

PROSPETTIVE INFERMIERISTICHE



**INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI
COMUNITÀ (IFEC)**

UN FUTURO VICINO
ANCHE SUL NOSTRO
TERRITORIO

numero 2
giugno - agosto 2020

SOMMARIO

■ L'INFERMIERE DI FAMIGLIA/COMUNITÀ PER ENTRARE NEL MERITO	1
■ L'INFERMIERE DI FAMIGLIA/COMUNITÀ	
Chi è...e chi non è...	2
Come si forma, si attiva e dove lavora...	3
E sul nostro territorio?	4
■ INTERVISTE	
Invecchiamento e patologie croniche, cosa sta succedendo a verona? intervista a Dr. Massimo Guerriero	5
Dove l'infermiere di famiglia e comunità è già una realtà intervista a Dr.ssa Mara Pellizzari	8
E sul nostro territorio come avverrà il cambiamento? intervista a Dr. Nicola Zanetti	15
■ DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONALE	
"Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" (Decreto-legge 19 maggio 2020, n.34)	18
■ APPROFONDIMENTI	25

Pubblicazione trimestrale. Questo numero è stato chiuso il 31 dicembre 2020.

Direttore Responsabile: Marina Vanzetta

Comitato di redazione: Vallicella Franco, Dal Corso Dario, Verzè Alessia, Tabarini Gabriella, Ballarin Silvana, Bernardelli Stefano, Bonetti Lorella, Cengia Maria Grazia, Maculan Massimiliano, Meorali Francesco, Molinari Luca, Ortolani Riccardo, Paschetto Francesca, Zanini Giovanni, Zanolli Barbara.

Redazione: Vanzetta Marina, Cengia Maria Grazia, Bernardelli Stefano, Zanolli Barbara, Molinari Luca, Marcotò Enrico.

Editore: OPI - Ordine delle Professioni Infermieristiche di Verona, via Cà di Cozzi 14/a, 37124 Verona

Note editoriali: Gli articoli inviati dovranno essere corredati dal titolo, dalle note bibliografiche, cognome e nome dell'autore e qualifica professionale, ente o istituto di appartenenza, recapito postale e telefonico. Dovranno essere inviati alla sede OPI - Ordine delle Professioni Infermieristiche di Verona, via Cà di Cozzi 14/a, 37124 Verona - E-mail: info@ipasviverona.com al Direttore di Prospettive Infermieristiche. Si autorizza, nel rispetto delle comuni regole di salvaguardia delle pubblicazioni scientifiche e dei diritti d'autore, la riproduzione a scopo didattico e informativo degli articoli di Prospettive Infermieristiche purchè con citazione esplicita dell'autore e della rivista. I punti di vista e le opinioni espressi negli articoli sono degli autori e non rispettano necessariamente quelli dell'Editore. Manoscritti e fotografie anche se non pubblicati non saranno restituiti. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Progetto grafico e impaginazione: cocchi&cocchi [www.cocchiecocchi.it]



Infermiere di famiglia e di comunità (ifec) un futuro vicino anche sul nostro territorio

L'INIZIO...

Dopo l'iniezione di organici (subito 9.600 unità) del "Decreto Rilancio" (Decreto Legge 19 maggio 2020, 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), la Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) ha avviato con le altre istituzioni il progetto a livello nazionale dell'infermiere di famiglia/comunità (IF/C), previsto nel Patto per la Salute e previsto dalla legge 77/2020, quella di conversione del decreto Rilancio appunto.

Le forme contrattuali sono quelle indicate dal decreto Rilancio e la strada tracciata è quella del suo inserimento a pieno titolo nel distretto.

Le Regioni hanno messo a punto un documento che rende uguale la figura dell'IF/C su tutto il territorio, approvato dalla Conferenza delle Regioni il 10 settembre e che ora potrà e dovrà essere attuato su tutto il territorio nazionale in modo omogeneo.

Un documento che segue la strada tracciata dal Patto per salute 2019-2021 e dalle proposte della FNOPI messe nero su bianco in un modello consegnato a Governatori e ministro della Salute: "La proposta di linee di indirizzo – scrivono le Regioni – è stata redatta dal sottogruppo tecnico a partire dal documento 'Position statement su Infermiere di Famiglia e Comunità' della FNOPI, in cui la descrizione delle competenze dell'IF/C risulta completa e in linea con gli orientamenti Europei per quanto riguarda i due ambiti di competenza (famiglia e comunità) ritenuti strategici per la promozione della salute e gestione della cronicità/fragilità sul territorio". Il documento delle Regioni e il position statement della FNOPI – pubblicato come ulteriore ebook della Federazione – chiariscono bene cosa è, cosa non è, e quali sono le potenzialità e le peculiarità anche formative, organizzative e collaborative di questa figura, che di fatto esiste da anni in molte realtà locali, ma che ora andrà codificata, organizzata, normata e formata in tutte le Regioni.

Ma le Regioni hanno anche sottolineato che dell'IF/C c'è bisogno in fretta per l'urgenza determinata dal fenomeno epidemico da SARS-CoV-2 e per le "potenzialità determinate dall'introduzione di tale professionista sanitario per il potenziamento delle cure primarie" e per questo hanno messo a punto il loro documento.

PER ENTRARE
NEL MERITO

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA/ COMUNITÀ

Chi è...e chi non è...

a cura della REDAZIONE

È un professionista della salute che riconosce e cerca di mobilitare risorse all'interno delle comunità, comprese le competenze, le conoscenze e il tempo di individui, gruppi e organizzazioni della comunità per la promozione della salute e del benessere nella comunità. Cerca di aumentare il controllo delle persone sulla loro salute. È di riferimento, secondo le Regioni, per tutta la popolazione (ad es. per soggetti anziani, per pazienti cronici, per istituti scolastici ed educativi che seguono bambini e adolescenti, per le strutture residenziali non autosufficienti, ecc....) con particolare attenzione alle fragilità per cui secondo le Regioni è opportuno concentrare il focus dell'IF/C su tale target identificato attraverso l'analisi dei dati epidemiologici e sociodemografici. Inoltre, in particolari condizioni epidemiologiche, quale quella da COVID-19 attuale, il suo intervento può essere orientato alla gestione di un target di popolazione specifica, ad es. per il tracciamento e monitoraggio dei casi di COVID-19 coadiuvando le USCA, in collaborazione con medici di medicina generale e Igiene Pubblica e nelle campagne vaccinali.

Lavora in modo proattivo, come illustra il modello FNOPI recepito dalle Regioni. Non aspetta solo le prescrizioni, ma intercetta autonomamente i suoi assistiti di cui conosce le problematiche di salute. La finalizzazione dell'azione fondamentale

degli IF/C mira al potenziamento e allo sviluppo della rete socio-sanitaria con un'azione che si sviluppa dentro le comunità e con le comunità. L'IF/C fa una valutazione dei bisogni di salute; prevenzione primaria, secondaria e terziaria; conosce i fattori di rischio prevalenti nel territorio di riferimento, la relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica; stende piani assistenziali infermieristici, individua quesiti di ricerca infermieristica. Ma orienta anche ai servizi, fa una valutazione, indicazione e prescrizione dei presidi necessari. Monitora l'aderenza terapeutica, l'empowerment e valuta i sistemi di tele monitoraggio.

È lui che attiva consulenze infermieristiche, si occupa della formazione dei caregiver e delle persone di riferimento. Soprattutto collabora a strategie assistenziali di continuità ospedale territorio, definisce e contribuisce a protocolli, procedure, percorsi e progetta e attua gruppi di auto mutuo aiuto.

L'infermiere di famiglia/comunità non è l'infermiere di studio del medico; non è l'infermiere che garantisce solo prestazioni (siano esse in AID e ADI), ma collabora con tutti e può erogare prestazioni correlate alle sue specifiche competenze clinico assistenziali.

