



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ:
PASSAGGIO DA UN'ASSISTENZA
REATTIVA A PROATTIVA**

Relatore:
Dott. Moreno Cameruccio

Tesi di Laurea di:
Valentina Paolini

A.A. 2020/2021

INDICE

1. Introduzione	pag. 1
Capitolo 1 Mutazione dell'assistenza infermieristica	pag. 2
Capitolo 1.1 Teoria infermieristica di riferimento:	
Dorothea Orem	pag. 3
Capitolo 1.2 Self-care e Care Giver	pag. 4
Capitolo 2 L'infermiere di famiglia e di comunità	pag. 5
Capitolo 2.1 L'infermiere nella prevenzione e promozione della salute	pag. 9
Capitolo 2.2 L'infermiere come educatore	pag. 11
Capitolo 3 Complessità assistenziale	pag. 12
Capitolo 3.1 Chronic care model	pag. 17
Capitolo 3.2 Appropriately assistenziale e presa in carico	pag. 20
Capitolo 3.3 Azioni in base al livello di complessità dell'assistenza	pag. 21
2. Obiettivo	pag. 22
3. Materiali e metodi	pag. 23
4. Risultati	pag. 24
5. Discussione	pag. 25
6. Conclusione	pag. 26
7. Bibliografia e Sitografia	pag. 27
8. Ringraziamenti	pag. 30

INTRODUZIONE

Questa tesi vuole essere uno stimolo di riflessione per prendere in considerazione che un ottimale assistenza sul territorio aiuti a diminuire e contenere i sintomi di una malattia ed evitare di arrivare ad una ospedalizzazione. Quindi si andrà a discutere di infermieristica del territorio e infermiere di famiglia come evoluzione dell'assistenza Infermieristica e verrà messa in risalto l'assistenza proattiva e l'importanza di trattare la persona assistita con efficienza, efficacia e appropriatezza. Si parlerà delle funzioni svolte dall'infermiere di comunità e di famiglia e dell'importanza di questa figura sul territorio. Verrà evidenziata l'importanza della prevenzione e promozione della salute nell'ambito della famiglia e della comunità. Il quesito che si andrà a porre in questa tesi è la difficoltà di intercettare persone che non manifestano sintomi di malattie, così per poter intervenire prima che la patologia faccia il suo decorso. In questa tesi si farà riferimento alla teoria di Abraham Harold Maslow per la classificazione dei bisogni, rappresentata con una piramide per andare poi ad illustrare la complessità assistenziale. Con Dorothea Orem andremo a valutare la teoria del self-care, in cosa consiste e come si può applicare nel paziente assistito in ambito domiciliare. Inoltre vedremo il Chronic Care Model e qual è la sua importanza per andare incontro ad una assistenza infermieristica basata sull'appropriatezza assistenziale. Si farà riferimento alle bozze di Decreti Ministeriali e al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che verranno analizzate nell'ottica di futuri sviluppi nell'implementazione di un'assistenza sanitaria extra-ospedaliera centrata sul paziente, maggiormente efficace e stratificata secondo il grado di complessità clinico-assistenziale. Andremo a parlare dei diversi livelli assistenziali con le varie metodiche da utilizzare e gli interventi da mettere in atto. Infine si discuterà dell'importanza

del care-giver e del self care, dove l'infermiere avrà un ruolo fondamentale di educatore.

CAPITOLO 1 MUTAZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

La storia dell'infermieristica ci narra che questa professione è nata per rispondere ai bisogni fisiologici delle persone che avevano perso l'autonomia. L'infermieristica è una disciplina che richiede di avere conoscenze e strumenti teorico-metodologici volti all'esercizio delle funzioni di tutela e promozione della salute, individuale e collettiva (Sara Di Santo, 2016). Per arrivare all'assistenza infermieristica che abbiamo oggi, negli anni si sono evolute delle normative (D.M. 739/94, Legge n. 42/99, Legge 251/2000, Legge 43/2006, Codice Deontologico) che hanno definito l'infermiere come figura che deriva assistenza infermieristica in concomitanza alla professione medica. Le fondamenta dell'esercizio infermieristico sono cambiate negli ultimi anni, nonostante l'applicazione pratica delle leggi che caratterizzano la professione infermieristica sia ancora in divenire (Sara Di Santo, 2016). Quindi possiamo affermare che l'assistenza infermieristica reattiva sta mutando in infermieristica proattiva. Per far sì che ciò accada dobbiamo visualizzare una nuova figura professionale, ossia l'infermiere di famiglia e di comunità. L'assistenza infermieristica proattiva si basa sul rispondere ai bisogni delle persone affette da patologie croniche, ma il compito principale è quello di intercettare persone che potrebbero manifestare sintomi e cercare con tutti i mezzi possibili che ciò non accada.

CAPITOLO 1.1 TEORIA INFERMIERISTICA DI RIFERIMENTO: DOROTHEA OREM

Il riferimento teorico infermieristico per l'infermieristica di comunità e per il progetto di infermieri di comunità è quello di Dorothea Orem con la teoria dell'inadeguata cura di sé. Sicuramente non si tratterà il modello interamente, ma verranno utilizzati solo i contenuti che sono ritenuti più significativi per creare delle linee guida per il modello dell'infermiere di comunità. Orem parla di self-care intendendo con questo termine tutte le azioni che l'assistito produce verso di esso o all'ambiente, che hanno lo scopo di regolare il benessere della persona stessa. La persona che produce self-care viene definito agente di self-care. Normalmente gli adulti sono in grado di compiere azioni autonomamente per la cura di sé mentre i bambini e gli anziani hanno bisogni di assistenza completa, parziale o di aiuto. Dorothea Orem sostiene che tutti gli esseri umani hanno dei bisogni comuni, così identifica poi dei bisogni che si adattano perfettamente alle mansioni dell'infermiere di comunità:

- Mantenimento di equilibrio tra solitudine e integrazione sociale, cioè mantenere l'equilibrio per sviluppare l'autonomia personale e le interazioni sociali che aiutano allo sviluppo della persona. Promuovere anche i legami di affetto come amore, amicizia e far diminuire l'impulso di egoismo.
- Prevenzione di rischi per la vita, attraverso il controllo delle situazioni di rischio, far sì che la persona eviti situazioni potenzialmente rischiose. Prevenire attivamente lo sviluppo di situazioni rischiose e prestare attenzione ai rischi che potrebbero realizzarsi.
- Promozione della normalità all'interno dei gruppi sociali

Vengono identificati anche altri bisogni di self-care con lo scopo di fornire assistenza per prevenire gli effetti negativi che potrebbero influire sullo sviluppo umano.

