

INDICE

Introduzione	1
--------------------	---

CAPITOLO 1

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA: PRINCIPI ETICI E OPPORTUNITA'

1.1 Chi è l'infermiere di famiglia: profilo , competenze e responsabilità.....	3
1.2 Obiettivi e principi etici.....	6
1.3 Possibili scenari assistenziali	10

CAPITOLO 2

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA: EVOLUZIONE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

2.1 Dagli anni 90 ad oggi: cambiamento socio – demografico e autonomia	15
2.2 Disegno di legge	18
2.3 L'importanza delle cure primarie.....	19
2.4 Formazione post- base	26

CAPITOLO 3

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA: ANALISI DELLA REALTA' INTERNAZIONALE E NAZIONALE

3.1 Il contesto internazionale del family nursing e del community nursing.....	28
3.2 L'infermiere nella realtà anglosassone: ruoli ed ambiti di intervento	31
3.3 Sviluppo della figura dell'Infermiere di famiglia nel contesto sanitario italiano.....	33
3.4 I primi passi in Italia: la regione Toscana.....	38

CAPITOLO 4

LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

4.1 L'importanza della continuità nelle cure.....	42
4.2 I luoghi della continuità assistenziale	43
4.3 Strumenti per la continuità assistenziale.....	46

Conclusioni.....	49
------------------	----

Bibliografia.....	51
-------------------	----

Ringraziamenti	52
----------------------	----

INTRODUZIONE

Il miglioramento della salute rappresenta un obiettivo per tutti i paesi del mondo, e, rispetto a fasi di sviluppo precedenti, si riscontra nei sistemi sanitari pubblici dei paesi occidentali, una significativa attenzione verso i servizi territoriali, inclusa l'assistenza domiciliare e di comunità.

Sembrerebbe che in questo momento di crescente autonomia della professione, non solo teorica e legislativa, ma anche con una ricaduta pratica, il campo in cui giocare le carte migliori sia proprio il territorio.

Ed è dunque proprio in questo contesto, associato alla politica "salute per tutti" perseguita dall'OMS, che nasce una nuova figura professionale: l'infermiere di famiglia - IDF

Questa figura è chiamata ad offrire un significativo contributo nel perseguire gli obiettivi volti a promuovere e a conservare la salute della popolazione lungo tutto l'arco della vita.

Con questo tipo di lavoro, flessibile e polivalente, gli infermieri di famiglia possono da un lato individuare precocemente l'insorgenza di problemi di salute e garantirne la cura sin dal loro insorgere, dall'altro possono facilitare le dimissioni precoci dei pazienti dalle altre strutture sanitarie (ospedali o luoghi di convalescenza), reinserendo tempestivamente l'individuo nel proprio contesto naturale: la propria dimora.

Il nucleo familiare torna quindi ad essere il centro di raccordo dove, chi si occupa di assistenza, è effettivamente in grado di gestire le situazioni tenendo conto degli aspetti psicologici e sociali del singolo individuo, adattandosi a queste e non pretendendo di applicare soluzioni prefissate per ogni tipo di paziente.

E' facile pensare a strutture sanitarie che consigliano i comportamenti più idonei allo stato di salute del paziente, ma spesso essi non sono attuabili a domicilio e succede così che alcune prescrizioni non vengano attuate o che le strutture si assumano l'onere di attivarle perché non esiste una soluzione alternativa idonea. Altrettanto evidente è la necessità di intervenire tempestivamente sugli stili di vita e sui fattori comportamentali di rischio che presentano un impatto diretto e indiretto sull'evolversi delle condizioni di salute di un individuo e della sua famiglia.

Ecco quindi che l'IDF diviene ad oggi una figura di notevole importanza, immagine chiamata a dirigere e incoraggiare la famiglia identificando i suoi bisogni di salute e indicando la strada migliore nell'utilizzo dei servizi sanitari, con l'obiettivo di promuovere e proteggere la salute dell'individuo e della popolazione per tutto l'arco della vita. La figura dell'infermiere che opera nel territorio rappresenta una realtà consolidata per alcune nazioni: Stati Uniti, Inghilterra, Australia, Romania hanno infatti strutturato una rete territoriale costituita da decine di migliaia di "infermieri di famiglia" adeguatamente formati, in grado di garantire un servizio insostituibile per la comunità.

Anche in Italia sembrano esistere i presupposti per lo sviluppo di questa figura, si intravede infatti un progetto su cui intervenire in termini di risorse, al fine di promuovere una migliore assistenza a domicilio e sul territorio finalizzata al miglioramento della qualità di vita.

Obiettivo di questo studio è quindi quello di individuare le competenze, le funzioni e gli ambiti di lavoro (domicilio, distretto, Comunità) dell'Infermiere di Famiglia nella realtà mondiale e come sta evolvendo questa figura in Italia.

Ai fini dello studio è stata effettuata una revisione della letteratura internazionale che ha permesso di conoscere e approfondire questa realtà ricorrendo a database e motori di ricerca per individuare gli ambiti dove l'infermiere di famiglia si impone come una figura professionale riconosciuta, cogliere quali aspetti hanno permesso l'affermarsi di tale figura ed evidenziare come quest'ultima sia oggi il modo migliore di rispondere ai cambiamenti demografici ed epidemiologici che il nostro Paese sta vivendo.

CAPITOLO 1

INFERMIERE DI FAMIGLIA: PRINCIPI ETICI E OPPORTUNITÀ

1.1 Chi è l'infermiere di famiglia: profilo, competenze e responsabilità

“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”(PSN 1988-2000).”I cambiamenti avvenuti negli ultimi anni nel nostro Paese come l'aumento dell'età media e delle malattie croniche hanno reso necessario puntare l'attenzione sulla sanità pubblica , in termini di prevenzione ed educazione sanitaria.