Al contrario di altre professioni sanitarie, l'infermiere di famiglia e comunità (e in generale l'infermiere) non è una figura tecnica perché il

suo intervento non si esaurisce con la prestazione erogata a fronte di un bisogno, ma agisce in modo preventivo, proattivo e partecipativo rispetto al paziente e anche alla sua famiglia perché questi siano in

grado di comprendere la loro situazione e di affrontarla secondo i parametri necessari all'assistenza e alla tutela della salute, ma anche da punto di vista sociale e di integrazione per una qualità di vita miglio-

re. E non va confuso nemmeno con l'infermiere ADI, ma svolge una funzione integrata e aggiuntiva, anche se può erogare direttamente cure infermieristiche complesse.

Come si forma, si attiva e dove lavora...

Le sue competenze secondo la FNO-PI sono definite in percorsi formativi specifici post-laurea (tra cui Laurea Magistrale, Dottorato, Master di I e II Livello: oggi sono formati così oltre 6 mila infermieri).

E per le regioni sono competenze 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.

Le Regioni riconoscono la necessità di considerare rilevante prevedere un percorso di formazione specifica con l'acquisizione di titoli accademici, ma perché l'IF/C sia subito operativo propongono di 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.

L'IF/C secondo il modello FNOPI può attivarsi su prescrizione ma an-

che autonomamente in particolare per quanto riguarda la promozione di modelli di prossimità e di proattività anticipatori del bisogno di salute rivolti a tutta la popolazione, malata o sana. Questo deve avvenire in un bacino di utenza definito che sia coerente con le condizioni geografiche e demografiche del territorio di riferimento e che condivida con gli altri attori principali del territorio tra cui MMG e Assistenti



sociali. La sua azione si svolge a casa delle persone, negli ambulatori infermieristici, nelle strutture intermedie e afferisce ai servizi infermieristici del distretto di riferimento. Le Regioni sono d'accordo: "l'IF/C è inserito all'interno dei servizi/strutture distrettuali e garantisce la sua presenza coerentemente con l'orga-

nizzazione regionale e territoriale (Case della Salute, domicilio, sedi ambulatoriali, sedi e articolazioni dei Comuni, luoghi di vita e socialità locale ove sia possibile agire interventi educativi, di prevenzione, cura ed assistenza). Agisce nell'ambito delle strategie dell'Azienda sanitaria e dell'articolazione azien-

dale a cui afferisce, opera in stretta sinergia con la medicina generale, il Servizio sociale e i professionisti coinvolti nel setting di riferimento in una logica di riconoscimento degli specifici ambiti professionali e di interrelazione ed integrazione multiprofessionale" (Fonte www.fnopi.it).

E sul nostro territorio?



"È necessario applicare subito l'innovazione – ha sottolineato in più occasioni il Presidente OPI Franco Vallicella in linea con le Regioni – per dare spazio il più velocemente possibile alla nuova figura per l'assistenza sul territorio, anche prevedendo percorsi formativi ad hoc diffusi in tutte le Regioni: l'infermiere di famiglia/comunità non è una figura improvvisata, ma un professionista preparato per poter assistere al meglio i pazienti fragili e le loro famiglie".

La nostra Regione ha adottato un provvedimento, la Deliberazione della Giunta regionale n. 782 del 16 giugno 2020 che va proprio nella direzione tracciata con il Decreto rilancio.

Una figura strategica dunque per la promozione della salute e gestione della cronicità/fragilità sul territorio".

A proposito di territorio, come è e come sarà in futuro il territorio veronese dal punto di vista della cronicità e della fragilità?

Ancora, come è cambiato il territorio laddove l'infermiere di famiglia e di comunità è realtà da più di qualche anno? Come sarà realizzato il processo di cambiamento per l'attivazione di questa figura sul nostro territorio e cosa cambierà per i cittadini veronesi?

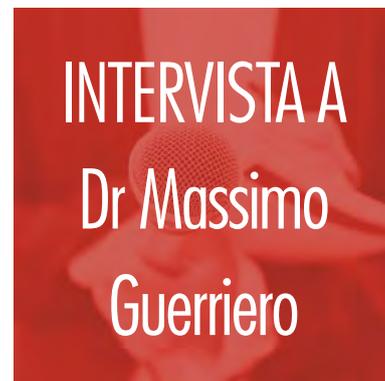
Per rispondere a queste domande

abbiamo intervistato tre esperti: Massimo Guerriero dottore di ricerca in epidemiologia e biostatistica, professore incaricato di statistica applicata all'Università di Verona è consulente scientifico per la ricerca biomedica per enti pubblici e privati sia nazionali che internazionali, autore di pubblicazioni su riviste internazionali, relatore in eventi congressuali del settore.

Mara Pellizzari Direttore di struttura complessa Servizio Infermieristico Area Bassa Friulana ASUFUC, tra le prime ad attivare l'infermiere di comunità, autrice di numerose pubblicazioni, relatrice in numerosi eventi congressuali sul tema.

Nicola Zanetti Dirigente Professione sanitarie Area territoriale – Azienda AULS 9 Scaligera, già responsabile della C.O.T., esperto dell'assistenza territoriale.

Invecchiamento e patologie croniche, cosa sta succedendo a Verona?



Se da un lato l'invecchiamento progressivo della popolazione è un importante obiettivo di sanità pubblica dall'altro, insieme al miglioramento delle condizioni di salute e l'aumento della sopravvivenza, fa diventare le patologie croniche una priorità del sistema sanitario.

a cura della REDAZIONE



Dr Guerriero, come è cambiata dal punto di vista demografico la popolazione veronese negli ultimi vent'anni?

La popolazione veronese, come peraltro tutte le popolazioni del nord Italia, sta subendo un inesorabile invecchiamento con tutte le ri-

cadute positive e negative ad esso correlato. Se da un lato la quota anziana della popolazione costituisce un innegabile supporto per i più giovani – specie se con figli piccoli o relativamente piccoli – e una fetta sempre più importante di economia del consumo, dall'altro gli anziani, ed i grandi anziani in particolare, richiedono sempre più risorse in ambito di salute e assistenza generando costi, sia diretti che indiretti, a breve non più sostenibili. In Italia l'età media è salita da circa 24 anni nel 1861 a poco meno di 30 anni nel 1950 fino a raggiungere 45-46 anni oggi (record che condividiamo con il Giappone). In cinquant'anni tra il 1960 e il 2010, abbiamo guadagnato circa 14 anni di vita in più.

Si aggiunga inoltre che il movimento naturale della popolazione ha registrato un saldo (nati meno morti) negativo per quasi 200 mila unità e continua il calo delle nascite in atto dal 2008, calo che negli ultimi anni è stato registrato anche in seno agli stranieri. Resta da capire se i flussi migratori abbasseranno l'età media; viceversa, continuando su questa traccia saremo destinati a essere il Paese più vecchio del Vecchio continente e forse del mondo intero.

