

L'Infermiere delle Cure Primarie nella Zona Distretto Piana di Lucca *The Nursery Primary Care in the Piana di Lucca District*

Svaldo Sensi**, Laura Unti^{°°}, Maria Bertoncini[°], Luciana Traballoni*, Luigi Rossi^{°°°}

* *Direttore SC Direzione Infermieristica e Ostetrica Lucca, AUSL Toscana Nord Ovest*

° *Responsabile Assistenza Infermieristica Territoriale Lucca AUSL Toscana Nord Ovest*

** *Responsabile Dipartimento Infermieristico Cure Primarie, Intermedie e Residenzialità Lucca, AUSL Toscana Nord Ovest*

°° *Infermiere Coordinatore Continuità Assistenziale, Cure Domiciliari e UVM Zona Distretto Piana di Lucca, AUSL Toscana Nord Ovest*

°°° *Direttore Zona Distretto Piana di Lucca, AUSL Toscana Nord Ovest, Presidente CARD Toscana*

Parole chiave: infermiere, chronic care model, cure intermedie

RIASSUNTO

Introduzione: gli sviluppi epidemiologici e demografici degli ultimi anni hanno imposto ai sistemi sanitari di riorganizzare l'offerta dei servizi, orientandoli alla presa in carico, alla gestione delle cronicità, delle co-morbilità e della non autosufficienza.

Obiettivi: obiettivo primario della riorganizzazione infermieristica è quello di favorire maggiormente la presa in carico dei soggetti sul territorio, implementando forme organizzate di assistenza. La Zona/Distretto Piana di Lucca dell'AUSL Toscana Nord Ovest ha rivisto l'organizzazione infermieristica territoriale tenendo conto della riorganizzazione della Medicina Generale in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), dello sviluppo del Chronic Care Model e dell'implementazione delle Cure Intermedie extraospedaliere, rendendo fruibile il servizio per 12 ore/die per 6 gg/settimana e per 6 ore nei festivi per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Metodi: sono state riviste le assegnazioni funzionali, i modelli organizzativi e i carichi di lavoro del personale infermieristico presente sul territorio della Zona/Distretto.

Risultati: i dati fin qui emersi dalla riorganizzazione dimostrano una tendenza positiva sia come qualità che come

Autore per corrispondenza: svaldo.sensi@uslnordovest.toscana.it

quantità delle prestazioni offerte, dove l'appropriatezza nell'uso delle risorse è l'unica strada percorribile per cogliere l'obiettivo della sostenibilità ed il soddisfacimento dei bisogni.

Keywords: nurse, chronic care model, intermediate care

SUMMARY

Introduction: epidemiological and demographic developments of recent years have forced health systems to reorganize the supply of services, orienting them to the taking charge, to the chronicity of the management, comorbidity and long-term care.

Objectives: the first objective of the nursing reorganization is to further encourage the taking charge of the subjects in the territory, by implementing organized forms of assistance. The District Piana di Lucca of AUSL Toscana Nord Ovest has revised the territorial nursing organization taking account of the reorganization of General Medicine in Territorial Functional Combinations (AFT), the development of the Chronic Care Model and implementation of the Intermediate-hospital care, making available the 12 hours / day service for 6 days / week and for 6 hours on holidays for the Integrated Home Care (ADI).

Methods: we revised the functional assignments, the organizational models and the workload of the nursing staff on the territory of the District.

Results: the results from the reorganization show a positive trend both in quality and quantity of the services provided, where appropriate use of resources is the only way for grasping the goal of sustainability and meeting needs.

Premesse

La Sanità oggi, e quella del futuro, è sempre più orientata al territorio, attraverso un'offerta modulata sui bisogni non solo sanitari, ma anche socio-sanitari, per lo più legati all'invecchiamento della popolazione e alla presenza di patologie croniche destinate ad un continuo e progressivo incremento. A fronte di ciò è lecito attendersi anche il potenziamento delle azioni di autocura e una loro più larga diffusione tra i cittadini, ovvero l'*empowerment* del paziente (1).

