistema di cura questa è la vera sfida del futuro. Tenuto conto delle iniziative a carattere propedeutico e necessariamente episodiche effettuate in questi anni all'interno della ASL 02 Abruzzo, invariabilmente orientate alla ricerca, sviluppo e innovazione di interventi sperimentali, di volta in volta solo parzialmente attivati, rivisitati, modificati e reimpostati. Sono state elaborate e pubblicate dodici procedure e costruiti strumenti operativi per l'integrazione interprofessionale dell'assistenza, la standardizzazione delle azioni di controllo della aderenza alla terapia e alle raccomandazioni mediche, di supporto al self care e di corretta adesione agli stili di vita sani nei diversi contesti assistenziali dei pazienti con fragilità.

Un aspetto molto importante dal punto di vista epidemiologico deve essere considerato, la percentuale degli ultra 65enni residenti nell'Area interna Basso Sangro Trigno corrisponde alla stessa percentuale che l'intera penisola avrà nel 2050, si comprende come oggi alcune interventi non siano più rinviabili.

Nei 33 Comuni dell'area interna del Basso Sangro-Trigno in Abruzzo, i risultati della Strategia Nazionale Aree Interne (SNAI) si misurano in termini di nuovi servizi attivati per i circa 22.500 residenti. Nell'Accordo di programma quadro (APQ) sottoscritto dai ministeri e dalla Regione, ci sono 11 progetti sanitari, integrati con 7 progetti socio-sanitari. Alcuni di questi sono già stati attivati. Ad esempio, l'ampliamento del servizio 118, l'ambulanza per il pronto intervento nei territori periferici dell'Asl e l'apertura di tre Ospedali di Comunità nei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) di Gissi, Casoli e Guardiagrele, grazie ad un impegno della Regione Abruzzo. In via sperimentale, sono già partiti anche altri interventi previsti dalla Strategia: l'ambulatorio infermieristico delle fragilità; la telemedicina; l'integrazione dei servizi socio-sanitari con il registro epidemiologico della fragilità. Il Programma in oggetto trova il suo cardine principale nella realizzazione della Centrale di Coordinamento e Operativa di cure Transazionali (CCOCT), quale infrastruttura tecnica della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria previsto all'Art. 5: Rete Aziendale dei Servizi Socio Sanitari - Atto Aziendale Asl Lanciano Vasto Chieti (DGR n. 51 del 02/02/2018) e DGR 408 del 28/07/2017 "Strategia Nazionale per le Aree Interne: Approvazione dello schema dell'Accordo di Programma Quadro Regione Abruzzo – Area Basso Sangro Trigno". L'Azienda Sanitaria di Lanciano Vasto Chieti ha previsto attraverso il proprio Atto Aziendale l'istituzione della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, un organismo di governo che coinvolge i Comuni e gli Ambiti Distrettuali Sociali, che ha, quale obiettivo principale, quello di coordinare le politiche sociali, sanitarie e socio-sanitarie nel livello intermedio fra Regione e Distretto. La Conferenza ha funzioni e competenze di indirizzo, consultive, propulsive e si avvale, altresì, di una infrastruttura tecnica denominata "Centrale di Coordinamento e Operativa di cure Transazionali" (CCOCT) in grado di garantire il

supporto tecnico operativo al monitoraggio della programmazione e alla puntuale gestione degli interventi di integrazione sociosanitaria.