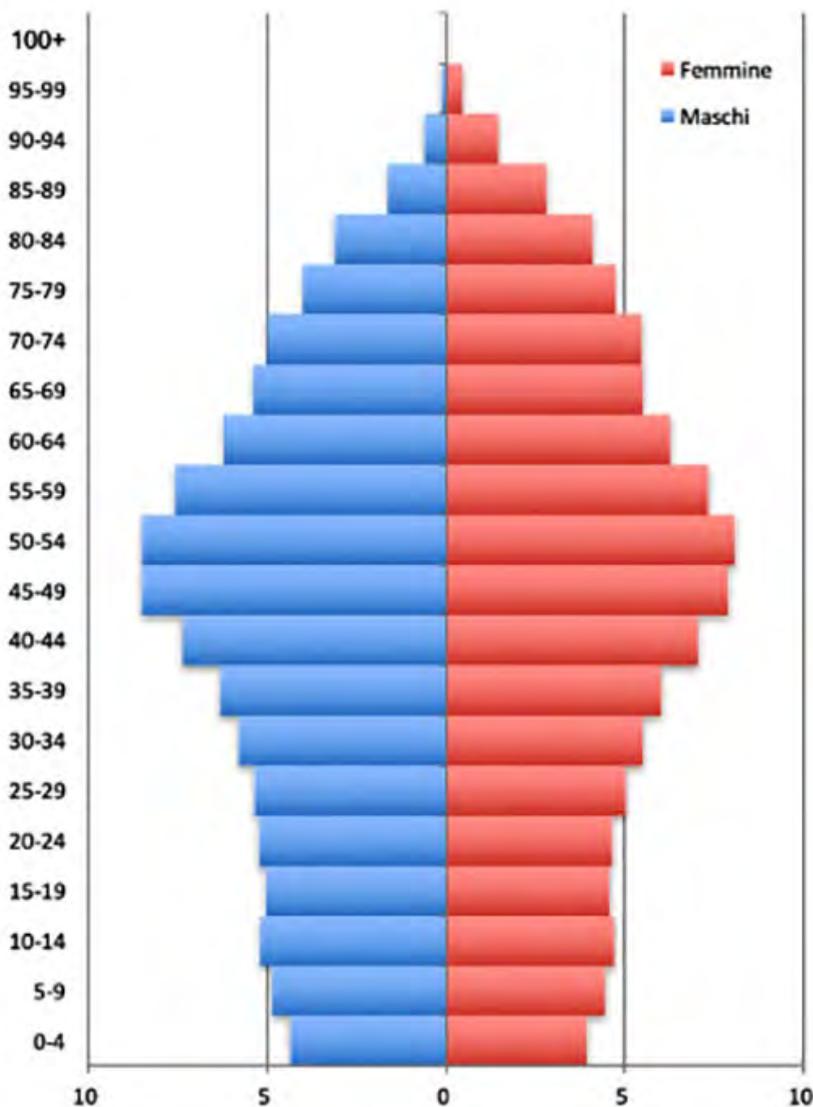


Figura 1 – La popolazione veronese nel 2020.

In questo scenario è evidente che la questione socio-sanitaria obbliga a cambiamenti di rotta immediati e si spera che l'unica nota positiva del-

la pandemia sia proprio quella di costringerci ad imprimere tali cambiamenti subito.

Come cambierà nel prossimo ventennio?

È sempre molto difficile fare previsioni accurate in tal senso poiché ci sono tendenze ben definite che possono essere stravolte in brevissimo tempo da eventi non previsti come ad esempio lo sono state le guerre mondiali nel '900 e, ai giorni nostri, la pandemia.

Prima della venuta del virus SARS-CoV-2 era segnalato un ulteriore invecchiamento e un calo sostanziale della popolazione italiana ma alla luce della elevatissima mortalità impressa dal Covid-19 con particolare riguardo alla popolazione più anziana si dovranno rivedere tutte le stime ma credo sia difficile pensare che ci saranno enormi cambiamenti relativamente alle stime già disponibili.

Lo scenario che ci attende quindi è quello di una popolazione ancora più anziana e con esigenze sempre maggiori. In Italia oggi una persona di 75 anni ha una speranza di vita di circa 10 anni se maschio e di circa 13 anni se femmina. Nel 2019 erano quasi 15.000 gli ultracentenari, il 90% dei quali femmine (243 solo a Verona).

Il quadro epidemiologico oggi che cosa ci dice?

La pandemia che ha investito praticamente tutto il mondo ci ha obbligato verso una serie di riflessioni le cui ricadute sono state rinviate per troppo tempo; riflessioni che



si spera, oggi, imprimano alcuni cambiamenti necessari. In primis una riorganizzazione complessiva del sistema sanitario nazionale – e tutti quelli occidentali in generale - visto che innumerevoli virologi ci hanno insegnato che la pandemia non è un evento casuale e impreveduto - con un forte potenziamento della medicina territoriale e dei dipartimenti di medicina preventiva. I nostri sistemi sanitari infatti pongono l'ospedale ed il farmaco al centro del sistema stesso il cui obiettivo è la diagnosi e la cura delle malattie croniche che, non a caso, sono in forte e costante aumento in tutto il Nord del pianeta.

Siamo ancora ben lungi dal mettere in atto strategie efficaci di prevenzione e promozione della salute anche in forza del fatto che negli ultimi decenni il nostro sistema sanitario pubblico (e in particolare la

medicina territoriale) è stato via via sempre più depotenziato.

La scelta di privilegiare questo approccio ha spinto sia la ricerca, sia la clinica a investire in diagnosi e cure delle patologie croniche, degenerative e neoplastiche, anziché in strategie di prevenzione delle stesse e di promozione della salute. Certo è che un scenario non esclude l'altro e sperabilmente sarebbe opportuno trovare un equilibrio che garantisca maggiormente la salute pubblica in tutti gli eventi potenziali: cronicità, acuzie ed eventi improvvisi di massa, come ad esempio una epidemia.

Come prevede possa cambiare per il prossimo futuro?

È difficile poter prevedere il prossimo futuro proprio a causa della pandemia in atto che si spera faccia risvegliare i decisori politici sul-

la necessità di rivedere tutta l'organizzazione sanitaria, specialmente quella territoriale sfruttando al meglio anche le nuove tecnologie che abbiamo sperimentato proprio nel corso del 2020 essere molto efficaci. Tuttavia, senza la riorganizzazione dei nostri sistemi sanitari è certo che dovremo affrontare altre gravi crisi sanitarie che inducono quelle socio-economiche e finanziarie. Ma al centro non ci deve essere solo il sistema sanitario. Questa pandemia ci ha dimostrato come l'equilibrio tra ambiente naturale ed essere umano sia sempre più precario; la speranza è che non ci si dimentichi troppo in fretta delle ferite che ci ha inferto e, alla fine di tutto, forse alle tante analisi e ai tanti ragionamenti basterà sostituire un unico numero: quello dei morti.

INTERVISTA A Dr.ssa Mara Pellizzari

Dove l'infermiere di famiglia e comunità è già una realtà

a cura della REDAZIONE



Dr.ssa Pellizzari possiamo dire che è stata tra i pionieri dell'infermieristica di comunità?

Possiamo dire che si tratta della prima esperienza di infermieristica di comunità in Italia. Il progetto "Infermiere di Comunità" è nato sperimentalmente nell'ambito dell'ex Azienda per i Servizi Sanitari n. 5 Bassa Friulana nell'anno 1998 e si è sviluppato nell'arco di oltre 20 anni, apportando, all'offerta sanitaria degli utenti, un notevole valore aggiunto in termini di soddisfazione del servizio reso.

L'idea progettuale è partita dal Servizio Infermieristico dell'Azienda n. 5 Bassa Friulana ed è stata prontamente accolta sia dalla Direzione Generale e nella fattispe-

cie dalla Direzione Sanitaria, che dai Direttori di Distretto. Le logiche sottese al progetto muovono da alcune considerazioni di fondo. I nuovi bisogni socio-sanitari della popolazione sono sempre più espressione dell'allungamento della vita, dell'aumento costante delle malattie cronicodegenerative, dell'apparire e del dilagare di nuove patologie sociali, tipiche del nostro tempo, quali le dipendenze, i malesseri psicologici ed altro ancora. Oggi la risposta assistenziale a questi nuovi bisogni è parziale e spesso istituzionalizzante, volta a risolvere soprattutto la dimensione fisica del problema.

I nuovi bisogni sono di carattere esistenziale e riguardano l'intero "vivere" delle persone, pertanto investono tutte le dimensioni dell'essere uomo: fisica, psichica, sociale, spirituale. Si rende perciò necessaria l'attivazione di nuovi modelli assistenziali che superino la logica prestazionale (prestazione come fine anziché come mezzo) e che garantiscano la "presa in carico" della persona, dei caregiver e della loro situazione.

Il nuovo modello assistenziale, "infermiere di comunità" si può definire "relazionale" in quanto pone al centro la persona, i suoi famigliari e la comunità e li considera all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che

lo generavano. I principi cardine su cui è fondato il progetto infermiere di comunità sono mutuati da diversi saperi disciplinari e riguardano la "teoria relazionale della società" del sociologo Pier Paolo Donati, la teoria dello Human Caring di Jean Watson, infermiera ricercatrice californiana, nonché alcuni concetti che attengono al nuovo sistema di welfare comunitario e generativo, al neo movimento politico e culturale delle "community care", ai modelli organizzativi a rete, al metodo di lavoro a rete, allo strumento dell'empowering. In questa logica di "cure di comunità" in cui istituzioni (aziende sanitarie, servizi sociali) e società civile si incontrano creativamente e collaborativamente per sostenere chi è nel bisogno, si colloca il modello assistenziale "infermiere di comunità". La finalità del progetto IC è quella di favorire la promozione e il mantenimento della salute della persona, attraverso il rafforzamento della sua autonomia decisionale, grazie ad un'offerta assistenziale capace di garantire non solo prestazioni, ma anche di anticipare la lettura dei bisogni ancora inespressi con l'obiettivo finale di accompagnare il paziente nel suo percorso di riappropriazione del proprio progetto di salute e di vita.

