



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**I SERVIZI SANITARI TERRITORIALI
DELLA REGIONE ABRUZZO**

Relatore: Chiar.mo

SANTARELLI ADORIANO

Tesi di Laurea di:

ANTONIOLI

GIACOMO

Correlatore: Chiar.mo

TUFONI SIMONA

A.A. 2018/2019

I SERVIZI SANITARI TERRITORIALI DELLA REGIONE ABRUZZO

INDICE

Introduzione.....	2
1 – L’organizzazione sanitaria: il passaggio da un’organizzazione ospedale- centrica ad una organizzazione aperta al territorio.....	3
2 - L’organizzazione Sanitaria della Regione Abruzzo.....	5
2.1 – Strutture residenziali.....	5
2.2 – Strutture semi-residenziali.....	7
3 – L’organizzazione sanitaria territoriale della provincia di Pescara.....	9
4 – Strumenti per la continuità assistenziale.....	11
4.1 - L’assistenza domiciliare integrata nella provincia di Pescara.....	11
4.2 – La continuità assistenziale.....	13
4.3 – La presa in carico in regime di ADI.....	14
4.4 – La presa in carico in regime di residenzialità e semi-residenzialità....	15
4.5 – I servizi sociali ed il volontariato.....	17
CONCLUSIONI.....	19
SITOGRAFIA.....	20
RINGRAZIAMENTI.....	22

INTRODUZIONE

“La Regione Abruzzo ha un ambizioso piano degli investimenti, caratterizzato da un forte orientamento ai servizi territoriali: dal potenziamento dell'assistenza domiciliare, ai servizi di contatto con i pazienti e le loro famiglie, fino all'implementazione della rete di emergenza e urgenza. Il progetto prevede l'istituzione dei "Territori per la salute" (o presidi integrati ospedale-territorio), cui spetterà - tra gli altri compiti - integrare la rete dell'offerta ospedaliera con quella territoriale, valorizzando il ruolo dei medici di base, dei pediatri di libera scelta e anche del sistema del volontariato. In questo modo sarà possibile arrivare a un'assistenza sempre più rispondente alle esigenze del cittadino, accessibile e senza dispendio inutile di risorse.¹”.

CAPITOLO I

L'ORGANIZZAZIONE SANITARIA: IL PASSAGGIO DA UN'ORGANIZZAZIONE OSPEDALE-CENTRICA AD UNA ORGANIZZAZIONE APERTA AL TERRITORIO

Negli ultimi anni si registra un passaggio graduale da un'assistenza definita "ospedale-centrica", ad una rivolta alla presa in carico territoriale; molte idee politiche di tipo sanitario suggeriscono l'inserimento di determinate prestazioni sanitarie in un regime di tipo territoriale/ambulatoriale, a scapito di ricoveri ospedalieri o day hospital in modo tale da evitare la sovrapposizione dei ruoli e creare percorsi personalizzati ai bisogni di salute del paziente.

In quest'ottica la figura del paziente diventa fondamentale poiché intorno a lui gravano tutte le figure professionali che effettuano la presa in carico in base al problema principale di cui è affetto.

Il territorio della provincia di Pescara è formato da 46 comuni di diversa entità che vanno a formare un totale di 321.309 abitanti; di questi comuni, solo tre dispongono di una struttura ospedaliera e sono: città di Pescara (Ospedale Civile Santo Spirito) l'ospedale di Popoli (Ospedale SS. Trinità) ed infine l'ospedale di Penne (Ospedale Civile S. Massimo).

Sparsi sul territorio vi sono strutture appartenenti ai servizi territoriali ed extraospedalieri; esse sono di riferimento per tutti quei pazienti che non possono essere ospedalizzati oppure per quelli che necessitano di cure particolari.

Tali strutture sono da ricondurre in modo specifico a Strutture Residenziali e Semiresidenziali, Case di cura private, consultori, hospice, distretti sanitari e Assistenza domiciliare integrata.

CAPITOLO 2

L'ASSISTENZA EXTRAOSPEDALIERA

Le tre Asl della provincia di Pescara hanno al loro interno tutti i servizi territoriali necessari per una presa in carico diversa dall'ospedalizzazione; si parla quindi di strutture atte ad accogliere categorie di pazienti che non hanno bisogno di essere ricoverati in strutture ospedaliere.

