

I lettori che desiderano informarsi
sui libri e sull'insieme delle attività della
Società editrice il Mulino
possono consultare il sito Internet:

www.mulino.it

Per una longevità sostenibile

L'assistenza sanitaria e sociale agli anziani
in un paese che invecchia

a cura di Nicola Caravaggio, Giovanni Lamura,
Rebecca Graziosi e Giuliano Resce

Società editrice il Mulino

Questo volume è stato realizzato con il cofinanziamento dell'Unione europea - Next Generation EU, nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Investimento Partenariato Esteso PE8 «Conseguenze e sfide dell'invecchiamento», Progetto Age-It (Ageing Well in an Ageing Society).

Publicazione online: 2026

Isbn edizione digitale: 9788815415950

DOI: 10.978.8815/415950

Licenza: CC BY-NC-ND

Publicazione a stampa: 2026

Isbn edizione a stampa: 9788815394316

Collana: Fuori collana

Pagine: 224

Indice

Introduzione, <i>di Nicola Caravaggio, Rebecca Graziosi, Giovanni Lamura e Giuliano Resce</i>	p. 9
---	------

PARTE PRIMA: IL SUPPORTO AI CAREGIVER INFORMALI

1. Sostenere i caregiver familiari. Analisi comparata e raccomandazioni per il contesto italiano, <i>di Eva Bei, Marco Albertini e Federico Toth</i>	21
1. Introduzione	21
2. Il quadro normativo e di <i>policy</i> in Italia	23
3. L'Italia e i modelli europei di sostegno ai caregiver: un'analisi comparata	26
4. Raccomandazioni per interventi e politiche a sostegno dei caregiver informali in Italia	31
5. Conclusioni	36
2. Politiche a sostegno dei caregiver informali: uno strumento analitico testato in quattro città metropolitane italiane, <i>di Lavinia De Santis e Giovanni Amerigo Giuliani</i>	41
1. Introduzione	42
2. Lo studio delle politiche locali a sostegno dei caregiver attraverso le vignette: considerazioni metodologiche	45
3. La frammentazione dei diritti assistenziali in Italia: quattro brevi storie	51
4. Raccomandazioni per migliorare i servizi a sostegno dei caregiver informali	60
5. Conclusioni	61

PARTE SECONDA: I SERVIZI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA IN ETÀ ANZIANA

3. Approcci manageriali innovativi per la sostenibilità delle cure, <i>di Anna Tiso, Caterina Pozzan, Chiara Pamich, Chiara Verbano</i>	p. 67
1. Introduzione: l'«approccio snello e sicuro» per la sostenibilità delle cure	67
2. Obiettivi e metodo	70
3. Risultati	71
4. Ambiti di applicazione innovativi	77
5. Raccomandazioni per potenziare la sostenibilità delle cure	83
6. Conclusioni	85
4. L'Infermiere di famiglia e comunità in romagna: il primo anno di sperimentazione, <i>di Michela Fantini, Gianluca Fiorentini, Marta Giachello, Roberto Grilli, Cristina Ugolini e Giorgia Vallicelli</i>	89
1. Introduzione	90
2. Metodologia	93
3. Le caratteristiche della sperimentazione	93
4. Risultati: le attività dell'IFeC tracciate dai flussi amministrativi	95
5. Una proposta di valutazione descrittiva dell'impatto	105
6. Raccomandazioni per le politiche pubbliche	111
7. Conclusioni	113
5. Dalla Residenza al Centro multiservizi: verso un modello integrato di cura a lungo termine, <i>di Riccardo Prandini, Giulia Ganugi e Fiorentina Longobardi</i>	117
1. Introduzione	117
2. Dalla Residenza al Centro multiservizi (senza R!)	122
3. Condizioni disabilitanti per l'implementazione dei CMS	128
4. Condizioni abilitanti (o necessarie) per favorire la trasformazione da strutture residenziali a CMS	129

5. Raccomandazioni per la trasformazione delle strutture residenziali in CMS	p. 130
6. Conclusioni	136
6. Esigenze assistenziali di persone anziane LGBTQAI+ e formazione del personale assistenziale, <i>di Rebecca Graziosi, Giovanni Lamura e Georgia Casanova</i>	139
1. Introduzione	139
2. Metodo della ricerca	141
3. Risultati	143
4. Conclusioni	152
PARTE TERZA: INVECCHIAMENTO E FATTORI MACROECONOMICI	
7. Invecchiamento, stagnazione economica e sostenibilità fiscale nel pensiero economico, <i>di Antonella Rancan</i>	159
1. Introduzione	159
2. Economia e demografia nel pensiero economico	160
3. Invecchiamento: stagnazione o crescita economica?	162
4. Invecchiamento, spesa fiscale e spesa sanitaria	169
5. Conclusioni	174
8. Identificazione delle determinanti della spesa sanitaria italiana attraverso un metodo innovativo: il <i>Machine Learning</i> , <i>di Nicola Caravaggio e Giuliano Resce</i>	179
1. Introduzione	179
2. Determinanti della spesa sanitaria nella letteratura economica	181
3. Dati e metodologia	185
4. Risultati	189
5. Conclusioni	197
Conclusioni, <i>di Nicola Caravaggio, Rebecca Graziosi, Giovanni Lamura e Giuliano Resce</i>	207
Gli autori	217

4. L'Infermiere di famiglia e comunità in Romagna: il primo anno di sperimentazione

di Michela Fantini, Gianluca Fiorentini, Marta Giachello, Roberto Grilli, Cristina Ugolini e Giorgia Vallicelli

Abstract

L'introduzione della figura dell'Infermiere di famiglia e comunità (IFeC) in Italia risale al 2006, ma solo recentemente il d.m. n. 77/2022 ne ha rafforzato il ruolo all'interno del sistema sanitario territoriale. Tuttavia, la natura ancora relativamente nuova della funzione e l'ampiezza del suo ambito operativo – che spazia dal livello individuale a quello comunitario – pongono sfide significative in termini di definizione, valutazione e tracciabilità delle attività. In particolare, manca un sistema consolidato di indicatori e strumenti informatici in grado di registrare in modo adeguato le prestazioni erogate, soprattutto quelle di tipo comunitario, come attività di prevenzione, educazione e sensibilizzazione. Il contributo dell'IFeC, spesso non riconducibile a esiti clinici diretti, risulta difficile da misurare e valorizzare, anche dal punto di vista economico.

Il capitolo analizza il primo anno di attività del progetto sperimentale attivato presso l'AUSL Romagna nel corso del 2023. L'analisi evidenzia come, a fine anno, la figura dell'IFeC non abbia ancora pienamente assunto il ruolo previsto di facilitatore dei percorsi assistenziali e promotore dell'integrazione tra i servizi. Il carico assistenziale legato alla gestione di pazienti fragili ha mantenuto gli infermieri ancorati a mansioni tradizionali, prevalentemente di tipo ambulatoriale. Questo ha ostacolato l'evoluzione verso un modello più proattivo e orientato al coordinamento, al supporto all'autonomia del paziente e alla costruzione di reti professionali sul territorio. La transizione verso una funzione di guida e riferimento comunitario richiederà dunque un rafforzamento organizzativo, strumenti di monitoraggio più adeguati e un chiaro riconoscimento del valore aggiunto dell'IFeC all'interno del sistema territoriale.

1. Introduzione¹

Nel 1998 il programma dell'OMS, *Health21: La salute per tutti nel XXI secolo*, individuando 21 obiettivi strategici da perseguire nei paesi europei, introduce una nuova figura professionale denominata *Family Health Nurse*, il cui ruolo viene delineato nel Target 15 come un professionista inserito nella comunità, che crea relazioni e coopera non solo con tutte le altre figure sanitarie ma con individui e famiglie, al fine di trovare soluzioni ai problemi di salute e promuovere il benessere della comunità in cui opera [WHO 1998].

In Italia, il ruolo dell'infermiere di famiglia riceve attenzione con la legge n. 43/2006, che introduce questa nuova professionalità infermieristica per occuparsi di terapie riabilitative e sociosanitarie, di assistenza terapeutica, psicologica e motoria nei casi di cronicità grave in ambito extraospedaliero. Tuttavia, la vera e propria introduzione dell'Infermiere di famiglia e comunità (IFeC) avviene nel 2020, quando la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome emana delle linee di Indirizzo dove si forniscono indicazioni per favorire l'integrazione dell'IFeC con tutte le figure professionali territoriali, al fine di poter garantire la totale presa in carico integrata del cittadino.

Più recentemente, il d.m. n. 77 del 23 maggio 2022 ha identificato l'IFeC come il professionista di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti, a fronte di uno standard quantitativo pari a 1 infermiere ogni 3.000 abitanti.