CAPITOLO 1.2 SELF CARE E CARE GIVER

L'Organizzazione Mondiale della Sanità utilizza questa definizione per l'auto cura: La cura di sé è la capacità di individui, famiglie e comunità di promuovere la salute, prevenire le malattie, mantenere la salute e far fronte a malattie e disabilità con o senza il supporto di un operatore sanitario. L'infermiere che lavora sull'auto-cura utilizza uno tra i nuovi approcci per migliorare la salute e il benessere. L'attuazione della cura di sé come viene detto nella definizione precedente include automedicazione, fornire riabilitazione, cure palliative, prevenzione e promozione della salute. È importante educare gli assistiti all'auto cura perché nel futuro si stima che ci sarà una perdita di operatori sanitari per questo motivo si devono trovare delle strategie che vadano oltre al sistema sanitario che abbiamo ad oggi. Anche il concetto di cura di sé è in parte innovativo, anche se è un termine già sentito, perché ha potenziale che è sempre in evoluzione. L'assistenza infermieristica è un'azione eseguita dagli infermieri a beneficio degli altri. Le azioni di self-care possono essere dal soggetto verso sé stesso oppure da persone verso il soggetto (Care Giver). Con il termine care giver si intende coloro che prestano assistenza in modo informale e continuativo in un contesto familiare. Il care giver all'interno della famiglia ha un ruolo importante non solo per la persona che assiste ma anche per la società in generale. Il lavoro del care giver può essere di poche ore ma anche arrivare a moltissime ore settimanali, le attività che possono svolgere sono: il trasporto verso servizi sanitari e l'assistenza ai bisogni di base. Non è da sottovalutare tutto il peso psicologico e fisico che viene provocato

a queste figure di supporto, questo è molto importante da capire perché se dovesse cedere il care giver sicuramente l'assistito peggiorerebbe ed è proprio la reazione che un professionista non vuole che accada. L'iniziativa si self-care compongono un sistema di assistenza infermieristica, che si manifesta con relazione tra infermiere e paziente. L'infermiere ha il compito di valutare quale sarà il proprio ruolo e quale sarà quello del paziente, quali saranno le capacità del paziente di mettere in atto azioni di self-care terapeutico e qual è il grado di volontà. Secondo Orem gli infermieri sono capaci di giudicare in che modo i pazienti possono essere aiutati. Ovviamente per progettare i sistemi di assistenza infermieristica, l'infermiere deve avere competenze adeguate riguardo conoscenze teoriche, abilità creative e capacità di progettazione. Devono essere in grado di modificare il piano basandosi sull'evolvere della situazione del paziente.

CAPITOLO 2 INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITA'

L'infermiere di famiglia e di comunità è stato introdotto nel 1998 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Paola Obbia, 2021), è una figura professionale relativa alle cure primarie contribuendo fattivamente alla determinazione dell'integrazione del percorso del paziente ospedale-territorio, attuando la cosiddetta continuità assistenziale. L'infermiere di comunità è l'operatore che mantiene il più stretto contatto con il cittadino della zona di competenza e rappresenta la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza generale infermieristica, in collaborazione con il medico di medicina generale (MMG), nell'ambito delle competenze proprie di ciascuna professionalità (l'infermiere di comunità dalla teoria alla prassi, Mara Pellizzari). Il ruolo dell'infermieristica di famiglia e di comunità varia

rispetto ai contesti ed è sempre in continuo cambiamento in base ai bisogni della popolazione, orientandosi particolarmente alle condizioni di fragilità o alla prevenzione e gestione delle malattie croniche (Alessio Conti, Beatrice Albanesi, Erica Busca, Lorena Martini, Claudio Costa, Sara Campagna, 2021). L'infermiere di famiglia e di comunità lavora con una visuale di proattività, rivolta alla comunità cui conosce le problematiche di salute determinando un cambiamento di paradigma: dalla medicina d'attesa alla medicina d'iniziativa con un'attenzione del tutto particolare nei confronti dei determinanti sociali della salute. L'infermiere di famiglia e di comunità monitora l'aderenza terapeutica, l'empowerment e valuta i sistemi di monitoraggio, occupandosi di formazione e delle persone di riferimento del caregiver (Ferdinando Iacuniello, Sara Di Santo, Daniela Palladini, Pietro Caputo, 2021). Inoltre determina un importante contributo come attivatore delle risorse informali delle reti comunitarie, cerca di assicurare interventi di educazione-promozione e informazione sanitaria, contribuendo al miglioramento dell'integrazione socio-sanitaria. Il Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019 ha fissato ulteriori caratteristiche per standardizzarne le competenze. Una rivista sanitaria (Frg editore) in un articolo descrive la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità attraverso una revisione della letteratura e delle esperienze nazionali e internazionali (Mariacristina Magnocavallo, Andrea Di Cesare, Francesco Colavita, 2020). Prima di parlare delle funzioni dell'infermiere di comunità occorre fare un appunto sul termine competenza. Per competenza si intende l'insieme delle capacità cognitive, conoscitive e abilità creative e organizzative che la persona possiede. Nella pratica infermieristica però per competenza non si intende solo l'insieme delle capacità ma si intende come il "saper agire". L'infermiere ha competenze distintive che si intendono quelle competenze che sono state acquisite grazie ad un percorso formativo. L'infermieristica di comunità effettua

interventi caratterizzati da una spiccata autonomia professionale, da una capacità di individualizzazione delle priorità, dalla capacità di collaborazione con i professionisti del territorio, la capacità di pianificazione, dalla capacità di educare all'autocure e all'auto-assistenza infine ha la capacità di promozione di empowerment nella comunità. Le competenze distintive che possiede l'infermiere di comunità si distinguono da quelle note del profilo professionale dell'infermiere. L'infermiere di comunità identifica, pianifica, promuove, sostiene e garantisce come qualsiasi altra figura di infermiere ma oltre a questo svolge anche nuove competenze: come lo sviluppo dei ruoli di helper e counsellor, case manager ovvero gestisce il caso, progetta e realizza degli interventi, attiva delle risorse informali. Ma la competenza principale dell'infermiere di comunità è quella della presa in carico leggera e anticipata del bisogno inespresso e della fragilità (L'infermiere di comunità dalla teoria alla prassi, Mara Pellizzari). Per far sì che queste competenze vengano messe in atto il professionista deve garantire una presenza costante e continua dell'infermiere all'interno della comunità, un'ottimale conoscenza del territorio e delle risorse informali e formali. Gli infermieri di famiglia e di comunità, se messi nelle condizioni, potranno fornire un grande contributo alla salute della popolazione (Paola Obbia, 2021). Come detto precedentemente questa figura ha il ruolo di attivatore delle risorse informali presenti all'interno della comunità aiutando a creare legami di solidarietà. Le risorse informali sono le persone che svolgono volontariato che pur non avendo competenze distintive, dedica una gran parte del proprio tempo a persone e famiglie in difficoltà. Quindi l'infermiere di comunità deve favorire che questi rapporti diventino solidi perché avrebbe un grandissimo aiuto nel gestire e conoscere tutti i bisogni della popolazione. Questo nuovo modo di vedere l'assistenza comporta inevitabilmente un cambiamento del paradigma del ruolo delle professioni sanitarie, dove l'infermiere non effettua solo compiti tecnici ma diventa un

attivatore delle risorse. L'infermiere di comunità può utilizzare tre approcci differenti:

- L'infermiere di comunità considera il paziente e i suoi legami affettivi
- L'infermiere di comunità considera la località o il contesto in cui la persona vive
- L'infermiere di comunità incoraggia i legami tra persone con interessi e problemi comuni.