È opportuno però conoscere l'organizzazione dei vari presidi ospedalieri che fanno parte della Regione Abruzzo: in particolar modo si andrà ad evidenziare che la regione in materia di sanità, è divisa in Aziende Sanitarie Locali (ASL) che fanno capo alle quattro province regionali (Chieti, L'Aquila, Pescara e Teramo) aventi ognuno una propria autonomia.

Ogni ASL ha a capo un Direttore Generale coadiuvato ognuno da un Direttore Amministrativo e da un Direttore Sanitario.

2.1 Strutture Residenziali

Nelle strutture Residenziali si svolge un'attività rivolta a cittadini, in parte o totalmente, non autosufficienti, che non possono essere assistiti al proprio domicilio e necessitano dunque di ricovero in una struttura. I ricoveri possono essere definitivi o temporanei.

“L'assistenza residenziale comprende servizi medici, infermieristici, riabilitativi e alberghieri, sulla base delle specifiche esigenze dell'utenza²”.

Le strutture si differenziano a seconda dei livelli di specializzazione, con centri specializzati anche per l'Alzheimer e altre patologie.

L'inserimento di un assistito viene definito dall'Unità Valutativa Multidimensionale (UVM) del proprio Distretto sanitario.

L'assistito può essere chiamato a partecipare, in parte o totalmente, ai costi del servizio, sulla base di criteri definiti dalla Asl di appartenenza.

Nella provincia di Pescara troviamo: R.S.A. Medaglia d'oro De Cesaris - Spoltore, Residenza Il Giardino – Popoli, R.S.A. anziani - Città Sant' Angelo Struttura Pubblica, R.S.A. Psicogeriatrica Azzurra - Villa Serena Struttura privata accreditata – Città Sant' Angelo, R.S.A. anziani S. Maria Ausiliatrice Struttura privata accreditata – Montesilvano ed infine R.S.A. anziani - Tocco da Casauria Struttura Pubblica.

“Nel territorio è presente anche l'Hospice ovvero una struttura residenziale con le caratteristiche di una “casa” più che di una struttura sanitaria. Rappresenta un'offerta socio-sanitaria con bassa tecnologia ma a elevata “intensità assistenziale”, anche sul fronte delle competenze specialistiche, ed è un riferimento importante in caso di patologie gravi, come quelle oncologiche, che sarebbe inappropriato trattare in ospedale ma che non sono gestibili a domicilio, per complessità o anche per assenza di un nucleo familiare in grado di fornire

assistenza. Accogliere, alleviare, confortare sono le parole chiave dello speciale programma di assistenza riservato ai malati che non rispondono più ai trattamenti farmacologici in termini di guarigione e hanno necessità di cure di natura diversa, finalizzate al controllo del dolore e di altri sintomi che generano profonda sofferenza. Obiettivo è dare la miglior qualità di vita possibile ai malati e ai loro familiari, la cui presenza nella struttura è opportunamente prevista con l'allestimento di spazi comuni, come salottini, sala pranzo, cucina, oltre a veri e propri miniappartamenti riservati a quei pazienti per i quali si rende importante la permanenza di un congiunto nella struttura³".

L'unico hospice nel territorio pescarese è l'Hospice Bouganville.

2.2 Strutture Semi-residenziali

L'assistenza semi-residenziale rappresenta una valida soluzione, se ne ricorrono i presupposti, alternativa al ricovero. L'assistito rimane, infatti, al proprio domicilio, ma trascorre alcune ore della giornata all'interno della struttura, dove viene posto in essere un programma che punta al recupero o al mantenimento delle capacità psicofisiche residuali dell'individuo. La famiglia, in questo modo, viene supportata e sostenuta nell'assistenza, consentendo però al paziente di mantenere le proprie abitudini e i propri legami affettivi.

Le strutture semiresidenziali garantiscono prestazioni di tipo socio-assistenziale e sanitario, ma anche ricreativo e di socializzazione.