A partire dal 2020 l'IFeC diventa quindi non solo un infermiere erogatore di prestazioni ma il perno dell'offerta di servizi sul territorio, e partecipa ad attività di promozione e prevenzione a vari livelli e con diverse modalità. Una delle funzioni fondamentali svolte dall'IFeC nella comunità di riferimento

¹ Ringraziamo Silvia Mazzini, Marco Senni, Domenico D'Erasmus, Valentina Genovese e Luca Gelati dell'AUSL della Romagna per il prezioso contributo dato in fase iniziale per la raccolta delle informazioni di contesto necessarie per la stesura di questo lavoro, rendicontato all'interno del progetto *Age-IT* e grazie al quale è stato finanziato il contratto RTD di Marta Giachello.

consiste infatti nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie, mediante azioni educative mirate sui singoli pazienti, collaborando con gli attori della comunità per identificare problemi di salute specifici e per sviluppare programmi di prevenzione su larga scala. Di fatto, come prescrive il *Patto per la Salute 2019-2021*, l'IFeC si candida a diventare un soggetto che supporta l'integrazione sociosanitaria e il pieno utilizzo del capitale sociale nella comunità. Oltre a ciò, si delinea un ruolo altrettanto importante di «facilitatore» del passaggio dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa, agevolando la creazione di un rapporto di fiducia con i pazienti e le loro famiglie, fondamentale per la gestione delle cure croniche e, più in generale, delle fragilità.

A livello internazionale, la necessità di una figura come quella dell'IFeC viene nuovamente ribadita dall'OMS a partire dal 2020 [WHO 2020], quando viene confermata la necessità che si introduca una professione sanitaria con competenze nelle cure primarie e di sanità pubblica in grado di assistere la famiglia e la comunità anche presso il domicilio, esercitando il proprio ruolo in un ambito geografico ben specifico, attivando un modello di medicina di prossimità e proattiva declinato in base alle caratteristiche del territorio stesso.

Le esperienze regionali più importanti finora realizzate in Italia riguardano Valle d'Aosta, Toscana, Piemonte, Friuli-Venezia Giulia e Lombardia. In questo ambito, che sarà poi oggetto di approfondimento nel presente lavoro, l'Emilia-Romagna ha sperimentato differenti modalità di valorizzazione della professione infermieristica comunitaria nell'ambito dell'assistenza territoriale, senza ancora tuttavia definire un univoco modello di intervento.

Recentemente, per evitare sovrapposizioni tra figure infermieristiche diverse, ma tutte impegnate nell'attività territoriale, alcune regioni e aziende territoriali si stanno orientando a concentrare sull'IFeC tutte le funzioni infermieristiche territoriali, non solo le più innovative funzioni di medicina di iniziativa, ma anche quelle di tipo prestazionale relative all'Assistenza domiciliare integrata (ADI), alla gestione della cronicità e alle prestazioni infermieristiche occasionali, procedendo verso la creazione dell'infermiere «unico» con una popolazione di riferimento di 3.000 abitanti, come previsto dal d.m. n. 77/2022. La ragione di

questa scelta è certamente da ritrovarsi nella scarsità di risorse infermieristiche nel nostro paese, ma occorre non sottovalutare il rischio che, concentrando tutte le funzioni infermieristiche nel nuovo infermiere unico, sia sacrificata proprio quella funzione di orientamento proattivo alla comunità e alla gestione dei cronici nel territorio che invece caratterizza il ruolo dell'IFeC immaginato dall'OMS.

Nella letteratura internazionale non risultano studi specifici che analizzino l'impatto di questa figura professionale, ma vi sono diversi esempi relativi ai modelli organizzativi che trovano il loro fondamento in una gestione e presa in carico del malato multidisciplinare e multiprofessionale. Più di recente, un numero ancora limitato di studi ha analizzato l'impatto causale di tali modelli organizzativi nell'indurre miglioramenti su indicatori di salute rilevanti [Ferreira-Batista *et al.* 2023; Lippi Bruni *et al.* 2023; Moura 2022]. Sotto il profilo analitico, risultano ancora poche le indagini che si propongano una sistematica valutazione di impatto. Dal momento che l'IFeC è una professione delineata recentemente nell'ordinamento nazionale, vi sono studi di tipo qualitativo relativi alla percezione dell'esperienza da parte degli IFeC coinvolti nelle prime sperimentazioni [Malucchi *et al.* 2023], oppure analisi basate sui risultati della somministrazione di questionari ai pazienti per misurare i livelli di salute e di qualità di vita percepita. Ad esempio Falco e colleghi [2022] confrontano un gruppo di pazienti seguito da un IFeC con un gruppo seguito da un infermiere delle cure domiciliari. A livello nazionale, tuttavia, non sembrano emergere ancora valutazioni di impatto rigorose dell'IFeC su esiti di salute e utilizzo dei servizi, quali per esempio i ricoveri inappropriati, la mortalità, e l'aderenza a linee guide e terapie. Valutazioni di questo tipo richiedono la possibilità di condurre analisi retrospettive, mediante informazioni osservabili in una fase pre e post-trattamento.

Poiché si tratta di una professione introdotta di recente, con un insieme di funzioni ampio e diversificato che va dal supporto individuale a quello comunitario, restano ancora da definire con chiarezza sia un insieme di indicatori rilevanti sia un modello di valutazione coerente. Inoltre, valutare l'impatto dell'IFeC sulla salute delle persone è complesso, poiché gli effetti possono emergere nel lungo periodo o risultare difficili da isolare rispetto ad altri interventi concomitanti.

2. Metodologia

Tenendo conto di quanto sopra esposto, il presente studio propone una riflessione sul primo anno di attività del progetto sperimentale avviato all'interno dell'AUSL Romagna a partire da gennaio 2023. I territori prescelti per l'introduzione dei primi IFeC aziendali sono connotati dalla presenza di una Casa della Comunità (CdC), da analoghe caratteristiche distintive dei macro-bisogni della popolazione legate alla dimensione e alla composizione sociodemografica dei territori, nonché da analoghi elementi relativi all'orografia e alla distribuzione geografica dei residenti.

Nel prossimo paragrafo verranno forniti maggiori dettagli sulla sperimentazione. Nel paragrafo 4 verranno descritte le caratteristiche dei pazienti intercettati nel corso dell'anno, analizzando la tipologia di interventi realizzati dagli IFeC a partire dalla banca dati in costruzione attraverso il sistema informativo adottato dall'Azienda per mappare l'attività svolta sui singoli ambiti territoriali. Il paragrafo finale proporrà una preliminare valutazione di impatto dell'attività degli IFeC sulla base di alcuni indicatori di processo.

3. Le caratteristiche della sperimentazione

Nella fase sperimentale del progetto sono state avviate a partire dal 2023 quattro realizzazioni-pilota, inserendo 10 IFeC aziendali operativi a fine 2023, a cui si aggiunge l'IFeC finanziato dalla collaborazione pubblico-privato in corso a Marina di Ravenna.

I territori sono: la frazione di Voltana situata nella parte a nord del distretto di Lugo (Ravenna) con circa 2.890 abitanti, che si caratterizza per un invecchiamento della popolazione ormai strutturale e superiore alla media aziendale e zona rurale distante dalle strutture sociosanitarie; i sette piccoli comuni su cui insiste la CdC dell'Alta Valmarecchia con sede a Novafeltria (Rimini), a cui afferiscono quasi 15.000 assistiti; il territorio dei comuni di San Piero e Bagno di Romagna, in cui risiedono 7.413 abitanti seguiti da una sede periferica della CdC Valle Savio (Cesena); e il Nucleo di cure primarie del Tramazzo (Forlì),

che ha come bacino di riferimento la popolazione residente nei comuni di Tredozio e Modigliana (ca. 5.519 abitanti). Nel maggio 2023 nel comune di Marina di Ravenna (ca. 4.000 abitanti) è stato aggiunto un IFeC grazie a un finanziamento quadriennale ricevuto da ENI, nell'ambito dei programmi di promozione della salute delle comunità e per facilitare l'assistenza a pazienti affetti da malattie cronico-degenerative.

L'implementazione del progetto ha previsto una prima fase di ricognizione territoriale mirata alla conoscenza del territorio, all'identificazione degli attori da coinvolgere, all'individuazione degli utenti e alla mappatura dei servizi presenti all'interno dei Comuni. In questa fase si sono svolti incontri e riunioni con le amministrazioni dei comuni coinvolti, i medici di medicina generale (MMG), gli assistenti sociali e il terzo settore, anche al fine di sviluppare una cabina di regia locale per monitorare l'avanzamento del progetto. A questa prima fase di valutazione e progettazione ha fatto seguito, con tempistiche diverse nei vari territori, una seconda fase operativa che ha proceduto con l'effettiva presa in carico degli utenti individuati.

Per il primo anno di attivazione le responsabilità previste per l'IFeC sono:

- lettura e analisi del contesto comunitario e familiare;
- identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità attraverso scale validate;
- costruzione ed erogazione, in integrazione con le altre figure della centrale operativa territoriale (COT) e del distretto, di interventi di promozione di stili di vita e comportamenti salutari dell'individuo e della comunità e loro coinvolgimento attivo nelle decisioni relative a salute e benessere;
- valutazione del bisogno di orientamento delle persone e della comunità rispetto ai servizi sociosanitari esistenti, ai percorsi necessari per la loro attivazione e all'utilizzo delle fonti di informazione e di comunicazione disponibili;
- promozione della salute e della prevenzione primaria, secondaria e terziaria facendo riferimento a schemi concettuali tra cui il «modello ampliato di cura della cronicità» (*Expanded Chronic Care Model*);
- facilitazione dei percorsi assistenziali in risposta ai bisogni di salute delle famiglie insieme al MMG e al pediatra di libera scelta (PLS).