L'invecchiamento della popolazione e lo "tsunami" delle patologie croniche, e in particolare la co-morbilità, aprono nuovi scenari clinico-assistenziali e socio-sanitari, ai quali si aggiunge la crescente difficoltà all'accesso alle cure per motivi economici (povertà), logistici (distanze) od organizzativi (liste di attesa). In questo modello di Sanità, che si deve rivolgere sempre più alla prevenzione e al territorio, con Ospedali dedicati al trattamento delle acuzie, l'Infermiere delle Cure Primarie, insieme al Medico di Medicina Generale e al Medico di Comunità diventano le figure cardine, su cui fondare i nuovi modelli organizzativi, gestionali e clinico-assistenziali dell'assistenza territoriale.

La Zona/Distretto di Lucca è un'area composta da 7 Comuni, per una popolazione di 169.718 residenti, di cui il 24,87% è over 65enne e con un indice di vecchiaia pari a 177,03 e un

indice di dipendenza pari a 37,66. Il Servizio Infermieristico Territoriale ha assicurato negli anni la presa in carico dei soggetti a domicilio, e comunque sul territorio, e l'erogazione di prestazioni sia domiciliari che ambulatoriali, con una organizzazione incentrata sulla presenza in strutture territoriali polifunzionali quali i Presidi Distrettuali o Centri Socio-Sanitari, basata su attività prevalentemente prestate al mattino e con esclusione dei giorni festivi. La distribuzione funzionale del personale Infermieristico era ripartita su sei centri distrettuali e tre moduli di Medici di Medicina Generale risultando quindi molto frammentata. L'attribuzione funzionale del personale infermieristico sui tre moduli di medicina generale ottemperava ai dettami Regionali che suggerivano una sperimentazione sull'Infermiere di famiglia in sinergia con i Medici di Medicina Generale associati.

La riorganizzazione territoriale

Attraverso la riorganizzazione territoriale operata con l'apertura di due Case della Salute, la Zona/Distretto Piana di Lucca ha rivisitato nel suo complesso il modello organizzativo dell'Assistenza Domiciliare, in stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale, raggruppati, fin dal 2013, funzionalmente in 5 Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), che rappresentano la cornice nella quale sviluppare il nuovo modello di assistenza primaria e di presa in carico della cronicità.

L'obiettivo delle AFT, organizzazione monoprofessionale della MG, con bacino di utenza di circa 30.000 assistiti, composte da circa 20-25 medici, è quello di affidare ai medici afferenti, secondo obiettivi definiti e concordati con l'Azienda Sanitaria, la tutela della salute della popolazione di riferimento, omogeneizzando i percorsi, sviluppando l'assistenza sul paziente affetto da cronicità e favorendo l'*empowerment* dei propri assistiti, secondo il modello del *Chronic Care Model* (2). A seguito di questa nuova modalità aggregativa della MG, si è resa inevitabile una riorganizzazione del personale infermieristico impiegato funzionalmente nella assistenza domiciliare, rivisitando i rapporti di lavoro ed i modelli organizzativi nell'ambito del territorio, apparendo ormai superata la suddivisione per ambiti geografici e/o di presidio distrettuale, rimodulando l'offerta legata all'assistenza territoriale (3).

Oggi gli Infermieri garantiscono per 12 ore al giorno, tutti i giorni ad eccezione della domenica dove sono garantite, comunque, 6 ore di assistenza domiciliare, una grande varietà di attività, così raggruppate nelle seguenti macro-aree:

- **Attività Domiciliare programmata:** permette la presa in carico di utenza per un periodo limitato di tempo (max 60 gg rinnovabile), con valutazione mensile degli *outcome*, al fine di gestire problematiche post-acuzie, sostenere ed educare il *caregiver*;
- **Expanded Chronic Care Model Medicina di Iniziativa:** attività programmata svolta in ambulatori dedicati per i principali PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali), così come previsti dalle linee guide della Regione Toscana per diabete, scompenso, BPCO, post ictus (4-6);