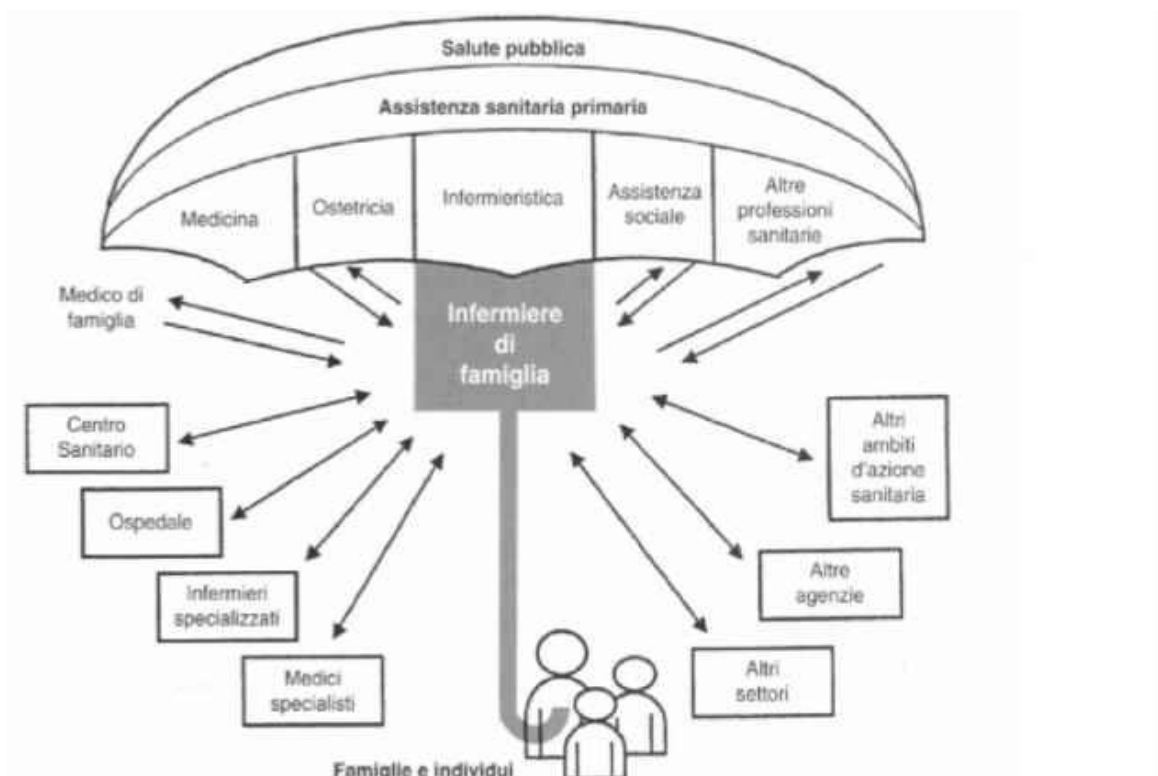
Si è assistito a un importante cambiamento dei bisogni assistenziali della popolazione , in particolare potremmo dire che l'aumento di patologie croniche quali ad esempio le patologie neurologiche, cardiovascolari, tumorali ecc ... , ha condotto ad una progressiva necessità di assistere il paziente dopo la dimissione dell'ospedale e ad un prolungamento del bisogno di assistenza anche quando le cure non sono più possibili .In questo nuovo modello spesso il cittadino viaggia attraverso una molteplicità di strutture, ma purtroppo è ancora poco frequente il caso in cui le organizzazioni sanitarie riescano a sviluppare e applicare metodi omogenei di valutazione dei bisogni e strumenti efficaci di integrazione tra ospedale e comunità.

Tra le sfide lanciate dall'OMS vi è anche uno spostamento di attenzione dalla malattia alla salute, l'utilizzo della pratica basata sull'evidenza scientifica verso l'efficienza e l'efficacia. L'OMS sostiene infatti da tempo l'importanza del contributo infermieristico all'assistenza e dà particolare enfasi al concetto di una nuova figura vista come indispensabile per il futuro del SSN, l'infermiere di famiglia ,colui che insieme al medico di famiglia , sarà responsabile della salute di quel determinato gruppo.

L'infermiere di famiglia avrà un ruolo fondamentale lungo tutto l'iter assistenziale,sarà colui che andrà a colmare il vuoto in cui i cittadini, ricevuta diagnosi e cura della propria malattia, si trovano soli ad affrontare la gestione, perdendosi in un labirinto di richieste di prestazioni. Si occuperà della promozione della salute ,della prevenzione soprattutto terziaria, indispensabile nel quadro di pluri – cronicità attuale, della riabilitazione e di un'assistenza volta a malati terminali e non.

Lo scopo principale dell'istituzione dell'infermiere di famiglia è quindi quello di rendere accessibile a tutti coloro che hanno bisogno di assistenza la prestazione infermieristica e non riservarla solo per pochi privilegiati in quanto l'equità viene considerata uno dei principi etici fondamentali. L'infermiere di famiglia può ancora essere individuato come figura chiave per il counselling¹ l'educazione sanitaria , la promozione della salute fisica , psichica e sociale dell'individuo e della famiglia. Ad egli compete inoltre l'individuazione di fattori di rischio che possono esporre ad una determinata malattia e segnala i casi ad altre figure professionali o strutture più idonee.

¹Il counseling viene definito come un'azione professionale in cui il Counselor, promuovendo ed orientando il Paziente/Cliente attraverso tecniche comportamentali e psicologiche di relazione, lo induce ad effettuare il cambiamento necessario per soddisfare in assoluta autonomia la risoluzione del problema.



L'Infermiere di Famiglia con il suo curriculum formativo è in grado di svolgere attività di: educazione sanitaria, assistenza, formazione, consulenza e ricerca. Andando a rappresentare un'area di specializzazione professionale in grado di potenziare l'integrazione tra i servizi ospedalieri e l'assistenza sanitaria di base, con funzione di collegamento tra i servizi esistenti nella rete assistenziale, non solo sanitari ma anche sociali, in grado di favorire dimissioni precoci e protette, in particolare in tutti quei casi che richiedono maggiore attenzione come: cronicità, maternità e disabilità. Ad egli verrà quindi richiesto di essere competente come : erogatore di assistenza , decisore, comunicatore, leader di comunità , manager. Tutte competenze che si andranno ad acquisire attraverso il processo di sviluppo delle competenze di base, cioè quelle che consentiranno all'infermiere di famiglia di essere efficiente ed efficace nell'identificare e valutare lo stato di salute ed i bisogni degli individui e delle famiglie nel loro contesto culturale e di comunità.

Una figura in grado di prendere decisioni basate sui principi etici; promuovere la salute degli individui, delle famiglie e delle comunità; applicare la conoscenza di diverse strategie educative con i singoli, le famiglie e le comunità; utilizzare e valutare diversi metodi di comunicazione. Partecipare inoltre alle attività di prevenzione; coordinare e gestire l'assistenza, compresa quella delegata ad altro personale; documentare sistematicamente la propria pratica; produrre, gestire ed utilizzare informazioni statistiche cliniche e basate sulla ricerca per pianificare l'assistenza e definire le priorità nelle attività relative alla salute ed alla malattia. Sostenere ed incoraggiare gli individui e le famiglie ad influenzare e partecipare alle decisioni relative alla loro salute; definire standard e valutare l'efficacia delle attività infermieristiche di famiglia; lavorare da soli o in équipe; partecipare alla definizione delle priorità nelle attività relative alla salute ed alla malattia; essere agenti e gestire il cambiamento;

mantenere relazioni professionali ed un ruolo collegiale di sostegno con i colleghi; mostrare l'evidenza di un impegno alla formazione continua ed allo sviluppo professionale.