L'intervento dell'IFeC può essere attivato su segnalazioni ricevute dai medici di famiglia, privati cittadini e stakeholder locali.

4. Risultati: le attività dell'IFeC tracciate dai flussi amministrativi

Per implementare le funzioni e le attività dell'IFeC, l'AUSL ha creato nel sistema gestionale «Icaro Romagna» (l'applicativo in uso ai servizi infermieristici domiciliari dell'azienda)² un'apposita sezione dedicata per la predisposizione di un flusso informativo in ingresso e in uscita da parte degli IFeC. Il gestionale consente di creare un intervento specifico per ogni utente valutato, in modo puntuale in caso di valutazione singola, oppure senza la definizione di una data di chiusura in caso di presa in carico per un periodo prolungato.

4.1. I pazienti seguiti dall'IFeC nel 2023

Il numero dei pazienti seguiti dai diversi IFeC è eterogeneo tra gli ambiti territoriali, indice importante del diverso approccio degli infermieri alla cura dei singoli e della comunità. I pazienti complessivamente presi in carico o comunque intercettati nel corso del 2023 sono 376, per un totale complessivo di circa 8.500 prestazioni, con una media di circa 22 prestazioni per paziente erogate nell'anno. Il numero medio di prestazioni erogate per ciascun IFeC ammonta a 773 prestazioni (minimo 24 – massimo 2.747), con differenze notevoli a seconda del professionista e dell'ambito territoriale, dovute forse anche ai diversi tempi di attivazione della sperimentazione, oltre che al differente approccio adottato da ciascun IFeC nella raccolta dati e nella compilazione dei report.

La figura 4.1 riporta i pazienti intercettati nei quattro ambiti suddivisi per bimestre (figura sopra). Sulla base di un rapido calcolo, è possibile evidenziare che il 75% dei pazienti è stato preso in carico nel secondo semestre dell'anno. Nell'ambito di

² Si veda <https://www.maggioli.com/it-it/soluzioni/software/icaro-evo>.

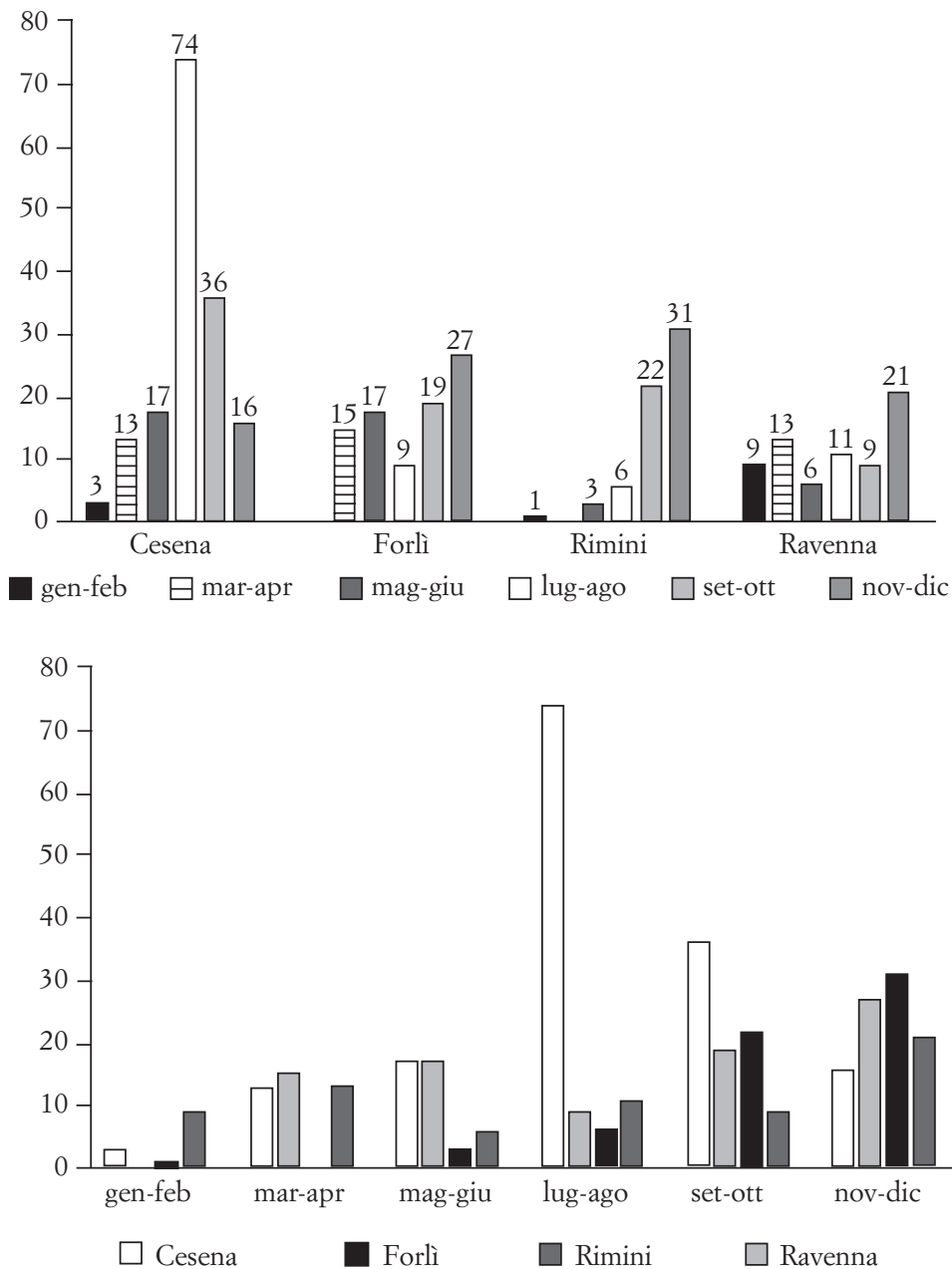


FIG. 4.1. Pazienti intercettati, rappresentati per bimestre e per ambito.

Cesena (figura sotto), il maggior numero di pazienti (74) è intercettato nel mese di luglio-agosto, mentre negli altri ambiti l'attività di presa in carico si intensifica maggiormente nei mesi di novembre e dicembre.

Più frequenti i pazienti di sesso femminile, con una età media di 79 anni (età massima 100). Nonostante l'indicazione

aziendale di concentrare inizialmente l'attività sperimentale degli IFeC sui pazienti più anziani, gli ambiti mostrano anche pazienti relativamente giovani, evidenziando la scelta di allargare l'attenzione alla popolazione fragile nel suo complesso, senza limitarsi a una specifica fascia di età.

Nel gestionale Icaro, oltre alle sezioni di informazioni anagrafiche e clinico/assistenziali, è stata predisposta un'apposita sezione di informazioni sociali per indagare la rete di supporto familiare ed eventuali interventi in atto; vi è inoltre lo spazio per utilizzare alcune scale di valutazione dei diversi bisogni assistenziali dell'utente o del suo caregiver informale, utili per una comprensione globale delle condizioni di salute del paziente, non solo fisico-corporea, e monitorarne l'andamento. La tabella 4.1 illustra la tipologia e il numero di scale di valutazione compilate nel corso del 2023 dagli IFeC per i loro pazienti, riportando a fianco la percentuale di ciascuna scala compilata rispetto al totale dei pazienti presi in carico nel 2023 per ciascun ambito.

Le scale più impiegate nei quattro ambiti territoriali sono: la «Sunfrail», utilizzata per la valutazione della fragilità negli anziani, in particolare nell'ambito delle cure primarie e comunitarie (compilata nell'82% delle schede redatte); la valutazione dei determinanti socioeconomici (73%); la valutazione della vulnerabilità psicosociale del paziente anziano (69%); le scale ADL (66%) e IADL (64%), che ne misurano la dipendenza da altri nello svolgere attività quotidiane come vestirsi, prepararsi il cibo, camminare o fare la spesa; la scala «Conley» sul rischio di caduta (61%); e la scala «Morisky» sull'aderenza alle terapie prescritte (58%).

Il maggior numero di scale di valutazione è stato compilato nell'ambito di Cesena (in coerenza con il più alto numero di pazienti in carico), ma il numero di scale compilate per ciascun paziente in concomitanza con l'apertura della scheda di intervento è elevato in tutti gli ambiti territoriali, a eccezione delle scale «Cog» che valutano lo stato cognitivo e «Must» per il livello nutrizionale, che hanno percentuali tra il 19% e il 20% delle valutazioni effettuate. Seppur ancora poco compilata (14%), la scala «Zarit» risulta particolarmente interessante per comprendere meglio il contesto ambientale in cui il paziente vive, poiché focalizza l'attenzione sulla figura del caregiver informale, valutandone il carico assistenziale.

