

Ecco chi è l'infermiere di famiglia/comunità

Barbara Mangiacavalli, Beatrice Mazzoleni, Nicola Draoli, | 27 luglio 2020

L'infermiere di famiglia e comunità (Ifec) è un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, con conoscenze e competenze specialistiche nelle cure primarie e sanità pubblica.

Il suo ruolo è quello di promuovere salute, prevenzione e gestire nelle reti multiprofessionali i processi di salute individuali, familiari e della comunità all'interno del sistema delle cure primarie. Risponde ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento (distretto) non erogando solo assistenza, ma attivandola e stabilendo con le persone e le comunità rapporti affettivi, emotivi e legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico.

L'infermiere di famiglia e comunità svolge attività trasversali per accrescere l'integrazione e l'attivazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le risorse sul territorio utili a risolvere i problemi legati ai bisogni di salute.

Si tratta di una figura professionale che, insieme ad altre, forma la rete integrata territoriale, prende in carico in modo autonomo la famiglia, la collettività e il singolo. Ha un ruolo anche proattivo per promuovere salute, educazione sanitaria per la persona sana e la famiglia e la comunità e insegna l'adozione di corretti stili di vita e di comportamenti adeguati.

La sua figura, già presente e attiva in alcune Regioni *benchmark* che hanno voluto rilanciare l'assistenza sul territorio, è una pietra angolare del ripensamento dei modelli organizzativi dell'assistenza territoriale in virtù dei cambiamenti sociodemografici del Paese con l'aumento delle patologie croniche e delle co-morbidità, l'invecchiamento delle persone e delle famiglie, sempre più con anziani soli e una riduzione del circa il 50% degli anni di vita liberi da disabilità nelle persone sopra i 65 anni, con sostanziali differenze sulla base delle condizioni socio economiche.

Sono caratteristiche che richiedono un modello assistenziale differente da quello centrato sull'ospedale, orientato verso un'offerta territoriale, che valorizzi un approccio più focalizzato sul contesto di vita quotidiana della persona. L'assistenza sanitaria territoriale diventa luogo elettivo per attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità e della personalizzazione dell'assistenza, in stretta correlazione con il [Patto per la Salute 2019-2021](#), il [Decreto Legge Rilancio Piano Nazionale della Cronicità](#) e il Piano Nazionale della Prevenzione [Piano nazionale Prevenzione 2014-2018](#), progredito da intesa [Stato Regioni 21 dicembre 2017](#). Allo stesso tempo si punta a contenere la spesa sanitaria, mitigare l'impatto della malattia sulla qualità di vita, responsabilizzare il paziente sugli stili di vita, coinvolgendolo attivamente nella gestione della propria condizione di salute (*self-care*).

Il sistema sanitario è chiamato ad anticipare i bisogni dei pazienti e a seguirli in maniera continuativa lungo tutto il percorso assistenziale, secondo una sanità di iniziativa integrata con i servizi sociali. A fronte di una sempre maggiore frammentazione del sapere, per garantire una risposta comprensiva, unitaria e sostenibile, l'assistenza primaria deve essere distribuita all'interno di un sistema più ampio e articolato su più professionalità come reso noto nella Dichiarazione di Astana.

Le Reti territoriali

Si tratta di formare équipe multiprofessionali che condividano il più possibile lo stesso nucleo di assistiti dove c'è ovviamente il medico di famiglia il pediatra di famiglia, ma anche gli assistenti sociali, con i quali gli infermieri condividono molto a livello di attività territoriale quando assistono fragilità e disabilità, gli psicologi, e altre figure professionali come i fisioterapisti, i logopedisti. Tutti a domicilio con un meccanismo di coordinamento professionale che è una sorta di adattamento reciproco tra professioni. E tutto questo si porta dietro anche modalità di assistenza come la telemedicina, la teleassistenza, la *tele-nursing*: la vera innovazione è la capacità di guardare i bisogni dei nostri cittadini attraverso punti di vista diversi.