Concretamente il progetto "Infermiere di Comunità" consiste nell'attivazione di un servizio di assistenza infermieristica decentrato in

ogni comunità, che può rispondere a uno o più comuni aventi circa 3.000- 3.500 abitanti, attraverso la disponibilità di un infermiere dedicato che è fisicamente presente in quel territorio anche attraverso l'attivazione di un ambulatorio infermieristico. È un infermiere, dipendente del SSR, afferente al Distretto Sanitario, che a differenza della figura infermieristica che svolge assistenza esclusivamente pre-stazionale, (ovvero svolge la prestazione assistenziale su richiesta e non realizza una presa in carico) fa parte integrante della comunità, ne conosce i bisogni, le risorse e le potenzialità sommerse. Inoltre garantisce una presenza continua

e costante nel proprio territorio di riferimento.

L'infermiere di comunità è il professionista che mantiene il più stretto contatto con il cittadino della propria zona di competenza e rappresenta la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica generale in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità ovvero MMG, assistente sociale, fisioterapisti, assistenti domiciliari ecc. perseguendo l'integrazione interdisciplinare e ponendo al centro il cittadino. L'infermiere di comunità interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità sotto forma di volontariato, associazioni varie, parrocchie, vi-





cinato, famiglie disponibili a dare aiuto ai concittadini che si trovano temporaneamente in una situazione di fragilità a causa della malattia e contribuisce a costruire la rete del welfare di comunità. L'infermiere di comunità dunque 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, emotivi e di legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico. Ecco che 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. In questa circostanza anche il bisogno che richiede cura, diventa cura

esso stesso per chi in quel momento si trova nella posizione di aiuto. Prima dell'avvio del progetto, l'organizzazione dell'assistenza infermieristica sul territorio era garantita da 2 equipe infermieristiche, una per ogni distretto (SID), ed aveva come sede operativa il distretto medesimo. Per erogare il servizio l'infermiere doveva muoversi dalla sede centrale per recarsi a domicilio dei pazienti, oggi con la nuova modalità assistenziale, l'infermiere di comunità è costantemente presente nei Comuni a cui è assegnato per 6 ore al giorno per 6 giorni alla settimana ed opera sia in ambulatorio che a domicilio. Le restanti 6 ore di copertura del servizio sono garantite dall'equipe infermieristica centrale di distretto. L'intervento dell'infermiere di comunità si sviluppa sostanzialmente in tre ambiti: ambulatoriale, domiciliare e comunitario.

A livello ambulatoriale, l'IC eroga l'assistenza a tutti gli utenti che sono in grado di deambulare e che necessitano di assistenza infermieristica a medio-bassa complessità e/o interventi di educazione – promozione alla salute. L'attività ambulatoriale può essere svolta in strutture residenziali già esistenti nella comunità come ad esempio Case di riposo, Strutture residenziali protette etc. Un elemento logistico ritenuto strategico e irrinunciabile per attivare percorsi di integrazione efficaci è l'ubicazione dell'ambulatorio infermieristico accanto al luogo di attività dell'assistente sociale. Ciò facilita il riconoscimento di una sede socio-assistenziale e di conseguenza l'integrazione delle due aree. L'ambulatorio così concepito, diventa un punto di incontro in cui gli utenti e le famiglie possono recarsi e fare affidamento per ot-

tenere risposte ai loro bisogni di assistenza infermieristica. In questo modo l'IC riesce a garantire una presenza stabile e costante sul territorio, diventando una figura di riferimento riconosciuta all'interno della comunità.

A livello domiciliare, l'IC eroga l'assistenza a tutti gli utenti che non possono recarsi in ambulatorio per gravi patologie o per difficoltà alla deambulazione che necessitano di assistenza infermieristica a medio-alta complessità, con carattere di continuità, con bassi livelli di autonomia che abbisognano di periodiche prestazioni sanitarie. Inoltre l'IC segue utenti che vivono in un contesto familiare e sociale che richiede una particolare sorveglianza e/o protezione. A livello comunitario, l'IC svolge attività trasversali di implementazione dell'integrazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali ed informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti i bisogni di salute. Tutto ciò l'IC lo svolge attraverso il lavoro di rete che si può definire una modalità di lavoro nel quale a partire da un problema specifico, concreto come ad esempio un paziente recentemente colpito da ictus che deve rientrare a domicilio, si definiscono le integrazioni necessarie per garantire la continuità dei percorsi, nonché le interrelazioni tra le

funzioni dei servizi coinvolti a vantaggio di un miglior trattamento dei problemi di salute della persona o della comunità.

Quali sono state le difficoltà che avete incontrato nella realizzazione del progetto?

Inizialmente le principali criticità sono state la diffidenza e la difficoltà a comprendere il ruolo di questa nuova figura soprattutto da parte di alcuni professionisti temendo che potesse sottrarre ambiti di competenza.

Tali difficoltà sono state facilmente superate dai primi risultati raggiunti e dalla nuova consapevolezza che questo nuovo ruolo poteva invece consentire un utilizzo più appropriato di altre figure professionali con beneficio dell'intero sistema.

Come è cambiato il territorio con l'introduzione dell'infermiere di comunità?

I risultati ottenuti dopo vent'anni di sperimentazione sono ragguardevoli, sia in termini di efficacia che di efficienza. Più in generale si possono riassumere così sinteticamente:

miglior capacità di risposta ai nuovi bisogni di cura dei cittadini;
maggior prossimità e accessibilità dell'infermiere;
migliore rapporto fiduciario che si crea tra infermiere e utente;
migliore offerta assistenziale che va oltre la dimensione tecnica del-

la 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;

maggior coinvolgimento dei cittadini nelle scelte che riguardano la propria salute e quella della collettività. Pur nella consapevolezza che nell'organizzazione, la modificazione di una sola variabile non può essere ritenuta l'unica responsabile del raggiungimento di buoni esiti, ma certamente, il nuovo modello, ha inciso in modo determinante non solo nel raggiungimento degli obiettivi, ma anche nella creazione di una nuova cultura. Una nuova cultura che si basa fondamentalmente su due concetti chiave: la relazionalità e la proattività, concetti che troveranno sviluppo nelle argomentazioni che seguono.

I punti di forza del modello Infermiere di Comunità sono i seguenti: 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 ecc.

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.

La presenza costante e continua degli infermieri nella comunità crea le premesse per realizzare quella che chiamiamo la cosiddetta sanità 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 ed 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 sottende il 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.

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 sé 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 ecc. Sempre di più la figura infermieristica promuove l'empowerment della persona nella logica di far emergere i diritti dei cittadini.