Il ruolo dell'infermiere di famiglia è quindi quello di aiutare gli individui e le famiglie ad affrontare la malattia e la disabilità cronica, nei periodi difficili, trascorrere una gran parte del suo tempo lavorando nelle case dei pazienti e delle loro famiglie. L'infermiere di famiglia sarà quindi la figura che a seguito di una preparazione specifica, avrà la competenza di instaurare un rapporto diretto, non solo con il malato, ma anche con la persona sana occupandosi delle sue necessità, e aiutandolo insieme con la sua famiglia ad evitare rischi sanitari; egli faciliterà le dimissioni precoci dagli ospedali, fornendo assistenza a domicilio; agirà da tramite tra la famiglia e il medico di base, sostituendosi a quest'ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico.

Potremmo riassumere i suoi compiti in:

- aiutare gli individui ad adattarsi alla malattia, alla disabilità cronica, ai momenti di stress;
- trascorrere buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio dei pazienti e con le famiglie;
- fornire consulenza sugli stili di vita e sui fattori comportamentali di rischi e assistere le famiglie in materia di salute
- garantire che i problemi sanitari delle famiglie siano curati al loro insorgere, attraverso la diagnosi precoce;
- identificare gli effetti dei fattori socio – economici sulla salute della famiglia e richiedere l'intervento della rete dei servizi territoriali.
- Promuovere una dimissione precoce assicurando l'assistenza domiciliare infermieristica e costituire il punto di collegamento tra famiglia e medico di medicina generale e sostituirsi a quest'ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico.

Nonostante queste molteplici definizioni, la dettagliata descrizione enunciata dall'OMS nel 1999 dal documento "Salute 21" e le già esistenti realtà internazionali lascino intuire come questa figura sia oggi fondamentale e pienamente calzante alla nostra realtà, dell'infermiere di Famiglia in Italia non è ancora stato percepito il ruolo in tutta la sua totalità e potenzialità, sia da parte della cittadinanza, che dagli stessi operatori-sanitari; appare quindi necessario un cambiamento culturale rispetto al concetto di assistenza infermieristica affinché si possa comprendere e valorizzare un ruolo nuovo come quello dell'infermiere di famiglia e di comunità.

Spesso l'assistenza infermieristica è percepita solo nel suo aspetto complementare alla diagnosi e cura delle malattie già in atto, mentre si attua in realtà attraverso la relazione con gli assistiti, la valutazione globale dei bisogni, la gestione degli interventi assistenziali e soprattutto, attraverso azioni preventive.

Infatti mentre il medico individua e cerca di curare i problemi di salute, l'infermiere si occupa di creare un ambiente favorevole alla salute e, in caso di malattia alla guarigione, per migliorare l'esito delle cure ed evidenziare peggioramenti dovuti a carenze assistenziali

1.2 Obiettivi e principi etici

Il concetto di salute del singolo passa attraverso la conoscenza di tutta la comunità che lo circonda, perché è nella conoscenza della comunità che meglio si possono comprendere i determinanti della salute e i fattori di rischio. Conoscere il contesto in cui si trova l'assistito diventa, dunque, fondamentale; non si fa salute solo curando la malattia, ma intervenendo sull'ambiente che circonda il paziente. Con l'educazione alla salute si vuole aumentare la coscienza individuale relativamente al proprio benessere e andare a migliorare la consapevolezza dell'utente favorendo il cambiamento di abitudini. Promuovere un cambiamento sociale in grado di modificare la qualità di vita è un compito molto difficile e l'infermiere, come poche altre figure professionali, può essere determinante.

In questo modo la figura dell'infermiere di famiglia offre un nuovo modello assistenziale che si rende sempre più necessario nella società odierna in cui ci troviamo spesso di fronte ad errati stili di vita, cattive abitudini alimentari e carenza di adeguata educazione sanitaria. Inoltre egli è in grado di consentire una continuità assistenziale nel regime post-ricovero che diviene importante soprattutto nei pazienti oncologici e affetti da malattie croniche che richiedono cure e trattamenti costanti permettendo la riduzione dei nuovi ricoveri, spesso frequenti, per questi pazienti e offrendo loro un percorso terapeutico domiciliare che permetta di ricevere un continuo sostegno anche dal punto di vista psicologico e non solo prettamente clinico, analizzando anche il relativo contesto familiare e aiutandoli ad affrontare le relative problematiche o dubbi che possono emergere durante il percorso terapeutico.

Ecco dunque che l'infermiere di famiglia giocherà un ruolo importante nel potenziamento delle risorse della comunità e per raggiungere il pieno potenziale di salute per tutti, e si troverà ad agire attraverso il perseguimento di due obiettivi principali:

- promuovere e proteggere la salute della popolazione, lungo tutto l'arco della vita;
- ridurre l'incidenza delle malattie e degli incidenti più comuni e alleviare le sofferenze che questi causano.

Con lo scopo di mantenere, e migliorare nel tempo, l'equilibrio o lo stato di salute della famiglia, aiutandola a evitare le minacce alla salute o ad adattarvisi.

Sotto il profilo organizzativo il modello prevede che l'infermiere di famiglia dovrebbe sostanzialmente agire nelle seguenti aree:

- prevenzione primaria ovvero riduzione dei fattori di rischio di malattia attraverso l'educazione sanitaria.
- Prevenzione secondaria attraverso la promozione di test ed esami mirati a diagnosticare precocemente le malattie
- Prevenzione terziaria, concetto che racchiude tutti gli interventi utili ad evitare le riacutizzazioni di malattie croniche, inquadrabili nel modello del Chronic Care Model
- Interventi di assistenza infermieristica diretta in caso di necessità.