È esattamente la condizione che recentemente l'Ocse ha descritto in suo recente rapporto [OECD Health Policy Studies. Realising the Potential of Primary Health Care - OECD 2020](#) sulle cure territoriali, affermando che il futuro delle cure primarie dovrà essere basato su team multiprofessionali composti da medici, infermieri, farmacisti e operatori sanitari della comunità, dotati di tecnologia digitale e perfettamente integrati con servizi di assistenza specializzati e che secondo l'Ocse

potrebbe evitare che in Italia 1 ricovero su 5 in Pronto soccorso sia inappropriato.

In questo senso appare opportuno che l'infermiere di famiglia e di comunità faccia riferimento all'area delle cure primarie del distretto di appartenenza della famiglia/comunità che prende in carico e assiste e che in questo ambito possa co-progettare interventi nei confronti dell'individuo, della famiglia e della comunità assieme ai medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli assistenti sociali ecc.

Introdotta ufficialmente con il Patto per la salute e confermata per legge nel decreto Rilancio, l'infermiere di famiglia e comunità è ciò che i cittadini chiedono: secondo una recentissima (giugno 2020) ricerca Censis-Fnopi[note]Dagli infermieri le buone soluzioni per la sanità del prossimo futuro": [Ricerca FNOPI-CENSIS - Roma, 5 giugno 2020](#) [/note] il 91,4% degli italiani (il 95,1% delle persone con patologie croniche, il 92,6% dei cittadini nel Sud) ritiene l'infermiere di famiglia e di comunità una soluzione per potenziare le terapie domiciliari e riabilitative e la sanità di territorio, fornendo così l'assistenza necessaria alle persone non autosufficienti e con malattie croniche.

Lo sviluppo dell'assistenza territoriale e l'aumento del numero di infermieri sul territorio

L'emergenza legata a Covid-19 - ma a prescindere, l'assistenza in genere a cronici, non autosufficienti, anziani e fragili - ha mostrato la grave carenza presente oggi sul territorio dove in assenza di professionisti in grado di essere presenti h24 accanto ai malati (la carenza di infermieri sul territorio è valutata dalla Fnopi in 30mila unità di cui almeno 20mila infermieri di famiglia e comunità), questi sono stati spesso lasciati soli o la loro condizione patologica è sfuggita ai controlli e comunque hanno dovuto ricorrere a forme improprie di assistenza rispetto quelle che un Servizio sanitario pubblico deve garantire ed erogare.

Non è tuttavia, come si accennava, una situazione legata solo alla pandemia, se si considera che la Corte dei Conti nel suo Referto al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali, ha sottolineato nell'autunno 2019[note][Corte dei conti - Referto al parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali - Deliberazione N. 13/SEZAUT/2019/FRG](#) e [Corte dei conti - Relazione sul rendiconto generale dello Stato 2019 - Comunicata alle Presidenze della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica italiana il 24 giugno 2020 \(documento XIV, n. 3\) - VOLUME 1](#)[/note] - periodo quindi Covid-free - che da una parte diminuisce il livello di copertura pubblica della spesa sanitaria complessiva, dall'altro aumenta parallelamente quella privata delle famiglie: nel 2012 la spesa pubblica è stata pari al 76% della spesa complessiva (110 miliardi) mentre le famiglie hanno dovuto far fronte alla restante quota pari al 24%. Nel 2017 la copertura pubblica è diminuita attestandosi al 74% della spesa sanitaria complessiva (152,8 miliardi), mentre la spesa delle famiglie, soprattutto per l'assistenza territoriale, è aumentata portandosi al 26,0 %, circa 39 miliardi (35,9 pagati dalle famiglie e 3,7 mediante assicurazioni private).

A completare il quadro è la stessa Corte dei Conti. Nel suo Rapporto 2020 sul coordinamento[note][Corte dei conti - Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica - 15 maggio 2020](#)[/note] della finanza pubblica ha evidenziato, per quanto riguarda il personale infermieristico, che "nel nostro Paese è molto inferiore alla media europea il numero degli operatori laureati e più limitati sono i margini di un loro utilizzo, nonostante il crescente ruolo che questi possono svolgere in un contesto di popolazione sempre più anziana. Negli ultimi anni, inoltre, i vincoli posti alle assunzioni in sanità, pur se resi necessari dal forte squilibrio dei conti pubblici del settore, hanno aumentato le difficoltà di trovare uno sbocco stabile a fine specializzazione e un trattamento economico adeguato".

L'effetto dell'infermiere di famiglia e comunità

Dove è già attivo (in Friuli Venezia Giulia ad esempio dove lo è dal 2004; e si sta rivelando altrettanto efficace anche in Toscana e in altre Regioni dove la sua attivazione ha già preso piede in modo del tutto autonomo e collaborativo con le altre professioni, anche prima dell'introduzione nel Patto) i risultati sono rilevanti a partire da una risposta immediata alle esigenze della popolazione, che si rivolge al servizio di Pronto Soccorso in modo più appropriato (in un triennio il Friuli VG ha ridotto i codici bianchi di circa il 20%). Poi anche una riduzione dei ricoveri (agisce prima che l'evento acuto si manifesti) e del tasso di ospedalizzazione del 10% rispetto a dove è presente la normale assistenza domiciliare integrata. Dove c'è, si registra anche la riduzione dei tempi di percorrenza sul totale delle ore di attività assistenziale, passata anche dal 33% al 20% in tre anni, con un importante recupero del tempo assistenziale da dedicare ad attività ad alta integrazione sociosanitaria.[note]Fonte: elaborazione FNOPI su rilevazione ufficiale varie Regioni - anno 2019[/note]

Perché l'infermiere di famiglia e comunità

La famiglia viene intesa come unità base della società dove chi si occupa di assistenza è importante che conosca la situazione in cui vivono le persone (casa, lavoro, ambiente fisico e sociale ecc.) che possono avere un peso considerevole nella gestione della malattia.

È necessario incrementare l'empowerment individuale della persona assistita, in modo da migliorare la sua capacità di 'fare fronte' alla patologia e di sviluppare abilità di auto-cura e l'*empowerment* di comunità per influenzare e controllare maggiormente i determinanti di salute e la qualità di vita all'interno della propria comunità. Questo richiede una profonda revisione non solo dei modelli operativi ma anche dei principi e dei valori che sottendono alle azioni.

Una strada da intraprendere è quella della messa a regime di modelli di Welfare generativo di comunità, in grado di potenziare il Capitale Sociale esistente e di aumentare la sostenibilità del sistema stesso. Molti esperti internazionali sui temi dell'empowerment e delle disuguaglianze sociali sostengono che, sia la sostenibilità dei sistemi sanitari, sia la riduzione delle disuguaglianze di salute, sono rese facilitate da azioni rivolte al potenziamento delle capacità delle persone e delle comunità di partecipare consapevolmente ai processi decisionali sui temi che riguardano la salute stessa. Il *National Institute for Health Research* (NHS) indica che esiste prova concreta che gli interventi di coinvolgimento della comunità hanno un impatto positivo sui comportamenti sanitari, sulle conseguenze sulla salute e sull'autoefficacia, generando una chiara percezione del valore del sostegno sociale, in varie condizioni[^{note}O'Mara-Evens et al., *Community Engagement to Reduce Inequalities, in Health: A Systematic Review, Meta-Analysis and Economic Analysis*, vol. 1, 4, National Institute for Health Research, 2013.][^{note}]. Un altro recente studio, pubblicato nel 2019 da Jane South[^{note}Stansfield J; South J (2018), [Un progetto di traduzione della conoscenza su approcci centrati sulla comunità nella salute pubblica \(pubblicato in Italia nel 2019\)](#)][^{note}] sostiene l'importanza di distinguere tra interventi basati sulla comunità che si rivolgono a popolazioni "target" come destinatarie di attività guidate da professionisti e approcci centrati sulla comunità per:

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

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

L'innovazione, presente in questi modelli, necessita di competenze specifiche e di nuove relazioni nell'equipe di cura e con il cittadino.