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; riduzione dei ricoveri (in quanto si agisce prima che l'evento acuto si manifesti) e conseguente riduzione dei costi; garanzia della continuità assistenziale e della presa in carico inte-

grata in fase intensiva (in ospedale) e in fase estensiva (sul territorio); 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 familiari di poter gestire a domicilio la propria condizione di salute divenendo competenti;

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 degli accessi domiciliari medi per infermiere. Ciò è spiegabile con la riduzione dei tempi di percorrenza, l'uso appropriato dell'ambulatorio;

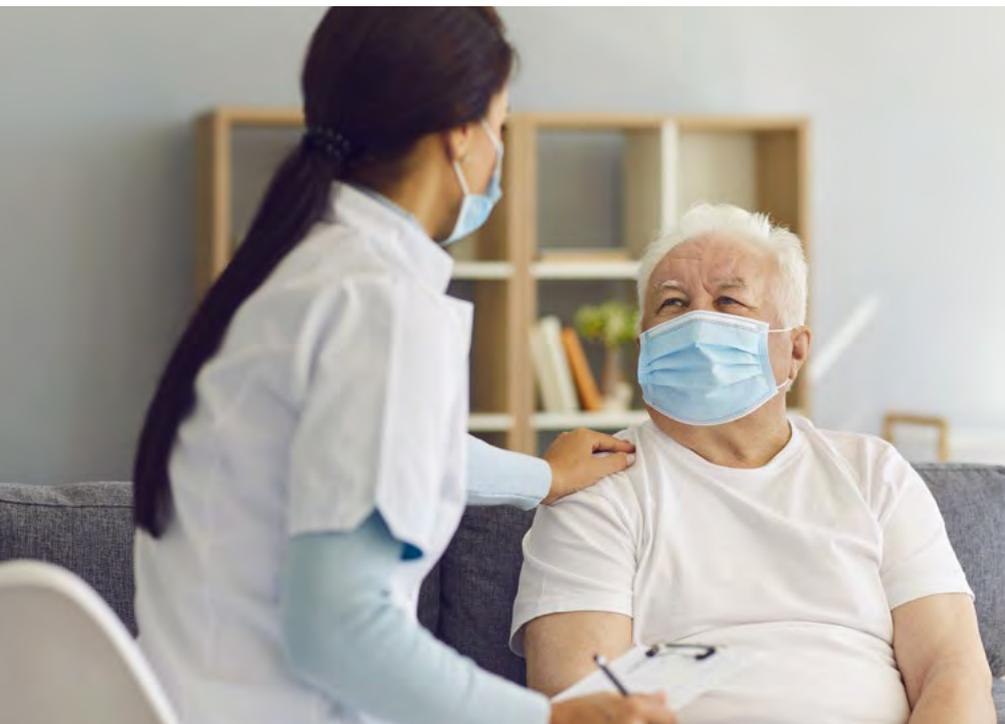
La riduzione significativa dei tempi di percorrenza sul totale delle ore di attività assistenziale passata dal 33% del 2001 al 20% del 2004, ha comportato un importante recupero del tempo assistenziale da dedicare ad attività ad alta integrazione socio-sanitaria (ad esempio lavoro di rete, presa in carico "leggera ed anticipata," presa in carico in ambito ospedaliero e garanzia della continuità delle cure a



livello territoriale); 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 familiari 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'at-



tività 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.

Cosa suggerirebbe a chi deve promuovere oggi l'attivazione di questa figura?

Potrei dire che l'infermieristica di comunità è un modo d'essere. Occorrono alcuni ingredienti fondamentali e tra i primi annovererei una motivazione forte a garantire una presa in carico ai cittadini fragili reale, autentica, globale, prosimale nei luoghi di vita e di lavoro delle persone.

Una presa in carico personalizzata e comunitaria nella logica di un welfare partecipativo e generativo capaci di assicurare equità e universalità delle cure. In sostanza occorre crederci. I professionisti e i cittadini risponderanno in modo entusiastico perché poter essere d'aiuto in modo concreto, integrato, al paziente, ai suoi famigliari e a tutta la comunità aggiunge significato ad ognuna delle loro vite.

Aggiungerei uno slancio forte come professione a stringere alleanze con i cittadini e con le Amministrazioni locali anche perché l'integrazione socio-sanitaria concreta si realizza proprio nell'incontro quotidiano tra sanitario e sociale e mai come in questa esperienza i due ambiti, hanno intrecciato saperi, esperienze, know how e pratica quotidiana. Gli sguardi congiunti non possono che produrre esiti positivi in quanto il destinatario delle nostre cure è unico e avrebbe

il desiderio di ricevere un'offerta integrata senza fare da mediatore o da case manager come spesso accade tra i diversi servizi/professionisti. Il terzo ingrediente à senza dubbio la capacità di lavorare in modalità multidisciplinare con tutti i professionisti dell'area sanitaria e sociale nessuno escluso.

Con il progetto infermiere di comunità si è voluto sottolineare che l'assistenza non è un prodotto erogabile, ma un bene comune da costruire insieme: paziente, famigliari, cittadini, operatori sanitari, sociali, risorse formali e informali presenti nelle comunità. Le riflessioni, le intelligenze, le emozioni, i ragionamenti, le competenze che scaturiscono da tutti i soggetti sunnominati generano benessere quando al centro dell'agire quotidiano c'è la PERSONA.

Affinché la PERSONA mantenga questa centralità, l'IC assieme a tutti gli altri professionisti dovrà essere sempre più capace di cogliere l'essenza dell'uomo che corrisponde al vivere con scopo, e sostenere l'uomo nella sua essenza è la più potente di tutte le cure.

INTERVISTA A Dr. Nicola Zanetti

E sul nostro territorio come avverrà il cambiamento?

La DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 782 del 16 giugno 2020, (Decreto-legge 19 maggio 2020, 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". Attuazione delle misure in materia sanitaria) all'articolo 1 prevede il rafforzamento dei servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità.

(decreto completo riportato pagina 18)

Dr. Zanetti come cambierà l'organizzazione dell'assistenza territoriale con l'introduzione di questa figura?

Con l'introduzione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità l'assistenza territoriale si arricchisce di un'unità di offerta che fino ad oggi è mancata e che ha come obiettivo quello di aiutare gli individui, che non hanno bisogni sanitari tali da essere già assistiti dai servizi di-

strettuali come l'ADI, ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica attraverso un intervento diretto e un supporto e formazione dei caregiver.

Lo scopo è quello aiutare il malato e la sua famiglia a farsi carico della condizione di fragilità, ad utilizzare in modo appropriato i servizi sanitari, a perseguire la prevenzione primaria (corretti stili di vita), secondaria (identificazione preco-

a cura della REDAZIONE



ce della malattia) e terziaria (riduzione della gravità e delle complicazioni della malattia). Ritardare il peggiorare delle disabilità che portano alla perdita di autonomia con il conseguente aumento della qualità della vita.

L'intervento dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità si esprime a: livello individuale e familiare attraverso interventi diretti e indiretti che hanno come destinatari la persona, la sua famiglia e le sue persone di riferimento. In questo setting l'infermiere di famiglia e di comunità favorisce la promozione e il mantenimento della salute della persona attraverso il rafforzamento della sua autonomia decisionale, grazie ad un'offerta assistenziale capace di garantire prestazioni specie se

complesse, ma soprattutto di anticipare la lettura dei bisogni ancora inespressi, con l'obiettivo finale di accompagnare i cittadini nella gestione del processo di salute e di vita, come protagonisti.

Livello comunitario attraverso azioni rivolte alle comunità, all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali.

L'aspetto innovativo di questa assistenza è quella di favorire quanto sopra perseguendo i modelli di welfare generativo di comunità, che sono in grado di potenziare il capitale sociale esistente e di aumentare la sostenibilità del sistema stesso. Per sviluppare questi aspetti l'Infermiere di Famiglia e di Comunità interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità sotto forma

di volontariato, associazioni, parrocchie, vicinato, famiglie disponibili a dare aiuto ai concittadini che si trovano temporaneamente in una situazione di fragilità, contribuendo così nel supportare la rete del welfare di comunità. Non è solo un erogatore di cure, ma attivatore di cure coinvolgendo potenziali disponibili nella comunità e che portati alla luce sprigionano una serie di beni cognitivi, affettivi, emotivi e di legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico.

Quale sarà il percorso di cambiamento?

Sono molti gli aspetti che devono essere valutati per definire avviare e sostenere questo percorso di cambiamento, che in parte è anche



un cambiamento di cultura professionale.

Stiamo parlando di una offerta nuova che dovrà coprire un'area di bisogni, in parte anche emergenti, che oggi ancora non vengono presi in carico, o vengono presi in carico dai servizi socio sanitari in modo parziale. Siamo parlando inoltre di una modalità nuova di rispondere ai bisogni che si focalizza non solo sulla risposta diretta alla necessità ma soprattutto sull'empowerment e sul welfare generativo di comunità, aspetti che a mio avviso non sono ancora strumenti di lavoro consolidati nella nostra professione.

È possibile però evidenziare alcuni dei principali aspetti che ritengo dovranno essere considerati nella stesura della roadmap che dovrà guidare le Aziende Sanitarie nel dotarsi e sostenere questa offerta preziosa ed innovativa.