TAB. 4.1. *Le scale di valutazione compilate*

	Legenda	Cesena	Forlì	Ravenna	Rimini	Totale
Sunfrail	Valutazione della fragilità dell'anziano	140	83	35	49	307
		89,2%	95,4%	71%	77,7%	81,6%
Det_soc_ec	Rilevazione determinanti socioeconomici	125	76	32	42	275
		79,6%	87,3%	59,4%	66,7%	73,1%
Val_vul_anz	Valutazione vulnerabilità psicosociale dell'anziano	119	68	36	37	260
		75,7%	78,1%	53,6%	58,7%	69,1%
ADL	ACTIVITIES OF DAILY LIVING -Indice di dipendenza nelle attività della vita quotidiana	86	74	37	52	249
		54,7%	85,0%	53,6%	82,5%	66,2%
IADL	Indice di dipendenza attività strutturali della vita quotidiana	85	77	35	43	240
		54,1%	88,5%	60,8%	68,3%	63,8%
Conley	Valutazione del rischio di caduta paziente	77	73	36	45	231
		49,0%	83,9%	52,2%	71,4%	61,4%
Morisky	Scala sull'aderenza alla terapia di Morisky	78	73	30	38	219
		49,6%	83,9%	5,5%	60,3%	58,2%
Brass	Blaylock Risk Assessment Screening Score _ valutazione dell'anziano fragili	130	0	32	42	204
		82,8%	0,0%	46,3%	66,6%	54,3%
Must	Valutazione del livello nutrizionale	24	0	9	42	75
		15,2%	0,0%	60,8%	66,6%	19,9%
Cog	Scala cognitiva	4	62	0	6	72
		2,5%	71,2%	0,00%	9,5%	19,1%
Zarit	Valutazione del carico del caregiver	17	4	3	29	53
		10,8%	4,5%	4,3%	46%	14,1%
Totale	Totale valutazioni	885	590	285	425	2185
Pazienti	Pazienti presi in carico nel 2023	157	87	69	63	376

Analizzando le caratteristiche principali dei pazienti trattati (dati non riportati in tabella), Cesena registra il maggior numero di prestazioni (4.038) e pazienti raggiunti (157). Le prese in carico aumentano durante l'anno, con un picco estivo. I pazienti, con età media di 78 anni, sono prevalentemente pensionati con titolo di studio di scuola elementare, spesso con riduzione della memoria, polifarmacoterapia e discreta autonomia nelle attività quotidiane. La maggior parte può contare su una rete familiare, ma molti sono insoddisfatti del medico di medicina generale e ritengono carente l'assistenza sociale. Forlì ha preso in carico 87 pazienti (età media 82 anni) con 2.061 prestazioni. I pazienti sono in buona parte autonomi nelle attività quotidiane e nella gestione terapeutica, pur assumendo molti farmaci. Il contesto sociale è fragile: il 72% vive solo, il 35% soffre di solitudine, il 90% percepisce pensione sociale e il 24% non ha figli viventi, indicando la necessità di maggiori interventi sociosanitari. Ravenna segue con 69 pazienti, pensionati con età media di 82 anni, mostrano una buona condizione economica, ma necessitano spesso di aiuto per pasti, pulizie e spostamenti. Più della metà ha avuto cadute o vertigini recenti. I dati di valutazione risultano parziali e il supporto da parte del volontariato e dell'assistenza comunale è percepito come scarso. Rimini ha preso in carico 63 pazienti (1.489 prestazioni), con un'accelerazione delle attività negli ultimi mesi. L'età media è di 77 anni, con una popolazione più giovane rispetto agli altri ambiti. I pazienti, in buona parte pensionati, mostrano una rete familiare di supporto consolidata ma necessitano spesso di assistenza per mobilità, igiene e gestione terapeutica. Il deterioramento cognitivo incide significativamente sulla deambulazione e sulle attività quotidiane.

In generale, la sfida dell'IFeC rimane quella di ampliare la rete di individui intercettati, cercando di raggiungere anche coloro che non dispongono già di adeguati supporti sociali.

4.2. Le attività dell'IFeC

L'Azienda ha predisposto un elenco di prestazioni specifiche per la rendicontazione puntuale delle attività svolte dagli IFeC durante gli accessi domiciliari o ambulatoriali, a cui si aggiunge

l'elenco delle prestazioni specifiche per l'Assistenza domiciliare integrata (ADI), estrapolate dal d.p.c.m. 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA, e dalle specifiche relative al flusso del Servizio informativo assistenza domiciliare (SIAD) per il 2023. Questo permette di monitorare sia l'attività dell'IFeC in termini di volumi di prestazioni e attività, sia l'impegno dedicato al singolo utente. Si tratta di circa 90 azioni di vario tipo compiute dagli IFeC nei confronti dei pazienti e classificate all'interno del sistema Icaro.

La tabella 4.2 elenca le prestazioni previste dal gestionale, distinte per ambito territoriale, aggregate utilizzando 6 macro gruppi definiti dai referenti aziendali del progetto IFeC: prestazioni infermieristiche comprese nei LEA definiti a livello nazionale; prestazioni di tipo fisioterapico; prestazioni previste per la funzione IFeC (in tabella sotto l'acronimo IFOC, da Infermiere di famiglia o comunità); prestazioni di tipo organizzativo NON comprese nei LEA e non legate all'assistito; prestazioni di tipo organizzativo non legate all'accesso.

Per i 376 pazienti in carico agli IFeC, le prestazioni erogate (p.e.) più frequenti sono quelle legate all'instaurazione di un contatto o all'esaurimento delle attività prodromiche alla visita all'assistito o con i suoi caregiver (ad esempio, le voci «colloquio con familiare/caregiver», 915 p.e.; «compilazione del diario clinico infermieristico», 869 p.e.; «telefonate a domicilio dell'assistito», 635 p.e.; «rilevo parametri vitali», 821 p.e.).

Intense anche le attività che dimostrano il ruolo di case-manager svolto dall'IFeC o comunque quale punto di contatto di diversi professionisti coinvolti nella tutela della salute del paziente e a supporto del suo caregiver (ad esempio le voci: «facilitazione percorsi», 273 p.e.; «colloquio con interfacce», 267 p.e.; «colloquio con assistente sociale», 167 p.e.; «educazione del caregiver alla corretta mobilitazione / corretta postura del paziente», 134 p.e.) o per lo svolgimento di attività di cura semplici (s.v. le voci: «prelievo ematico capillare», 128 p.e.; «medicazioni complesse», 100 p.e.). Si osserva come la classificazione delle prestazioni utilizzata sia ipertrofica, per la natura sperimentale del progetto e per la necessità di monitorare un ampio spettro di attività in capo a una figura il cui ruolo non è ancora globalmente e uniformemente definito su tutto il territorio. Il risultato è che gran parte delle prestazioni sono registrate con una frequenza inferiore a 100.

TAB. 4.2. Prestazioni erogate ordinate per frequenza, per macrogruppo, per ambito