Gli obiettivi ai quali si vuole tendere sono quindi:

- Miglioramento della qualità dell'assistenza erogata attraverso l'inserimento di un professionista capace di aiutare a prevenire i problemi di salute, di educare le persone alla scelta di stili di vita sani, di sostenerle nel potenziamento delle proprie capacità di autocura e di risoluzione dei problemi e a utilizzare al meglio le risorse sociali e sanitarie disponibili
- Riorganizzazione della rete territoriale ospedaliera e contestuale esigenza di implementare l'attività territoriale con l'inserimento di un professionista con competenza infermieristiche avanzate, capace di integrarsi con altri professionisti

Il tutto attraverso una scrupolosa attenzione rivolta ai principi etici che fanno da cardine, ovvero:

- la salute è un diritto umano fondamentale
- equità nella salute e solidarietà all'interno delle nazioni e fra di esse e i loro abitanti
- partecipazione e responsabilità dei singoli, dei gruppi, delle istituzioni e delle comunità per lo sviluppo sanitario continuo.

Viene da domandarsi quanto sia importante il valore della riflessione etica come elemento per un corretto approccio all'assistenza infermieristica così da poter porre al centro del processo il paziente, per fornire un'assistenza personalizzata e per assicurare la libertà delle scelte e dei valori della persona, e dove il professionista si assuma le responsabilità del suo agire. Secondo una prospettiva etico professionale, l'elemento sostanziale in grado di fornire un valore aggiunto nella qualità dei servizi alla salute è rappresentato sempre e in ogni caso dall'uomo e dalla sua coscienza. La dimensione etica riguarda, infatti, l'essere umano, l'essere infermiere e, solo successivamente, l'agire in quanto professionista.

Lo scopo dell'etica è la conoscenza delle regole che devono presiedere i rapporti tra l'individuo e la società, affinché l'uno e l'altra possano convivere nel rispetto reciproco. (Peroni A., Zanini MP., 2007).

Nello specifico professionale credo che l'etica ci aiuti meglio a comprendere come agire nei diversi e distinti ambiti di discrezionalità che la quotidianità professionale ci propone, come porsi nella relazione infermiere \ persona nel rispetto dell'autodeterminazione della persona assistita e dei suoi valori, come vivere e interagire nel team professionale, come affrontare situazioni problematiche o dilemmi etici singolarmente o con altri professionisti, come approfondire le norme dettate dal codice deontologico e assimilarle in maniera tale da tramutarle in comportamenti professionali attenti alla persona. La Deontologia è la scienza dei doveri, è la scienza della moralità. (Bentham 1834). I principi su cui essa si fonda sono i principi Etici, dell'Etica Fondamentale, dell'Etica Clinica e della Bioetica.

Il Codice Deontologico "detta" i comportamenti e si fonda sull'idea che questi comportamenti siano il frutto di buona volontà, che determina la scelta delle azioni per amore del dovere, e non semplicemente in nome del dovere. La Federazione IPASVI ne ha prodotti 5 dal primo del 1960, al successivo del 1973, a seguire nel 1999, poi nel 2009 e infine il più recente approvato il 13\04\2019.

Con il nuovo codice deontologico l'infermiere allarga il campo della sfera di applicazione dei valori etici alla professione, con esso segue il passo del tempo e risponde prontamente alle mutazioni sociali del paese.

Si affianca alle nuove norme legislative che nell'arco di pochi anni hanno cambiato radicalmente veste della professione. Ricordiamo che le istanze di riconoscimento dell'autonomia professionale sono state avanzate dall'infermiere da almeno un secolo, come condizione irrinunciabile per esprimere tutte le potenzialità umane ed intellettuali della professione.

Il codice deontologico è la "guida" dell'infermiere nello sviluppo dell'identità professionale; uno strumento di informazione per il cittadino (Art 1.4).

Il nuovo Codice Deontologico in particolare come afferma Barbara Mangiacavalli, presidente della federazione nazionale degli ordini delle Professioni infermieristiche (FNOPI) "rappresenta per l'infermiere uno strumento per esprimere la propria competenza e la propria umanità, il saper curare e il saper prendersi cura. L'infermiere deve dimostrare di saper utilizzare strumenti innovativi per una gestione efficace dei percorsi assistenziali e l'applicazione dei principi deontologici completano le competenze e permettono all'infermiere di soddisfare non solo il bisogno di ogni singolo paziente, ma anche quello del professionista di trovare senso e soddisfazione nella propria attività. Ed è una guida e una regola per garantire la dignità della professione e per questo va rispettato e seguito da tutti. il codice è per gli infermieri e degli infermieri, li rappresenta e li tutela e mette nero su bianco la loro promessa di prendersi cura fatta da sempre ai cittadini".

Il Codice Deontologico fissa le norme dell'agire professionale e definisce i principi guida che strutturano il sistema etico in cui si svolge la relazione con la persona \ assistito.

Relazione che si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico – scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

I termini utilizzati per definire gli interventi assistenziali contengono le chiavi interpretative della natura dell'atto infermieristico che ricerca e persegue, nelle diverse fasi del percorso assistenziale, appropriatezza e pertinenza nell'interesse primario della persona \ assistito.

- Specifici sta per "propri", ossia interni alla professione in quanto patrimonio di peculiari competenze ed esperienze infermieristiche
- Autonomi sta per "di decisione propria" rispetto ad altre figure professionali.
- Natura intellettuale, tecnico scientifica, gestionale, relazionale, ed educativa sta per saperi disciplinari che sostengono le diverse finzioni infermieristiche e per l'irrinunciabilità della relazione, dell'educazione e dell'informazione.

Anche la responsabilità, collegata all'autonomia, è intesa come un principio guida dell'agire professionale.

L'assunzione di responsabilità pone l'infermiere in una condizione di costante impegno: quando assiste, quando cura, e si prende cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

Quando si richiama ai principi di equità e giustizia nell'assumere decisioni organizzativo – gestionali, quando rispetta i valori etici, religiosi e culturali oltre che il genere e le condizioni sociali della persona \ assistito nell'assumere decisioni assistenziali. L'infermiere è un soggetto attivo, che agisce in prima persona con autonomia di scelta e responsabilità entro una cornice valoriale in cui il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è una condizione essenziale per assistere e perseguire la salute intesa come

bene fondamentale del singolo e interesse peculiare della collettività. Un bene da tutelare in ogni ambito professionale attraverso attività di prevenzione , cura, riabilitazione e palli azione.

L'infermiere sviluppa il suo sapere ed il suo essere professionista nella relazione con la persona che assiste “ Persona” e “ assistito”: due accezioni complementari di una specifica concettualizzazione. Persona è il cittadino inteso come detentore di diritti e protagonista delle attività di promozione e tutela del suo stato di salute in costante cambiamento .Assistito è la “ persona” con cui l'infermiere attiva una peculiare, specifica e professionale relazione in cui trova manifestazione il rispetto , il confronto e il dialogo vissuti come principi guida della deontologia professionale.