La formazione degli operatori, vi è convergenza nel dire che i colleghi che prenderanno questo ruolo dovranno avere competenze consolidate nell'assistenza territoriale, nella prevenzione, nella medicina di iniziativa, nella gestione delle relazioni formative, nella lettura dei bisogni di salute.

Fondamentale sarà la formazione post base che accompagnerà queste figure nello sviluppo del ruolo.

La costruzione di relazioni con gli operatori che già operano sul territorio e in particolare con i medici

di medicina generale e i pediatri di libera scelta che hanno nella loro mission la medicina di comunità e sono già i depositari di molte informazioni necessarie allo sviluppo di questa offerta assistenziale. Il rapporto con i medici di medicina generale, l'integrazione con il loro ruolo e l'interazione nei percorsi di cura ritengo oggi sia la sfida più grande e quella che in parte decreterà il successo e le difficoltà di questo sistema di cure.

La definizione delle priorità sui bisogni emergenti che gli infermieri di comunità dovranno prendere in carico, priorità che dovranno partire dall'analisi del contesto socio demografico e dei relativi bisogni per arrivare a definire gli interventi prioritari.

La definizione del modello organizzativo. Definito lo standard di 8 infermieri ogni 50.000 abitanti andrà capito e sperimentato come definire i bacini di utenza anche in relazione alla presenza sul territorio delle medicine di gruppo, partner imprescindibili, come detto, perché questa offerta nel suo complesso produca davvero esiti in termini di salute e qualità della vita.

La sfida è ardua e per alcuni aspetti non ancora cominciata, ma la posta in gioco in termini di miglioramento della salute per i cittadini e opportunità per la nostra professione è alta.

Cosa potrà cambiare concretamente per i nostri cittadini?

Penso che concretamente, con l'avvio di questa unità di offerta, una quota considerevole di cittadini che oggi si trovano ad assistere i propri cari all'interno della famiglia e che si orientano come meglio possono tra le molteplici sfaccettature e difficoltà su cosa fare, come fare, a chi rivolgersi e come possono assistere in modo migliore il loro caro, avranno il supporto di un professionista che consentirà loro essere più efficaci nella loro cura (care) e di risparmiare un po' di energie che potranno dedicare all'assistenza diretta al proprio congiunto.

Ma soprattutto chi oggi è assistito in famiglia, o comunque vive una situazione di fragilità, potrà contare su un servizio che lo aiuterà a preservare lo stato di salute anche monitorandolo nel tempo, lo accompagnerà nei momenti di riaccutizzazione delle sue problematiche croniche di salute, faciliterà l'accesso ai servizi territoriali quando necessario così che i suoi bisogni trovino la giusta risposta, farà tutto ciò che possibile per favorire la permanenza a casa.

“Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19”

La DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 782 del 16 giugno 2020, (Decreto-legge 19 maggio 2020, n.34)

Note per la trasparenza: Con il presente provvedimento vengono programmate le azioni regionali attuative delle misure in materia sanitaria connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19 previste dal decreto-legge n. 34/2020 denominato “Decreto Rilancio”.

L’Assessore Manuela Lanzarin riferisce quanto segue.

Con delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 è stato dichiarato, per sei mesi - sulla base della dichiarazione di emergenza internazionale di salute pubblica per il coronavirus (PHEIC) dell’Organizzazione Mondiale della Sanità del 30 gennaio 2020 - lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.

Molti sono gli atti che si sono susseguiti in materia, sia a livello nazionale (decreti-legge, decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, ordinanze del Ministero della Salute, ordinanze del Capo Dipartimento della Protezione Civile) che regionale, che hanno disposto una riorganizzazione dell’assistenza sanitaria finalizzata a fronteggiare l’emergenza COVID-19.

In campo sanitario, la Fase 1, legata alla gestione dell’emergenza e in considerazione del probabile evolversi del rischio epidemiologico, è

stata caratterizzata dalla predisposizione di interventi finalizzati a riorientare l’offerta di servizi sanitari e socio-sanitari per contrastare la crescita dell’infezione sul territorio regionale. Il decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, si colloca in tale fase del contesto emergenziale, e prevede diverse misure di potenziamento del servizio sanitario nazionale finalizzate a contenere gli effetti negativi dell’emergenza epidemiologica COVID-19.

La Fase 1 ha visto l’adozione di misure finalizzate a potenziare il servizio sanitario nazionale sia a livello ospedaliero che territoriale, sia, parallelamente a tale potenziamento, con riguardo alle risorse umane, garantendo ai servizi sanitari regionali un reclutamento straordinario di risorse professionali mediche e sanitarie, indispensabili per garantire i livelli essenziali di assistenza. Caratteristiche di questa fase sono stati gli interventi di distanziamento sociale, la sorveglianza attiva degli operatori e della popolazione, il potenziamento della gestione domiciliare dei casi positivi, l’incremento dei servizi di degenza soprattutto intensiva, il reperimento e la distribuzione dei dispositivi di protezione individuale, l’adozione degli schemi terapeutici e farmacologici che presentano evidenze cliniche, l’attivazione di flussi

informativi tempestivi e dedicati al sistema delle decisioni, la gestione coordinata delle comunicazioni.

A livello regionale, in relazione all'emergenza in atto e alle indicazioni ministeriali, con deliberazione n. 344 del 17 marzo 2020 è stato approvato il "Piano Epidemia COVID-19: interventi urgenti di sanità pubblica". Il Piano ha l'obiettivo primario ed urgente di interrompere la catena di trasmissione del virus attraverso un'importante riorganizzazione delle attività dei dipartimenti di prevenzione delle aziende ulss per favorire la ricerca puntuale e sistematica di tutti i casi confermati, intensificare le conseguenti inchieste epidemiologiche ed intervenire con le disposizioni di isolamento domiciliare fiduciario e quarantena, in linea con le indicazioni ministeriali. Allo stesso tempo, il 15 marzo 2020 è stato elaborato e approvato dall'Unità di Crisi istituita con Decreto del Presidente della Regione n. 23 del 21 febbraio 2020 il Piano di Emergenza COVID-19 del Veneto, preparando l'intero sistema sanitario all'ipotesi di maggior pressione possibile. E' stato disposto, nella fase iniziale, un incremento dell'offerta di posti letto aggiuntivi, potenziando la capacità degli ospedali Hub e attrezzando ulteriori posti letto di area intensiva e semintensiva respiratoria, ritenendo di fondamentale importanza la presenza di questi ultimi al fine di consentire la corretta selezione dei pazienti da destinare

all'assistenza intensiva e di malattie infettive. Inoltre, è stata rimodulata l'offerta ospedaliera prevedendo l'individuazione di ospedali interamente dedicati all'esclusiva gestione di pazienti COVID-19.

Di seguito, e in considerazione dell'efficacia ed efficienza delle azioni intraprese con tale Piano, è stata approvata la deliberazione n. 552 del 5 maggio 2020, di approvazione del Piano emergenziale ospedaliero, per definire la risposta ad eventi epidemici, garantendo la disponibilità di posti letto con contestuale potenziamento degli stessi. Nella gestione dell'emergenza, ha assunto e assume a tutt'oggi una grande importanza l'assistenza domiciliare per tutti i casi che non necessitano di ricovero, al fine di non aggravare inappropriatamente i pronto soccorsi nella gestione delle emergenze ed urgenze. In tale ambito, le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) sono di rilevanza strategica per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19.

Ancora, in considerazione della situazione sanitaria e nell'ottica dell'erogazione di servizi di assistenza sanitaria a distanza, al fine di limitare il rischio di contagio oltre che di offrire un supporto ai servizi di assistenza primaria per monitoraggio, cura, riabilitazione e prevenzione secondaria nei confronti di persone fragili o affette da patologie croniche, con deliberazione n. 568 del 5

maggio 2020, è stata riconosciuta agli enti del servizio sanitario regionale la possibilità di erogare servizi di assistenza sanitaria in modalità di telemedicina, secondo le Linee di indirizzo nazionali di cui all'Intesa della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e province autonome sancita in data 20 febbraio 2014 (repertorio atti n.16/CSR).