Tipo di prestazioni	Prestazioni ordinate per numerosità	CE	FO	RA	RN	Totale AUSL	
		%	%	%	%	N	%
LEA	Colloquio con familiare / caregiver	11,3	7,1	18,5	9,6	915	10,8
	Compilazione diario clinico infermieristico	8,1	23,9	4,6	0,5	869	10,2
	Colloquio con il medico curante	2,2	5,2	13,0	3,2	362	4,3
	Rilevazione di test / scale di valutazione	3,9	3,8	1,7	6,8	351	4,1
	Prima visita domiciliare	3,5	4,0	3,6	2,8	296	3,5
	Visita programmata di attuazione del piano assistenziale	6,7	0,0	0,8	0,7	289	3,4
	Medicazioni semplici	1,0	2,9	6,0	6,0	243	2,9
	Educazione del caregiver corretta mobilitazione	1,3	0,5	1,5	3,8	134	1,6
	Prelievo ematico da sangue capillare	2,4	1,6	0,0	0,0	128	1,5
	Educazione del caregiver prevenzione lesioni cutanee	0,7	0,3	1,1	4,6	115	1,4
	Valutazione ambiente domestico	2,1	1,1	0,2	0,2	111	1,3
	Educazione del caregiver utilizzo di ausili mobilitazione	1,9	0,0	0,8	1,7	109	1,3
	Medicazioni complesse	0,0	0,9	0,3	5,3	100	1,2
	Terapia iniettiva endovenosa in infusione	0,0	0,0	0,0	6,6	99	1,2
	Istruzione del caregiver alla gestione di una terapia	1,8	0,0	1,5	0,8	97	1,1
	Educazione del caregiver alla attività di nursing	1,2	0,3	1,3	1,4	89	1,0
	Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici	0,3	0,1	4,0	2,1	85	1,0
	Gestione cateterismo sottocutaneo / venoso periferico	0,0	0,0	0,0	5,6	83	1,0
	Prelievo ematico	0,0	2,7	0,0	1,1	74	0,9
	Stesura di un piano assistenziale	1,3	0,0	0,0	0,8	64	0,8
	Riunioni periodiche equipe	0,5	0,3	2,2	0,5	53	0,6
	Colloquio con medico specialista	0,5	0,3	0,1	0,9	42	0,5
	Terapia iniettiva sottocutanea	0,8	0,0	0,0	0,2	35	0,4
	Educazione del caregiver gestione derivazioni urinarie	0,3	0,0	0,1	1,1	28	0,3
	Posizionamento catetere venoso periferico	0,0	0,0	0,0	1,5	22	0,3
	Gestione cateterismo vescicale	0,1	0,1	0,1	1,0	21	0,2
	Educazione del caregiver gestione dispositivi farmaci	0,2	0,0	0,2	0,7	20	0,2
	Visita in urgenza	0,3	0,2	0,1	0,1	18	0,2
	Irrigazione dell'occhio	0,0	0,8	0,0	0,0	17	0,2
	Terapia iniettiva sottocutanea in infusione	0,0	0,0	0,2	0,7	14	0,2
	Visita di cordoglio - Supporto al lutto	0,2	0,2	0,1	0,1	13	0,2
	Gestione derivazioni urinarie	0,2	0,0	0,0	0,1	9	0,1
	Gestione alvo (intervento educativo igienico-alimentare)	0,1	0,0	0,0	0,1	8	0,1
	Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie	0,2	0,0	0,0	0,0	8	0,1
	Applicazione misure profilattiche	0,1	0,0	0,0	0,0	6	0,1
	Gestione alvo (clistere evacuativo evacuazione manuale)	0,1	0,0	0,0	0,1	6	0,1
	Esplorazione rettale	0,1	0,0	0,0	0,1	6	0,1
	Valutazione del ristagno vescicale	0,1	0,0	0,0	0,0	5	0,1
	Educazione del caregiver alla gestione di enterostomie	0,0	0,0	0,0	0,2	4	0,0
	Terapia iniettiva intramuscolare	0,0	0,1	0,1	0,0	3	0,0
	Educazione del caregiver alla broncoaspirazione	0,1	0,0	0,0	0,0	3	0,0
	Gestione cateterismo venoso centrale / sist. Port-a-cath	0,0	0,0	0,0	0,1	3	0,0
	Posizionamento cateterino sottocutaneo	0,0	0,0	0,0	0,2	3	0,0
	Assistenza/gestione pompa infusionale	0,0	0,0	0,0	0,1	2	0,0
	Toilette lesione/ferita superficiale	0,0	0,0	0,0	0,0	2	0,0
	Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni	0,0	0,0	0,0	0,1	2	0,0
	Gestione PEG	0,0	0,0	0,0	0,0	2	0,0
	Gestione drenaggi	0,0	0,0	0,0	0,1	2	0,0
	Gestione enterostomie	0,0	0,0	0,0	0,0	2	0,0
	Somministrazione di terapia tramite SNG-PEG	0,0	0,0	0,0	0,0	1	0,0
	Valutazione della disfagia	0,0	0,0	0,1	0,0	1	0,0
	Gestione tracheostomia	0,0	0,0	0,0	0,1	1	0,0
	Bendaggio con doccia di immobilizzazione	0,0	0,0	0,1	0,0	1	0,0
	Terapia iniettiva endovenosa	0,0	0,0	0,0	0,1	1	0,0

(segue)

TAB. 4.2. *Segue*

IFoC	Educazione terapeutica	4,7	5,3	0,9	1,7	334	3,9
	Facilitazione percorsi	4,3	2,1	2,2	2,4	273	3,2
	Colloqui/intervista ambulatoriale con utente	1,1	6,4	1,9	0,0	194	2,3
	Visita con altri professionisti (es. Assistente Sociale)	0,2	0,0	0,4	0,5	18	0,2
	Interventi/eventi comunitari	0,4	0,0	0,0	0,0	15	0,2
Fisiote- rapica	Valutazione del dolore	0,0	0,3	0,0	1,4	28	0,3
	Valutazione funzionale globale A DOMICILIO	0,0	0,9	0,4	0,3	26	0,3
	Valutazione globale del livello di autonomia	0,0	0,2	0,0	0,4	11	0,1
	Rieducazione individuale all'autonomia nelle ADL	0,0	0,1	0,0	0,1	5	0,1
	Valutazione monofunzionale A DOMICILIO	0,0	0,0	0,0	0,0	1	0,0
Non legate all'ac- cesso	Telefonate al domicilio dell'assistito	6,5	8,7	10,0	6,6	635	7,5
	Compilazione digitale documentazione sanitaria	9,6	0,0	0,8	3,2	443	5,2
	Colloquio con Interfacce (ospedali, strutture, 118, servizi)	4,8	1,2	3,9	0,8	267	3,1
	Colloquio con Assistente Sociale	1,3	2,5	1,9	0,4	127	1,5
	Segreteria-Punto d'ascolto	0,1	0,0	2,2	0,9	40	0,5
Non com- prese nei LEA	Preparazione dispositivi medici e farmaci	0,3	0,2	0,2	0,6	26	0,3
	Rilievo parametri vitali	9,6	11,4	8,9	7,8	821	9,7
	Consegna e/o ritiro dispositivi medici/farmaci	0,7	0,3	1,2	0,1	48	0,6
	Accesso senza prestazione infermieristica	0,1	1,5	0,4	0,1	39	0,5
	Somministrazione ossigeno	0,6	0,0	0,0	0,1	25	0,3
Altre fun- zioni orga- nizza- tive	Sorveglianza procedure terapeutiche	0,1	0,9	0,0	0,0	23	0,3
	Visita con MMG/specialista	0,2	0,2	0,1	0,3	20	0,2
	Visita di chiusura dell'intervento assistenziale	0,0	0,2	0,0	0,0	6	0,1
	Depuntatura	0,0	0,0	0,2	0,0	2	0,0
	Tutoraggio studenti	0,8	0,0	0,0	0,0	34	0,4
Totale prestazioni	Organizzazione PV (Segreteria-Punto d'ascolto)	0,4	0,2	0,9	0,0	28	0,3
	Approvvigionamento dispositivi medici, farmaci	0,0	0,1	0,3	0,5	13	0,2
	Percorrenze chilometriche (inserimento n. km)	0,0	0,3	0,0	0,0	9	0,1
	Archiviazione e tenuta documentazione sanitaria	0,1	0,0	0,5	0,0	9	0,1
	Tutoraggio e inserimento neo assunto/inserito	0,0	0,0	0,0	0,3	4	0,0
	Valutazione infermieristica Wound Care	0,0	0,0	0,1	0,0	1	0,0
	Promozione e sviluppo di progetti di ricerca	0,0	0,0	0,0	0,0	1	0,0
Totale prestazioni		4.038	2.061	918	1.489	8.508	100

Il numero variabile di prestazioni selezionate da parte di ciascun IFeC nei diversi ambiti può essere giustificato anche sulla base di una diversa sensibilità alla descrizione del lavoro svolto. Ciò che non rientra tra le attività da segnalare per un professionista diviene invece oggetto della prestazione di un altro, a seconda della granularità d'analisi del proprio operato e della sensibilità del singolo a segnalarle, anche in rapporto agli strumenti digitali, che pure rappresentano una novità per professionisti abituati a prestare servizio in ambulatorio o a domicilio senza necessità di documentare digitalmente il proprio lavoro.

Come riassunto nella figura 4.2, per tutti gli ambiti territoriali le prestazioni LEA sono di gran lunga le più erogate da parte degli IFeC, seguite con un notevole distacco dalle prestazioni per funzioni organizzative non legate all'accesso.