L'inserimento di un assistito viene definito dall'UVM del proprio Distretto sanitario, che stabilisce anche la natura e la frequenza delle prestazioni.

“L'assistito può essere chiamato a compartecipare, in parte o totalmente, ai costi del servizio, sulla base di criteri definiti dalla Asl di appartenenza⁴”.

Le strutture semi-residenziali della provincia di Pescara sono prevalentemente di carattere riabilitativo, per tutte le fasce di età, ma comprendono anche Centri diurni e Case di riposo; i centri riabilitativi sono la Fondazione Paolo VI a Pescara e il Centro di Riabilitazione San Massimo a Penne.

I centri diurni sono offerti dalla stessa Fondazione Paolo VI e dal distretto sanitario dell'Asl di Penne.

CAPITOLO 3

L'ORGANIZZAZIONE SANITARIA TERRITORIALE DELLA PROVINCIA DI PESCARA

Il territorio coperto dalla provincia di Pescara è organizzato secondo un modello di Aree Distrettuali per colmare la distanza fra i vari comuni ma anche la diversa conformazione territoriale che si trova nella fattispecie della provincia; avremo quindi l'UOC dell'Area Distrettuale Montana che racchiude al suo interno due UOS di Coordinamento ovvero quello relativo al Centro di Erogazione Servizi (CERS) Area Maiella con i comuni di Tocco da Casauria, San Valentino in Abruzzo Citeriore, Scafa e Popoli ed infine l'UOS di Coordinamento del CERS relativo all'Area Vestina con i comuni di Loreto Aprutino, l'Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP) della zona vestina ed il comune di Civitella Casanova.

La seconda Area Distrettuale è quella relativa all'UOS di Coordinamento del CERS dell'Area Metropolitana che racchiude al suo interno i comuni che erogano i servizi come Città Sant'Angelo, Spoltore, Cepagatti e Montesilvano.

Come ultima risorsa troviamo l'Area Distrettuale di Pescara con il relativo CERS che è a sua volta diviso in CERS Pescara Nord e Sud e UCCP Pescara Nord e Sud. Ogni Area Distrettuale prevede nel proprio la presenza di strutture residenziali e semiresidenziali organizzate secondo una rete aziendale che fa riferimento alla

sede di insidenza ed al setting assistenziale previsto dal regolamento interno secondo tale schema:

Sede	Setting Assistenziale	Posti letto preventivati a gestione pubblica
DSB Cepagatti	R.S.A. Anziani	20
	Semi-residenza anziani	20
Polo Città Sant'Angelo	R.S.A. Anziani	20
	R.S.A. Disabili	20
Polo Tocco da Casauria	R.P. Anziani	20
	Strutture Res.li Psichiatriche per T. T. Riabilitativi a carattere estensivo	20
Polo San Valentino	R.P. Anziani	20
	Riabilitazione estensiva	20
Stabilimento di Penne	R.P. Disabili	20
	Semiresidenza anziani	20
Stabilimento di Popoli	USAP	10
	Riabilitazione estensiva	20

Come si può notare, ogni comune ha al suo interno due strutture con un setting assistenziale diverso oppure atto ad ospitare una diversa categoria di pazienti; tra tutte le strutture si contano 230 posti letto in egual misura tra le diverse residenze.

CAPITOLO 4

STRUMENTI PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

4.1 L'Assistenza Domiciliare Integrata nella Provincia di Pescara

“Il servizio di ADI compreso nel Sistema delle Cure Domiciliari viene gestito dall'ASL su tutta la provincia di Pescara e fornisce prestazioni sanitarie e socio assistenziali, erogate a domicilio, a paziente temporaneamente o permanentemente non autosufficienti; è rivolto alla gestione di persone, di qualunque età, con assenza di patologie acute per le quali altrimenti sarebbe necessario il ricovero ospedaliero, ma in condizioni tali da poter ricevere in sicurezza le cure direttamente a casa, nel proprio ambiente di vita.⁵”.

Il servizio offerto dall'ADI consente al paziente di ricevere la continuità delle cure di cui necessita direttamente a domicilio in modo da ottenere il massimo recupero della sua autonomia ed allo stesso tempo scongiurare i continui ricoveri a cui egli stesso andrebbe incontro; le cure erogate da tale servizio possono essere distinte in ADI di primo livello e di secondo livello.