Una volta identificato il tipo di approccio l'infermiere di comunità ha il compito di potenziare con attività come: i network, la reticolazione, le reti di mutuo-aiuto, le reti di aiuto tra vicini di casa e le reti di empowerment comunitario. Gli infermieri di famiglia e di comunità hanno una formazione specialistica post laurea, per acquisire competenze per aiutare le persone assistite e le loro famiglie a prevenire condizioni di malattia o di affrontare la disabilità cronica. Queste figure lavorano maggiormente nei centri comunitari e nelle case dei pazienti e con le loro famiglie, sostenendo la modificazione dello stile di vita (Alessio Conti, Beatrice Albanesi, Erica Busca, Lorena Martini, Claudio Costa, Sara Campagna, 2021). Quindi possiamo dire che il suo scopo è quello di migliorare gli aspetti connessi alla salute del paziente aiutando ad evitare comportamenti che possano peggiorarne le condizioni, prende in carico solo un numero prestabilito di persone sul territorio. Secondo le indicazioni FNOPI nell'ambito della prevenzione l'infermiere di famiglia dovrebbe intervenire in tutte le fasi (Dario Tobruk, 2022). I problemi di salute della popolazione, sono sempre sconosciuti finché non raggiungono una gravità difficile da far regredire. Cosa si può fare per avere una presa in carico anticipata? Ad oggi l'organizzazione sanitaria si basa su una presa in carico di attesa e sicuramente questa non aiuterà mai il professionista del territorio. Bisognerebbe adottare una nuova strategia di presa in carico leggera, con questa strategia si cerca di prevenire i bisogni

assistenziali per le persone più fragili anche se sono ancora in totale salute. Questo perché dobbiamo tenere a mente che la fragilità è già di per sé un fattore di rischio. L'infermiere di comunità farà eseguire screening periodicamente ai soggetti ritenuti fragili e/o deboli all'interno della comunità, con lo scopo di cogliere non solo i bisogni già conclamati ma cercare di capire anche i bisogni potenziali.

CAPITOLO 2.1 L'INFERMIERE NELLA PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Come si è detto nel capitolo precedente l'infermiere di famiglia e di comunità ha come principale compito di fare interventi di prevenzione e promozione della salute. Ovviamente per far ciò, l'infermiere deve sapere bene cosa si intenda per prevenzione e promozione ma soprattutto tenere a mente il concetto di salute. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stipulato questa definizione "la salute è uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale" e non semplicemente "assenza di malattie o infermità". Questa definizione permette di far capire al meglio questo concetto, ossia che la salute non è solo assenza di malattia ma per salute si intende un benessere psicofisico totale. Per questo motivo l'infermiere di famiglia ha un ruolo base per tutta la popolazione, perché con le azioni di promozione e prevenzione della salute aiuterà a non far incrementare patologie cronico degenerative, spiegando tutti i fattori di rischio e i comportamenti da evitare. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la prevenzione come "il dare alle persone i mezzi per diventare più padroni della propria salute e per migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, la persona o il gruppo deve essere in grado di definire e concretizzare le aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni e di modificare

l'ambiente, così da adattarvisi. La salute, quindi, è considerata come una risorsa della vita quotidiana e non come lo scopo dell'esistenza. La salute è un concetto positivo che mette l'accento sulle risorse sociali e personali, così come sulle capacità fisiche. La promozione della salute non si risolve solo nel settore della sanità; essa va oltre gli stili di vita sani per includere la nozione di benessere". La prevenzione non ha come unico obiettivo prevenire l'insorgenza, ma anche la riduzione dei fattori di rischio che permettono di attenuare l'evoluzione della malattia in corso. La prevenzione infatti può essere di tipo primaria, dove si adottano misure volte a prevenire l'insorgenza delle malattie, quindi cercando di modificare comportamenti e abitudini. La prevenzione secondaria e terziaria invece hanno come obiettivo di ritardare o arrestare le malattie già conclamate e i loro sintomi, utilizzando diagnosi precoci e terapie appropriate. La prevenzione si è sviluppata recentemente ed è basata sullo sviluppo scientifico e medico, ciò ha permesso di conoscere al meglio le patologie, di conseguenza le diagnosi e le cure e le sue prevenzioni. Moltissime volte il termine prevenzione viene usato come sinonimo di promozione alla salute, mentre questi due termini sono complementari e lavorano per la salute che viene considerata come risorsa fondamentale. La promozione della salute ha come unico obiettivo il benessere, dove la salute viene intesa in modo olistico, quindi si ha una correlazione tra benessere fisico-psicologico-sociale. Nella promozione la persona deve essere messa a conoscenza di tutti i fattori che potrebbero causare un rischio, ed essa ne è a conoscenza ed è responsabile del suo benessere. Per questo motivo la promozione della salute si basa sull'empowerment, per permettere alla popolazione di prendere controllo delle proprie azioni e scelte. Quindi di acquisire un ruolo di protagonista che consenta di prendere controllo sulla propria salute. Il nostro stato di salute è determinato anche dal grado di istruzione, dall'ambiente, dalla mansione lavorativa e dalle condizioni di vita. Infatti la promozione della salute non

riguarda solo il mondo sanitario ma contesti importanti come scuola o famiglie così da arrivare ai giovani per avere supporti educativi precoci.