La Centrale di Coordinamento e Operativa di Cure Transazionali è attrezzata a garantire il supporto tecnico operativo al monitoraggio, valutazione e misura della efficacia socio-epidemiologica dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali che si avvalgono delle tecnologie della tele salute per mantenere i soggetti fragili al proprio domicilio, composto dai migliori professionisti sanitari e sociali individuati dalla Conferenza stessa tra le istituzioni che vengono in essa rappresentate. La Centrale di Coordinamento e Operativa di cure Transazionali non si sostituisce alle funzioni proprie delle strutture interessate, non è il luogo della diretta "presa in carico" della persona protetta, ma svolge una funzione di coordinamento e monitoraggio, in particolar modo nei momenti di passaggio tra i vari setting assistenziali sanitari e sociosanitari della Rete dei Servizi. La CCOCT agisce seguendo il Transitional Care Model (TCM), un modello rigorosamente sperimentato che ha costantemente dimostrato la sua efficacia, nell'affrontare le esigenze della popolazione fragile, riducendo al contempo i costi sanitari. Il TCM è un intervento coordinato dagli infermieri, rivolto agli anziani fragili, a rischio di esiti negativi mentre si spostano da una struttura sanitaria all'altra e tra i diversi specialisti medici. La CCOCT quindi coordina e accompagna il paziente fragile attraverso la transizione tra i luoghi di cura, per favorire efficienza e l'appropriatezza del setting di destinazione alle condizioni di fragilità del singolo individuo. (in proposito si veda il paragrafo "Il contributo della professione infermieristica"). La CCOCT rappresenta lo strumento di raccolta e di classificazione del bisogno espresso, di prima analisi della domanda di assistenza sociosanitaria e individuazione del problema, di attivazione delle risorse più appropriate, di programmazione e di pianificazione degli interventi, attivando i soggetti della rete assistenziale, tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro. Svolge funzioni di facilitatore dei processi clinico - assistenziali lavorando in sinergia le Strutture Tecnico- Funzionali Distretto Socio-Sanitario e Direzione Medica Ospedaliera e con tutte le Unità Operative.

LA CCOCT rappresenta un hub della rete assistenziale infermieristica costituita dagli ambulatori della fragilità, dagli Ospedali di Comunità (OdC) e dall'unità di Degenza di cure transazionali (piattaforma a bassa intensità clinica dotata di posti letto funzionali e flessibili-funzionalmente parte della centrale).

La Centrale di Coordinamento e Operativa Territoriale si coordina con tutte le Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie interessate visualizzando in tempo reale:

- le segnalazioni per le dimissioni protette,
- gli accessi al Pronto Soccorso,
- i ricoveri ospedalieri,
- la pianificazione infermieristica distrettuale,
- le attivazioni dell'assistenza domiciliare (sanitaria e sociale),
- le valutazioni dell'UVM,
- gli accessi al PUA,
- gli accessi agli sportelli sociali.

L'attività preponderante dell'assistenza territoriale è quindi orientata a soddisfare bisogni di malattie croniche, prevedibili e programmabili, che ricadono su un paradigma non più di attesa, ma di iniziativa, predittiva/preventiva. Quindi soprattutto orientate alle Cure Primarie, che si realizzano nel momento stesso in cui è il servizio sanitario che va dalla persona e gli propone attivamente le cure assistenziali di cui ha bisogno, con un modello che ripercorre la attività di prevenzione (screening). Le cure primarie si articolano in attività di presa in carico attiva del sostegno all'auto cura e all'aderenza alla terapia e in medicina di iniziativa di monitoraggio clinico e telemedicina.

La diffusione degli ambulatori infermieristici della fragilità, due oggi quelli istituiti nell'Azienda ASL 02 Abruzzo, rappresentano un nodo strategico del sistema delle cure primarie, le criticità sono ancora tante e si

cercano soluzioni utili per creare una stretta connessione funzionale con i MMG e la rete dei servizi, consentendo il monitoraggio dei fattori di rischio nella popolazione e la gestione dei soggetti con patologie cronico degenerative, oltre a fornire risposte assistenziali adeguate nei confronti di eventi acuti. Inoltre, questo setting assistenziale costituisce uno dei luoghi privilegiati per lo sviluppo di un approccio di iniziativa (proattivo), tendente a superare l'attuale modello basato sull'attesa. Gli ambulatori della fragilità prevedono la "presa in carico" della persona attraverso la valutazione del bisogno di assistenza, l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e di adeguati strumenti informativi (cartella infermieristica fragilità). L'infermiere dedicato all'Ambulatorio delle Fragilità va a colmare un vuoto attuale in cui i cittadini, ricevuta diagnosi e cura della propria malattia, si ritrovano soli ad affrontarne la gestione, perdendosi in un labirinto di richieste di prestazioni in cui manca il quadro d'insieme. Assolvono alla funzione dell'infermieristica in ambito comunitario, in un'ottica di multidisciplinarietà; essi si integrano nei processi distrettuali e, qualora i bisogni dell'assistito richiedono una forte integrazione sociosanitaria, prevedono l'utilizzo di metodologie per la Valutazione Multidisciplinare, contribuendo alla stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI). Nel nuovo percorso, quindi, un Gestore (CCOCT) programma e organizza annualmente tutti i servizi necessari a dare risposta ai bisogni di ciascun paziente.