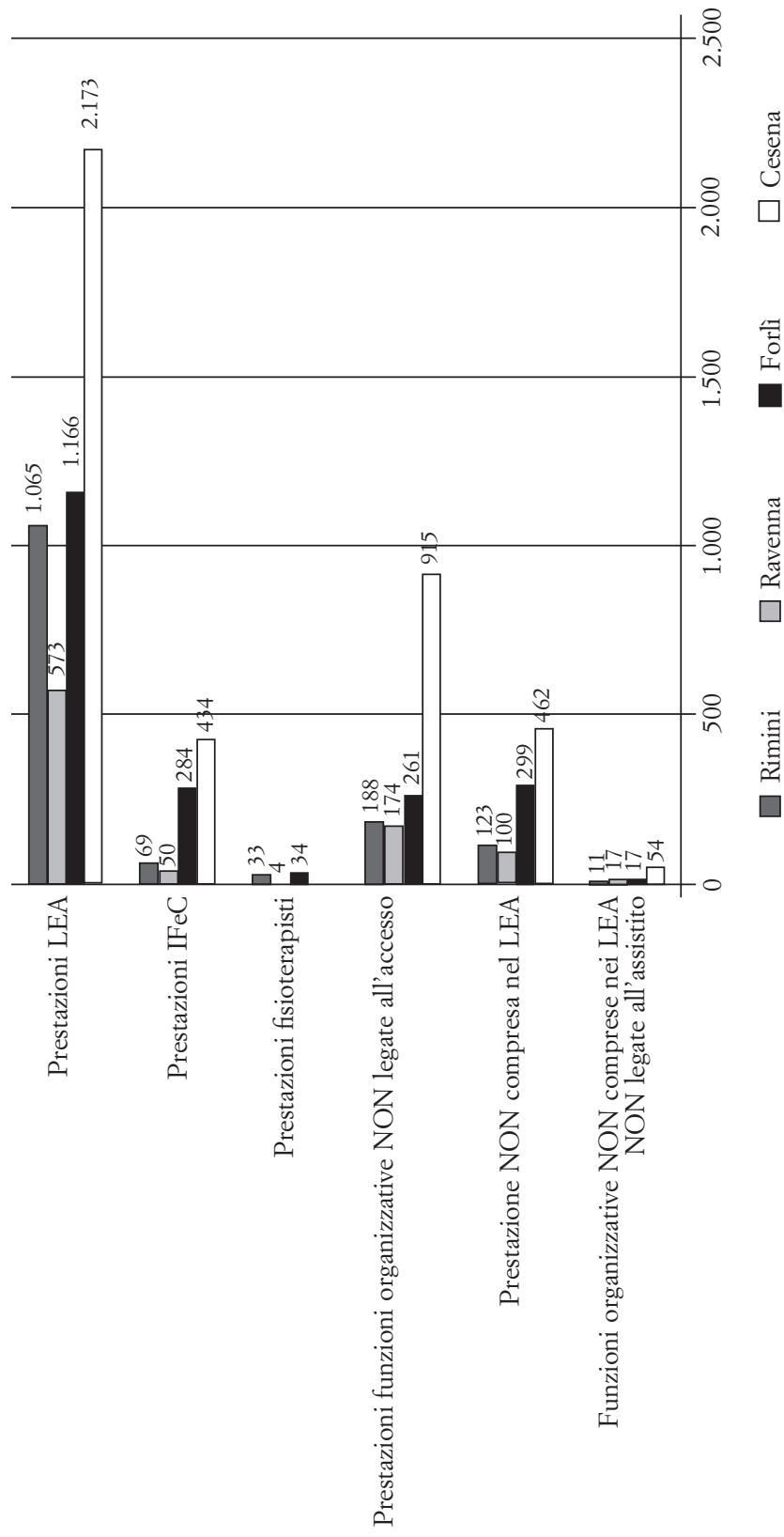


FIG. 4.2. Macrogruppi delle prestazioni erogate, per ambito.

Le prestazioni attribuite al macrogruppo IFeC sono al quarto posto in termini di numero. Ciò sembra riflettere il fatto che le figure infermieristiche arruolate sono ancora molto legate alle attività che sono state abituate a prestare in precedenza, hanno uno sguardo ancora orientato alla singola prestazione e la granularità nella descrizione dei compiti svolti dipende dall'esperienza. Si tratta in ogni caso in questa fase di un numero molto esiguo di prestazioni (5 su quasi 90 individuate nel mansionario), e comunque legate ad attività di medicina di prevenzione o di sensibilizzazione della comunità (le prestazioni sono infatti «educazione terapeutica», «facilitazione percorsi», «colloquio/intervista ambulatoriale con utente», «visita con altri professionisti», «interventi/eventi comunitari»).

Per quanto riguarda le prestazioni erogate a Cesena, più del 50% sono prestazioni di tipo LEA e solo l'11% può essere riconducibile a prestazioni IFeC. La durata media degli interventi è di 137 giorni. Le principali prestazioni sono colloqui/educazione del paziente o dei caregiver, in coerenza con la tipologia del ruolo dell'IFeC e con la sua funzione di primo contatto e raccordo con le altre figure necessarie, fornendo quindi in prima battuta attività educative e supporto. Le prestazioni LEA sono anche nel caso di Forlì le più erogate dagli IFeC, anche se la quota di prestazioni tipicamente riservate agli IFeC sale al 14% rispetto a Cesena. Particolarmente difficile nel caso forlivese la valutazione dell'operato degli IFeC, forse per una iniziale difficoltà nella rendicontazione che è risultata meno accurata rispetto agli altri ambiti di sperimentazione. A Ravenna le prestazioni totali erogate risultano 918, prevalentemente appartengono al gruppo LEA, mentre le prestazioni IFeC non raggiungono il 5%, segnalando l'esercizio di un'attività ancora per lo più di tipo prestazionale. Anche a Rimini le prestazioni principalmente svolte dagli IFeC sono quelle LEA, in particolare molto frequenti gli interventi di medicazione, prestazioni piuttosto lontane dalle funzioni attribuite dal legislatore agli IFeC.

5. Una proposta di valutazione descrittiva dell'impatto

5.1. L'impatto sui pazienti trattati

Questo paragrafo analizza alcuni consumi sanitari riferiti ai 376 pazienti entrati in contatto con gli IFeC nel corso del 2023. In particolare, vengono presi in esame i loro ricoveri ospedalieri, gli accessi in Pronto soccorso (PS), gli esami di laboratorio e le visite specialistiche, le prese in carico in ADI e gli accessi in Ospedali di Comunità (OsCo). L'analisi, le cui informazioni principali sono riportate nella tabella 4.3, confronta i consumi registrati nei sei mesi successivi alla presa in carico dell'IFeC con i due semestri precedenti, a eccezione di accessi in ADI e OsCo per i quali erano disponibili le sole rilevazioni per anno.

Le considerazioni esposte hanno una valenza solo preliminare, dato che i confronti operati nei due semestri antecedenti alla presa in carico e nel semestre successivo rappresentano il primo passo di un'analisi che dovrà controllare e correggere per eventuali differenze attribuibili a caratteristiche endogene, stagionali o insite nel progredire stesso dello stato di salute dei pazienti, e quindi non associabili in termini causali alla presa in carico dell'IFeC.

Dall'analisi presentata è possibile rilevare come i ricoveri evidenzino un lieve aumento dopo la presa in carico. Tuttavia, si rileva come nei due semestri precedenti la percentuale dei pazienti over 80 sia tra i 54-58%, mentre nel semestre successivo i pazienti ricoverati over 80 siano circa il 67%, aspetto che potrebbe giustificare l'aumento osservato dei ricoveri. Le strutture ospedaliere principalmente interessate dai ricoveri rimangono pressoché costanti, aspetto in linea con il ridotto arco temporale considerato (18 mesi) e l'assenza di evidenti cambiamenti strutturali a livello ospedaliero. In aumento i ricoveri riguardanti pazienti classificati come ad alto e altissimo rischio secondo l'indice di Charlson, ma l'andamento era in crescita già nel semestre pre-contatto IFeC. Aumentano nel periodo post-contatto IFeC le dimissioni protette presso strutture extraospedaliere e quelle a domicilio con attivazione ADI, a segnalare un maggior coordinamento tra ospedale e territorio auspicabilmente attribuibile all'IFeC. Si registra inoltre un lieve aumento per i ricoveri evitabili, aspetto che denota come sul tema dell'appro-

TAB. 4.3. Consumi sanitari dei pazienti trattati, per ambito

	Numero ricoveri				Numero pazienti				Numero medio ricoveri/pz				
	12-6 mesi		6 mesi		12-6 mesi		6 mesi		12-6 mesi		6 mesi		Totale
	pre	6-0 mesi	post	Totale	pre	12-6 mesi	post	6-0 mesi	pre	12-6 mesi	post	6 mesi	
Cesena	46	59	60	165	27	29	36	92	1,7	2,0	1,7	1,7	1,8
Forlì	25	24	22	71	20	14	16	50	1,3	1,7	1,4	1,4	1,4
Ravenna	14	25	32	71	12	14	17	43	1,2	1,8	1,9	1,9	1,7
Rimini	26	47	41	114	14	28	27	69	1,9	1,7	1,5	1,5	1,7
Totale	111	155	155	421	73	85	96	254	1,5	1,8	1,6	1,6	1,7
<i>Numero accessi in Pronto soccorso</i>													
Cesena	78	101	90	269	50	59	55	164	1,6	1,7	1,6	1,6	1,6
Forlì	28	44	34	106	24	26	21	71	1,2	1,7	1,6	1,6	1,5
Ravenna	31	54	47	132	16	31	26	73	1,9	1,7	1,8	1,8	1,8
Rimini	50	69	62	181	21	37	35	93	2,4	1,9	1,8	1,8	1,9
Totale	187	268	233	688	111	153	137	401	1,7	1,8	1,7	1,7	1,7
<i>Numero esami di laboratorio</i>													
Cesena	36	17	26	79	20	14	19	20	1,8	1,2	1,4	1,4	1,4
Forlì	16	15	5	36	8	10	5	71	2,0	1,5	1,0	1,0	1,0
Ravenna	15	23	19	57	6	7	6	73	2,5	3,3	3,2	3,2	3,2
Rimini	33	20	16	69	14	12	12	93	2,4	1,7	1,7	1,7	1,3
Totale	100	75	66	241	48	43	42	401	2,1	1,4	1,7	1,7	1,6
<i>Numero visite specialistiche</i>													
Cesena	349	389	421	1159	102	113	126	341	3,4	3,4	3,3	3,3	3,4
Forlì	165	285	181	631	51	56	59	166	3,2	5,1	3,1	3,1	3,8
Ravenna	123	101	141	365	31	35	39	105	4,0	2,9	3,6	3,6	3,5
Rimini	186	225	158	569	37	46	39	122	5,0	4,9	4,0	4,0	4,7
Totale	823	1.000	901	2.724	221	250	263	734	3,7	4,0	3,4	3,4	3,7

Ambito	<i>Presa in carico ADI (%)</i>				Totale
	2022	2023	2024	Totale	
Cesena	29	29	36	32	
Forlì	8	10	14	11	
Ravenna	26	28	21	25	
Rimini	38	33	29	32	
Totale	93	183	164	440	
Ambito	<i>Ricoveri OsCo (%)</i>				Totale
	2022	2023	2024	Totale	
Cesena	10	0	27	11	
Forlì	90	94	73	86	
Ravenna	0	3	0	2	
Rimini	0	3	0	2	
Totale	10	34	22	66	

priatezza potrebbe esserci margini di intervento per le attività specifiche dell'IFeC.