CAPITOLO 2.2 L'INFERMIERE COME EDUCATORE

L'educazione terapeutica come definita dall'OMS, dovrebbe permettere al paziente di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutino a vivere in maniera ottimale con la sua malattia (Sara Di Santo, 2016). Con il termine informazione abbiamo solo la trasmissione di informazioni da un soggetto ad un altro in modo passivo mentre con il termine educazione rappresenta un processo interattivo basato sulla persona che deve apprendere (Morena Allovio, 2018). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità corrispondono all'80% i malati che sono affetti da malattie croniche ma non sono ricoverate in ospedale. Per rispondere efficacemente ai bisogni assistenziali l'infermiere si attiva anche attraverso l'educazione terapeutica. "Su 5 pazienti cronici, solo uno o due seguono correttamente le prescrizioni del medico. La grande maggioranza adotta una propria "versione" della terapia e ha delle idee in proposito che non confesserà mai al curante. Sbagliano, ma è proprio tutta colpa loro?" (J.P. Assal, 1999). Questa citazione ci permette di ragionare sul ruolo della figura di supporto, ossia che moltissime volte l'infermiere dà per scontati alcuni piccoli accorgimenti avendo una preparazione e competenze mentre la persona che sta attuando una terapia non ha. Quindi questo potrebbe essere causa di errori nella gestione della terapia domiciliare che nel lungo periodo causare l'inefficace controllo clinico della malattia con conseguente ospedalizzazione della persona. L'educazione terapeutica è un intervento della prevenzione secondaria e terziaria, che ha come obiettivo rendere la persona indipendente anche avendo una

malattia cronico degenerativa. Per far sì che gli obiettivi vengano raggiunti l'infermiere deve avere un approccio educativo e specifico per ogni assistito, inoltre deve essere stipulato in modo da rispettare tutte le fasi del processo educativo. Ma perché è l'infermiere che si occupa dell'educazione terapeutica? Come evidenzia il Codice Deontologico e il Profilo Professionale (D.M. 14 settembre 1994, n. 739), all'articolo 1 comma 2 si definisce che "l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria". L'infermiere è la figura che con il suo intervento educa e cerca di evitare peggioramenti dello stato di salute, per questo motivo ha la responsabilità riguardo l'educazione terapeutica. Inoltre possiamo affermare che altre figure professionali possono svolgere questa funzione specialmente coloro che hanno frequenti interazioni con gli assistiti. Ne consegue che tale attività non deve riguardare solo l'infermiere infatti deve coinvolgere altre figure professionali come i medici, i terapisti della riabilitazione, psicologi, ecc. poiché l'educazione terapeutica deve essere svolta in modo multiprofessionale e multidisciplinare. Individuati gli obiettivi insieme all'assistito, si procede con la stesura di un piano che potrebbe coinvolgere anche il caregiver. Sicuramente il professionista dovrà essere competente nello spiegare al paziente e alla famiglia, senza creare confusione con troppe informazioni, altrimenti si avrebbe l'effetto opposto.

CAPITOLO 3 COMPLESSITA' ASSISTENZIALE

Per capire la complessità assistenziale bisogna prima fare un passo indietro e capire con il termine "bisogno" cosa si intende. Questo termine infatti viene utilizzato moltissime volte per attività e discipline, come sostiene John Locke il bisogno è un

fattore che produce e spiega la motivazione dei comportamenti umani. Secondo Abraham Harold Maslow i bisogni hanno una struttura per gradi che sono connessi, ed il passaggio al grado successivo può avvenire solamente dopo aver soddisfatto il precedente. Infatti Maslow rappresenta i bisogni con una piramide, dove alla base troviamo i bisogni fisiologici (alimentazione, respiro, ecc.) e la sicurezza dell'individuo (sicurezza fisica, familiare, salute, ecc.); poi avremmo l'appartenenza (amicizia, affetto familiare, ecc.), la stima e alla punta della piramide l'autorealizzazione. Moltissimi teorici dell'infermieristica hanno creato teorie basate sui bisogni, assegnando priorità ai bisogni considerati di base ma questo non può essere considerato giusto in quanto l'assistito deve essere osservato in modo olistico. Il nursing basa le proprie azioni sul soddisfare i bisogni di cura di sé dell'assistito, quindi l'assistenza potrebbe essere di tre tipologie:

- Totalmente compensatorio, l'infermiere sceglie di usare questa assistenza quando la persona non è in grado di compiere le attività di self-care. La persona ha un ruolo passivo per un periodo temporaneo o permanente. Quando si lavora secondo questo modello l'infermiere non solo deve occuparsi dell'assistenza alla persona ma deve anche prendere decisioni in merito di self-care degli assistiti. In aggiunta devono pianificare accuratamente l'assistenza e se lo ritengono necessario devono operare a stretto contatto con la famiglia.
- Parzialmente compensatorio, in questo caso il paziente riesce a compiere solo in parte le azioni necessarie. L'uso della comunicazione tra assistito e infermiere svolgono assieme l'attività di assistenza e di self-care. Il grado di abilità della persona sarà un criterio per valutare la qualità e il tipo di attività che egli potrà svolgere, e il tipo di attività che invece dovrà svolgere l'infermiere. Ovviamente se le capacità della

persona aumentano, devono diminuire le azioni svolte dall'infermiere.

- Istruttivo di supporto, la persona è in grado di apprendere e di mettere in atto le misure necessarie ma deve essere guidata nella fase di apprendimento. La partecipazione dell'infermiere è costituito dall'azione di supporto e di guida. Il ruolo dell'assistito è primario perché egli è in grado di decidere e di eseguire le azioni di self-care e si avvia al recupero dell'autosufficienza.

L'uso dei sistemi di nursing non deve essere inteso in senso rigido ma in senso dinamico. Essi possono essere usati singolarmente ma anche in aggregazione fra loro. Tornando quindi alla complessità assistenziale possiamo affermare che la complessità è influita dai bisogni da soddisfare dell'assistito, quindi un assistito ad alta complessità sarà una persona che ha bisogno di un'assistenza totalmente compensatoria. Sicuramente una persona complessa avrà bisogno di maggiori risorse e maggiore concentrazione e sorveglianza da parte dell'infermiere. Questo però non significa che l'infermiere lavora a contatto solo con assistiti complessi, ma che l'infermiere deve essere competente nel calibrare e mettere in atto interventi personalizzati anche per le persone che hanno un'ottima salute ma che richiedono interventi per la promozione e prevenzione. Come ben spiega Morin (1993) la complessità è una parola problema e non una parola soluzione. Non dovremo riprendere l'ambizione del pensiero semplice, che era quella di controllare e dominare il reale; dobbiamo esercitarci a un pensiero capace di operare con il reale, di dialogare con esso, di negoziare con esso. bisognerà dissipare due illusioni che distolgono le menti dal problema del pensiero complesso. La prima consiste nel credere che la complessità conduca all'eliminazione della semplicità, la seconda illusione è quella di confondere complessità con completezza. La prima definizione non può fornire alcuna delucidazione. È