Nel primo caso l'Assistenza Domiciliare prevede la risposta a prestazioni gestite da un solo professionista e verranno erogate interventi come:

- prelievo ematico per l'esecuzione dei relativi esami di laboratorio;
- terapia iniettiva di tipo intramuscolare e sottocutanea;
- sostituzione periodica del catetere vescicale a permanenza;

- educazione del caregiver alla giusta gestione del paziente ed alla patologia ovvero: cure igieniche, somministrazione della terapia orale, misure di prevenzione delle lesioni cutanee ed infine addestramento sulla corretta mobilizzazione e postura del paziente.

“Nell’ADI definito di secondo livello o per casi complessi, ci saranno più figure professionali (infermiere, fisioterapista, medico specialista etc.) che cooperano tra di loro⁶”.

I pazienti ammessi a tale tipo di prestazione sono:

- malati con patologie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare etc.);
- fasi avanzate e complesse di malattie croniche;
- pazienti con necessità di nutrizione artificiale;
- pazienti in stato vegetativo e minima coscienza;
- pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- malati terminali oncologici e non oncologici;
- incidenti vascolari in fase subacuta;
- portatori di lesioni cutanee.

L’ADI è uno strumento di cura che richiede una grande formazione per i professionisti della salute poiché, a differenza del reparto ospedaliero, si entra nello spazio di vita privato del paziente dove l’operatore è “ospite” e collabora

con il paziente e la sua famiglia per arrivare all'obiettivo stabilito della ripresa o della massima autonomia possibile.

4.2 La continuità assistenziale

Il paziente, una volta terminato il periodo di ospedalizzazione, andrà incontro a due tipi di dimissioni; la prima detta Dimissione Programmata o anche di primo livello, in cui la valutazione del bisogno socio-assistenziale e la definizione del piano di dimissione personalizzato è attuata esclusivamente dal medico ospedaliero il quale provvederà a comunicare tali informazioni al suo referente territoriale (il Medico di Medicina Generale).

Il secondo tipo di dimissione a cui può andare incontro il paziente è definita come Dimissione Protetta o di secondo livello; tale strumento mette in atto tutti i principi alla base della Dimissione Programmata ma con una sostanziale differenza, ovvero la valutazione del percorso personalizzato del paziente non sarà solo a carico del Medico di Medicina Generale ma quest'ultimo si avvarrà dell'aiuto di referenti ospedalieri, territoriali, paziente e care giver.

“La Dimissione Protetta in conseguenza si figura quale processo che guarda alla complessità della situazione, considerando fattori di diversa natura e di fondamentale importanza per il recupero psico-fisico del benessere della persona⁷”.

4.3 La presa in carico in regime di ADI

La procedura di Dimissione protetta serve per creare percorsi condivisi per la presa in carico del paziente fragile in dimissione; l'iter prevede due tipi di percorsi operativi in base all'inserimento della persona in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) o verso strutture semiresidenziali o residenziali.

“La finalità di tale scelta è quella di creare interventi di tipo territoriale in modo tale da poter effettuare l'attivazione della Rete Integrata dei Servizi Territoriali allo scopo da poter garantire la continuità assistenziale fra Ospedale e Territorio, garantito dalla collaborazione tra Medico di Medicina Generale (MMG), Medico Ospedaliero, Medico Specialista Ambulatoriale, Punto Unico di Accesso (PUA), Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e Servizio di Cure Domiciliari Distrettuale⁸”.

Una volta che il quadro clinico del paziente ricoverato si è stabilizzato, il Dirigente medico del reparto valuta la necessità della continuità assistenziale in regime domiciliare (ADI), semiresidenziale, assistenziale riabilitativo o residenziale (RSA/RA/HOSPICE) conferendo con il dirigente infermieristico, l'assistente sociale e sanitario dell'ospedale in modo da creare un apposito modello di accesso alla presa in carico territoriale che veda rispettati tutti i principi e bisogni socio-sanitari del paziente.