Attraverso la stipula della convenzione tra ASL e Unione Montana dei Comuni verranno messi in rete i dati sociali a disposizione dei Comuni e degli Ambiti Sociali e i dati sanitari a disposizione dei DSB per l'attivazione di un sistema di buone prassi, con strumenti comuni e linguaggi omogenei tra gli operatori dei servizi sanitari e sociali in un'ottica di rete che garantisca interventi efficaci e ottimizzazione delle risorse. L'azione si integra con il Registro epidemiologico fragilità assistenziale (REFA), piattaforma informativa con la funzione di supportare l'attività di iniziativa della UCCP (chiamata attiva, agenda, monitoraggio), di valutare il servizio (report periodici ed analisi ad hoc), di scambiare e condividere informazioni con PUA/UVM, Sportello sociale dei Comuni, Pronto Soccorso, Reparti ospedalieri medici.

Il nuovo modello di presa in carico prevede che l'attività di coordinamento della CCOCT organizzi tutti i servizi sanitari e sociosanitari necessari al paziente in relazione alle patologie croniche di cui soffre e che sono stati inseriti nel suo "Piano di Assistenza Individuale" strumento che racchiude la programmazione e la pianificazione personalizzata annuale del percorso di cura di ciascun paziente cronico. Al suo interno sono dettagliate tutte le prestazioni (visite ed esami) e le prescrizioni farmacologiche che il paziente deve effettuare nell'arco di un anno relativamente alle specifiche patologie croniche. La Centrale di Coordinamento territoriale dispone di una "filiera erogativa", cioè di un ampio elenco di strutture erogatrici alle quali indirizzare i pazienti per effettuare le prestazioni necessarie, come previste dal Piano di Assistenza Individuale. Prima di sottoscrivere il Patto di cura, in ogni caso, il paziente prende visione della "filiera erogativa". Attraverso il Patto di Cura, la CCOCT si impegna formalmente a garantire a ciascun cittadino l'erogazione delle prestazioni e dei servizi necessari e appropriati, con modi e tempi predefiniti. Il Patto di cura è quindi lo strumento attraverso il quale tra il Paziente e CCOCT viene sancito l'accordo di fiducia. Molto spesso si parla di tutela della fragilità riferendosi ad anziani e disabili che non hanno un riferimento territoriale col quale potersi confrontare, non vanno dal medico di famiglia, ma poi quando la situazione diventa ingestibile vanno a intasare il Pronto Soccorso. Le consulenze assistenziali sono una componente fondamentale per la riuscita di una adeguata presa in carico, ad esempio intervenire per organizzare il domicilio in occasione di una dimissione programmata, recarsi in ospedale o presso le strutture prima della dimissione allo scopo di prendere le consegne dal personale ospedaliero e accordarsi riguardo la migliore soluzione da adottare per garantire la continuità assistenziale. Inoltre, collaborare sistematicamente con MMG consente di evitare ricorsi al Pronto soccorso, lì dove la situazione è gestibile e risolvibile a domicilio.