complesso ciò che non può essere riassunto in una parola principe, ciò che non può essere ricondotto a una legge. In altre parole, il complesso non può essere riassunto nella parola complessità, ricondotto a una legge di complessità, ridotto all'idea di complessità, la complessità non potrà mai essere definita in modo semplice e prendere posto della semplicità. In ogni modo la complessità si presenta come difficoltà e incertezza, non come chiarezza e come risposta. Il problema è di sapere se sia possibile rispondere alla sfida dell'incertezza e della difficoltà: per lungo tempo molti hanno creduto - e molti forse credono ancora oggi - che la carenza delle scienze umane sociali stesse nella loro incapacità di liberarsi dell'apparente complessità dei fenomeni umani per elevarsi alla dignità delle scienze naturali, scienze che stabilivano leggi semplici, principi semplici, e facevano regnare l'ordine con determinismo. Oggi vediamo che le scienze biologiche e fisiche sono caratterizzate da una crisi della spiegazione semplice. E di conseguenza quelli che sembravano essere i residui non scientifici delle scienze umane - l'incertezza, il disordine, la contraddizione, la pluralità, la complicazione ecc. - fanno oggi parte della problematica di fondo della conoscenza scientifica. Infatti come spiegano Pfiffner e Sherwood (1980) riguardo alle organizzazioni: la complessità entra in gioco quando le variabili in gioco diventano troppe e risultano non essere direttamente da noi controllabili. Le organizzazioni si trovano a operare in condizioni di crescente complessità esterna dettata da turbolenze e discontinuità generate dai sistemi sociali ed economici. La complessità si manifesta quando i sistemi direzionali, di solito i più centralizzati e generalizzati, non sono più in grado di governare la variabilità, l'imprevedibilità dei fenomeni interni ed esterni all'organizzazione. La complessità è quindi una caratteristica qualitativa di un sistema a cui fa assumere una proprietà che non deriva dalla semplice unione delle sue parti; il termine "complesso" non è dunque sinonimo di "complicato"

nell'accezione di difficile. La complessità non può essere definita in modo semplice e non può prendere il posto della semplicità. Mentre dunque ciò che è complicato una volta spiegato può venire ridotto a semplice, lo stesso non può essere fatto per ciò che è complesso, in quanto si perderebbe irrimediabilmente qualcosa di essenziale. La complessità dell'organizzazione sanitaria aumenta all'aumentare del numero di interazioni, dei compiti, delle attività, degli output e degli interlocutori. L'uomo è un creatore di complessità perché tende naturalmente a costruire connessioni attraverso i rapporti personali e sociali, l'attivazione di reti di insiemi inerenti all'economia, l'organizzazione del lavoro, alla ricerca e alla ridefinizione dei saperi, all'innovazione tecnico scientifica, allo studio dell'immateriale e tant'altro ancora. All'immagine dell'infermiere di bassa competenza professionale si è venuto sostituendo il profilo di un professionista di alta competenza, con un ruolo centrale nell'organizzazione sanitaria impegnato nella definizione di risposte coerenti con i bisogni assistenziali di una collettività in profondo cambiamento.

La complessità assistenziale viene definita tenendo in considerazione:

- La stabilità/instabilità clinica della persona assistita
- La capacità dell'assistito di definire le proprie necessità e di scegliere i comportamenti più idonei
- La possibilità dell'assistito di agire autonomamente ed efficacemente

Come detto precedentemente la stratificazione della popolazione ci aiuta a fare una valutazione olistica dei bisogni della persona, con il fine di rivalutarli costantemente. Per individuare i livelli di complessità si usa uno strumento chiamato "Progetto di Salute" che ci permette di individuare interventi appropriati e personalizzati. Questo approccio permette una valutazione della singola persona e una della popolazione. Il "Progetto di Salute" rappresenta la storia della persona e tutti i suoi bisogni, la

valutazione deve essere sempre costante così da permettere di effettuare interventi clinico assistenziali per tutta la durata della presa in carico. Grazie all'individualizzazione dei bisogni il "Progetto di Salute" consente di creare un'équipe multiprofessionale, ovviamente maggiore è la complessità maggiori saranno le figure coinvolte. Nella bozza del D.M. 71/2022 ci sono sei livelli di stratificazione del rischio. Nel primo livello la persona è in salute quindi ha totale assenza di condizioni patologiche e non avrà necessità assistenziali. Nel secondo livello la persona ha una complessità assistenziale minima ed ha assenza di cronicità, avrà bisogno occasionalmente di servizi sanitari. Nel terzo livello la persona ha una complessità assistenziale media, ha presenza di cronicità ma dovuta solamente da una patologia per questo motivo avrà bassa o media frequenza dei servizi sanitari. Nel quarto livello la persona ha una complessità medio-alta con o senza fragilità sociale, ha presenza di cronicità dovuta da multiple patologie, di conseguenza l'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari saranno elevati con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali. Nel quinto livello la persona presenta complessità assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale, ovviamente avrà presenza di multimorbilità e limitazioni funzionali con determinanti sociali, i bisogni assistenziali saranno continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero o residenziale. Il sesto livello la persona è in fase terminale quindi la patologia è già in fase avanzata per la quale non esiste più possibilità di cura, i bisogni sanitari saranno prevalentemente palliativi.

CAPITOLO 3.1 CHRONIC CARE MODEL

Come detto nel capitolo precedente l'infermiere di famiglia e di comunità non fanno azioni basate solo sul livello di complessità assistenziale bensì cercano di evitare che nella popolazione non si incrementino malattie croniche. Le malattie croniche

costituiscono un'importantissima causa di morte in quasi tutto il mondo, l'aumento di queste patologie croniche probabilmente è dovuto all'innalzamento dell'età media ma anche il peggioramento dell'ambiente in cui viviamo tramite l'inquinamento e le cattive abitudini. Negli anni si è assistito al passaggio da un sistema sanitario concentrato sul gestire l'insorgenza delle malattie infettive ad un sistema che cerca di contrastare un'ampia porzione delle patologie cronicodegenerative. Sicuramente non è così facile la gestione e la prevenzione delle malattie croniche, il modello di cura Chronic Care Model cerca di trasformare l'assistenza dei pazienti con malattie croniche da acuta e reattiva a proattiva. Il Chronic Care Model è un modello di gestione della salute della popolazione quindi integra l'assistenza sociale della comunità e i servizi sanitari, prevede un approccio che garantisce la relazione proattiva tra operatore e paziente. Esso ha quattro elementi principali: supporto all'autogestione, progettazione del sistema di consegna, supporto decisionale e i sistemi informativi clinici. In sintesi questo è un modello assistenziale che cerca di portare l'assistito non più verso l'ospedalizzazione ma il sistema di salute va verso il cittadino attraverso i servizi territoriali, presenza dei medici di base e l'introduzione di figure come l'infermiere di famiglia e di comunità. Si cerca di cambiare il concetto di sanità d'attesa al concetto di sanità di iniziativa. In Italia la prima regione ad adottare questo metodo è stata la Toscana che ha inserito il Chronic Care Model nel suo Sistema Sanitario Regionale (2008-2010). In Toscana dopo un primo fallimento dovuto all'introduzione del modello basato sulla patologia, la struttura organizzativa del Chronic Care Model è cambiata introducendo al posto della patologia il target (Davide Mori, 2018). Con target si intende una stratificazione della popolazione basata sul rischio, comorbilità e livelli assistenziali. Si sono stabiliti tre tipologie di target. La finalità del Chronic Care Model è di integrare questo modello nell'ospedale, quindi non aver più