In termini di accessi al PS non si evidenziano effetti significativi, in quanto se si confrontano gli accessi a due semestri dall'intervento con il semestre post-intervento si registra un aumento; tuttavia, il picco si registra già nel semestre pre-intervento. Accanto a questo dato è possibile commentare l'aumento degli accessi in PS con ambulanza e la diminuzione del ricorso a mezzi propri, aspetto che potrebbe denotare un effettivo aggravamento delle condizioni cliniche. Diminuiscono inoltre le decisioni di accesso in PS autonome e del MMG e aumentano i ricorsi al 118 e ai consigli dello specialista, soprattutto nel semestre post. In crescita gli accessi non differibili con codice arancio e rosso. Diminuiscono le dimissioni a domicilio e aumentano gli esiti di ricovero ospedaliero, segnalando situazioni verosimilmente non risolvibili e gestibili in un contesto di cure territoriali a bassa intensità. Si osserva nel periodo post una riduzione di accessi per traumi, aspetto importante che sarà oggetto di approfondimenti in quanto di particolare interesse per l'analisi dell'attività dell'IFeC, il quale tra i suoi compiti ha anche quello di analizzare il contesto abitativo e segnalare eventuali criticità. Le attività di laboratorio evidenziano un lieve calo, mentre i pazienti interessati da visite specialistiche sono in aumento, così come le prese in carico ADI e i ricoveri in Ospedali di Comunità (OsCo).

Queste prime osservazioni, se pur preliminari, offrono alcuni interessanti spunti per un ulteriore approfondimento dell'analisi che sia in grado di controllare per caratteristiche cliniche e sociodemografiche dei pazienti, e che corregga anche per eventuali differenze organizzative e di contesto.

5.2. I pazienti seguiti dall'IFeC riportano migliori risultati? L'individuazione di un gruppo di controllo

In questo paragrafo riportiamo un'analisi statistica descrittiva che mira a confrontare i pazienti presi in carico dagli IFeC aziendali con un gruppo di controllo di pazienti che presentano analoghe caratteristiche per età, sesso, comune di residenza e indice di complessità clinica M-CDS (*Modified-Chronic Disease*

Score), costruito sulla base dei consumi farmaceutici e informativo sul rischio di mortalità a un anno [Iommi *et al.* 2020]. L'appaiamento è stato fatto al 1° gennaio 2024 ed è stato possibile per 324 pazienti dei 376 entrati in contatto con gli IFeC nel corso del 2023. Per ciascun paziente il *matching* è avvenuto con 3 controlli, per un totale di 972 individui che costituiscono il gruppo di controllo, per un campione totale di 1.296 individui.

Ricordiamo che in un'analisi statistica è preferibile che il gruppo di controllo sia numericamente superiore al gruppo dei trattati per diverse ragioni legate alla precisione, alla potenza statistica e alla robustezza dei risultati. Doveroso è inoltre ricordare anche i limiti di un'analisi statistica solo descrittiva che confronti un gruppo di soggetti esposti a un trattamento con un gruppo di controllo. *In primis*, l'assenza di inferenze causali: l'analisi descrittiva si limita infatti a descrivere le caratteristiche o i risultati osservati nei due gruppi, senza stabilire relazioni di causa-effetto tra il trattamento e gli esiti, pertanto, una differenza nei risultati tra i due gruppi potrebbe essere dovuta a fattori confondenti piuttosto che al trattamento. Inoltre, non vi è validazione esterna, pertanto i risultati non possono essere generalizzati ad altre popolazioni, poiché non sono stati testati su ulteriori campioni indipendenti. In aggiunta, in assenza di un'analisi inferenziale o metodi di controllo dei confondenti, come regressioni o tecniche di *matching*, è difficile isolare l'effetto del trattamento poiché le differenze osservate potrebbero in realtà derivare proprio dall'influenza dei fattori confondenti. Esiste una notevole difficoltà proprio nell'interpretazione delle differenze, dal momento che non è possibile stabilire se le differenze tra i gruppi siano dovute al caso o siano statisticamente significative. A questo livello di analisi, in cui non sono ancora disponibili dati riferiti a una finestra temporale sufficiente, non è possibile valutare la variabilità e l'affidabilità delle stime. Infine, una selezione dei gruppi non randomizzata, presenta il rischio di errori di selezione, che può distorcere i risultati descritti. Ciononostante, l'analisi descrittiva rappresenta un primo passo utile per sintetizzare e visualizzare i dati, sebbene sia insufficiente per rispondere a domande complesse. Per superare questi limiti, sarà necessario integrare in futuro l'analisi descrittiva qui presentata con metodi inferenziali e modelli statistici che tengano conto dei potenziali confondenti, laddove non sia pos-

sibile in questo ambito prevedere la randomizzazione, possibile solo con interventi costruiti con adeguati disegni sperimentali *ex ante*.

Il confronto tra i due gruppi avviene qui pertanto limitatamente a quegli indicatori che possono in parte essere influenzati o influenzabili dall'avvenuto contatto con l'IFeC operativo nel territorio di residenza dei pazienti: ricoveri totali e ricoveri evitabili; accessi al PS totali, per traumi e inappropriati. Ai fini di un confronto più omogeneo, vengono esclusi dai due gruppi i pazienti deceduti nel corso del 2023.

La tabella 4.4 confronta i pazienti trattati dall'IFeC (treated = 1) con il gruppo di controllo (treated = 0) su diverse variabili cliniche e di accesso ai servizi sanitari nel semestre successivo alla presa in carico. Le variabili età, sesso e indice M-CDS sono servite per l'appaiamento e risultano quindi bilanciate.

Le variabili con differenze statisticamente significative, ovvero meritevoli di un approfondimento, sono evidenziate con un asterisco che segnala una differenza non trascurabile tra i gruppi, per convenzione solitamente si utilizza una soglia del 10% [Austin 2011; Schmitt 2017].

Il numero totale di ricoveri e di accessi al Pronto soccorso risulta leggermente più elevato nei pazienti trattati, un dato che

TAB. 4.4. *Il confronto tra pazienti presi in carico dall'IFeC e controlli, semestre successivo*

	Controlli		Trattati		Std Diff	
	Media o %	SD	Media o %	SD		
Età	78,960	11,575	78,770	12,063	0,01618	
Sesso (1=F)	0,577	0,494	0,577	0,495	-0,00169	
M-CDS	7,599	5,120	7,562	5,317	0,00707	
Ricoveri	0,186	0,613	0,329	0,767	-0,20593	*
Ricoveri evitabili	0,016	0,142	0,047	0,239	-0,15434	*
Accessi al PS	0,316	0,721	0,519	0,911	-0,24619	*
Accessi al PS per trauma	0,049	0,255	0,074	0,307	-0,09118	
Accessi al PS inappropriati	0,048	0,265	0,152	0,516	-0,25442	*
Visite ambulatoriali	1,548	2,152	2,354	3,013	-0,30774	*
Esami di laboratorio	0,314	1,319	0,140	0,501	0,17491	*

potrebbe riflettere una maggiore attenzione alla gestione delle condizioni cliniche. Inoltre, i pazienti trattati presentano un numero maggiore di visite ambulatoriali, ma un numero inferiore di esami di laboratorio. Questo dato potrebbe suggerire un miglior monitoraggio territoriale: gli infermieri di famiglia, seguendo i pazienti con controlli più frequenti in ambulatorio, potrebbero ridurre la necessità di prescrivere esami di laboratorio, riuscendo a rilevare precocemente i segni clinici o evitando approfondimenti diagnostici non strettamente necessari. Tuttavia, gli accessi al Pronto soccorso inappropriati e i ricoveri evitabili sono sistematicamente più numerosi nel gruppo dei trattati, un risultato che non sembra indicare un effetto positivo dell'assistenza infermieristica nel ridurre tali eventi.