Nel caso in cui il paziente rientri nei canoni di assistenza domiciliare, il medico del reparto deve assicurarsi la disponibilità di un care giver e del MMG alla presa

in carico poiché il rifiuto o la mancanza anche di una sola delle due figure, provocherà l'ammissione del paziente in un diverso regime assistenziale; in caso di risposta positiva, il team medico del reparto garantirà la stesura della prescrizione di eventuali farmaci al paziente per assicurare la continuità della terapia fino all'entrata della figura del MMG (inoltre verranno anche prescritte le prestazioni diagnostiche e/o i presidi necessari per il paziente dopo la dimissione, previa consultazione con lo specialista per la patologia.

Il medico di reparto, in possesso di tutti i documenti, li inoltrerà al PUA, in cui il Medico referente, in collaborazione con l'infermiere, l'assistente sanitario e sociale del Distretto Sanitario, valuterà la richiesta, analizzando tutta la documentazione sanitaria per andare ad attivare l'UVM competente per l'ADI che fa capo al Distretto Sanitario di residenza del paziente; entro due giorni lavorativi, L'UVM ha il compito di analizzare la documentazione e redigere il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) insieme al Medico del Reparto e al MMG.

“La valutazione insieme al PAI verrà consegnata all'unità operativa di riferimento ospedaliera ed inseriti nella cartella clinica del paziente; la valutazione generale verrà inviata al servizio di cure domiciliari distrettuale di competenza per l'attivazione dell'ADI⁹”.

4.4 La presa in carico in regime di residenzialità o semi residenzialità

La modalità di inserimento nelle strutture è identica a quella dell'ADI fino all'invio dei documenti da parte del Dirigente medico al PUA; in questo caso però ci saranno vari PUA di riferimento in base al paziente poiché:

- per i pazienti intra-ASL il PUA competente è quello del Distretto Sanitario dove è collocata la struttura di ricovero che effettua la dimissione;
- per i pazienti che risiedono fuori dal territorio dell'ASL ma comunque intra-Regionali, la richiesta dovrà essere inviata al PUA del Distretto Sanitario dove è presente la struttura che promuove la dimissione ma anche al PUA del Distretto Sanitario di residenza del paziente;
- per i pazienti che risiedono fuori Regione, la richiesta dovrà essere inoltrata al PUA della ASL o del Distretto di residenza del paziente oppure ad una struttura di accettazione con le stesse funzioni del PUA, con l'indicazione del Distretto Sanitario in cui si trova la struttura che emette il ricovero, in modo tale da poter effettuare un'eventuale delega all'UVM;
- per i pazienti destinati ad un regime assistenziale hospice e cure palliative, il PUA di riferimento è l'Azienda.

“Ricevuta la richiesta, il medico referente del PUA, insieme all'infermiere, l'assistente sociale e sanitario, valuterà la documentazione socio-sanitaria e provvederà ad attivare l'UVM competente¹⁰”.

L'UVM, analizzerà la valutazione ed insieme al medico ospedaliero referente e con uno specifico modulo, invierà l'autorizzazione al reparto ospedaliero di degenza; in caso di autorizzazione a procedere, l'UVM provvederà ad inviare all'Unità Operativa di riferimento l'esito della valutazione che sarà inserita nella cartella clinica del paziente.

Il medico di reparto a sua volta consegnerà la valutazione e l'autorizzazione al paziente o al familiare, insieme alla richiesta formulata sul ricettario del SSN; una volta concluso il processo, l'UVM provvederà a fornire la valutazione al PUA del Distretto Sanitario di competenza.

4.5 I servizi sociali e di volontariato

Nell'ambito della continuità assistenziale territoriale, entrano in gioco anche servizi di supporto sociale e di tipo volontaristico; essi sono un valido strumento di supporto sia alle figure professionali coinvolte nella presa in carico del paziente ma anche per quest'ultimo, il quale il più delle volte ritrova in loro un motivo di conforto e di aiuto nel proseguire il processo di cura.

“Ogni comune riconosce, sostiene e valorizza la funzione e l'utilità sociale del volontariato, ne promuove l'apporto ed il coordinato utilizzo nell'ambito della programmazione dal servizio sociale professionale¹¹”.