dipartimenti specifici ma di organizzare l'ospedale in base all'intensità di cure. Il Ministero della Salute dopo molti mesi di lavoro ha finalmente stilato dei nuovi standard per l'assistenza sanitaria sul territorio. Questi standard sono contenuti nel decreto ministeriale (D.M.) 71 che è un'evoluzione del D.M. 70 del 2015 sugli standard ospedalieri. Questo ancora deve essere approvato, ma in tal caso sarà la prima volta in cui gli standard dovranno essere rispettati in ogni regione. Il D.M. 71 prevede proprio l'infermiere di famiglia e di comunità che dovrà mantenere il contatto con l'assistito e la propria popolazione di riferimento, il quale assicurerà l'assistenza infermieristica in base alla complessità e alla collaborazione con tutti i professionisti. Viene definito come professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. Lo standard definito è almeno 1 infermiere di famiglia e di comunità ogni 2.000 – 3.000 abitanti. Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) continua la pianificazione e il rafforzamento dei servizi territoriali, particolarmente attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di equipe multiprofessionali che riescano a prendere in carico la persona in modo olistico. Tutto questo dovrà essere fatto con metodiche logistiche di medicina di iniziativa e di presa in carico attraverso la stratificazione della popolazione in base all'intensità dei bisogni, con modelli digitali per far sì che l'individualizzazione delle persone da assistere e i loro percorsi siano visionabili sia dal professionista che opera nel territorio e sia dal professionista che opera in ospedale. Quando si parla di proattività si parla di due percorsi distinti: il patient engagement che cerca di incrementare una maggiore autonomia e proattività della persona nel gestire il proprio stile di vita mentre il patient experience, l'assistito incontra l'azienda sanitaria locale (ASL) che prevede l'agevolazione di tutte le pratiche burocratiche che vengono gestite direttamente dall'infermiere in collaborazione con il medico di medicina generale.

CAPITOLO 3.2 APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E PRESA IN CARICO

Il termine appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della popolazione), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi (Fonte: Ministero della salute, La sicurezza dei Pazienti e la Gestione del Rischio Clinico, Glossario 2006). Per questo motivo viene legato alla sanità, perché ci permette di descrivere l'assistenza come adatta e giusta. Nel campo medico ed infermieristico a volte però ci sono dei problemi riguardo alla visione dell'appropriatezza. Ad oggi si può definire appropriata una procedura che darà beneficio al destinatario o almeno i vantaggi dovrebbero essere maggiori agli svantaggi, derogata in modo giusto e al momento giusto. Per un'assistenza infermieristica appropriata l'infermiere deve essere in costante comunicazione con l'assistito così da poter personalizzare la presa in carico e valutare i bisogni più critici. Ovviamente con il termine di appropriatezza si intende anche l'utilizzo di materiali appropriati, cioè non sprecare risorse che potrebbero andare perdute per niente. Per quanto riguarda l'operatore l'appropriatezza è data dalla continua formazione basata sulle evidenze scientifiche. Si deve tenere bene a mente il concetto che un piano stilato per un assistito, non andrà bene a tutti perché è stato progettato tramite comunicazione e osservazione di esso. La parte più difficile dell'assistenza sanitaria è la presa in carico globale dove l'assistito è accompagnato dentro ad un percorso dove troverà diversi professionisti. Come sempre la parte principale è quella del rapporto con la persona, quindi si conferma ancora una volta che la figura dell'infermiere è di vitale importanza per un piano terapeutico perché permette di garantire un'assistenza ottimale

evitando trattamenti inappropriati. L'infermiere dovrebbe svolgere un ruolo da co-protagonista insieme al medico e agli altri professionisti e non essere visto come una figura inferiore. Come ci dice la bozza del D.M. 71 i servizi sanitari per essere efficaci devono essere in grado di tutelare la salute dell'intera popolazione e non solo di coloro che richiedono attivamente una prestazione sanitaria. La Medicina di Popolazione ha proprio l'obiettivo di rispondere ai bisogni dell'assistito sia in termini di prevenzione sia di cura. Per una presa in carico riguardo ai soggetti con patologie croniche, il Piano Nazionale della Cronicità ha stilato sette fasi principali del percorso assistenziale:

- valutazione del profilo epidemiologico della popolazione di riferimento (stratificazione del rischio);
- valutazione delle priorità d'intervento;
- definizione del profilo d'offerta più appropriata di servizi socioassistenziali;
- promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce;
- presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura;
- erogazione di interventi personalizzati;
- valutazione della qualità delle cure erogate.

Queste fasi permettono di conoscere la stratificazione della popolazione e i bisogni correlati, quindi aiutano a sviluppare dei sistemi che andranno a misurare il rischio e le caratteristiche della popolazione. Avremmo in base alla stratificazione differenti livelli di complessità assistenziale.

CAPITOLO 3.3 AZIONI IN BASE AL LIVELLO DI COMPLESSITA' DELL' ASSISTENZA

L'assistenza infermieristica quindi farà fronte ai sei livelli assistenziali. Ovviamente nessun livello richiederà un'assistenza uguale ad un'altra ma ci sarà una vera e propria distinzione. Nel

primo livello la persona dovrà ricevere solo azioni di promozione della salute, questo livello è di vitale importanza e l'infermiere di famiglia e di comunità dovranno fare questo livello come loro punto di forza per evitare che la persona vada avanti con i livelli assistenziali. Nel secondo livello la persona avrà bisogni di azioni proattive di stratificazione del rischio basato su familiarità e stili di vita. Nel terzo livello l'assistito ha bisogni di azioni semplici di presa in carico e ha bisogno di un supporto proattivo e di orientamento. Nel quarto livello l'utente avrà bisogni di azioni complesse dove sarà richiesta una presa in carico multiprofessionale e un bisogno di un supporto attivo e di orientamento alla persona o al care giver. Nel quinto livello la persona avrà bisogno di azioni complesse con presa in carico multiprofessionale e un supporto attivo e un ruolo di educazione per la persona o al care giver. Nel sesto livello le azioni ovviamente sono molto complesse e il professionista dovrà dare un supporto alla persona, famiglia sia nell'ambito fisico sia nell'ambito psicologico ma soprattutto collaborare con tante altre figure di supporto.