Partendo dalla consapevolezza di dover sviluppare nuovi modelli organizzativi territoriali che rispondano sempre più alla gestione della cronicità e al sostegno all'autocura, è risultato fondamentale, secondo gli Infermieri della ASL 02 Abruzzo, consolidare alcune linee di sviluppo ed innovare il modello assistenziale infermieristico territoriale. In questo contesto si inserisce l'IFeC una figura professionale formata per dirigere

e incoraggiare la famiglia, identificando i suoi bisogni di salute e indicando la strada migliore nell'utilizzo dei servizi sanitari. Gli obiettivi principali che l'Infermiere di Famiglia e Comunità persegue sono quello di promuovere e proteggere la salute dell'individuo e della popolazione per tutto l'arco della vita insieme a quello di ridurre l'incidenza delle malattie e degli incidenti più comuni, alleviando le sofferenze che questi causano. Il modello è basato su alcuni concetti portanti, tra cui quello della prossimità con la persona, la famiglia e il suo contesto di riferimento sociale: ogni infermiere di famiglia e di comunità opera nel territorio e nella popolazione di riferimento, identificabile di norma nell'ambito delle AFT (Aggregazioni funzionali territoriali) della medicina generale, interagendo con i medici e i pediatri di famiglia e tutte le altre figure professionali coinvolgibili nella presa in carico. Questo nuovo approccio spinge l'organizzazione al superamento dell'attuale sistema delle competenze organizzato per "silos", cioè aree assistenziali limitate alla componente specialistica del singolo bisogno (cure palliative, sanità di iniziativa, cure domiciliari integrate e prestazionali), che ha prodotto la frammentazione dei servizi territoriali e la discontinuità delle cure, verso un modello orientato all'unitarietà dell'approccio e centrato sulla persona e sulla globalità dei suoi bisogni. In questo senso l'infermiere di famiglia assume la funzione di coordinatore dell'assistenza definita dal Piano assistenziale individualizzato definito assieme al medico di famiglia della persona assistita, a partire dai pazienti complessi, garantendo la sorveglianza dell'andamento della salute della persona e della famiglia. Quello dell'IFeC è quindi un ruolo fondamentale per garantire la continuità migliorando e facilitando l'accesso alle cure primarie, integrandoli con gli aspetti dell'infermieristica di comunità.

Certamente l'implementazione di tutti questi modelli presentati risulta complessa da gestire. Ma le proposte si pongono l'obiettivo di far riflettere che oggi è necessario orientare la cura verso una maggiore flessibilità di risposta, adeguandola in relazione alla fase della condizione di fragilità e vecchiaia, mantenendo l'ottimizzazione delle risorse e le competenze, nel rispetto delle esigenze intime e personali del paziente, ponendo maggiore enfasi sugli aspetti relazionali e la minor frammentazione degli interventi possibile. *L'attenzione va rivolta non tanto sul modello quanto sul cambiamento atteso della salute e del benessere delle persone fragili*, ottimizzando contemporaneamente l'uso delle risorse umane. Infatti la maggior parte degli esperti mondiali concorda sul fatto che, preso atto della transizione epidemiologica legata all'invecchiamento della popolazione, importanti progressi nel miglioramento della salute per i prossimi decenni non verranno da nuove scoperte mediche o cure innovative, ma piuttosto il più ampio sviluppo e applicazione di programmi di prevenzione basati sulla popolazione. In particolare lo sviluppo sulla salute passa da nuovi costrutti concettuali in grado di orientare la fruizione dell'assistenza sociosanitaria da un modello basato sulla medicina di attesa (dove è il paziente che decide se e come attivare l'assistenza) ad una medicina di iniziativa, cioè l'adozione di modalità operative per favorire il passaggio da un'assistenza "reattiva" a un'assistenza "proattiva" (citato dal Piano Nazionale Cronicità) secondo un approccio di sanità pubblica, che prevede, con criteri espliciti e condivisi, a chi e come attivare le prestazioni assistenziali in una modalità di tipo preventivo: gratuite e aggiuntive.

E' necessario, altresì, cominciare a guardare un po' di più ai fatti e meno alla definizione formale delle funzioni, dunque è importante la concretezza. Non c'è una soluzione ottimale per tutti i problemi e per tutti i territori. Il paradigma su cui nasce la legislazione nazionale è quello di fare di più con meno risorse.