Il servizio sociale professionale, individua le modalità di intervento a favore degli utenti tramite l'assistenza domiciliare e, in collaborazione con le ASL,

l'assistenza domiciliare integrata; gli interventi saranno rivolti principalmente a singoli o nuclei familiari che per esigenze anche temporanee hanno necessità di un aiuto domestico per il soddisfacimento dei bisogni essenziali relativi al governo della casa ed alla cura della persona nelle attività giornaliere: tali interventi sono finalizzati a riportare la persona o la famiglia alla situazione di maggior benessere possibile, a permetterne la permanenza nel normale ambiente di vita ed evitare il ricorso alla istituzionalizzazione.

“Il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata è finalizzato a soddisfare, presso il proprio domicilio e negli spazi di vita della persona, i bisogni di assistenza socio-sanitaria di soggetti con limitazioni permanenti o temporanee della propria autonomia aventi necessità di un'assistenza più o meno continuativa che può variare da interventi di tipo socio-assistenziale ad interventi puramente sanitari¹²”.

Gli operatori sociali e volontari, svolgono il proprio lavoro anche in strutture di accoglimento residenziale per finalità assistenziali nei casi di verificata impraticabilità degli altri interventi socio-assistenziali o socio-sanitari o di un necessario allontanamento della persona dal proprio ambiente sociale.

Gli operatori volontari sono quindi parte integrante dell'equipe che si trova intorno al paziente ed anche loro con le relative funzioni fanno tutto il possibile per creare un'ambiente il più favorevole per la cura e l'assistenza del paziente.

CONCLUSIONI

In conclusione, la rete dei servizi territoriali offre molti benefici per i pazienti i quali devono usufruirne in quanto il team di professionisti che ruota intorno a lui offre una presa in carico personalizzata in base ai suoi bisogni; il paziente a sua volta evita il ricovero ospedaliero che potrebbe destabilizzarlo dal suo contesto familiare e sociale

Negli anni passati si è assistito a grossi investimenti nell'edilizia ospedaliera ma altrettanti pochi nell'assistenza territoriale; se quest'ultima venisse potenziata, il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) potrebbe beneficiare di una riduzione sia delle spese sanitarie che dei posti letto per quella tipologia di pazienti che potrebbero essere trattati a domicilio oppure inseriti nella vasta area di strutture territoriali.

I vantaggi sarebbero importanti anche per il Servizio Sanitario Regionale in considerazione dei costi della degenza ospedaliera molto più consistente di quella territoriale.

SITOGRAFIA

- (1) “Abruzzo Sanità”. “Assistenza territoriale, Canale Assistenza Territoriale”. “Abruzzo” (consultato il 17 marzo 2020, disponibile all’indirizzo: sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale)
- (2) “Abruzzo Sanità”. “Assistenza territoriale, Canale Assistenza Territoriale”. “Strutture residenziali”. (consultato il 19 marzo 2020, disponibile all’indirizzo: sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/rsa-private)
- (3) “Abruzzo Sanità”. “Assistenza territoriale, Canale Assistenza Territoriale”. “Hospice”. (consultato il 14 marzo 2020, disponibile all’indirizzo: sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/hospice)
- (4) “Abruzzo Sanità”. “Assistenza territoriale, Canale Assistenza Territoriale”. “Strutture semiresidenziali”. (consultato il 19 marzo 2020, disponibile all’indirizzo: sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/rsa-private)
- (5) “ASL Pescara”. “Assistenza Domiciliare Integrata, Informazioni generali” (consultato il 20 marzo 2020, disponibile all’indirizzo <https://www.ausl.pe.it/DettaglioStruttura.jsp?id=11&idSezione=11>)
- (6) “ASL Pescara”. “Assistenza Domiciliare Integrata, Informazioni generali” “Tipologia di Assistenza”. (consultato il 20 marzo 2020, disponibile

all'indirizzo:

<https://www.ausl.pe.it/DettaglioStruttura.jsp?id=11&idSezione=11>)