OBIETTIVO

Lo scopo di questa tesi è far riflettere e far conoscere la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità, che ancora oggi non è presente nel territorio. Cercando di far capire le sue attività, il campo in cui opera e i suoi metodi di approccio. L'infermiere di famiglia e di comunità giocano un ruolo molto importante all'interno dell'assistenza sanitaria perché permettono di conoscere bene la popolazione e i bisogni di cui necessitano. Infatti se ci fosse questa figura sicuramente le ospedalizzazioni diminuirebbero perché ci sarebbe una presa in carico sia di attesa ma soprattutto anticipata. L'obiettivo principale quindi è proprio

la presa in carico anticipata e quali metodi si possono usare per far sì che ciò avvenga correttamente.

MATERIALI E METODI

Questa tesi è stata eseguita attraverso una revisione narrativa sul database PubMed, sono stati inclusi articoli pubblicati dal 2000 ad oggi, in lingua inglese e italiano. Il quesito formulato è: se la popolazione viene presa in carico in modo proattivo rispetto all'approccio reattivo c'è un miglioramento dello stato di salute? Tramite questo quesito formulato con il metodo PICO sono state individuate le parole chiave.

Problema	Intervento	Comparazione	Outcome
L'infermiere effettua una presa in carico di iniziativa	Assistenza proattiva	Assistenza reattiva	Efficacia dell'assistenza proattiva

Per la ricerca le parole chiavi utilizzate sono: infermiere di famiglia e di comunità, assistenza proattiva, prevenzione e promozione, Chronic care model, self care, complessità assistenziale. La ricerca ha prodotto 349.367 risultati ma solamente 7 sono stati ritenuti validi. Sono stati applicati filtri come: full text, abstract.

RISULTATI

Banca dati	Stringa di ricerca Limiti	N. articoli reperiti	N. articoli selezionati	Estremi articoli
PUBMED	Infermiere di famiglia	4	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cosa significa veramente infermieristica familiare? Luglio-settembre 2021 2. Infermieristica familiare e comunitaria: panoramica della pratica in Europa. Luglio- settembre 2021
PUBMED	Prevenzione e promozione	112	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Approcci efficaci alla promozione della salute nella pratica infermieristica. Marzo 2019 2. Educazione medica ed educazione del paziente: nuove strategie didattiche e nuove dinamiche comunicative. Settembre 2004
PUBMED	Chronic Care Model	60.367	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concettualizzazione del modello di assistenza cronica: implicazioni per la pratica del case manager di assistenza domiciliare. Novembre- dicembre 2018 2. Esperienze di case manager nel fornire assistenza centrata sulla persona e integrata basata sul modello di cura cronica: uno studio qualitativo

				sull'abbraccio. Novembre 2018
PUBMED	Orem's self care	173	1	Pratica infermieristica avanzata basata sulla teoria: un aggiornamento pratico sull'applicazione della teoria infermieristica del deficit di auto-cura di Orem. Aprile 2021

DISCUSSIONE

Consultando e confrontando tutta la letteratura ottenuta dalle ricerche effettuate, si può affermare che la figura dell'infermiere di famiglia nel nostro Paese ancora non è ben organizzata. L'infermiere di famiglia e di comunità contribuirebbe a diminuire sensibilmente le ospedalizzazioni inappropriate degli utenti e soprattutto manterrebbe un approccio relazionale continuativo con la popolazione. La popolazione avrebbe sempre una figura di riferimento che potrebbe facilitare la risoluzione dei problemi determinati spesso da una complicata e asimmetrica comunicazione tra gli utenti e la rete assistenziale formale. L'infermiere di famiglia e di comunità opererà con una visuale di proattività, quindi metterà in atto tutte le sue competenze per promuovere e prevenire tutti quei comportamenti della popolazione che andrebbero a creare in un futuro dei bisogni da risolvere molto più complessi. La presa in carico non sarà più di attesa ma una presa in carico leggera ed anticipata dove anche chi non presenta sintomi di una malattia cronica conclamata, sarà una persona seguita e aiutata da questo professionista. L'infermiere di famiglia e di comunità dovrà attuare delle strategie per intercettare persone che non manifestano sintomi e cercare quindi di rallentare la progressione quanto più possibile verso una cronicità ad alto livello di complessità assistenziale. Sicuramente

i punti di forza saranno ampiamente maggiori rispetto a quelli di debolezza. Il punto di debolezza potrebbe essere rappresentato da una inadeguata implementazione di un sistema di comunicazione informatizzata efficiente ed efficace che interconnette l'intera rete dei professionisti vanificando di fatto l'organizzazione dell'assistenza pianificata.

CONCLUSIONE

Il presente studio si è posto per analizzare tutti i punti di forza dell'infermiere di famiglia e di comunità. Ricercando le mansioni principali che questa figura deve svolgere è emerso che ha come primo obiettivo una presa in carico proattiva quindi cercare di intercettare le persone che ancora non manifestano bisogni da colmare. Lo scopo principale è di intervenire prima che la persona diventi complessa a livello clinico e assistenziale. L'infermiere di famiglia e di comunità lavora a stretto contatto con il medico di medicina generale ma anche ai professionisti specialisti, questo punto è fondamentale poiché assicura un ottimale funzionalità del progetto. L'operatore deve cercare di instaurare un rapporto solido con l'assistito e con il care giver così da permettere una comunicazione basata sulla fiducia, sicuramente più l'assistito è a suo agio più il ruolo dell'operatore sarà agevolato. L'infermiere di famiglia e di comunità svolge anche l'azione di prevenzione e promozione della salute, anche a persone in totale salute quindi dovrà progettare interventi educativi da adattare alle diverse fasce di età e ai diversi luoghi. Gli studi effettuati hanno permesso di capire anche la strategia da usare per la stratificazione della complessità assistenziale e le varie azioni da svolgere in base ai bisogni dell'assistito. Sicuramente se verrà approvata la bozza del Decreto Ministeriale 71 a livello della sanità regionale ci sarà un vero e proprio cambiamento rispetto a questo modello di assistenza infermieristica. Se la popolazione venisse suddivisa per fasce di complessità clinica - assistenziale e non in base alla

patologia, si otterrebbe un ospedale incentrato sulla complessità assistenziale che permetterebbe di ottimizzare le risorse e di avere un'ottima efficienza ed efficacia. L'assistenza proattiva ci permette di limitare il più possibile la complessità assistenziale che si otterrebbe invece con una presa in carico d'attesa. L'infermiere di famiglia e di comunità sicuramente dovrà cercare di usare le risorse nel modo appropriato e non sprecarle per attività che non creerebbero beneficio alla popolazione. In conclusione possiamo sostenere che l'approccio proattivo serve sia dal punto di vista della metodologia da usare, sia per anticipare i bisogni e i cambiamenti della popolazione.