La missione primaria dell'infermiere è il prendersi cura della persona che assiste in logica olistica , considerando le sue relazioni sociali e il contesto ambientale .Il prendersi cura è agito attraverso la strutturazione di una relazione empatica e fiduciaria soprattutto quando l'assistito vive moment difficili, diviene più fragile e perciò ancora più bisognoso di aiuto e sostegno .Nel processo del prendersi cura l'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito di cui attiva le risorse e che sostiene affinché raggiunga la maggiore autonomia possibile soprattutto quando vi è disabilità , svantaggio o fragilità.

La relazione insita nel rapporto infermiere \ assistito è ricca di incontri , scambi , confidenze, confronti , richieste; in quei momenti , lo strumento principe per la commozione delle tensioni , delle incomprensioni e dei conflitti è l'ascolto , il confronto reciproco e soprattutto il dialogo.

Il nuovo codice deontologico si pone come alto strumento per perseguire la qualità dell'assistenza infermieristica e per manifestare le modalità con cui gli infermieri vogliono impegnarsi, nell'agire professionale , per gli assistiti e l'intera collettività. Esso definisce l'infermiere come agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, apportando nuove considerazione come ad esempio quella che afferma che il tempo di relazione è tempo di cura.

Le norme del nuovo Codice Deontologico fanno emergere a tutto tondo il profilo dell'infermiere italiano così come si è venuto delineando , sia sul piano giuridico, che dello status , che delle competenze, attraverso una straordinaria stagione di innovazione ed evoluzione della professione..

Oggi l'infermiere italiano è a tutti gli effetti un professionista della salute a cui ogni cittadini può rivolgersi in un rapporto diretto , senza mediazioni e con la possibilità di cogliere la grande opportunità di ricevere un'assistenza infermieristica professionalizzata , pertinente e personalizzata .La relazione infermiere \ assistito , rilevante e fondamentale per rispondere ad esigenze di cura ed assistenza in costante e veloce evoluzione , si manifesta come una realtà significativa del sistema salute.

Una realtà in grado di dare risposte innovative e competenti alla crescente domanda di percorsi assistenziali diversificati e di coniugare, sistematicamente e nel tempo, capacità di presa in carico, risposta strutturata ai bisogni dei singoli e della collettività , continuità assistenziale. Anche attraverso le norme di questo codice deontologico , gli infermieri italiani ,manifestano l'impegno per un “ saper essere” ad alta valenza etica . per un “ saper assistere” ad alta valenza professionale e per attuarli al meglio ovunque.

1.3 Possibili scenari assistenziali

Le aree di possibile maggiore investimento per l'istituzione di una professionalità in grado di agire in modalità autonoma rispetto a i bisogni socio – assistenziali di una popolazione soggetta ad una oramai consolidata transizione epidemiologica (Omram 1997), sono collocabili su due fronti: da un lato , il contributo dell'infermiere di famiglia per quanto riguarda le attività di natura assistenziale che possono essere svolte in contesti extra-ospedalieri; dall'altro , la prevenzione. In entrambi i casi, si tratta di interventi che potrebbero esprimere una migliore appropriatezza di esercizio di ruolo , nonché un alleggerimento rispetto a procedure che in alcuni casi hanno assunto il carattere di adempimento burocratico.

Si può fare riferimento ,ad esempio , ad attività che rivestono una natura sia assistenziale sia preventiva , quali la prescrizione di ausili e dispositivi , come , ad esempio , quelli per la gestione dell'incontinenza , e in maniera maggiore quella di dispositivi e presidi , come ad esempio quelli per la prevenzione delle lesioni da pressione, che costituiscono aree di intervento specifico dell'infermiere .

In tali aree la professione infermieristica si è impegnata con attività di ricerca finalizzata al miglior risultato assistenziale,di benessere, confort e prevenzione .Nell'attività a livello territoriale la ricerca ha mostrato come faccia parte dell'agire abituale degli infermieri un impegno verso attività preventive orientate soprattutto all'educazione terapeutica e all'educazione sanitaria volte a promuovere sani stili di vita .Tuttavia , dai dati del web survey emerge come l'autonomia percepita nell'attuare queste attività sia inferiore rispetto ad altre attività indagate e, si osserva un andamento che non vede ancora valorizzato al meglio l'agire infermieristico su alcune attività cruciali quali vaccinazioni , screening e riabilitazione.

Infatti , mentre le attività di educazione su stili di vita e terapia appartengono senza alcun dubbio alle competenze infermieristiche , definite nel profilo dell'Infermiere DM 739\1994 come natura dell'assistenza, le altre attività che pure descrivono nel profilo l'assistenza infermieristica sono probabilmente identificate come prestazioni di altre professioni e ancora si fatica ad uscire dalla interpretazione standard di ruolo dell'infermiere come erogatore di prestazioni.

Per quanto attiene la professione infermieristica in Italia , è verosimile ,che le attività di vaccinazioni , screening e riabilitazione , che gli infermieri dichiarano di non svolgere mai rispondendo alla web survey ,non siano considerate per le loro potenzialità di esercizio di ruolo .Le vaccinazioni, riferite principalmente all'infanzia , sono prestazioni prevalentemente svolta dagli Assistenti Sanitari, sebbene, rappresentino un ambito di prestazioni comuni , essendo state storicamente previste nell'ormai abrogato Mansionario (DPR 225\1974) che regolamentava entrambe le professioni.

Un possibile scenario di sviluppo potrebbe essere quindi orientato ad ampliare l'intervento degli infermieri territoriali , per esempio , investendoli dell'attività di verifica, controllo, sensibilizzazione e richiamo all'adesione delle vaccinazioni infantili , estendendo la partecipazione a campagne informative per le vaccinazioni previste per la prevenzione ad esempio delle patologie respiratorie nei grandi anziani o per le malattie a trasmissione sessuale nella popolazione adolescente\ giovane .Anche le attività di screening dovrebbe essere maggiormente valorizzata. Dalla web survey emerge che il campione dei rispondenti dichiara in quasi un caso su due di non eseguirla mai , senza differenze sostanziali tra infermieri territoriali o ospedalieri, né tra chi ha conseguito una formazione

complementare né tra chi non l'ha conseguita..I programmi che hanno la maggior risonanza sociale sono quelli dello screening oncologico (colo rettale , cervicale e mammografico) e quelli di tipo genetico \ neonatale.