- **Chronic Care Model domiciliare:** permette la presa in carico dell'utenza per un periodo di osservazione più lungo al fine di gestire le problematiche legate alla cronicità e attuare prevenzione terziaria. Questa attività è gestita di concerto con i MMG delle AFT e, se necessario, un medico è disponibile alla visita domiciliare nelle fasce orarie pomeridiane programmate (6-7);
- **Dimissioni difficili e urgenze:** permette di gestire nell'immediatezza le urgenze territoriali senza necessità di ricorrere al Pronto Soccorso e di essere presenti a domicilio in caso di dimissioni difficili. Questa attività è gestita di concerto con i MMG delle AFT e, se necessario, un medico è disponibile alla visita domiciliare nelle fasce orarie pomeridiane programmate.

La riorganizzazione ha rivisitato le modalità di attivazione della medicina di Iniziativa che precedentemente era attiva solo sui tre moduli di MMG Modulo Borgo Giannotti; Modulo Ponte a Moriano; modulo Area 51 (come da sperimentazione Regionale), estendendola a tutti gli assistiti delle AFT presenti sul territorio. E' stata condivisa e concertata la nuova organizzazione che ha visto la piena adesione di 4 AFT sulle 5 attive nella Zona/Distretto Piana di Lucca.

L'organizzazione prevede la proiezione funzionale dell'Infermiere delle cure primarie per nove mesi l'anno sugli ambulatori dei MMG aderenti al progetto, a garanzia di circa 2000 *follow-up* per AFT con un impegno di tre pomeriggi dedicati alla settimana. Non meno importante l'attenzione dedicata alla formazione del personale infermieristico per favorire il processo di *counselling* e la formazione di 4 Infermieri delle Cure Primarie Zona Piana di Lucca come conduttori secondo il metodo Stanford (8-9), al fine di incentivare il ruolo attivo del paziente cronico, assieme ai suoi familiari, o comunque *care-giver*, che diventa una risorsa sostenibile e efficace per rispondere alle sempre crescenti esigenze di salute della comunità.

Ulteriore cambiamento ha investito le segnalazioni delle Dimissioni Ospedaliere che afferiscono alla Centrale di Coordinamento Assistenza Territoriale (PUA-COAD) e che oggi sono processate attraverso un gestionale dedicato (ADT), attivato nel maggio 2015. Il progetto di attivazione ha seguito il percorso Regionale legato al Progetto Net Visual DEA (10), Gestione Flusso Pazienti Territorio-Ospedale-Territorio e l'implementazione degli strumenti di gestione operativa funzionali alla nuova organizzazione per processi dell'assistenza ospedaliera, orientata verso un modello per "intensità di cura" e al miglioramento della gestione e organizzazione dell'offerta territoriale. L'implementazione del nuovo modello di organizzazione dei servizi e dei flussi, ha consentito al PUA-COAD di conoscere in tempo reale la disponibilità presente e futura di letti delle strutture di cure intermedie, in base alla previsione di dimissione dei pazienti ricoverati, in modo da supportare una tempestiva e appropriata dimissione ospedaliera, con l'offerta di tutto il possibile ventaglio di azioni sanitarie e socio-sanitarie integrate, con particolare riferimento alla domiciliarità (ADI).

L'organizzazione del PUA-COAD ha anticipato quanto previsto dalla Regione Toscana con propria delibera di fine luglio 2016 sulla Agenzia di Coordinamento Ospedale-Territorio (ACOT).

Risultati

Nel primo semestre 2016, sono state processate dal PUA-COAD 839 segnalazioni di dimissioni dall'ospedale di riferimento zonale. Il dato non è confrontabile con quello dello stesso periodo dell'anno precedente per la modifica della modalità di segnalazione.

Relativamente alle ricadute che la riorganizzazione ha prodotto sulle attività Infermieristiche delle Cure Primarie, raggruppate funzionalmente in 5 AFT, si riportano i dati relativi alle attività erogate nel primo semestre 2016 vs stesso periodo 2015 nella tabella sottostante.