Sono state altresì implementate azioni sui sistemi informativi per gestire l'emergenza COVID-19, al fine di soddisfare i bisogni conoscitivi che permettano ai soggetti attori di governare l'epidemia avendo i dati necessari a disposizione.

Parallelamente alle azioni di potenziamento e riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale messe in campo e all'evolversi dell'emergenza sanitaria, le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale sono stati autorizzati ad incrementare le dotazioni del personale sanitario.

Infine, con riferimento al settore farmaceutico, sono state adottate misure di riorganizzazione del sistema di prescrizione e distribuzione dei farmaci e dell'assistenza integrativa al fine di ridurre quanto più possibile i contatti tra le persone e gli accessi alle strutture ospedaliere.

La Fase 2, contraddistinta da un progressivo allentamento delle misure di distanziamento sociale, è orientata alla progressiva normalizzazione degli interventi e coincide

con la ripresa dell'attività sanitaria ordinaria e programmata. Caratteristiche di questa fase sono il progressivo riassorbimento della capacità produttiva attivata, il potenziamento degli screening sulla popolazione e la sorveglianza attiva, il mantenimento di sistemi di protezione individuale e collettiva. Parallelamente, sono adottate misure di rafforzamento strutturale delle strutture sanitarie operanti sul territorio al fine di rendere i servizi di prevenzione e di assistenza pronti ad individuare, circoscrivere e gestire eventuali recrudescenze epidemiche (isolamento dei casi e dei contatti stretti), nonché misure di implementazione dell'assistenza domiciliare.

In tal senso, è stato emanato il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 denominato "Decreto Rilancio", che si pone in linea di continuità con

quanto disposto dal decreto-legge 18/2020 e con le azioni regionali finora intraprese e con il quale, sempre per quanto riguarda la materia della salute - comprensiva quindi della prevenzione, dell'assistenza, della cura dei cittadini siano essi minori o adulti, portatori di una o più patologie, persone/anziani non autosufficienti, portatori di disabilità psichica, ed altro - sono state dettate le disposizioni il cui ambito di applicazione soggettivo sono i ministeri interessati, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti del servizio sanitario nazionale. In particolare, si evidenziano di seguito gli articoli del decreto-legge che prevedono le misure che regioni, province autonome ed enti del servizio sanitario nazionale dovranno o, nei casi di disposizioni autorizzative come per esempio

quelle riguardanti l'incremento di spesa per il personale, potranno implementare.

L'articolo 1 detta le disposizioni in materia di riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

Al fine di rafforzare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale, necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-CoV-2, soprattutto in questa fase di progressivo allentamento delle misure di distanziamento sociale, per l'anno 2020 le regioni e le province autonome sono chiamate ad adottare piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale. L'obiettivo è quello di implementare e rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, di monitoraggio e sorveglianza della circolazione del virus, dei casi confermati e dei loro contatti al fine di intercettare tempestivamente eventuali focolai oltre ad assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario.

I predetti piani assistenziali sono recepiti nei programmi operativi regionali per la gestione dell'emergenza COVID-19 previsti dall'articolo 18, comma 1, del decreto-legge 18/2020 e devono contenere specifiche misure di identificazione e gestione dei contatti, di organizzazione dell'attività di sorveglianza at-



tiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale, indirizzate a un costante monitoraggio e a un tracciamento precoce dei casi e dei contatti, al fine della relativa identificazione, dell'isolamento e del trattamento. Le regioni devono inoltre organizzare le attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio presso le residenze sanitarie assistite e le altre strutture residenziali.

Inoltre lo stesso articolo prevede:

- l'incremento delle azioni terapeutiche ed assistenziali a livello domiciliare, sia per l'assistenza connessa all'emergenza epidemologica sia per rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata per i pazienti in isolamento domiciliare o quarantenati nonché per i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità;
- il rafforzamento dei servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità;
- la garanzia di una più ampia funzionalità delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), con il coinvolgimento anche dei medici specialisti ambulatoriali interni;
- la possibilità per aziende ed enti del servizio sanitario nazionale di conferire incarichi di lavoro autonomo a professionisti del profilo di assistente sociale a supporto delle USCA;
- l'attivazione di centrali operative regionali con funzione di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante sistemi informativi e di telemedicina;
- la possibilità dell'incremento della spesa di personale anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente.

L'articolo 2 detta disposizioni di riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19.

In particolare, le regioni e le province autonome, al fine di rafforzare strutturalmente il servizio sanitario nazionale in ambito ospedaliero, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da COVID-19 in corso, garantiscono l'incremento di attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, rendendo strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza in relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemologica correlata al virus SARS-CoV-2, ai suoi esiti e a eventuali accrescimenti improvvisi della curva epidemica. La disposizione prevede per ciascuna regione e provincia au-

tonoma un incremento strutturale dei posti letto di terapia intensiva determinando una dotazione pari a 0,14 posti letto per mille abitanti.

I piani di riorganizzazione sono approvati dal Ministero della Salute secondo la metodologia di cui al comma 8 del medesimo articolo e sono recepiti nei programmi operativi di cui all'articolo 18, comma 1, del decreto-legge 18/2020.

Ulteriori disposizioni inoltre prevedono:

- la programmazione da parte di regioni e province autonome di una riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva, con relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica, prevedendo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure. In relazione all'andamento della curva pandemica, per almeno il 50 per cento dei posti letto di cui al presente comma, si prevede la possibilità di immediata conversione in posti letti di terapia intensiva;
- la disponibilità, fino al 31 dicembre 2020 e per un periodo massimo di 4 mesi dalla data di attivazione, di 300 posti letto di terapia intensiva, suddivisi in 4 strutture movimentabili, cia-

- scuna delle quali dotata di 75 posti letto, da allocare in aree attrezzabili preventivamente individuate da parte di ciascuna regione e provincia autonoma;
- il consolidamento strutturale della separazione dei percorsi nelle strutture ospedaliere che prevedano unità assistenziali in regime di ricovero per pazienti affetti da COVID-19, la ristrutturazione dei Pronto Soccorso con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi, in attesa di diagnosi;
 - l'implementazione dei mezzi di trasporto dei servizi di emergenza ed urgenza;
 - la remunerazione delle prestazioni correlate alle particolari condizioni di lavoro del personale dipendente delle aziende ed enti del servizio sanitario nazionale;
 - l'incremento di spesa per il personale in conseguenza del potenziamento delle terapie intensive e sub intensive nonché della rete di emergenza territoriale - entro un limite massimo - anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia;
 - la possibilità del Commissario Straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza COVID-19 di

delegare l'esercizio dei poteri a lui attribuiti per l'attuazione del piano di riorganizzazione a ciascun Presidente di regione o di provincia autonoma che agisce conseguentemente in qualità di commissario delegato;

- procedure semplificate per la realizzazione di opere edilizie strettamente necessarie a perseguire le finalità connesse alle disposizioni dell'articolo in questione.

L'articolo 3 disciplina gli incarichi individuali a tempo determinato che, ai sensi dell'articolo 2-ter del decreto legge 18/2020, le aziende ed enti del servizio sanitario nazionale possono conferire al personale delle professioni sanitarie e agli operatori socio-sanitari, prevedendo tra i soggetti destinatari anche i medici specializzandi iscritti regolarmente all'ultimo e penultimo anno di corso della scuola di specializzazione per la durata di 6 mesi.

L'articolo 4 detta le misure urgenti per l'avvio di specifiche funzioni assistenziali per l'emergenza COVID-19. Per far fronte all'emergenza epidemiologica COVID-19, limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei Ministri 31 gennaio 2020, la disposizione, integrando e completando quanto proposto con l'articolo 32 del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23, riconosce alle strutture private una specifica funzione assistenziale, in deroga ai vincoli e limiti previsti

dalla normativa vigente, per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID-19, e un incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID-19. La disciplina viene estesa anche alle strutture pubbliche che concorrono al potenziamento delle rete emergenziale COVID-19, compatibilmente con il fabbisogno sanitario riconosciuto per l'anno 2020. Le modalità di determinazione della specifica funzione assistenziale e l'incremento tariffario sopra indicati sono stabilite con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, previa Intesa con la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.