Esiste invece un'ampia tipologia di screening che può essere svolta dall'infermiere di famiglia che costituisce un'importante attività di prevenzione mirata , sia primaria che secondaria , per fattori di rischio specifici, e che è di tipo assistenziale, come ad esempio: lo screening per l'obesità infantile ; per il rischio di piede diabetico; per il rischio di incidenti domestici ; per il rischio di non autosufficienza, di sedentarietà , di fragilità ecc ...

Lo screening così attuato costituisce attività di prevenzione che non richiede una diagnosi laboratoristica o strumentale e che ,quindi , essendo svincolato da prescrizione o richiesta medica , può essere eseguito in totale autonomia e portare ad interventi assistenziali sia sui singoli che sulla collettività che vanno dall'educazione , al rinforzo , al supporto.

Quindi l'intervento infermieristico di analisi delle problematiche e la precoce individuazione di problemi relativi al rischio di compromissione della salute permette di intervenire precocemente attivando la rete dei servizi e indirizzando la persona che non sa ,non può o non conosce, presso le strutture più idonee coinvolgendo e collaborando con i professionisti , per la presa in carico precoce della situazione.

Per capire il nuovo concetto di infermiere di famiglia , il suo respiro , la sua profondità e lo scopo del suo ruolo , le conoscenze, le tecniche avanzate e gli atteggiamenti richiesti per gestirlo, ho pensato di analizzare alcuni esempi di scenari assistenziali così da poter evidenziare i diversi aspetti dell'infermiere di famiglia e i diversi ambiti in cui egli è chiamato ad “ agire”.

Assistenza ad una famiglia con problemi di salute mentale ed alcolismo

Un ragazzo di 21 anni sta seguendo un trattamento per sintomi di schizofrenia, dimesso, è tornato in famiglia una settimana fa. Sua madre presenta sintomi di depressione. Il padre ha cominciato a bere sempre di più da quando il figlio ha interrotto i suoi studi all'università. Giusto una settimana dopo il ritorno a casa, il figlio ha smesso di assumere i suoi farmaci, è sempre più colpito da allucinazioni, specialmente di notte. I suoi genitori sono in ansia quando si trovano da soli in casa con lui. Considerando che la situazione della famiglia è molto difficile, un amico contatta il centro sanitario. L'infermiere di famiglia raccoglie le informazioni contenute nella cartella del ragazzo e, programma una visita a domicilio dopo averne discusso con il medico di medicina generale. L'Infermiere di Famiglia, incontra la madre ed il figlio a casa loro ed acquisisce una buona panoramica della situazione, ma riconosce di aver bisogno di ottenere informazioni da parte di tutti i membri della famiglia, per poter effettuare una valutazione completa e stabilire le priorità di intervento.

E' evidente che le relazioni familiari si sono spezzate, e che madre e figlio hanno "perso i contatti" l'uno con l'altra. Per questo motivo l'infermiere decide di far loro visita quotidianamente per una settimana. Dopo un ulteriore colloquio con il medico, viene data priorità al cercare di convincere il ragazzo ad accettare il programma di cura assumendo tutti i farmaci prescritti. L'infermiere di Famiglia ritorna a casa della famiglia nel pomeriggio per cercare di stabilire una relazione con il ragazzo e fargli un'iniezione. Egli accetta di farsi fare l'iniezione, ma non parla. La madre piange.

L'infermiere dispone un piano di assistenza prioritaria per i suoi interventi, basato sulle sue valutazioni e su ogni diagnosi infermieristica, con relativi obiettivi a breve e lungo termine. Nei giorni seguenti fa di tutto per riuscire a stabilire una relazione con tutti i membri della famiglia, ma è difficile fissare una visita quando sia in casa anche il padre. La priorità assoluta è di migliorare le condizioni mentali del figlio, quindi nei giorni successivi continua la terapia iniettiva. La madre è così depressa che l'Infermiere di Famiglia, con il suo consenso, le fissa un appuntamento in ambulatorio dove viene visitata da un medico specialista che le prescrive alcuni farmaci. Anche il padre ha bisogno di cure per il suo problema di alcolismo, così l'Infermiere di Famiglia, dopo averne discusso con il medico di famiglia, decide di contattare un terapeuta familiare che possa lavorare con questa famiglia nello sforzo di arrivare alla radice del problema alcool e degli altri problemi e aiutare i membri della famiglia a ristabilire migliori relazioni l'uno con l'altro. Durante questo periodo, l'Infermiere di Famiglia fa visita alla famiglia una volta a settimana. Dopo circa un mese la situazione all'interno della famiglia è migliorata. Il figlio mostra più interesse a stabilire relazioni migliori e la madre è meno depressa; per esempio, in uno dei giorni di visita, l'Infermiere di Famiglia ha trovato che la madre aveva pulito la casa (prima era piuttosto sporca e poco curata) e aveva fatto il pane. Il padre beve ancora troppo però, ma ora sta di più a casa, e la coppia parla di più. L'infermiere valuta i vari interventi alla fine del mese successivo e registra nei suoi appunti che il figlio ha deciso di partecipare alla riabilitazione giornaliera. Fissa un incontro con il medico di famiglia per discutere dei progressi della famiglia. L'obiettivo a lungo termine per l'infermiere è di lavorare in collaborazione con la famiglia al fine di aumentare le capacità di ognuno di aiutare gli altri e di adattarsi allo stress, di aiutare il figlio ad ottenere una qualifica per il lavoro e di assisterli tutti nel tentativo di stabilire un minimo di contatti con la comunità in cui vivono.

Nell'assistere questa famiglia, l'Infermiere di Famiglia mostra abilità specialistiche relative alla salute mentale, ma le combina con le sue conoscenze delle dinamiche e delle relazioni familiari. Riconosce la necessità di coinvolgere il medico di famiglia e le abilità più specialistiche di un terapeuta familiare. Una considerazione molto importante è il bisogno per l'Infermiere di Famiglia di ottenere la fiducia di tutti i membri della famiglia. Necessita di costruire rapidamente rapporti e relazioni con una famiglia in crisi. Egli riconosce il bisogno di un monitoraggio costante ed una valutazione a lungo termine delle strategie che ha deciso di attuare. In questo scenario assistenziale l'infermiere affronta la maggior parte degli obiettivi della "Salute 21" con particolare riguardo all'articolo 6 e 12.

Salute21 Europea Obiettivo 6: Migliorare la salute mentale

“Entro l'anno 2020, il benessere psicosociale delle persone dovrebbe migliorare e per le persone con problemi di salute mentale dovrebbero essere disponibili ed accessibili servizi più completi”.