I dati evidenziano un incremento del 6,5% degli utenti presi in carico e un aumento del 11% degli accessi a domicilio. L'assistenza palliativa domiciliare si è ridotta di oltre il 40% con un corrispondente incremento dell'assistenza infermieristica domiciliare in quanto l'intervento di assistenza palliativa è stato, in maniera appropriata, limitato al periodo della terminalità.

Tabella 1- tipologia di assistenza infermieristica

Fonte dati Dipartimento infermieristico Cure Primarie Intermedie e Residenzialità

Tipologia di assistenza	Utenti in carico primo semestre 2015	Utenti in carico primo semestre 2016	Accessi a domicilio primo semestre 2015	Accessi a domicilio primo semestre 2016
Assistenza Infermieristica domiciliare sanitaria	2052	2180	15796	17556
Assistenza Infermieristica domiciliare palliativa	187	114	1708	1014
Assistenza Infermieristica domiciliare interventi integrati socio-sanitari	231	216	994	1511
TOTALI	2470	2510	18.498	20.081

Un altro dato da evidenziare è come, a parità di attivazioni di assistenza infermieristica domiciliare rispetto agli interventi domiciliari integrati socio-sanitari, sia aumentato il numero di accessi, pari al 65% in più: questo può trovare giustificativo, probabilmente nel tendenziale depauperamento delle condizioni sociali, che implementa e aggrava anche i bisogni sanitari.

Relativamente alle attività Infermieristiche legate alla medicina di iniziativa ed al programma di autogestione delle malattie croniche con il metodo Standford, i dati relativi alle attività infermieristiche erogate nel primo semestre 2016 sono riassunti nelle tabelle 2 e 3 (2-3).

Non meno importante è, infine, il governo dei posti letto a gestione territoriale dedicati alle Cure Intermedie, collocati presso la Cittadella della Salute Campo di Marte, la Casa della Salute di Marlia, la RSA il Sole di Altopascio, l'*Hospice* ed il Modulo Stati Vegetativi della struttura Polivalente S. Cataldo. I dati relativi alle attività di Cure Intermedie (compreso il modulo per stati vegetativi) erogate nel primo semestre 2016 confrontati con i dati di attività dello stesso periodo dell'anno 2015 sono riassunti nella tabella 4 (3).

Tabella 2- tipologia di interventi effettuati sulla cronicità

Fonte dati Dipartimento infermieristico Cure Primarie Intermedie e Residenzialità . Dati fino al 15/3/2016

Tipologia di assistenza	Utenti presi in carico	Utenti valutati	con Follow-up	Seminari attivati
Medicina di iniziativa	1486	1274	1388	0
Programma di autogestione delle malattie croniche Metodo Stanford	43	0	0	3
TOTALI	1529	1274	1388	3

Tabella 3- tipologia di assistenza nella sanità di Iniziativa

Fonte dati Dipartimento infermieristico Cure Primarie Intermedie e Residenzialità . Dati fino al 15/3/2016

Tipologia di assistenza	Utenti presi in carico	Utenti valutati	con Follow-up	Seminari attivati
Medicina di iniziativa	1486	1274	1388	0
Programma di autogestione delle malattie croniche Metodo Stanford	43	0	0	3
TOTALI	1529	1274	1388	3

Tabella 4- attività di Cure Intermedie.

Fonte dati Dipartimento infermieristico Cure Primarie Intermedie e Residenzialità. Dati fino al 15/3/2016

Modulo Cure Intermedie	Anno 2015 N° utenti	Giornate di degenza	Tasso di occupazione PL	Anno 2016 N° utenti	Giornate di degenza	Tasso di occupazione PL
Cure intermedie Campo di Marte	142	2062	81,82%	131	2394	95%
Cure Intermedie Marlia	86	1375	84,87%	121*	2337	92,73%
Cure Intermedie c/o RSA "Il Sole "	27	579	76,18%	28	611	80,39%
Hospice "S. Cataldo"	69	909	72,14%	71	1087	86,26%
Modulo Stati vegetativi (modulo di RSA)	10	847	94,11%	7	848	94,22%
TOTALI	334	5772		358	7277	

* l'incremento dei ricoveri presso il modulo Cure intermedie Marlia è dovuto ad un aumento dei posti letto passati da 9 a 14 dal Luglio 2015.