SITOGRAFIA E BIBLIOGRAFIA

Sitografia:

[\[Educazione medica ed educazione del paziente: nuove strategie didattiche e nuove dinamiche comunicative\] - PubMed \(nih.gov\)](#)

[\[Infermieristica familiare e di comunità: panoramica della pratica in Europa\] - PubMed \(nih.gov\)](#)

[Approcci efficaci alla promozione della salute nella pratica infermieristica - PubMed \(nih.gov\)](#)

[Appropriatezza, un problema comune - SaluteInternazionale](#)

[Arriva in Toscana l'infermiere tutor per la presa in carico del paziente \(nurse24.it\)](#)

[Case Comunità aperte h24 e collegate a studi dei medici di famiglia. Numero unico per ricevere assistenza, farmacia sempre più integrata nel Ssn e forte presenza di infermieri. Ecco il "DM 71" con i nuovi standard per le cure territoriali - Quotidiano Sanità \(quotidianosanita.it\)](#)

[Chi è l'Infermiere di famiglia e comunità: il documento delle Regioni \(nurse24.it\)](#)

[Chronic Care Center.pdf](#)

[Chronic Care Model: un approccio "proattivo" al paziente quale parte integrante dell'assistenza \(nurse24.it\)](#)

[Clemente \(area-c54.it\)](#)

[Concettualizzazione del modello di assistenza cronica: implicazioni per la pratica del case manager di assistenza domiciliare - PubMed \(nih.gov\)](#)

[Cosa significa veramente infermieristica familiare? - PubMed \(nih.gov\)](#)

[Cos'è il Chronic Care Model - Quotidiano Sanità \(quotidianosanita.it\)](#)

[Esperienze di case manager nel fornire assistenza centrata sulla persona e integrata basata sul modello di cura cronica: uno studio qualitativo sull'abbraccio - PubMed \(nih.gov\)](#)

<https://www.infermiereonline.org/2019/06/16/il-futuro-dellassistenza-sul-territorio-e-linfermiere-di-famiglia-e-comunita-le-regioni-confermano/>

[Il Contratto educativo nel processo di educazione terapeutica \(nurse24.it\)](#)

[Il futuro dell'assistenza sul territorio è l'infermiere di famiglia e comunità: le Regioni confermano - Fnopi L'infermiere \(infermiereonline.org\)](#)

[Il ruolo dell'infermiere nella presa in carico integrale del paziente \(aifa.gov.it\)](#)

[Infermiere di famiglia e di comunità: chi è, cosa fa e come diventarlo \(dimensioneinfermiere.it\)](#)

[Infermiere di famiglia e di comunità: passaggio da un'assistenza "reattiva" ad una "proattiva" \(frgeditore.it\)](#)

[Infermiere di famiglia e di comunità: passaggio da un'assistenza "reattiva" ad una "proattiva" - OPI Molise](#)

[L'importanza dell'educazione terapeutica del paziente nella sanità | Domedica](#)

[Linee guida dell'OMS sugli interventi di auto-cura per la salute e il benessere \[Internet\] - PubMed \(nih.gov\)](#)

[Maricchio 2.pdf \(fnopi.it\)](#)

[Organizzazione Mondiale Sanità \(salute.gov.it\)](#)

[Panoramica | Sostenere i caregiver adulti | | di orientamento](#)

[GENTILE \(nice.org.uk\)](#)

[Pratica infermieristica avanzata basata sulla teoria: un aggiornamento pratico sull'applicazione della teoria infermieristica del deficit di auto-cura di Orem - PubMed \(nih.gov\)](#)

[Prevenzione delle Malattie-Promozione ed Educazione alla Salute - ASPTrapani.it - portale dei servizi on-line ASP 9 di Trapani](#)

[Prevenzione e Promozione della Salute: l'importanza di sviluppare le Life Skills \(actroma.it\)](#)

[Professione infermieristica, l'evoluzione storica \(nurse24.it\)](#)

[SciELO - Brasile - Modello di assistenza integrata: transizione dall'assistenza acuta a quella cronica Modello di assistenza integrata: transizione dall'assistenza acuta a quella cronica](#)

[Sistema salute che va incontro al cittadino, il Chronic Care Model \(nurse24.it\)](#)

[Tecniche di educazione terapeutica nella predisposizione e valutazione di progetti educativi | Nurse Times](#)

Bibliografia:

“L’infermiere di comunità dalla teoria alla prassi” Mara Pellizzari, McGraw – Hill

“L’infermiere di famiglia, scenari assistenziali e orientamenti futuri” Loredana Sasso, Loredana Gamberoni, Annamaria Ferraresi, Laura Tibaldi, McGraw – Hill

“La complessità assistenziale concettualizzazione, modello di analisi e metodologia applicativa” Annalisa Silvestro, Rita Maricchio, Aldo Montanaro, Monica Molinar Min, Paola Rossetto, McGraw – Hill

RINGRAZIAMENTI

Questi ultimi tre anni trascorsi per la maggior parte in ospedale mi hanno insegnato tanto, soprattutto a non mollare mai. Se stessi qui a raccontare a quante situazioni terribili ho assistito e a quante persone splendide ho incontrato lungo questo percorso probabilmente starei qui a scrivere per due giorni. Ringrazio principalmente il mio relatore Dott. Moreno Cameruccio per l'aiuto nella progettazione e stesura della tesi, per l'immensa pazienza e professionalità dimostrata. Ringrazio i miei genitori Roberto e Cinzia per avermi permesso di intraprendere questo percorso sostenendomi sempre nelle mie scelte e dandomi forza nei momenti di totale sconforto, quando avrei voluto abbandonare tutto. Ringrazio mio fratello Alessandro per tutte le volte che mi ha ascoltato mentre ripetevo argomenti di cui lui ignorava l'esistenza. Ringrazio Luca, Giulia B. e Martina a cui devo la maggior parte delle risate di questi anni: e il loro aiuto è stato fondamentale per farmi arrivare fino a qui. Infine un immenso grazie lo vorrei dedicare a Giulia F., mia compagna di avventure e di vita da sempre; mi auguro che questo rapporto non cambi per sostenerci a vicenda.