Assistenza ad una paziente diabetica che ha gradualmente perso la propria indipendenza e deve essere istituzionalizzata

L'infermiere di famiglia ha fatto visita per diversi anni ad una signora anziana che vive da sola, con solamente la compagnia del suo cane. E' diabetica, e le ragioni delle visite regolari, condotte due volte l'anno, sono di tenere sotto controllo il suo stato di salute generale e benessere, l'andamento del diabete, e di verificare che sia sempre in grado di vivere indipendentemente, cosa che è determinata a fare. E' vedova, ma ha una figlia e due nipoti. I rapporti con la figlia non sono buoni da diversi anni, i contatti sono rari, e quindi vede poco le sue nipoti. Benché questa signora viva, per sua scelta, una vita alquanto isolata, è attiva e sta bene. Tutti gli sforzi fatti dall'infermiere di famiglia di discutere sull'opportunità di riallacciare i rapporti con la figlia e la famiglia sono stati tutti rifiutati. Lo stato generale di salute si mantiene buono e la donna sembra adattarsi al fatto di essere diabetica fino a quando, in occasione di una visita di controllo, l'infermiere riscontra diversi problemi misurandole la pressione, controllando la glicemia e valutando le condizioni generali. I livelli di glicemia sono ben al di sopra dei valori normali, e ulteriori domande rivelano che ella non si sente bene, si sente spesso stanca e di aver trascurato la dieta bilanciata che era solita seguire. L'infermiera fa visitare la paziente da un diabetologo del Centro Sanitario, per un certo periodo va da lei ogni giorno per controllare che abbia compreso e segua il nuovo dosaggio di insulina prescritto, dispone che un servizio di volontari le consegna a domicilio un pasto al giorno, anche nei fine settimana, e che abbia un aiuto regolare per mantenere la casa pulita. Tutto ciò all'inizio è fatto con una certa opposizione da parte dell'anziana signora, poiché lei vede questi servizi come una minaccia alla sua indipendenza, tuttavia, poiché insiste nel voler vivere a casa propria godendosi la compagnia del suo cane, brontolando accetta l'aiuto. L'infermiere di Famiglia decide di organizzare questa rete di servizi di supporto piuttosto che istituzionalizzare l'anziana signora, perché sa quanto è importante per lei poter restare a casa propria. Nei due anni successivi la salute dell'anziana signora va gradatamente peggiorando, la circolazione periferica è compromessa a causa del diabete e l'infermiere di famiglia, assieme alla paziente, prende la decisione che a questo punto l'istituzionalizzazione è l'unica soluzione adeguata. Si occupa del ricovero e, discutendo con i colleghi durante una riunione, trovano una buona sistemazione in campagna per il cagnolino della signora. L'infermiere di famiglia ora fa visita alla paziente una volta la settimana presso la casa di riposo. I rapporti con la figlia sono stati riallacciati ed ora sia questa che le nipoti vanno a trovarla. Sebbene l'anziana signora ora non sia in grado di camminare senza aiuto e sia veramente smemorata – di tanto in tanto non riconosce la figlia - sta relativamente bene e si è inserita nella vita comune della casa di riposo. Sebbene ricordi il suo cane e ne senta molto la mancanza, la consola sapere che è stato bene accolto in un'altra casa.

Questo scenario evidenzia il ruolo dell'infermiere di famiglia nel riconoscere il diritto di questa anziana signora a condurre per quanto più a lungo possibile una vita indipendente. Le conoscenze geriatriche dell'Infermiere di Famiglia gli consentono di offrire alla paziente interventi terapeutici e sostegni sociali fino al momento in cui, a causa dell'esacerbarsi dei problemi di salute, entrambi riconoscono che non è più possibile continuare a vivere da sola con il cane. In assenza della famiglia, l'infermiere di Famiglia agisce per conto della paziente e la incoraggia a partecipare al processo decisionale che riguarda la sua assistenza futura. Egli riconosce i bisogni psicologici della paziente ed il legame affettivo che si è instaurato con il cagnolino che le ha fatto compagnia per anni.

L'intervento dell'Infermiere di Famiglia ha consentito a questa donna di sfruttare al massimo la propria indipendenza e di riunirsi alla famiglia.

In questo scenario assistenziale l'infermiere di famiglia affronta la maggior parte degli obiettivi di “ salute 21”soffermandosi in particolar modo negli articoli 5 e 14.

Salute21 Europea Obiettivo 5 : invecchiare in salute.

“ Entro l'anno 2020, gli ultrasessantacinquenni dovranno avere l'opportunità di godere appieno del proprio potenziale di salute e di giocare un ruolo sociale attivo”.

CAPITOLO 2

INFERMIERE DI FAMIGLIA: EVOLUZIONE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

2.1 Dagli anni 90 ad oggi: cambiamento socio demografico e autonomia .

L'evoluzione che ha interessato la professione infermieristica in questi anni ha portato una nuova aria di innovazione sia nel mondo della formazione sia nell'esercizio professionale contribuendo a consolidare la profonda identità professionale dell'infermiere che oggi risulta essere il responsabile dell'assistenza infermieristica.

La formazione infermieristica, l'esercizio professionale, la cultura delle \ nelle organizzazioni sanitarie, nella società e la disciplina infermieristica sono tutte componenti di un fenomeno che si sono reciprocamente e significativamente influenzate nel corso del tempo.

Infatti l'esercizio di una professione non può essere avulso dalla domanda che la società e le organizzazioni esercitano nei suoi confronti.

Perciò l'importanza del ruolo assunto dalla professione infermieristica è una realtà incontestabile sul piano dello status giuridico, dell'iter formativo e dell'autonomia professionale.

L'infermiere ha acquisito uno status sociale grazie alla razionalizzazione del suo ruolo nella società, e si è allocato nelle professioni sanitarie secondo criteri "razionali" di competenza e di specializzazione.

La disciplina infermieristica possiede così gli attributi ritenuti più importanti per essere una professione, ovvero: il possesso di una base di conoscenze scientifiche e tecniche, il perseguimento di un interesse di natura collettiva, una formazione tecnica formale ed istituzionalizzata, l'esistenza di associazioni professionali, una forma di riconoscimento giuridico da parte dello Stato e infine l'adozione di un codice deontologico.

Per giungere però a questo livello si sono dovute attuare una serie di disposizioni normative come il (D.M. 739\94, Legge n.42\99, Legge 251\2000, Legge 43 del 2006, Codice Deontologico), che hanno sancito il definitivo superamento del concetto di ausiliarità e mera esecutività dell'assistenza infermieristica in relazione alla professione medica.