Sui territori, attraverso la SNAI, occorre ragionare anche su cosa è opportuno fare insieme per potenziare i servizi ai cittadini e la capacità di rappresentanza e tutela del territorio. Il tempo è un elemento importante da gestire: bisogna dare ritmo al lavoro dell'associazionismo e bisogna strutturarli guardando alla permanenza, con la possibilità di associare progressivamente, nel tempo, più funzioni mantenendo attivo un confronto continuo. Il metodo sperimentato attraverso la Strategia Nazionale Aree Interne dovrebbe trasformarsi in una policy generale che accolga gli elementi positivi di questi anni di lavoro ed al di là di regole astratte e generali, incentivi e sfide gli enti locali ad individuare e a trovare una strada concreta per superare la frammentazione ed esiguità delle risorse. I percorsi innovativi per assicurare maggiore equità, in termini di accesso e qualità, del Sistema Sanitario è proprio nella presentazione dell'esperienza avviata, attraverso la

Strategia Nazionale Aree Interne che sta introducendo un nuovo modello di presa in carico e di supporto della popolazione anziana basato sull'introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e comunità. Si tratta di una figura definita come "un ricercatore attivo di problemi di fragilità e un attivatore di reti". Non si tratta di una figura infermieristica tradizionalmente intesa, ma di una figura che cerca di assicurare un raccordo tra l'anziano, i diversi professionisti, i vari punti di erogazione dell'assistenza socio sanitaria del territorio e che lavora anche per creare un raccordo tra l'anziano e la sua rete sociale formale e informale. L'infermiere di comunità opera dunque a partire da una ricognizione dei bisogni dell'anziano a 360 gradi, non solo i bisogni legati a problematiche mediche e clinico-assistenziali, ma anche quelli che riguardano le attività della vita quotidiana.

Alla tavola rotonda, presieduta **dalla dott.ssa Licia Caprara (Ufficio Stampa e Comunicazione ASL2 Abruzzo) e il dott. Gaetano Sorrentino (Dirigente delle Professioni Sanitarie ASL 4 Abruzzo)**, hanno partecipato Ginetto Menarello (Coordinatore Master IFeC e CLI di Orbassano, Università Torino; Vicepresidente Nazionale AIFeC), Antonella Fretto (Coordinatore AIFeC Liguria), Paolo Galoppini (Coordinatore AIFeC Toscana), Simonetta Bruscia (Coordinatore AIFeC Valle d'Aosta), Amalia Palumbo (Case Manager paziente fragile ASL 02 Abruzzo) è emerso *che l'asse va trasferito su quale salute si vuole produrre, dove si vuole portare il proprio assistito e attraverso quali interventi*. Le competenze non vanno spostate ma capire se possono essere comuni altrimenti si chiede di aumentare il numero dei professionisti. I percorsi non devono essere paralleli altrimenti non si incontreranno mai, bensì devono integrarsi, c'è un preciso riconoscimento attraverso modelli organizzativi che superano l'attuale frammentazione. A conclusione del Congresso sono stati condivisi alcuni spunti di riflessione su cui impostare il lavoro futuro con lo scopo di contribuire ad affrontare le criticità del contesto sociosanitario attuale per la tutela della salute nei luoghi di vita, in sinergia con tutti gli attori delle cure primarie, con i cittadini in primo piano. Il lavoro di messa in rete, l'integrazione vera richiede che si rimetta in discussione tutto, se qualcuno fa un passo avanti nello stesso tempo c'è chi deve fare un passo indietro. Il periodo è favorevole per fare dei passi in avanti, abbiamo fatto un lavoro ma adesso bisogna fare in modo di venirsi incontro altrimenti tutto risulterà vano. Bisogna lavorare per aree trasversali di interventi, partendo da quelli che sono i bisogni e lavorando insieme. La programmazione deve avvenire con i sindaci nella conferenza socio sanitaria e il volontariato che supporterà l'attività degli infermieri di famiglia. Le leve su cui centrare l'attività facendo in modo che le stesse si auto sostengono, attivando tutte le risorse individuali all'interno della comunità, sono l'empowerment e il capitale sociale. Andiamo ad agire sulle disuguaglianze sociali ridando dignità alle persone. Tutto questo si realizzerà solo attraverso la formazione e il confronto tra tutti i professionisti coinvolti.

Amalia Palumbo

Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità (AIFeC)

Gruppo Infermieri AIFeC Abruzzo