L'articolo 5 prevede un incremento delle borse di studio degli specializzandi attraverso un'ulteriore spesa di 105 milioni di euro per ciascuno degli anni 2020 e 2021 e di 109,2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2022, 2023 e 2024.

L'articolo 8 proroga la validità delle ricette limitative dei farmaci classificati in fascia A per:

- i pazienti già in trattamento con medicinali classificati in fascia A soggetti a prescrizione medica limitativa ripetibile e non ripetibile (RRL e RNRL), di cui agli articoli 91 e 93 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, non sottoposti a Piano Terapeutico o Registro di monitoraggio



ALFA, nei casi in cui sia prevista dalla regione o dalla provincia autonoma competente una modalità di erogazione attraverso la distribuzione per conto (DPC);

- i pazienti già in trattamento con i medicinali di cui al punto che precede, con ricetta scaduta e non utilizzata.

Lo stesso articolo detta inoltre disposizioni relative alla validità delle nuove prescrizioni da parte del centro o dello specialista dei medicinali di cui al comma 1 e definisce le condizioni per le quali non si applica la proroga automatica.

L'articolo 9 dispone la proroga piani terapeutici che includono la fornitura di ausili, dispositivi monouso e altri dispositivi protesici, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, per incontinenza, stomie e alimentazione speciale, laringectomizzati, per la prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee, per patologie respiratorie e altri prodotti correlati a qualsivoglia ospedalizzazione a domicilio, in scadenza durante lo stato di emergenza deliberato dal Consiglio dei Ministri in data 31 gennaio 2020. Prevede, altresì, che le regioni e le province autonome adottino procedure accelerate ai fini delle prime autorizzazioni dei nuovi piani terapeutici.

L'articolo 11 introduce misure urgenti in materia di Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), modificando parzialmente quanto disposto dall'arti-

colo 12 del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221.

L'insieme delle nuove disposizioni introdotte riguardano i seguenti ambiti:

- l'estensione dei contenuti del FSE, che comprende anche le prestazioni erogate al di fuori del servizio sanitario nazionale;
- l'alimentazione e l'accesso anche da parte degli esercenti le professioni sanitarie;
- • l'alimentazione del FSE anche su iniziativa dell'assistito con i dati medici in suo possesso;
- • una nuova disciplina del consenso, che riguarda solo la consultazione dei dati e documenti presenti nel FSE;
- l'istituzione dell'Anagrafe nazionale dei consensi, dell'Indice nazionale dei documenti del FSE, la realizzazione del Porta-

le Nazionale FSE;

- l'implementazione delle informazioni contenute nel Sistema Tessera Sanitaria disponibile sul FSE.

L'articolo 12 delinea un'accelerazione nella trasmissione al Sistema Tessera Sanitaria dei dati relativi all'avviso di decesso, alla denuncia della causa di morte, all'attestazione di nascita, alla dichiarazione di nascita da parte delle strutture sanitarie, dei medici, dei medici necroscopi o altri sanitari delegati.

Alla luce di quanto finora esposto, con il presente provvedimento si propone di approvare, quali adempimenti previsti dal decreto-legge n. 34/2020 in materia sanitaria, i seguenti documenti, parti integranti del presente atto:

- Piano di potenziamento dell'assistenza territoriale, di cui all'Allegato A;
- Piano di potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione di cui

- all'Allegato B;
- Sorveglianza strutture residenziali per non autosufficienti di cui all'Allegato C;
- Determinazione del fabbisogno, acquisizione di risorse umane e incentivi al personale di cui all'Allegato D;
- Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 di cui all'Allegato E;
- Misure urgenti per l'avvio di specifiche funzioni assistenziali per l'emergenza COVID-19 di cui all'Allegato F;
- Assistenza Farmaceutica di cui all'Allegato G;
- Attuazione degli articoli 11 e 12 decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 di cui all'Allegato H;
- Sistema informativo COVID-19 di cui all'Allegato I.

Si rappresenta infine che il decreto-legge 34/2020 ha provveduto alla definizione degli incrementi del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, al fine di dare concreta attuazione alle disposizioni in esso contenute.

In particolare, l'Allegato A al decreto-legge medesimo assegna al Veneto, per l'anno 2020, l'importo di euro 100.447.241 per l'attuazione dell'articolo 1 (commi 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, e 9). L'Allegato B, relativo alla spesa per il personale territoriale, assegna al Veneto, per l'anno 2020, l'importo di euro 72.032.652 e a decorrere dall'anno 2021 l'importo

di euro 77.903.228. L'Allegato D, per le norme relative all'assistenza ospedaliera, assegna al Veneto, per l'anno 2020 l'importo di euro 101.544.271.

Tutto ciò premesso si propone, infine, di incaricare le Direzioni afferenti all'Area Sanità e Sociale dell'esecuzione di quanto disposto con il presente provvedimento per le parti di rispettiva competenza.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

Vista la delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020;

Visto il decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito dalla legge 24 aprile 2020, n. 27;

Visto il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34;

Visto il Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023;

Vista la deliberazione n. 344 del 17 marzo 2020;

Vista la deliberazione n. 552 del 5 maggio 2020;

Vista la deliberazione n. 568 del 5 maggio 2020;

Visto l'articolo 2, comma 2, della legge regionale 31 dicembre 2012, n. 54;

delibera

1. di approvare le disposizioni ed i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo;

2. di approvare i documenti Allegati A, B, C, D, E, F, G, H, I che costituiscono parte integrante del presente provvedimento;

3. di disporre che il presente provvedimento si intende sostitutivo di precedenti indicazioni temporali di attuazione dei posti letto;

4. di dare atto che quanto previsto dal presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale;

5. di informare la Quinta Commissione consiliare del presente provvedimento;

6. di incaricare le Direzioni afferenti all'Area Sanità e Sociale dell'esecuzione di quanto disposto con il presente provvedimento per le parti di rispettiva competenza;

7. di pubblicare la presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

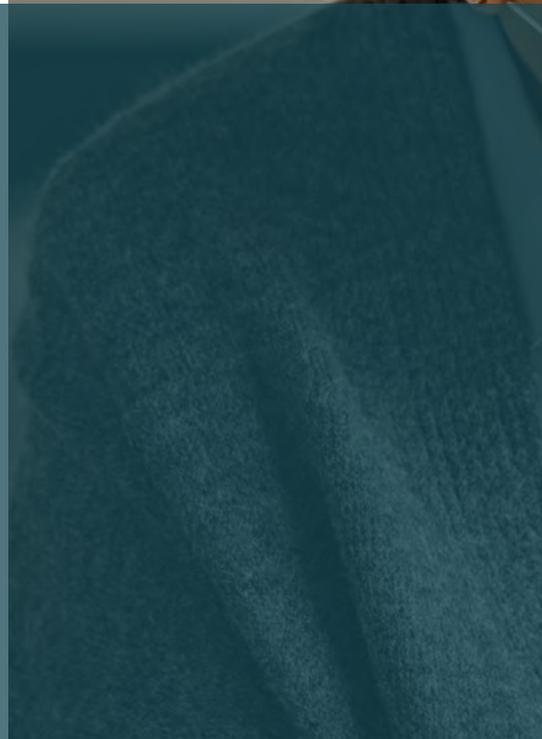
PER CHI VUOLE
SAPERNE DI
PIÙ...

approfondimenti...

1. Mislej M. , Paoletti F., **L'Infermiere di famiglia e di comunità**, Maggioli editore, 2008.
2. Pellizzari M. **L'Infermiere di comunità dalla teoria alla prassi**, McGraw-Hill Education, 2008.
3. **Position statement L'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) - Revisione luglio 2020** - (<https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2020/10/Position-Statement-FNOPI-LInfermiere-di-famiglia-e-di-comunita.pdf>).
4. Rocco G, Mercadelli S, Stievano A, Cipolla C. **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; 2017.

a cura della REDAZIONE





www.opiverona.it



**Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Verona**

Via Ca' di Cozzi, 14/B - 37124 VERONA
Telefono: 045.913938 - Fax: 045.914671
E-mail: info@opiverona.it