- (7) “European Commision”. “Percorsi di dimissioni ospedaliere protette nelle Regioni italiane;” “2007-2013.” p.5 (consultato il 21 marzo 2020, disponibile all'indirizzo: projectaida.eu/wp-content/themes/thunderbolt/docs/Percorsi-di-dimissioni-ospedaliere-protette-nelle-Regioni-Italiane-Le-buone-prassi-.pdf)
- (8) “European Commision”. “Percorsi di dimissioni ospedaliere protette nelle Regioni italiane;” “2007-2013.” p.8 (consultato il 21 marzo 2020, disponibile all'indirizzo: projectaida.eu/wp-content/themes/thunderbolt/docs/Percorsi-di-dimissioni-ospedaliere-protette-nelle-Regioni-Italiane-Le-buone-prassi-.pdf)
- (9) “European Commision”. “Percorsi di dimissioni ospedaliere protette nelle Regioni italiane;” “2007-2013.” p.9 (consultato il 21 marzo 2020, disponibile all'indirizzo: projectaida.eu/wp-content/themes/thunderbolt/docs/Percorsi-di-dimissioni-ospedaliere-protette-nelle-Regioni-Italiane-Le-buone-prassi-.pdf)
- (10) “European Commision”. “Percorsi di dimissioni ospedaliere protette nelle Regioni italiane;” “2007-2013.” p.10 (consultato il 21 marzo 2020, disponibile all'indirizzo: projectaida.eu/wp-content/themes/thunderbolt/docs/Percorsi-di-dimissioni-ospedaliere-protette-nelle-Regioni-Italiane-Le-buone-prassi-.pdf)

content/themes/thunderbolt/docs/Percorsi-di-dimissioni-ospedaliere-protette-nelle-Regioni-Italiane-Le-buone-prassi-.pdf)

- (11) “Comune di Pescara”. “Regolamenti dei Servizi di Assistenza”. “Articolo 9 – Volontariato” p.9 (consultato il 23 marzo 2020, disponibile all’indirizzo:

comune.pescara.it/UserFiles/utenti/File/regolamenti/SERVIZI_ASSISTENZA.pdf)

- (12) “Comune di Pescara”. “Regolamenti dei Servizi di Assistenza”. “Articolo 17 – Servizio di Assistenza domiciliare e di Assistenza Domiciliare Integrata” p.10 (consultato il 23 marzo 2020, disponibile all’indirizzo:

comune.pescara.it/UserFiles/utenti/File/regolamenti/SERVIZI_ASSISTENZA.pdf)

RINGRAZIAMENTI

Ci sono molte persone che voglio ringraziare in quanto preziose per l'aiuto nello svolgimento di laurea; in primis c'è la mia famiglia, con mio padre, mia madre e mio fratello che mi hanno sempre sostenuto nelle scelte, soprattutto quella intrapresa che mi ha portato oggi a diventare un Infermiere.

Il mio grazie va anche alle mie due nonne Anna Pia ed Adele che in tutti questi anni mi hanno incoraggiato a seguire i miei sogni; avrei voluto che il mio nonno Aldo avesse potuto assistere a questo bellissimo traguardo raggiunto, ma sono sicuro che da lassù sarà orgoglioso di me.

Devo dire grazie anche ai miei zii Pasquale e Rita che mi hanno sempre incoraggiato a studiare per raggiungere i miei obiettivi.

Ringrazio tutti i professori, in particolare il Dott. Santarelli e la Sig.ra Tufoni, Relatore e Correlatrice di questa Tesi; che nell'arco dei tre anni universitari sono riusciti a trasmettermi i loro insegnamenti; ringrazio anche tutti gli infermieri dell'Ospedale Murri di Fermo che hanno sempre apprezzato il mio operato da tirocinante e sono riusciti a trasmettermi l'amore ed il sacrificio per questa professione.

Un grazie lo dedico ai miei amici, soprattutto quelli dell'Università, con i quali sono e siamo riusciti a superare molte difficoltà, ma abbiamo anche saputo apprezzare gli anni più belli della nostra vita.

Per ultimo mi dedico un grande grazie poiché all'inizio di questa avventura non ero sicuro che un giorno sarei arrivato a tagliare questo traguardo ma fortunatamente sono ritornato sui miei passi e sono riuscito a concludere questa bellissima avventura che è solo l'inizio di un nuovo cammino.