6. Raccomandazioni per le politiche pubbliche

Questo paragrafo si propone di offrire alcuni spunti di riflessione che potrebbero fungere in questa fase di transizione quali raccomandazioni utili per i decisori politici a livello nazionale e regionale ma anche per le direzioni aziendali. Di seguito i punti emersi come più carenti, da affrontare al più presto.

a) *La definizione di un mansionario IFeC concordato e omogeneo su scala nazionale o almeno regionale emerge come necessità per armonizzare le attività dei diversi operatori.* Al momento l'ambito operativo è ampio e variegato, spaziando dal livello individuale-familiare a quello comunitario; tuttavia, restano ancora diversi aspetti da definire. Dall'analisi condotta è emerso come le prestazioni erogate si concentrano principalmente su quelle classificate come LEA, restando marginali quelle specificamente attribuibili al ruolo degli IFeC. Se durante il primo anno di attività gli IFeC si sono prevalentemente dedicati a fronteggiare emergenze, dopo questa prima fase sarebbe importante dare maggiore rilevanza alle attività specifiche previste dal legislatore, per poter consentire lo sviluppo di questa figura professionale che sul territorio svolge il ruolo di facilitatore e non dovrebbe sovrapporsi con funzioni meramente prestazionali.

b) *È necessario avviare una riflessione profonda per sviluppare un sistema di indicatori rilevanti e un modello di valutazione*

strutturato. Attualmente si utilizzano indicatori semplici, come il numero di persone aiutate a superare una fase critica o quelle individuate dall'IFeC ogni mese. Le linee guida Agenas [2023] propongono indicatori di struttura (ad esempio, numero di IFeC per abitanti) e di processo (ad esempio, prese in carico, reti di prossimità, attivazione del Piano Assistenziale Individualizzato o PAI), ma non offrono indicatori di esito, si invoca «la definizione di un modello di valutazione che esplori l'impatto sulla persona, sulla famiglia, sulla comunità, sull'organizzazione e sullo staff» [*ibidem*, 18]. La letteratura suggerisce esiti clinici semplici (pressione arteriosa, peso, prevenzione delle cadute, accessi al pronto soccorso, ospedalizzazioni evitabili), ma la disponibilità di dati aziendali a questo riguardo è limitata. Inoltre, esiti come mortalità o ospedalizzazione sono solo proxy indiretti e talvolta contraddittori, poiché l'IFeC può aumentare le ospedalizzazioni individuando bisogni clinici non trattabili a domicilio. Sono inoltre ancora poco usati gli esiti riferiti dai pazienti oppure gli esiti sui caregiver in termini di qualità di vita e carico assistenziale. Si tratta però di una professione il cui impatto può essere difficilmente misurato mediante l'effetto finale sulla salute delle persone destinatarie del suo intervento, perché l'esito può essere molto differito nel tempo o difficilmente catturabile per effetto dell'azione di altre forze contemporaneamente attivate. Cercare di misurare la crescita di qualità delle relazioni sociali introdotte può essere invece un cambiamento subito osservabile e valutabile, attraverso indicatori relativi ai processi di lavoro del servizio, ai comportamenti organizzativi degli operatori e a quelli delle persone destinatarie e dei loro network prossimi. Da questo punto di vista, misurare l'impatto sul capitale sociale di una figura come l'IFeC richiede la costruzione di indicatori capaci di misurare il cambiamento nelle relazioni con le persone, i loro network e con altri servizi e attori sociali, attraverso un percorso supportato da strumenti di analisi sociale.

c) Indicatori precisi e un modello di valutazione strutturato vanno di pari passo con l'esigenza di *adeguare i sistemi informatici aziendali in modo da poter tracciare adeguatamente le attività svolte dagli IFeC* in maniera sistematica all'interno dei gestionali predisposti dalle aziende che al momento, laddove presenti, sono spesso a uno stadio iniziale in grado di rilevare i soli interventi su singoli utenti senza dar voce a tutte quelle importanti

attività compiute sul territorio e per la comunità con fini di sensibilizzazione, prevenzione e promozione della salute. Questi aspetti rendono difficile quantificare economicamente il valore del loro lavoro. Ricordando la già citata difficoltà nella valutazione di impatto diretto dell'operato dell'IFeC, la disponibilità di dati provenienti da una rendicontazione strutturata, puntuale e dettagliata diventa necessaria anche per poter costruire modelli econometrici in grado di attribuire nessi causali tra intervento e risultato.

d) È necessario avviare a livello ministeriale una *verifica complessiva dello stato di avanzamento* dell'introduzione degli IFeC, così come delineata dal d.m. n. 77/2020, al fine di valutarne l'efficacia anche solo in termini di più precisa definizione degli obiettivi e dei compiti attribuiti.

7. Conclusioni

Alla luce di quanto sopra esposto, è opportuno ribadire i limiti legati alla natura dei dati disponibili e all'impostazione dell'analisi, che resta di tipo qualitativo e non consente di stabilire relazioni di causa-effetto. Tali limitazioni potranno essere superate solo estendendo la finestra temporale di osservazione ad almeno due anni dopo l'intervento, così da permettere l'integrazione dell'analisi con strumenti inferenziali e modelli econometrici. Ulteriori limiti derivano dalla sperimentazione stessa, avviata in modo non omogeneo nei diversi ambiti territoriali e priva di una definizione chiara e condivisa delle informazioni da raccogliere. A ciò si aggiunge l'assenza di un modello di riferimento uniforme a livello regionale e nazionale. È bene ricordare, infine, che ci troviamo ancora in una fase fortemente sperimentale per gli IFeC aziendali, attivati nel 2023 all'interno dell'AUSL della Romagna. Questi servizi si sono dovuti confrontare sin da subito con un contesto caratterizzato da un'elevata eterogeneità demografica, socioeconomica e territoriale.

Al di là di queste limitazioni, è evidente che, sebbene la figura degli IFeC presenti ampie potenzialità come facilitatore sociale e di collegamento tra i diversi livelli assistenziali e tra i servizi sanitari e sociali, senza un ruolo più chiaramente definito rischia di perdere incisività, sovrapponendosi ad altre professio-

nalità già operanti sul territorio. In assenza di un'identità professionale forte e riconoscibile, l'IFeC potrebbe trasformarsi in una figura «jolly», chiamata a rispondere indiscriminatamente a qualsiasi carenza organizzativa o di personale, compromettendo non solo l'efficacia del suo intervento, ma anche il riconoscimento del suo valore specifico all'interno del sistema sanitario, già oggi messo a dura prova da carenze strutturali e da una crescente domanda di assistenza.

Riferimenti bibliografici

Agenas

2023 *Documento linee di indirizzo Infermiere di famiglia o comunità*, <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/comunicazione/primo-piano/2298-agenas-pubblica-le-linee-di-indirizzo-infermiere-di-famiglia-o-comunita>

Austin, P.

2011 *An Introduction to Propensity Score Methods for Reducing the Effects of Confounding in Observational Studies*, in «Multivariate Behavioral Research», 46, 3, pp. 399-424.

Falco, A., Palassini, M., Beccattini, G. e Calattini, L.

2022 *L'infermieristica di Famiglia e Comunità: uno studio osservazionale*, in «L'Infermiere», 59, 5, pp. e90-e95.

Ferreira-Batista, N.N., Dutra Teixeira, A., Montoya Diaz, M.D., Slaibe Postali, F.A., Moreno-Serra, R. e Love-Koh, J.

2023 *Is Primary Health Care Worth It in the Long Run? Evidence from Brazil*, in «Health Economics», 32, 7, pp. 1504-1524.

Iommi, M., Rosa, S., Fusaroli, M., Rucci, P., Fantini, M.P. e Poluzzi, E.

2020 *Modified-Chronic Disease Score (M-CDS): Predicting the Individual Risk of Death Using Drug Prescriptions*, in «PLoS ONE», 15, 10, pp. 1-13.

Lippi Bruni, M., Ugolini, C., Verzulli, R. e Leucci, A.C.

2023 *The Impact of Community Health Centers on Inappropriate Use of Emergency Services*, in «Health Economics», 32, 2, pp. 375-394.

Malucchi, G., Pasquini, G., Beligni, C. e Calamassi, D.

2023 *Percezioni e vissuti degli infermieri coinvolti nella sperimentazione del modello di Infermieristica di Famiglia e di Comunità nella AUSL Toscana Centro: un'indagine qualitativa*, in «L'Infermiere», 60, 1, pp. e21-e31.

Moura, A.

2022 *Do subsidized Nursing Homes and Home Care Teams Reduce Hospital Bed-Blocking? Evidence from Portugal*, in «Journal of Health Economics», 84, 102640.

Schmitt, M.

2017 *Do Hospital Mergers Reduce Costs?*, in «Journal of health economics», 52, pp. 74-94.

WHO

1998 *Health 21. La salute per tutti nel 21° secolo*, Geneve, WHO, <https://nursetimes.org/wp-content/uploads/2020/07/1998-HEALTH-21.pdf>.

WHO

2000 *The Family Health Nurse: Context, Conceptual Framework and Curriculum*, <https://iris.who.int/handle/10665/107930>.