Considerazioni e conclusioni

La riorganizzazione, basandosi sul principio ispiratore della centralità della persona per incrementarne le capacità/potenzialità individuali di autogestione della propria salute, ha modificato di fatto il Ruolo dell'Infermiere che opera sul Territorio della Zona Piana di Lucca, rafforzando il legame professionale con i Medici di Medicina Generale AFT e, a caduta,

implementando la fidelizzazione del paziente.

L'infermiere operante sul territorio grazie al nuovo modello organizzativo fornisce una presenza maggiore in termini orari, garantendo una presa in carico della persona nel rispetto della continuità assistenziale.

Da un punto di vista professionale il vantaggio ottenuto è stato quello di uscire da un inquadramento meramente prestazionale per assumere un ruolo strategico nella erogazione dei servizi assistenziali sul territorio.

L'equipe infermieristica di AFT ha quindi la responsabilità di centrare il focus sui bisogni individuali di ogni singola persona e sui componenti della rete familiare; solo così si può determinare un cambiamento di stile di vita in termini di salute e di conseguenza garantire un uso appropriato dei servizi.

Una politica di razionalizzazione del sistema sanitario, tesa ad evitare ricoveri impropri e “*degenze sociali*”, richiede una organizzazione territoriale adeguata e coerente con le reali necessità della popolazione (11).

L'appropriatezza nell'uso delle risorse è l'unica strada percorribile per cogliere l'obiettivo della sostenibilità e il soddisfacimento dei bisogni. Per perseguire questo obiettivo occorre spostare la cura delle patologie, in particolare di quelle croniche, dall'ospedale al territorio, dove ormai è provato che la loro gestione, a parità d'efficacia, è sicuramente meno dispendiosa e più gradita da parte dei cittadini.

Le cure primarie rappresentano, pertanto, il mattone attorno al quale riprogettare l'assistenza territoriale (12), disegnando l'intera filiera dell'offerta, partendo dai reali bisogni del cittadino, con particolare accorgimento nell'integrazione dei servizi, anche alla luce dello sviluppo della rete di cure intermedie. A questo scopo, fondamentale è intercettare il bisogno reale, in particolare alla dimissione dall'ospedale, per supportare, da una parte, i *caregiver* e dall'altra favorire il sistema multiprofessionale della presa in carico e della gestione della cronicità.

BIBLIOGRAFIA

1. Piano d'Azione Globale dell'OMS per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013 – 2020. Traduz. Ministero della Salute.
2. Barbato A, Meggiolaro A, Rossi L, Fioravanti C, Palermita F, La Torre G. Tuscan Chronic Care Model: a preliminary analysis. *Ig. Sanita Pubbl.* 2015; 71 (5): 499-513.
3. <http://www.formas.toscana.it/it/2014-04-15-10-09-42>.
4. Francesconi P, Barletta V. L'implementazione del Chronic Care Model in Toscana. *Toscana Medica* 1/12, pp. 33-35.
5. Wagner E H. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ* 2000;320:569-572.
6. Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model. *JAMA.* 2002;288:1775-1779.
7. Francesconi P, Bellini I. Sanità d'iniziativa in Toscana. *Saluteinternazionale.info*, novembre 2015.

8. Nielsen A J. Traveling technologies and transformations in health care- Copenhagen Business School -Doctoral School of Organisation and Management Studies - PhD Series 36.2010.
9. Pagliacci D. Nothing about me, without me. Saluteinternazionale.info, luglio 2012.
10. <http://www.regione.toscana.it/-/assistenza-ospedalie-1>.
11. Rossi L, Baggiani A. L'ottimale dell'ADI. Riv. Ital. d'Igiene, 2002; 62 (5/6): 233-239.
12. Tozzi V D. Le spinte al cambiamento dell'assistenza territoriale in Italia. In: Corsalini E, Vendramini E. Integrare la rete dei servizi territoriali: contenuti, forme e risultati delle best practices in Italia. Milano: Egea 2010.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno