



Università Politecnica delle Marche  
Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Corso di Laurea in Infermieristica

***ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA:  
ROULO E COMPETENZE DELL'INFERMIERE***

**Tesi di Laurea di**

Enache Mihaela

**Relatore**

Dott. Sandro Di Tuccio

**Anno Accademico 2018-2019**

---

INTRODUZIONE .....	2
CAPITOLO 1: ORIGINI E STORIA DELL' ASSISTENZA DOMICILIARE .....	4
1.1 Quadro normativo .....	5
1.2 Il focus dell'assistenza domiciliare integrata .....	7
1.3 L'ADI IN Italia: stato dell'arte .....	9
1.3.1 La figura del Care Giver .....	10
1.3.2 La nuova figura dell'infermiere di famiglia.....	11
CAPITOLO 2: RUOLO E COMPETENZE DELL'INFERMIERE .....	15
2.1 Il ruolo dell'infermiere.....	15
2.2 Competenze chiave dell'infermiere .....	17
3.1 Strategie nella presa in carico delle cure a domicilio .....	19
CAPITOLO 3: TIPOLOGIE DEGLI INTERVENTI ASSISTENZIALI.....	21
3.1 Assistenza Domiciliare Programmata.....	22
3.2 Assistenza Domiciliare Temporanea .....	23
3.3 Assistenza Domiciliare Prestazionale .....	24
3.4 Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative .....	25
3.4.1 Livelli di ADI.....	26
3.4.2 Valutazione e Pianificazione dell'intervento .....	26
3.4.3 Criteri di ammissione alla presa in carico da parte della rete Cure Palliative ....	27
3.4 Conclusione dell'intervento .....	28
CAPITOLO 4 DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: NIC E NOC.....	29
4.1 Introduzione .....	29
4.2 Il progetto.....	30
4.3 Ipotesi di percorso.....	31
4.4 Conclusioni .....	33
CONCLUSIONI .....	35
BIBLIOGRAFIA .....	38
SITOGRAFIA.....	40
RINGRAZIAMENTI.....	41

*“Curare a casa significa un cambiamento di prospettiva sostanziale: si tratta di passare dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici alle strutture e professioni che assumono come centro di gravità la persona con i suoi bisogni”*

*(P.S.N. 1998-2000)*

## INTRODUZIONE

L'argomento trattato nel seguente lavoro di tesi di laurea riguarda l'assistenza domiciliare integrata e più specificatamente il ruolo e le competenze dell'infermiere in questo contesto.

L'assistenza domiciliare è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), come:

*“ la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione ”*

In questo contesto si inserisce la figura dell'infermiere, fornita dall'OMS – “Infermiere di famiglia” come il perno della rete dei servizi: rappresenta infatti il tramite tra il medico di medicina generale e il paziente .

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è volta a soddisfare le esigenze di assistiti (solitamente anziani, disabili e pazienti affetti da gravi malattie) parzialmente, totalmente, temporaneamente o permanentemente non autosufficienti e in condizioni di fragilità, aventi la necessità di un'assistenza a domicilio. L'assistenza sanitaria viene fornita direttamente a domicilio, consentendo al paziente di rimanere il più lungo possibile all'interno del suo ambiente di vita e diminuendo notevolmente anche i costi dei ricoveri ospedalieri.

Tale servizio fa della casa il luogo privilegiato delle cure, consentendo alla persona di continuare a vivere tra i propri cari e i propri affetti anche in fasi della vita dominate dalla malattia e dal declino funzionale.

Per il cittadino l'assistenza domiciliare rappresenta la possibilità di usufruire presso il proprio domicilio di cure abbastanza complesse, nell'ambito di un'assistenza più personalizzata e di evitare i disagi e i pericoli legati alla degenza (es. infezioni ospedaliere).

Principali obiettivi dell'ADI :

- dare una risposta adeguata ai bisogni di salute;
- evitare ricoveri ospedalieri non giustificati;

- mantenere l'ambiente di vita proprio del paziente;
- garantire continuità assistenziale e integrazione dell'assistenza;
- permettere il coinvolgimento del paziente e della rete familiare.

## **CAPITOLO 1**

### **ORIGINI E STORIA DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE**

Forse il primo vero e proprio esempio di assistenza domiciliare si deve a William Rathbone, che nel 1859 iniziò a lavorare per organizzare l'assistenza infermieristica a domicilio nella città di Liverpool, e nel 1862 finanziò ed aprì una scuola con l'intento di formare personale specializzato in grado di assistere a domicilio i poveri della città. Questo tipo di assistenza venne all'epoca definita "di tipo rionale", ed il suo impegno diede ottimi risultati che portarono Rathbone ad essere ricordato come il fondatore dell'assistenza domiciliare sociale moderna.

Agli inizi degli anni '90 viene delineato per la prima volta il sistema di assistenza domiciliare integrata (ADI) inserito all'interno del Progetto Obiettivo "Tutela della Salute degli Anziani 1991-1995" presentato dal Governo italiano. La finalità principale, in accordo con quanto previsto dalla Legge 833 del 1978 istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale, è l'aumento graduale del numero di pazienti da curare a domicilio. In questo modo viene garantita una effettiva integrazione dei servizi sociali, sanitari ed assistenziali, in modo da far fronte in maniera efficace ed efficiente ai bisogni dell'anziano. A partire dal 2001 il concetto di assistenza viene esteso a pazienti di ogni età e l'ADI rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e inserita, quindi, nella macro area che riguarda l'assistenza distrettuale, nell'ottica di una prospettiva di integrazione socio-sanitaria.

In quest'ottica, il DPCM del 14 febbraio 2001, infatti, delinea le prestazioni di rilevanza sanitaria a livello sociale e socio-sanitario, stabilendone i criteri di finanziamento da parte delle Aziende Sanitarie Locali e dei Comuni, in conformità ai principi e alle modalità previste nella legge di riordino del SSN.

Prima di questa data, la spesa relativa alle prestazioni di medicina generale e specialistica nell'ambito delle cure a domicilio rivolte a pazienti anziani e alle persone autosufficienti con patologie cronico-degenerative e l'assistenza infermieristica e di riabilitazione erano attribuite completamente al SSN, mentre l'assistenza tutelare era ripartita a metà (50%) tra SSN e Comuni (fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale), in accordo a quanto stabilito dal Progetto Obiettivo "Tutela della Salute degli Anziani 1991-1995".

Il supporto domestico e familiare, invece, rimaneva totalmente a carico del Comune.

A partire dal 2017, grazie all'aggiornamento LEA, viene stabilito che le prestazioni di assistenza infermieristica sopra menzionate e il supporto professionale che fanno parte dei modelli assistenziali disciplinati dalle Regioni e dalle Province Autonome, vengono prese in carico dal Servizio Sanitario Nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50% nei giorni successivi.

### **1.1 Quadro normativo**

La **Legge 833/78**, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, ispirandosi ai principi dell'OMS secondo i quali "L'assistenza sanitaria di base rappresenta il primo livello di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario in un quadro di effettiva partecipazione", ha garantito, da un lato, l'unitarietà della gestione e del governo dei servizi sanitari (Unità Sanitaria Locale) e dall'altro ha promosso la strutturazione di una rete di servizi il più vicino possibile al luogo di vita delle persone attraverso la "medicina primaria" diffusa sul territorio e organizzata in modo da essere legata alla comunità locale. La stessa legge ha conseguentemente proposto un modello di assistenza primaria fondato sul Medico e Pediatra di famiglia, convenzionati con il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e scelti liberamente dal cittadino.

Il Progetto Obiettivo "Tutela della Salute degli Anziani 1994-1996" indicava l'attivazione dei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) come obiettivo prioritario ed ipotizzava lo sviluppo di servizi di ospedalizzazione domiciliare (OD) a più elevato contenuto sanitario con l'obiettivo di trattare a domicilio una percentuale di pazienti su tutti i ricoveri ospedalieri.

Il **Decreto Legislativo n. 229/99** recante "Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale" e i precedenti Dlgs.502/92 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e il Dlgs. n.517/99, indica l'assistenza Domiciliare Integrata (ADI) tra le funzioni e le risorse garantite dai distretti sociosanitari la cui organizzazione è disciplinata dalle regioni.

La **Legge 328** dell'8 novembre 2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema

integrato di interventi e servizi sociali” prevede che il Fondo nazionale per le politiche sociali determini ogni anno una quota economica esplicitamente destinata al sostegno domiciliare di persone anziane non autosufficienti, con particolare riferimento a “progetti integrati tra assistenza e sanità, realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire l’autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell’ambiente familiare”.

Il **DPCM 14 Febbraio 2001**, atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie, stabilisce che le cure domiciliari come modalità di risposta ai bisogni delle persone in condizione di non autosufficienza si avvalgono anche di prestazioni di assistenza sociale e del supporto familiare ovvero il bisogno clinico viene valutato anche sotto il profilo funzionale e sociale tramite idonei strumenti atti a consentire una diagnosi multidimensionale e la presa in carico della persona con definizione di un completo programma assistenziale di carattere socio-sanitario. Le Regioni nell’ambito della programmazione degli interventi socio-sanitari determinano gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione nonché i criteri di finanziamento avvalendosi del concerto della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale secondo quanto previsto dal **D.lgs 502/92**.

Alla fine del 2006, la Commissione nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza ha emanato un nuovo documento dal titolo “**Nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio**”.

Il testo delinea una nuova caratterizzazione dei profili di cura domiciliari, individua le principali prestazioni domiciliari per profilo e figura professionale, definisce i criteri di assegnazione e ridefinisce gli aspetti economici mensili dei profili di cura. Viene modificata anche la terminologia: per quanto riguarda l’assistenza sanitaria si dovrà utilizzare la definizione di “cure domiciliari”, anziché “assistenza domiciliare”, per distinguere in modo esclusivo le cure sanitarie e sociosanitarie integrate dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale e tutelare.

Ministero della Salute, Commissione nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, Nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale



domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio, Roma, 2006

## **1.2 Il focus dell'assistenza domiciliare integrata**

Obiettivo fondamentale dei sistemi di cura della cronicità è quello di mantenere il più possibile la persona malata al proprio domicilio e impedire o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione, senza far ricadere sulla famiglia tutto il peso dell'assistenza al malato. *Messaggio chiave: la valutazione orientata sul paziente-persona, sugli esiti raggiungibili e sul sistema sociosanitario.* In particolare, le cure domiciliari sono una delle risposte più efficaci ai bisogni assistenziali delle persone anziane con malattie croniche e non autosufficienti, delle persone disabili in conseguenza di traumi o forme morbose acute o croniche, così come di pazienti che necessitano di trattamenti palliativi, purché tecnicamente trattabili a domicilio, e, in generale, di tutti i pazienti in condizioni di fragilità per i quali l'allontanamento dall'abituale contesto di vita può aggravare la condizione patologica e destabilizzare l'equilibrio sia fisico sia psicologico con conseguenze spesso devastanti. Il setting assistenziale domiciliare, inoltre, è quello in cui è più agevole per l'equipe curante promuovere l'empowerment del paziente, migliorando la sua capacità di 'fare fronte' alla patologia e sviluppando le abilità di auto-cura. Mentre la permanenza in ospedale o in una struttura residenziale può favorire la passività e la deresponsabilizzazione dei ricoverati, completamente affidati alle cure di "esperti", l'organizzazione domiciliare dell'assistenza (che sappia adattarsi ai luoghi, ai tempi, agli oggetti e alle abitudini della persona) contribuisce fortemente a conservare l'autodeterminazione della persona e l'autogestione dei propri bisogni, fondamentali per il buon esito delle cure. Quindi, compatibilmente con le condizioni sanitarie, sociali ed abitative della persona, l'impegno del SSN è volto a privilegiare, ove possibile, le cure domiciliari rispetto all'istituzionalizzazione, garantendo le prestazioni sanitarie necessarie ed attivando le risorse formali e informali per dare supporto alla persona e alla famiglia nello svolgimento delle attività di vita quotidiana. Le cure domiciliari devono coinvolgere, in ruoli diversi, operatori con diverse professionalità e provenienze, primi fra tutti i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, che assumono la responsabilità della gestione clinica della presa in carico, garantendo il coordinamento degli apporti professionali forniti degli operatori del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dagli specialisti, e la continuità assistenziale nell'erogazione del trattamento. L'assistenza

domiciliare è effettivamente “integrata” quando le professionalità sanitarie e sociali collaborano per realizzare progetti unitari, mirati alla soddisfazione di bisogni di diversa natura. Essa richiede la valorizzazione del nursing e la collaborazione delle famiglie, tenendo conto che una stretta collaborazione tra ospedale e distretto può consentire la permanenza a casa anche di persone con patologie complesse. La condizione necessaria per l’attivazione dell’ADI è la valutazione multidimensionale che permette la pianificazione organica delle attività in funzione della globalità e dell’intensità del piano di cura e la valutazione evolutiva degli esiti.

*Messaggio chiave: mantenere il più possibile la persona malata al suo domicilio e impedire o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione.*



**Figura 1: Il processo di attivazione di un'assistenza domiciliare integrata (Ministero della Salute 2016).**

Si tratta, dunque, di un livello di assistenza che richiede una complessa organizzazione e una consolidata competenza gestionale dal momento che il servizio offerto deve flessibilmente adattarsi agli obiettivi di cura e alle specifiche condizioni cliniche e socio-familiari del paziente. Tale complessità ha fatto sì che sul territorio nazionale le cure domiciliari siano state erogate secondo modalità, criteri e caratteristiche molto diversi tra loro, anche all’interno delle stesse regioni, fino ad arrivare a situazioni locali di inesistenza del servizio di cure domiciliari nella ASL. L’obiettivo dei prossimi anni è, quindi, quello di recuperare i ritardi accumulati, anche grazie alla diffusione delle nuove tecnologie di teleassistenza, teleconsulto e tele-monitoraggio, e di garantire le cure a domicilio in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale. Queste azioni dovranno essere attuate di pari passo con un’integrazione ottimale dei servizi sanitari territoriali con quelli socio assistenziali, in modo da fornire interventi in grado di rispondere complessivamente ai bisogni delle persone.

### 1.3 L'ADI IN Italia: stato dell'arte

L'assistenza domiciliare integrata in Italia è il modello assistenziale che si propone di promuovere l'integrazione delle competenze professionali sanitarie con quelle sociali, per realizzare programmi di cura e assistenza orientati a soggetti di qualsiasi età, che necessitano di un'assistenza continuativa o limitata nel tempo, erogabile al loro domicilio e sostenibile dal nucleo familiare, favorendo il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione ed evitando il ricorso improprio al ricovero in ospedale o in strutture residenziali. I principali obiettivi dell'Adi sono:

- dare una risposta assistenziale a specifici bisogni di salute;
- evitare ricoveri non giustificati in ospedali e strutture residenziali;
- mantenere il paziente nel proprio ambiente di vita;
- contribuire alla realizzazione della continuità e dell'integrazione dell'assistenza;
- coinvolgere attivamente i **care giver** informali del paziente (familiari, amici, volontari);
- perseguire la sostenibilità assistenziale, massimizzando i benefici di salute per i pazienti (Marceca, 2003).

L'organizzazione dell'Adi è stata poco indagata in Italia, dove peraltro rilevanti sono le differenze fra una Regione e l'altra. Di norma, si accede all'Adi con la valutazione multidimensionale effettuata dalle unità valutative multidimensionali che, per ogni paziente, predispongono il Piano assistenziale individualizzato (Pai). Quasi tutte le Regioni hanno regolamentato in modo dettagliato l'organizzazione dell'Adi e la maggioranza di queste ha attivato anche un sistema di rilevazioni annuali, o un sistema informativo dell'Adi, per seguirne le dinamiche e lo sviluppo.

Tutte le regioni, esclusa la Lombardia hanno previsto un modello organizzativo basato sull'erogazione diretta delle prestazioni da parte del distretto sanitario. Il modello organizzativo della Regione Lombardia punta invece sulla diffusione del voucher sociosanitario.

<b>TAVOLA 1 Tipologie di Adi specialistica</b>	
<b>Tipologie di Adi specialistica</b>	<b>Regioni</b>
<b>Nutrizione artificiale domiciliare (Nad)</b>	<b>Bolzano, Friuli V. G., Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Toscana, Trento, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto</b>
<b>Adi-cure palliative/per pazienti terminali</b>	<b>Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Sicilia, Trento, Veneto</b>
<b>Riabilitazione domiciliare</b>	<b>Marche, Umbria, Veneto (integrata con intervento sociale)</b>
<b>Adi per pazienti con demenza/alzheimer</b>	<b>Molise, Veneto</b>
<b>Trattamento a domicilio (Tad) per le persone con Aids</b>	<b>Emilia Romagna, Lazio</b>
<b>Ossigeno liquido terapia domiciliare a lungo termine (Olt) o assistenza domiciliare ventilatoria</b>	<b>Marche, Veneto</b>
<b>Dialisi peritoneale domiciliare</b>	<b>Marche</b>
<b>Assistenza domiciliare infermieristica con intervento sociale</b>	<b>Veneto</b>
<b>Fonte: Bibliografia.</b>	

Figura 2: Tipologie di ADI specialistica nelle regioni italiane (Pesaresi 2007).

### 1.3.1 La figura del Care Giver

È rappresentata comunemente da uno o più familiari e /o comunque la persona che si prende cura del paziente. Rappresenta un tassello fondamentale in quanto punto di raccordo tra il servizio di assistenza domiciliare ed il paziente stesso. Il care giver segue il paziente ed è in grado di rappresentare le esigenze man mano che si presentano; è una figura che va supportata e formata fino a diventare una vera e propria interfaccia che permetta di applicare appieno e con efficacia il piano assistenziale programmato.

Facilita e supporta il lavoro dei vari operatori: una figura essenziale, per cui è importante che entri in pieno nel suo ruolo, che sia motivato e supportato dall'organizzazione del servizio.

Questo a grandi linee è il quadro di management che dovrebbe rispecchiare un servizio di assistenza domiciliare.

Un'organizzazione non statica ed immutabile, ma elastica ed adattabile e personalizzabile ad ogni tipo di assistenza e ad ogni singolo caso.

Che sia capace di fornire assistenza attraverso professionisti qualificati e nel contempo capace di curare l'aspetto socio-relazionale e di prevenzione con interventi mirati in ogni

singola realtà.

L'infermieristica di famiglia in questo ambito riveste la figura di riferimento per la famiglia, il paziente ed il caregiver. (Andrews e Boyle 1995)

### **1.3.2 La nuova figura dell'infermiere di famiglia**

Il 19 Giugno 2019 con il DDL N. 1346 viene introdotta la figura dell'infermiere di famiglia- responsabile delle cure domiciliari nell'equipe di distretto.

Il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 289, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, stabilisce all'articolo 1, comma 1, che « le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative mono-professionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multi-professionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria ». In riferimento alla necessità di una riorganizzazione del sistema sanitario centrato sul territorio, il presente provvedimento si pone l'obiettivo di valorizzare il ruolo della professione infermieristica. La presenza e il coinvolgimento diretto degli infermieri, quali professionisti dell'assistenza, rappresenta un punto fondamentale per lo sviluppo del sistema e per una risposta alle necessità della popolazione. Il presente provvedimento, già presentato nella precedente legislatura, all'articolo 1 si prefigge l'obiettivo del pieno riconoscimento della professione infermieristica come figura di riferimento per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi territoriali di assistenza territoriale e domiciliare, al fine di salvaguardare lo stato di salute dei cittadini e fronteggiare i problemi legati alla diffusione della cronicità e diminuire altresì gli accessi in pronto

soccorso e le degenze ospedaliere, garantendo assistenza ai malati cronici che non richiedono cure intensive in ospedale. Per cura domiciliare si intende la modalità di assistenza sanitaria erogata al domicilio del paziente dall'infermiere in collaborazione con il medico di famiglia, alternativa al ricovero ospedaliero, destinata a persone con patologie trattabili a domicilio volta a favorire la permanenza del paziente nel proprio ambiente. A tal fine, nel contesto dei servizi di assistenza domiciliare, l'articolo 3 del presente disegno di legge apporta alcune modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, e in particolare al l'articolo 3-quinquies e 3-sexies in materia di funzioni e organizzazione del distretto sanitario. Viene introdotta la figura dell'infermiere di famiglia che, in sinergia e collaborazione con i medici di medicina generale e con i servizi distrettuali, deve assicurare la presa in carico dei cittadini. L'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, in materia di disciplina dei rapporti per l'erogazione alle prestazioni assistenziali, al comma 1, lettera b-bis) (lettera aggiunta dalla lettera b) del comma 4 del l'articolo 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189), stabilisce che, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, è garantita l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative mono-professionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multi-professionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria, tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali quali aree metropolitane, aree a popolazione sparsa e isole minori. In tale contesto di riorganizzazione, per quanto concerne l'organizzazione distrettuale del servizio, l'articolo 3 del presente provvedimento introduce all'articolo 8, comma 1, lettera b-bis), del decreto legislativo n. 502 del 1992, la figura dell'infermiere di famiglia. L'articolo 4, infine, apporta alcune modifiche al decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 (cosiddetto « decreto Balduzzi ») e in particolare all'articolo 1, comma 1, in materia di

riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie, introducendo la figura dell'infermiere di famiglia prevedendo una serie di competenze per la nuova figura professionale che deve diventare un punto di riferimento per lo sviluppo dei servizi sanitari, dall'ospedale al territorio ai servizi domiciliari, sia sul piano dell'assistenza che della programmazione.

Il provvedimento, sopra menzionato, all'**articolo 1** si prefigge "l'obiettivo del pieno riconoscimento della professione infermieristica come figura di riferimento per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi territoriali di assistenza territoriale e domiciliare, al fine di salvaguardare lo stato di salute dei cittadini e fronteggiare i problemi legati alla diffusione della cronicità e diminuire altresì gli accessi in pronto soccorso e le degenze ospedaliere, garantendo assistenza ai malati cronici che non richiedono cure intensive in ospedale".

All'**articolo 2** si legifera che "l'infermiere di famiglia è responsabile delle cure domiciliari del paziente". Per cura domiciliare il testo "intende la modalità di assistenza sanitaria erogata al domicilio del paziente dall'infermiere in collaborazione con il medico di famiglia, alternativa al ricovero ospedaliero, destinata a persone con patologie trattabili a domicilio volta a favorire la permanenza del paziente nel proprio ambiente".

L'**articolo 3** del disegno di legge apporta alcune modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 in materia di funzioni e organizzazione del distretto sanitario. Nello specifico viene introdotta la figura dell'infermiere di famiglia che, in sinergia e collaborazione con i medici di medicina generale e con i servizi distrettuali, deve assicurare la presa in carico dei cittadini anche tenendo conto del riassetto delle cure primarie introdotto dalla legge Balduzzi del 2012.

L'**articolo 4**, infine, apporta alcune modifiche al decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 (cosiddetto « decreto Balduzzi») e in particolare all'articolo 1, comma 1, in materia di riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie, introducendo la figura dell'infermiere di famiglia prevedendo una serie di competenze per la nuova figura professionale che deve diventare un punto di riferimento per lo sviluppo dei servizi sanitari,

dall'ospedale al territorio ai servizi domiciliari, sia sul piano dell'assistenza che della programmazione.

In conclusione, all'infermiere di famiglia sono attribuite le seguenti competenze:

- identificare e valutare lo stato di salute ed i bisogni degli individui e delle famiglie nel loro contesto culturale e di comunità;
- pianificare ed erogare assistenza alle famiglie che necessitano di interventi specifici;
- promuovere la salute dei soggetti, famiglie e delle comunità;
- sostenere ed incoraggiare gli individui e le famiglie nella partecipazione alle decisioni relative alla loro salute;
- applicare la conoscenza di diverse strategie di insegnamento e di apprendimento con i soggetti con le famiglie e con le comunità;
- partecipare alle attività di prevenzione;
- provvedere ad un costante aggiornamento e allo sviluppo professionale attraverso la formazione continua;
- pianificare e realizzare interventi informativi ed educativi rivolti ai singoli, alle famiglie e alle comunità atti a promuovere modificazioni degli stili di vita e una migliore aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi, utilizzando e valutando diversi metodi di comunicazione;
- partecipare alla ricerca, recuperando dati epidemiologici e clinici in relazione a specifici obiettivi conoscitivi e assistenziali.



## CAPITOLO 2

### RUOLO E COMPETENZE DELL'INFERMIERE

#### 2.1 Il ruolo dell'infermiere

Il **ruolo** che si prevede in Europa per l'Infermiere di Famiglia (Abbatecola et al., 2000; Bassetti, 1994; OMS, 1978) è quello di un professionista che: “aiuterà gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica o nei momenti di stress, trascorrendo buona parte del tempo a lavorare al domicilio dei pazienti e con le loro famiglie. Tali infermieri danno consigli riguardo agli stili di vita ed i fattori comportamentali di rischio ed assistono le famiglie in materia di salute.

Attraverso la diagnosi precoce, essi possono garantire che i problemi sanitari delle famiglie siano affrontati al loro insorgere. Con la loro conoscenza della salute pubblica, delle tematiche sociali e delle altre agenzie sociali, possono identificare gli effetti dei fattori socio-economici sulla salute della famiglia ed indirizzare quest'ultima alle strutture più adatte. Possono facilitare le dimissioni precoci dagli ospedali fornendo assistenza infermieristica a domicilio ed agire da tramite tra la famiglia ed il medico di base, sostituendosi a quest'ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico” (OMS–Regione europea, 1999).

Quali elementi possono condurre l'infermiere ad assumere questo nuovo ruolo?

#### **a) La crescita culturale**

Il progresso degli ultimi decenni ha portato la professione infermieristica ad accedere alla formazione universitaria e alla formazione complementare. Inoltre, nel panorama italiano, si sono sviluppate molte associazioni scientifiche che presentano opzioni filosofiche di fondo (Manzoni, 1996) che costruiscono l'identità di un infermiere in una fase di empowerment culturale, che partecipa alle iniziative professionali, non disancorato dalle dinamiche evolutive di fondo della professione.

#### **b) Lo sviluppo del metodo**

Il modello di intervento infermieristico che si mette in atto, in particolare nell'assistenza comunitaria, è definito "patient-centered intervention" (Lauver et al., 2002). Il ciclo metodologico ad esso connesso (lo storico processo di nursing) si articola partendo dalla definizione del "prendersi cura" come procedura flessibile ed orientata all'altro (il paziente), incardinata sulle proprie competenze e sul proprio agire, che cerca di mediare fra management organizzativo e presa in carico del malato, che agisce per progettazione e che non è completamente estranea alla ricerca. Rispetto al passato, l'agire infermieristico è sempre più fondato sulla scienza e ciò rappresenta un avanzamento della professione e delle discipline che concorrono a comporla o a delinearla. Si comincia a costruire un nursing spendibile a base scientifica (SBN- scientific based nursing) integrato con l'esperienza e la pratica, che si riflette "soprattutto nella maggiore capacità di coinvolgimento del paziente nelle decisioni circa le cure da intraprendere" (Iovine, 2002). Oltre alle metodologie quantitative, legate storicamente alla malattia, si cerca di sviluppare metodologie anche di tipo qualitativo, a cominciare dalla valutazione del malato. Solo così il Nursing si può indirizzare o essere orientato dalle scienze infermieristiche, che non si devono mai slegare dal loro progetto di fondo, ovvero dall'assistenza integrata e co-definita con la persona.

#### **c) La relazione e la comunicazione**

La relazione fra infermiere e paziente/famiglia rappresenta una micro-relazione che concorre a formare e sostenere tutto l'edificio del lavoro infermieristico: la relazione con il cittadino (malato o sano) plasma l'identità professionale dell'infermiere, riconducendola a quella prassi di servizio alla persona che trae dall'altro la propria più profonda legittimazione sia personale sia sociale. Anche il counseling può solo essere incentrato sulla capacità di relazione dell'infermiere (Poskiparta ed altri, 2001), con la consapevolezza che questa relazione è asimmetrica – per le differenze di conoscenze – e affettivamente neutrale.

#### **d) Il rispetto etico e la deontologia**

L'etica professionale dell'infermiere trova nella revisione del Codice deontologico (Federazione Nazionale IPASVI, 1999) la rappresentazione delle sue basi. Il focus principale è l'attenzione prestata all'altro (Cipolla, 2002) durante le prassi assistenziali e si

potrebbe sostenere che la rete di valori che indirizza l'atto infermieristico è costituita e praticata a partire dal cittadino, da un lato, e dalla collettività professionale. Si potrebbe quasi sostenere che l'etica infermieristica si esplicita basandosi sul "paradigma del tu"<sup>1</sup>, sia esso individuale o sociale.

### **e) Il "prendersi cura" infermieristico**

Nel documento della WHO si prevede la capacità diagnostica dell'infermiere. E' bene precisare che in molti paesi europei è legittimo parlare di semeiotica infermieristica, accertamento/diagnosi/trattamento senza che questo configuri o scateni contrasti interprofessionali. La legittimità del linguaggio e dell'azione sono definiti dalla chiarezza concettuale su quali delimitazioni e quali pertinenze rappresentano lo spazio di ruolo dell'infermieristica.

In Italia si può ragionevolmente sostenere che la competenza distintiva (core business professionale) dell'infermiere è la tutela della sicurezza e della continuità assistenziale<sup>2</sup> del paziente, intendendo con ciò che l'infermiere deve saper rilevare i problemi e stabilire quali professionalità coinvolgere, indirizzarsi o indirizzare l'assistito affinché questi problemi siano adeguatamente affrontati e verificare l'efficacia degli interventi. Ci si riferisce a questo tipo di capacità diagnostica: saper identificare comportamenti a rischio ed intervenire per attuare adeguate misure di trattamento o prevenzione delle complicanze, in collaborazione con altri professionisti del sistema sanitario o sociale, riconoscere segni e sintomi e indirizzare gli assistiti in accordo con il medico di medicina generale, ma anche individuare i presidi più idonei da utilizzare.

(vedi gli appunti scritti-voce ruolo)

## **2.2 Competenze chiave dell'infermiere**

Per quanto riguarda le **COMPETENZE** è necessario incrementare la quantità e qualità delle specifiche competenze che la professione sta già sviluppando nei diversi settori di attività:

- competenze e conoscenze che derivano dalla pratica e la ricerca in ambito clinico, orientate a migliorare la gestione e le risposte dei pazienti;

- competenze derivanti dalle esperienze e dalla ricerca condotte nell'aria dell'educazione del paziente e della famiglia, utile nel contrastare le patologie più diffuse e nell'aiutare i malati a convivere con la cronicità;
- competenze derivati da esperienze e della ricerca di aree organizzative chiamate a reinventare soluzioni operative per conferire al paziente un ruolo di protagonista del processo di cura per garantire l'appropriatezza delle cure infermieristiche per sollecitare il generale miglioramento della qualità assistenziale e ottenere una maggiore soddisfazione nella qualità di cure percepite dai pazienti.

Altre competenze sono:

- precisione e correttezza;
- competenze cliniche, agire con sicurezza, perché la si gestirà in presenza di familiari e nel ambiente in cui la capacità di adattamento riveste un ruolo fondamentale, poiché ci si troverà di fronte a situazioni in cui non si potrà contare su tutte le componenti di standardizzazione tipiche dell'ospedale;
- relazionali, sono centrali per assistere con vicinanza le persone nella loro casa;
- educative, che permettono agli infermieri di condurre gradualmente i malati e i loro familiari verso l'autonomia e l'autogestione dell'auto cura;
- saper lavorare in team- è una competenza indispensabile si ha il confronto costantemente con altri professionisti(es. MMG- parte integrante);
- capacità di lavorare non esclusivamente sui problemi reali quanto sui problemi potenziali di analizzare il rischio di insorgenza, di peggioramento e porre in atto tutte le misure necessarie quindi non si limita a svolgere prestazioni e soprattutto, che non circoscrive la sua azione nell'individuare e nell'affrontare solamente le problematiche del momento quanto invece è orientata a sviluppare una grande competenza clinica basata sulla conoscenza dei decorsi delle malattie, delle risposte cliniche ai trattamenti e all'organizzazione delle cure come nei percorsi diagnostici terapeutici e alla capacità di leggere le caratteristiche delle persone che stanno affrontando questi periodi di malattia e di cura;
- capacità di padroneggiare e sviluppare aspetti di tipo tecnico-operativo;
- capacità di adattare le metodologie operative alle situazioni multiple perché deve padroneggiare al meglio la tecnica assistenziale e prevedere la conoscenza delle

possibili alternative per garantire il risultato ottimale nell'adattamento senza venire meno ai principi di correttezza e sicurezza.

Tutto ciò è rafforzato con il D.Lgs.28\1\2016, n.15 che recepisce la direttiva dell'Unione europea 2013\55\Ue per il riconoscimento delle qualifiche professionali. Secondo il Regolamento Comunitario n.1024\2012, l'infermiere è responsabile dell'assistenza generale e ha la competenza di:

- individuare autonomamente le cure infermieristiche necessarie utilizzando le conoscenze teoriche e cliniche attuali nonché di pianificare, organizzare e prestare le cure infermieristiche nel trattamento dei pazienti, sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite ,in un ottica di miglioramento della pratica professionale;
- lavorare efficacemente con altri operatori del settore sanitario, anche per quanto concerne la partecipazione alla formazione pratica del personale sanitario sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite;
- orientare individui, famiglie e gruppi verso stili di vita sani e l'autoterapia, sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite;
- avviare autonomamente misure immediate per il mantenimento in vita e di intervenire in situazioni di crisi e catastrofi;
- fornire autonomamente la qualità delle cure infermieristiche e di valutarle;
- comunicare in modo esaustivo e professionale e cooperare con gli esponenti di altre professioni del settore sanitario;
- analizzare la qualità dell'assistenza in un ottica di miglioramento della propria pratica professionale come infermiere responsabile dell'assistenza generale.(Silvia Marcadelli 2018)

### **3.1 Strategie nella presa in carico delle cure a domicilio**

- il paziente e la famiglia come principali protagonisti della cura;
- l'empowerment, fondato sul una visione della persona come unica responsabile della propria esistenza e della sua continua evoluzione;
- domicilio come luogo più appropriato per vivere le relazioni di cura;

- il lavoro interprofessionale-lo strumento- per fornire risposte assistenziali integrali e globali;
- il case management come modalità per stabilire un coordinamento organizzativo e un efficace comunicazione tra i servizi e il personale curante per tutti quei pazienti che, nel periodo tra la diagnosi di malattia, le terapie, la stabilizzazione si spostano in numerosi setting di cura in cui manca una reale sinergia organizzativa.

Queste suggestioni sono fornite per mettere in luce la complessità dell' lavoro dell' infermiere la cui responsabilità nel settore dell' assistenza domiciliare potrà essere valorizzata solo se il sistema sarà in grado di riconoscere chi effettivamente “ produce” valore”.( stessa fonte delle competenze).

## CAPITOLO 3

### TIPOLOGIE DEGLI INTERVENTI ASSISTENZIALI

Le forme di A.D descritte in questo capitolo fanno riferimento alle normative vigenti per la regione Puglia, in particolare al Documento Regionale “Linee guida regionali per le cure domiciliari integrate” allegato alla D.G.R. n.630 del 30.03.2015 - come integrato dalla D.G.R. n.750 del 13.4.2015- , al Regolamento regionale n. 4 del 18.1.2007 e successive modifiche ed integrazioni “Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini di Puglia”, alla D.G.R. n. 691 del 12.4.2011 “Approvazione Linee guida regionali per l’accesso ai servizi sanitari territoriali ed alla rete integrata dei servizi socio-sanitari”, così come di seguito riportate:

1. ADP (Assistenza Domiciliare Programmata);
2. ADT (Assistenza Domiciliare Temporanea);
3. Assistenza Domiciliare Prestazionale;
4. **Assistenza Domiciliare Integrata** con 3 livelli di complessità/intensità crescenti delle cure nonché Cure Palliative per i Pazienti Oncologici o comunque terminali (comprese in ADI 3° Livello);
5. Assistenza domiciliare riabilitativa, nell’ambito della Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) sono comprese una serie di prestazioni e interventi socio – sanitari concordate in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale del Distretto S.S. che costituiscono il Piano di assistenza del Paziente (PAI).

I destinatari a cui si rivolgono i servizi sono:

- persone anziane affette da malattie croniche invalidanti che versano in condizioni di fragilità;
- disabili fisici e psichici in condizioni di non autosufficienza;
- persone affette da malattie cronico degenerative progressivamente invalidanti
- malati terminali.

La segnalazione/domanda di accesso al servizio viene presentata alla PUA (Porta Unica di Accesso) distrettuale cui compete la prima valutazione. Detta segnalazione può pervenire

direttamente dal cittadino o tramite rete formale / informale dei servizi ed in questo caso la PUA valuta i criteri di elegibilità e segnala il caso al MMG del paziente.

Il modulo per l'attivazione è unico per tutte le forme di assistenza domiciliare; viene compilato in ogni caso dal MMG e presentato agli uffici distrettuali preposti al servizio. I criteri di accesso ad ogni tipologia di assistenza domiciliare sono:

- condizione di non autosufficienza del paziente (soggetti non in grado di compiere con continuità le attività quotidiane della vita senza aiuto esterno);
- situazione clinica compatibile con l'intervento a domicilio;
- adeguata assistenza informale;
- presa in carico a cura del MMG/PLS;
- idonee condizioni abitative da valutare a cura dei Servizi Sociali del Comune di residenza;
- presenza della figura del care giver nel domicilio del paziente;
- consenso informato da parte del paziente o del tutore/amministratore di sostegno;
- intrasportabilità (intesa come pericolo o rischio di ulteriore danno alla salute del paziente in caso di allontanamento dal proprio domicilio).

Il venir meno nel corso del tempo di uno dei requisiti comporta la necessaria interruzione del servizio di assistenza domiciliare. A tale scopo il MMG comunica al Distretto qualunque variazione rilevante che può comportare la sospensione/cessazione del servizio di assistenza domiciliare (ricovero, decesso, ecc). La segnalazione può essere inoltrata al distretto anche dal personale infermieristico che ha un contatto più ravvicinato nel tempo col paziente.

### **3.1 Assistenza Domiciliare Programmata**

Il medico di medicina generale (MMG) propone il piano di assistenza domiciliare programmata per quei pazienti non deambulanti o con gravi difficoltà a lasciare il proprio domicilio e affetti da patologie croniche e/o sindromi che ne richiedono un controllo costante. Viene concordato il numero degli accessi mensili (da 1 a 4) con il medico del Distretto delegato dal Direttore del Distretto.



Modalità proposta: cartaceo (da inviare via breve o mail) da parte del MMG e inserimento telematico (EDOTTO) da parte del Distretto.

Tempo di Attivazione Assistenza: 10 giorni

Piano di Assistenza Sanitario: richiesto

Unità di Valutazione Multidimensionale: non richiesta

Durata: massimo 12 mesi.

### **3.2 Assistenza Domiciliare Temporanea**

E' l'assistenza che il MMG attiva al fine di evitare il ricovero (oppure in caso di dimissioni volontarie) per quei pazienti affetti da patologia acuta gestibile a domicilio con un livello di intensità di cure alto che possa richiedere sia l'assistenza infermieristica che eventuali consulenze specialistiche domiciliari.

Elenco patologie:

- BPCO riacutizzate Patologie acute del sistema respiratorio (polmoniti, broncopolmoniti, riacutizzazioni di BPCO, ecc.);
- patologie infettive che comportino allettamento e/o isolamento (epatite, mononucleosi, febbre tifoide, ecc...);
- coliche renali complicate (es. con iperpiressia o resistente a terapia);
- coliche biliari complicate (es. con iperpiressia o resistente a terapia);
- riacutizzazioni di scompenso cardiaco cronico;
- dimissioni volontarie con patologie e/o terapie che necessitano di controlli medici plurisettimanali;
- insufficienza cardiorespiratoria da patologia cardiaca o polmonare cronica;
- trasfusione di sangue o suoi derivati;
- somministrazione endovenosa di albumina;

Modalità proposta: cartaceo (da inviare via breve o mail) da parte del MMG e telematico (EDOTTO) da parte del Distretto.

Tempo di Attivazione Assistenza: 48 ore (24 in casi urgenti)

Piano di Assistenza Sanitario: richiesto Unità di Valutazione Multidimensionale:  
non richiesto

Durata: massimo 20 giorni eventualmente prolungabili.

### **3.3 Assistenza Domiciliare Prestazionale**

Si tratta di una risposta prestazionale estemporanea, di tipo sanitario (medico, riabilitativo, infermieristico) eventualmente ripetibile nel tempo, nei confronti di pazienti il cui stato di inabilità non consente l'accesso ai servizi ambulatoriali, con la supervisione da parte del MMG che comunque dovrà obbligatoriamente avvenire ad ogni rinnovo o proroga di richiesta. Rientrano tra le cure prestazionali:

- il cambio catetere vescicale periodico;
- la sostituzione periodica di sacche o buste per la stomia;
- i prelievi venosi (comprensivi del trasporto) per analisi cliniche limitatamente ai pazienti in TAO;
- i cicli brevi di terapia endovenosa o flebo senza alcun farmaco aggiunto (max 10 giorni eventualmente rinnovabili) solo se tale terapia non comporti valutazioni dello stato di salute del paziente post terapia;
- Assistenza Riabilitativa Semplice Estemporanea disciplinata dalle Linee Guida Aziendali per le Cure Riabilitative Domiciliari (cure domiciliari riabilitative di livello base);
- Visita del medico palliativista per valutazione di eventuale presa in carico del paziente oncologico/terminale;

Modalità Proposta: cartacea (da inviare via breve o mail) da parte del MMG al Distretto

Tempo di Attivazione Assistenza: 48-72 ore

Piano di Assistenza Individuale: non richiesto

Unità di Valutazione Multidimensionale: non richiesta

Durata: massimo 6 mesi con possibilità di rinnovo.

Nelle cure prestazionali è coinvolta una sola figura professionale, la valutazione e l'autorizzazione sono affidate al Medico incaricato del Distretto S.S. sulla scorta della proposta del medico curante e della documentazione clinica presentata.

### **3.4 Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative**

Si rivolge a pazienti portatori di bisogni complessi di tipo sanitario e socio assistenziali (I°, II° e III° livello di complessità) ai quali occorre fornire una risposta integrata e prolungata nel tempo definita tramite valutazione multidimensionale, in collaborazione con l'Ambito Sociale Territoriale di riferimento (R.R. n.4/2007 artt. 87-88).

Il MMG propone l'attivazione di questa modalità di assistenza per tutti i pazienti affetti da stati patologici complessi che richiedono una pluralità di interventi (MMG, specialista, infermiere, fisioterapista, operatore socio-sanitario, ecc.) per un periodo di tempo da concordare nell'ambito dell'UVM. La casistica è quella riportata nell'allegato H dell'ACN per la Medicina Generale, ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs n.502/92 e successive modificazioni e integrazioni.

Rientrano tra le cure prestazionali:

- Malati terminali o oncologici (cure palliative).
- Malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi.
- Incidenti vascolari acuti.
- Gravi fratture e loro esiti e complicanze.
- Forme psicotiche acute gravi.
- Riabilitazione in vasculopatici.
- Riabilitazione in neurolesi.
- Anziano pluri-patologico non autosufficiente.
- Dimissione protette da strutture ospedaliere.

La presa in carico del paziente complesso nella rete dei servizi socio sociosanitari, e nell'assistenza domiciliare in particolare, avviene attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno e la redazione di un piano assistenziale individualizzato (PAI). La proposta di Assistenza Domiciliare Integrata su apposita modulistica e mediante si-

stema informativo viene inoltrata, dal MMG/PLS (o dal medico ospedaliero in caso di dimissione), alla PUA distrettuale con specifica indicazione dei bisogni prevalenti e del livello di non autosufficienza, tramite la compilazione telematica della scheda di valutazione SVAMA . Nei casi in cui la richiesta di ADI non provenga dal Medico curante, come nelle dimissioni protette, è necessario acquisire comunque l'adesione dello stesso e la sua partecipazione alla seduta UVM. Il compenso per la partecipazione alla UVM è stabilito dagli AACCN e integrativi regionali, nonché dalle leggi vigenti in materia. Nel caso in cui il MMG, dopo valutazione del paziente, ritenga necessario un programma di cure palliative, può richiedere la visita estemporanea da parte del medico esperto in cure palliative.

### **3.4.1 Livelli di ADI**

Le cure domiciliari integrate prevedono un ruolo di centralità del Medico di Medicina Generale che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura. Possiamo individuare tre livelli:

- 1) gli interventi si articolano di norma su 5 giorni /settimana;
- 2) gli interventi si articolano di norma su 6 giorni;
- 3) gli interventi sono programmati su 7 giorni.

Le Cure Palliative sono rivolte a Pazienti oncologici e terminali portatori di bisogni complessi rientranti per intensità e complessità nel terzo livello dell'intervento assistenziale.

Elementi che concorrono a definire il bisogno complesso sono:

- sanitari: comorbilità, rapida ingravescenza dello stato generale, terminalità.
- sociali: limitato sostegno parentale, precarietà economica, stato abitativo
- livello di non autosufficienza: punteggio di Barthel /scala di Karnofsky

### **3.4.2 Valutazione e Pianificazione dell'intervento**

Il Direttore del Distretto S.S. direttamente o tramite delegato, in funzione di coordinatore socio sanitario, convoca la Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale in composizione adeguata rispetto ai bisogni del Paziente in esame, compresa la componente profes-

sionale sociale dell'Ambito territoriale. La UVMD, dopo ampia valutazione, redige un piano di cure individuale (PAI) nel quale sono riportate in dettaglio:

- obiettivi dell'intervento;
- prestazioni da erogare;
- figure professionali impegnate;
- attività affidate al care giver;
- data di attivazione, durata e tempi di rivalutazione del piano;
- consenso del Paziente;
- Individuazione di un Case Manager istituzionale nei casi particolarmente complessi. Modalità proposta: cartacea e/o telematica

Tempo di Attivazione Assistenza: 48-72 ore

Piano di Assistenza Individuale: richiesto Unità di Valutazione Multidimensionale: richiesta scheda SVAMA compilata sul portale EDOTTO

Durata: fino a 6 mesi

### **3.4.3 Criteri di ammissione alla presa in carico da parte della rete Cure**

#### **Palliative**

La richiesta di presa in carico del paziente terminale viene formulata dal MMG al Distretto direttamente, ovvero previa valutazione da parte del medico esperto in cure palliative. Per l'ammissione all'ADI di III° Livello oncologico/terminale devono essere riscontrati contemporaneamente i seguenti criteri:

- a. presenza di malattie progressive in fase avanzata e a prognosi infausta per le quali qualunque terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata;
- b. aspettativa di vita presunta non superiore ai 6 mesi;
- c. performance status secondo la scala di Karnofsky uguale o inferiore a 30, salvo situazioni di particolare necessità da valutarsi caso per caso in sede di UVM.

I pazienti oncologici che non rientrano per quanto sopra descritto nel 3° livello ADI e quindi nelle Cure Palliative saranno inseriti nel 1° o 2° livello di assistenza ADI, qualora ne ricorrano i presupposti. Il PAI del malato terminale/oncologico, redatto dal MMG e dal medico esperto di cure palliative, sarà subito attivato a cura del Servizio distrettuale Cure domiciliari, limitatamente alle figure professionali del medico e dell'infermiere (trattasi di prestazioni estemporanee), nelle more della valutazione multidimensionale del caso, (art. 3, comma 9 del R.R. n. 4/2007) . Il numero degli accessi del medico palliativista previsti di norma è di 2 a settimana per pazienti con indice di Karnofsky inferiore a 30. Gli accessi dello psicologo sono mediamente 1 ogni 15 giorni, laddove richiesto dal paziente e ritenuto necessario in sede di UVM.

Durata media del PAI : 60 giorni

### **3.4 Conclusione dell'intervento**

La conclusione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) si realizza in caso di:

- Completamento del programma assistenziale
- Dimissione volontaria
- Decesso del Paziente
- Ricovero in Ospedale o in Struttura residenziale di durata superiore a giorni 30
- Ricovero in Hospice
- Trasferimento in altra ASL
- Venir meno dei requisiti di ammissione.

La conclusione dell'intervento deve essere registrata nel sistema informativo in uso e comunicata al Comune di residenza, settore Servizi Sociali. Il rinnovo dell'intervento assistenziale a scadenza avviene automaticamente se le condizioni clinico-sociali del paziente sono immutate, mentre in caso di variazioni nel quadro complessivo è necessaria la rivalutazione multidimensionale del caso.

## CAPITOLO 4

### DIAGNOSI INFERMIERISTICHE, NIC E NOC

Nel quadro di un significativo invecchiamento della popolazione e dell'aumento della prevalenza delle malattie croniche, l'assistenza infermieristica costituisce il perno della rete dei servizi che agisce in una logica multi-professionale, a cui è demandata la responsabilità nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura del singolo e della comunità. L'utilizzo di una terminologia infermieristica standardizzata permette di definire l'assistenza infermieristica (Clark & Lang, 1992), declinare i bisogni di salute della persona, i risultati di salute attesi e gli interventi infermieristici necessari al fine di garantire sicurezza della persona, qualità assistenziale e soddisfazione per le cure ricevute (Lau et al., 2012; Urquhart et al., 2009; Fernando et al., 2009; Thoroddsen & Ehnfors, 2007; Müller-Staub et al., 2006; Thiuru et al., 2003; Daly 2002).

Tra le diverse classificazioni identificate dall'*American Nursing Association* (ANA) e da altre associazioni infermieristiche a livello internazionale (Tastan 2014), le tassonomie NANDA-I, NOC, NIC (NNN) sono attualmente le più utilizzate (Park 2011; Anderson et al., 2009; Thoroddsen et al., 2012), in quanto migliorano la qualità delle informazioni correlando diagnosi, risultati e interventi rispetto al percorso assistenziale personalizzato (Thiuru et al., 2003; Müller-Staub et al., 2006; Fernando et al., 2009; Urquhart et al., 2009; Lau et al., 2012).

Le NNN promuovono autonomia e responsabilità professionale, costituiscono un mezzo di comunicazione efficace e standardizzata tra gli infermieri e gli altri professionisti della salute, rappresentano una modalità per misurare la complessità e l'intensità assistenziale (Harris et al., 2000; Englebardt & Nelson, 2002) e permettono l'intera codifica della documentazione infermieristica in formato digitale (FSE).

#### 4.1 Introduzione

Nel quadro di un significativo invecchiamento della popolazione e dell'aumento della prevalenza delle malattie croniche, l'assistenza infermieristica costituisce il perno della rete dei servizi che agisce in una logica multi-professionale, a cui è demandata la responsabilità nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura del singolo e della comunità. L'utilizzo di una

terminologia infermieristica standardizzata permette di definire l'assistenza infermieristica (Clark & Lang, 1992), declinare i bisogni di salute della persona, i risultati di salute attesi e gli interventi infermieristici necessari al fine di garantire sicurezza della persona, qualità assistenziale e soddisfazione per le cure ricevute (Lau et al., 2012; Urquhart et al., 2009; Fernando et al., 2009; Thoroddsen & Ehnfors, 2007; Müller-Staub et al., 2006; Thiuru et al., 2003; Daly 2002).

Tra le diverse classificazioni identificate dall'*American Nursing Association* (ANA) e da altre associazioni infermieristiche a livello internazionale (Tastan 2014), le tassonomie NANDA-I, NOC, NIC (NNN) sono attualmente le più utilizzate (Park 2011; Anderson et al., 2009; Thoroddsen et al., 2012), in quanto migliorano la qualità delle informazioni correlando diagnosi, risultati e interventi rispetto al percorso assistenziale personalizzato (Thiuru et al., 2003; Müller-Staub et al., 2006(Muller-Staub M 2007); Fernando et al., 2009; Urquhart et al., 2009; Lau et al., 2012).

Le NNN promuovono autonomia e responsabilità professionale, costituiscono un mezzo di comunicazione efficace e standardizzata tra gli infermieri e gli altri professionisti della salute, rappresentano una modalità per misurare la complessità e l'intensità assistenziale (Harris et al., 2000; Englebardt & Nelson, 2002) e permettono l'intera codifica della documentazione infermieristica in formato digitale (FSE).

## **4.2 Il progetto**

Nelle Azienda Usl, in coerenza con gli obiettivi regionali si potrebbe mettere in atto una progressiva riorganizzazione dei Presidi Ospedalieri secondo il modello per "Intensità di cura", orientato oggi al modello del "Chronic Care Model".

Per la Direzione Infermieristica questa evoluzione rappresenterebbe un'opportunità per passare da un'organizzazione strutturata per specializzazioni mediche a modelli organizzativi assistenziali centrati sui bisogni della persona, quali il Primary Nursing e il Care Management con l'utilizzo di piani di assistenza personalizzati e del linguaggio infermieristico standardizzato NNN.

### **Obiettivi del progetto**

- Adottare il modello organizzativo di assistenza infermieristica del Care Management;
- promuovere l'utilizzo delle tassonomie NNN nel piano di assistenza infermieristica (PAI);



- standardizzare il linguaggio e i comportamenti, facilitare la condivisione mono e multi – professionale;
- implementare l’infermiere di riferimento (di Famiglia), documentare il processo di assistenza infermieristico e valutare i risultati sensibili all’infermieristica in ambito residenziale, domiciliare e ambulatoriale(S 2007).

### 4.3 Ipotesi di percorso

Il progetto potrebbe sviluppandosi in tre fasi (**Tabella 1**):

1. avvio del progetto con formazione infermieristica sull’utilizzo delle tassonomie NNN nella pratica clinica. Implementazione del modello organizzativo assistenziale del Care Management, figura di riferimento per l’assistito, la famiglia, la comunità, in grado di gestire in maniera efficace ed efficiente la presa in carico sia della persona assistita che dei suoi familiari. Assegnazione degli utenti all’infermiere di riferimento Care Manager o con criterio geografico o con criterio di convenienza sul bacino di utenza condiviso con il MMG. Iniziale analisi retrospettiva della documentazione infermieristica strutturata sui Modelli Funzionali di Salute di M. Gordon(Gordon 2008) e individuazione dei problemi assistenziali più ricorrenti;
2. implementazione del piano di assistenza infermieristico individuale (PAI) con le tassonomie NNN. Lavoro a piccoli gruppi con infermieri clinici per l’elaborazione di una prima serie di PAI Standard con tassonomie NNN, sulla base dei problemi di salute più frequenti all’interno delle realtà clinico assistenziali. Identificazione delle diagnosi infermieristiche NANDA-I prioritarie, dei risultati NOC e relativi indicatori di risultato sensibili e direttamente correlati agli interventi infermieristici associati a una scala Likert a cinque punti, in grado di mostrare la variabilità in uno stato o comportamento descritto di un risultato. Selezione degli interventi NIC correlati alle Diagnosi NANDA-I identificate;
3. valutazione dei risultati NOC raggiunti dagli assistiti alla dimissione o agli intervalli prestabiliti negli utenti con patologie croniche(Bulechek 2007).

<p><b>FASE 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentazione del progetto</li> <li>- Incontro con Infermieri Coordinatori</li> <li>- Identificazione infermieri formati su tassonomia NNN</li> <li>- Assegnazione utenti ad infermiere di riferimento</li> <li>- Studio retrospettivo sulla documentazione infermieristica</li> </ul>
<p><b>FASE 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementazione piani assistenziali con tassonomia NNN</li> <li>- Identificazione delle diagnosi NANDA-I prioritarie</li> <li>- Costruzione dei PAI con tassonomia NNN</li> <li>- Identificazione dei NOC e relativi indicatori di risultato</li> <li>- Scelta degli interventi NIC e relative attività</li> <li>- Inizio sperimentazione</li> <li>- Formazione di supporto</li> <li>- Incontri di revisione e condivisione</li> </ul>
<p><b>FASE 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incontri per verifica, comparazione e formazione</li> <li>- Monitoraggio e analisi dei dati raccolti</li> </ul>

**Tabella 1** - Fasi del progetto di implementazione delle tassonomie NNN nei PAI

La documentazione infermieristica in uso a livello Aziendale dovrebbe essere strutturata secondo i Modelli Funzionali di M. Gordon. In coerenza con la forte componente educativa dell'infermiere di famiglia, i NIC nel PAI sono attribuibili anche ai caregiver, che entrano così a pieno titolo nel percorso di cura.

Ogni fase del progetto potrebbe prevedere un rinforzo formativo e una condivisione e revisione dei diversi risultati raggiunti.

Titolo
00002 Nutrizione squilibrata
00011 Stipsi
00016 Compromissione eliminazione urinaria
00027 Insufficiente volume di liquidi
00028 Rischio di insufficiente volume di liquidi
00033 Ventilazione Spontanea Compromessa
00040 Rischio sindrome da Immobilizzazione
00044 Compromissione della integrità tissutale
00046 Compromissione integrità cutanea
00047 Rischio di compromissione dell'integrità
00052 Compromissione dell'interazioni sociali
00053 Isolamento sociale
00054 Rischio di solitudine
00069 Coping inefficace
00072 Negazione inefficace
00076 Coping inadeguato della famiglia
00079 Non adesione
00080 Inefficace regime terapeutico
00085 Compromissione della mobilità
00091 Mobilità compromessa nel letto
00092 Intolleranza all'attività
00095 Insonnia
00099 Inefficace mantenimento della salute
00102 Deficit nella cura di sé: alimentazione
00103 Compromissione della deglutizione
00108 Deficit nella cura di sé (bagno e igiene personale)
00109 Deficit nella cura di sé: vestirsi/curare il proprio aspetto
00128 Confusione mentale acuta
00132 Dolore acuto
00133 Dolore cronico
00134 Nausea
00137 Affezione cronica
00138 Rischio di violenza rivolto ad altri
00146 Ansia
00155 Rischio di cadute
00162 Disponibilità a migliorare la gestione del regime terapeutico
00188 Comportamento relativo alla salute che può causare rischi

**Tabella 2** – Esempio di elenco NANDA-I con frequenze assolute e relative per singolo servizio territoriale

#### 4.4 Conclusioni

L'utilizzo di un modello organizzativo assistenziale che preveda dei Care Manager per uno specifico e selezionato gruppo di utenti può facilitare la pianificazione assistenziale infer-

mieristica, ridurre i giorni di assistenza e contribuire alla diminuzione dei ricoveri, garantendo la continuità assistenziale e il rapporto fiduciario con gli assistiti.

La progressiva introduzione delle tassonomie NNN nella pianificazione assistenziale infermieristica permette di valorizzare la conoscenza e l'esperienza clinica di tutti gli infermieri, uniforma il linguaggio e i comportamenti e rende possibile raccogliere e valutare i risultati infermieristici, rendendo evidente non solo un miglioramento nella maggior parte degli utenti, ma la sua correlazione agli interventi attuati dagli infermieri.

Nell'utilizzo dei PAI si evidenzia ancora l'orientamento a individuare Diagnosi Infermieristiche per alterazioni delle funzioni fisiche, piuttosto che alterazioni della percezione di sé, del ruolo, delle relazioni e dei valori della persona assistita, denunciando un'influenza ancora forte della patologia rispetto ai bisogni di salute della persona assistita(M s.d.).

L'utilizzo continuo dei PAI standard potrebbe portare ad agire sulla base del documento, anziché dal ragionamento diagnostico, quindi il percorso di costruzione partecipata nel team deve essere continuo e coinvolgente.

Appare essenziale come il know how scientifico, strutturato e validato, debba essere trasferito su una piattaforma informatizzata multidisciplinare, che si avvalga di un software specifico, il quale, oltre a ridurre la tempistica di registrazione eliminando la complessità cartacea, permetta la visione dei dati raccolti sia ai fini della ricerca infermieristica, sia per una condivisione con le altre figure professionali (J. 2013).

Questo permetterà, nel futuro prossimo, un percorso guidato per la costruzione di PAI personalizzati.

## CONCLUSIONI

Da quanto emerso durante lo studio e la preparazione della tesi di laurea risulta che le cure domiciliari rappresentano un modello assistenziale che può garantire una migliore qualità della vita alle persone che abbiano subito una compromissione temporanea o permanente dell'autosufficienza, evitando o riducendo altresì il rischio di ricoveri in strutture residenziali o in ospedali.

L'Italia rispetto alle altre nazioni europee garantisce un alto livello di servizi assistenziali a domicilio e una straordinaria di offerta di cure domiciliari nelle varie Regioni italiane.

Tuttavia, le ore di cura domiciliare sono poche per prendersi cura adeguatamente di un anziano non autosufficiente e l'assistenza domiciliare integrata è ancora un servizio "giovane" nella rete dei servizi sanitari. La sua organizzazione è ancora ben lungi dall'essere standardizzata con modelli di riferimento importanti e la sua diffusione è ancora inadeguata.

Grandissime differenze permangono fra le varie Regioni sia sul fronte organizzativo sia su quello del numero di anziani assistiti.

Se è vero che la positiva tendenza di questi ultimi anni è stata quella di un aumento del numero di anziani assistiti in Adi, è però anche vero che l'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali rimane un obiettivo ancora lontano dall'essere raggiunto. Sad e Adi continuano a riferirsi a comparti separati tra loro e sono ancora una piccola percentuale i casi che vengono trattati congiuntamente.

Permangono ancora oggi diversi problemi quali:

- la scarsa diffusione della terapia del dolore;
- la continuità assistenziale non è garantita adeguatamente;
- particolarmente problematico risulta il momento di passaggio dall'ospedale all'assistenza domiciliare;
- la qualità dell'assistenza domiciliare è buona, ma è migliorabile;
- una richiesta di assistenza psicologica non soddisfatta da parte dei pazienti e delle loro famiglie.

Inoltre, le famiglie, pur apprezzando l'Adi, rilevano che l'erogazione dell'assistenza domiciliare non riduce i costi dell'assistenza che rimangono a carico delle famiglie: nello specifico, le situazioni più critiche si registrano per l'acquisto di farmaci.

Si tratta essenzialmente della necessità di sviluppare e qualificare ulteriormente le cure domiciliari.

Tutto questo rende probabilmente necessario ripensare all'organizzazione delle cure domiciliari e all'omogeneizzazione della classificazione delle prestazioni domiciliari, per permettere uno sviluppo del settore in un quadro di forte condivisione organizzativa e informativa. Questo lavoro non può essere lasciato al caso o alla buona volontà delle singole Regioni, ma deve essere sostenuto e coordinato dal Ministero della Salute, per svilupparsi velocemente e in modo coordinato.

Durante il mio tirocinio ho osservato ed empatizzato la fragilità e vulnerabilità del paziente anziano con i suoi problemi di salute psico-fisica, di gestione del quotidiano, ambientali e familiari.

Ognuno di noi può diventare un "paziente fragile" poiché i cambiamenti improvvisi di tipo sanitario, sociale, economico e familiare possono rompere l'equilibrio nel quale viviamo.

Nelle varie esperienze sul campo, ho potuto osservare come molti dei pazienti nonostante i "problemi" di salute si consolavano con l'idea di restare nel proprio domicilio, in quanto assume la funzione di de-ospedalizzazione non traumatica.

Quindi, è necessario uscire dalla ottica "ospedale-centrica" e costruire una "medicina del territorio" più vicina alle reali esigenze dei cittadini.

Obiettivo principale rimane quello di incrementare servizi territoriali di supporto già presenti il cui ruolo oltre a garantire la continuità della presa in carico assicura un aiuto costante alla famiglia.

A conclusione si auspica di raggiungere nel più breve tempo possibile i seguenti risultati:

- prevedere adeguate risorse economiche a supporto delle famiglie e le strutture necessarie a coprire il fabbisogno degli interessati;
- erogare un servizio che copra l'intero giorno (h.24) e 7 giorni su 7;
- creare una linea telefonica dedicata al paziente e alla famiglia;
- evitare il continuo turnover delle figure di riferimento (infermieri);
- accorciare i tempi di attesa per l'attivazione del servizio, ma anche per l'erogazione di ausili (ad es. materassi antidecubito, carrozzine, etc.);

Costruire percorsi che ci permettano di misurare e valutare la qualità che i cittadini percepiscono attraverso il nostro operato e le prestazioni fornite è un ottimo strumento che ci permetterà di crescere come operatori.

Se riuscissimo a rispettare le idee esposte potremmo dire di aver raggiunto realmente l'obiettivo riportato nel PSN 1998\2000.

*“Curare a casa significa un cambiamento di prospettiva sostanziale: si tratta di passare dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici alle strutture e professioni che assumono come centro di gravità la persona con i suoi bisogni”*

## BIBLIOGRAFIA

- Andrews, Margaret M, e Joyceen Boyle. *Transcultural Concepts in nursing care*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 1995.
- Avenoso, Aurora. «La salute è uguale per tutti.» *I manuali facili: Diritto - Rovescio*, 05 2010: 144.
- Bulechek. *Classificazione degli interventi infermieristici*. 2007.
- Cittadinanzattiva (Puglia) - Tribunale per i diritti del malato. «Raccomandazione civica in tema di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).» *Cittadinanzattiva*. 2010.  
[https://www.cittadinanzattiva.it/files/approfondimenti/salute/assistenza\\_domiciliare\\_rsa/raccomandazione\\_civica\\_puglia.pdf](https://www.cittadinanzattiva.it/files/approfondimenti/salute/assistenza_domiciliare_rsa/raccomandazione_civica_puglia.pdf) (consultato il giorno 10 02, 2019).
- Davide L.Vetrano, Ketty Vaccaro, a cura di. *La Babele dell'Assistenza Domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa*. Roma: SAS, 2017.
- Gordon. *Diagnosi infermieristiche: processo e applicazioni*. 2008.
- J., Wilkinson. *Processo infermieristico e pensiero critico*. 2013.
- M, Jhonson. *Diagnosi infermieristiche, risultati ed interventi. Collegamenti Nanda Noc e Nic*.
- Mario, Rossi. 2015. [www.altavista.com](http://www.altavista.com).
- Ministero della Salute. *Servizio Sanitario Nazionale: i LEA*. 2019.  
<http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4706&area=Lea&menu=socioSanitaria> (consultato il giorno 10 02, 2019).
- Ministero della Salute. «Piano Nazionale della cronicità.» Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, 2016, 149.
- Muller-Staub M, Needham I, Odernbreitt M, Lavin MA & van Achterberg T. *Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study*. 2007.
- OMS. *Home Care in Europe. The Solid Facts*. A cura di Rosanna Tarricone e Agis D. Tsouros. 2008.
- Pesaresi, Franco. «Le cure domiciliari per anziani in Italia.» *Prospettive sociali e sanitarie* 15 (Settembre 2007).
- S, Moorhead. *Classificazione dei risultati infermieristici* . 2007.



- Silvia Marcadelli, Paola Obbia, Cesarina Prandi. *Assistenza domiciliare e cure primarie. Il nuovo orizzonte della professione infermieristica*. Milano: EDRA, 2018.
- TH, Herdman. *International. Diagnosi infermieristiche: Definizione e Classificazione*. 2008.
- Vacchi, Roberto. «L'assistenza domiciliare come opportunità di sviluppo della professione infermieristica e di partecipazione della persona al processo esistenziale.» Tesi di laurea in organizzazione della professione infermieristica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Bologna, 2000, 41.

## SITOGRAFIA

- <https://www.adibr.it>
- <https://www.cittadinanzattiva.it>
- <http://www.nanda.org>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- <https://prospettivesocialiesanitarie.it>
- <http://www.quotidianosanita.it>
- <http://www.salute.gov.it>

## **RINGRAZIAMENTI**

Ringrazio i tutor e i professori che mi hanno seguito durante la formazione per l'impegno e l'appoggio fornito. Grazie al loro supporto ho avuto modo di superare le barriere linguistiche incontrate, a concludere il percorso e arrivare a questo giorno così importante per me.

In particolare, Di Tuccio Sandro, il mio relatore per la totale disponibilità e la reperibilità, i suoi suggerimenti e la costante presenza mi hanno fatto sentire sicura di me.

Un pensiero speciale lo riservo alla mia famiglia che nonostante le distanze mi ha sempre sostenuto dandomi la carica giusta.

La persona che mi ha sopportato, supportato e incoraggiato maggiormente e a cui voglio dedicare le parole più belle è Florin; non di meno al professor Luca Malatesta e alla dottoressa Milena Compagnucci, i miei vicini di casa, che hanno avuto pazienza e positività nei miei confronti e mi hanno spinto a completare il lavoro di tesi.

Grazie anche a miei gatti e gattini che con la loro dolce, morbida, compagnia hanno contribuito ad alleviare tutto lo stress!