L'evoluzione nell'ambito dell'esercizio della professione è andata di pari passo con un parallelo processo di riforma del sistema formativo dell'infermiere (D.M 509\99), che ora si articola in diversi livelli di studio universitario i quali hanno fatto sì che gli infermieri siano oggi sempre più preparati e competenti così da poter contribuire ad un miglioramento effettivo nel campo della pratica clinica, della cura e dell'assistenza alla persona.

In realtà, la nostra professione affonda le sue radici in un tempo assai remoto e nasce con il concetto di "assistere" ovvero "stare accanto" storicamente legato alla figura della donna, madre – compagna-soccorritrice.

Proprio ad una donna è infatti attribuita l'istituzione di quello che può essere considerato il primo ospedale della storia: nel 390 d.C circa, Fabiola; nobildonna romana, istituì il Valetudinaria

(da "valetudo", "buona salute"), l'ospedale romano in cui operavano medici affiancati da servi che, presumibilmente, svolgevano funzioni infermieristiche.

Ma la vera svolta per la figura infermieristica è legata all'intervento di Florence Nightingale (1820 – 1910), nobildonna inglese dalla forte vocazione religiosa, la prima alla quale sia possibile attribuire propriamente il titolo di “infermiera”, la prima con la quale si attua l'emancipazione della professione, l'individuazione di una base cognitiva e l'innalzamento della posizione sociale dell'infermiera.

Risulta però necessaria una sintetica trattazione legislativa per spiegare l'evoluzione della figura infermieristica così da consentire una migliore comprensione dei ruoli che queste figure sono chiamate ad esercitare nella sanità di oggi.

Partendo dal 1990, gli infermieri da una professione ausiliaria sono giunti ad una professione sanitaria, formata in Università, con un campo proprio di autonomia e responsabilità.

- Il DECRETO MURST 02\12\1991 autorizza le facoltà di medicina e chirurgia ad istituire il Diploma universitario in Scienze infermieristiche.

Con questo avvento avviene una svolta per gli infermieri italiani che puntano ad un duplice obiettivo, da un lato l'affermazione dell'assistenza infermieristica come disciplina scientifica autonoma e dall'altro la promozione di una cultura professionale in grado di contribuire significativamente ad elevare il livello qualitativo dei servizi sanitari.

- Il D.lgs n° 502 del 30\12\1992 e le sue integrazioni Dlgs n° 517 del 07\12\1993, rappresenta la seconda grande svolta per il servizio sanitario nazionale (SSN), ma anche la prima pietra del processo evolutivo della professione infermieristica.

Tale decreto infatti dà il via su tutto il territorio nazionale alla formazione di primo livello di infermieristica in ambito universitario, sopprime le scuole regionali ed inoltre richiede l'obbligo di un diploma di scuola secondaria di secondo grado per l'accesso ai relativi corsi.

- Sul versante dell'esercizio della professione si raggiunge un traguardo importante con l'approvazione del DM n° 739 del 14\09\1994 “regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere” decreto che delinea il profilo professionale dell'infermiere definito responsabile dell'assistenza generale infermieristica e specifica che l'assistenza infermieristica è preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa ed è di natura tecnica, relazionale ed educativa.

- Nel 1996 viene elaborato il Patto infermiere \ cittadino, uno strumento del tutto innovativo che dà spazio all'esigenza crescente di protagonismo autonomo della professione, rivolgendosi al naturale interlocutore della propria attività. Si tratta di un'autentica scommessa, che inquadra l'assistenza in una dimensione sociale più ampia dei soli limiti delle strutture sanitarie proponendo un “contratto” senza mediazioni tra i veri protagonisti dell'assistenza, cioè proprio infermiere e il cittadino.

- Con la Legge n° 42 del 26\02\1999 il profilo dell'infermiere afferma finalmente il suo ruolo di protagonista nello sviluppo della professione infermieristica. abolendo il termine “ausiliaria”, l'infermiere è riconosciuto come professionista sanitario autonomo, responsabile dell'assistenza

infermieristica , funzione complementare alla medicina insieme alla quale , pari dignità, contribuisce a tutelare la salute individuale e della collettività. L' infermiere abbandona finalmente quella veste di professionista sanitario ausiliario che lo ha da sempre confinato in un ruolo subordinato e deresponsabilizzato ed inoltre viene liberato dai vincoli restrittivi e riduttivi indicati dal mansionario , oramai abrogato.

- In occasione della Giornata internazionale dell'infermiere il 12 maggio del 1999 viene ripresentata la riscrittura del Codice Deontologico infermieristico , obiettivo del nuovo Codice è quello di indicare le caratteristiche della missione infermieristica in modo da dare spazio alle esigenze di autonomia professionale e fornendo una traccia di riflessione per il quotidiano confronto tra i professionisti e i ritardi della cultura e delle strutture in cui operano.

- L'ultima Legge emanata , concernente il ruolo della professione infermieristica è la L.10 agosto 2000,n 251, “ Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche , tecniche e della riabilitazione , della prevenzione nonché della professione ostetrica” . dopo aver premesso che “l'infermiere svolge con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione , cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva , secondo proprie funzioni individuate nei profili professionali e nel Codice Deontologico, utilizzando la metodologia di pianificazione per obiettivi dell'assistenza” , e che lo stato e le Regioni , al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute , promuovono la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo infermieristico , dispone che il Ministero della Sanità emani le linee guida per “l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni”. Detta Legge dispone inoltre che il Ministero della Sanità emetta decreto per specifici corsi di specializzazione universitari, e la disattivazione contestuale dei corsi per docenti e dirigenti di assistenza infermieristica. Le aziende sanitarie, al fine di migliorare la qualità dei servizi, possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica con la relativa dirigenza, nelle Regioni in cui sono emanate norme per l'attribuzione della funzione di direzione relativa alle attività della specifica area professionale. La legge sulla “ Dirigenza infermieristica” arriva quindi a coronare l'impegno e le aspirazioni di una professione che , pur svolgendo un ruolo centrale ed essenziale nel settore della salute, è sempre stata posta in posizione marginale , soprattutto in termini di gestione , pianificazione ed autonomia di azione.

- Con il Decreto MURST 02\04\2001 si può affermare che inizia il decollo del corso completo per la formazione infermieristica universitaria. Sono istituite le lauree triennali e specialistiche delle professioni sanitarie con i relativi ordinamenti didattici ed è permesso alla professione infermieristica di svilupparsi lungo tutto il percorso previsto dal DM n° 509\99

- L'esigenza di ridefinire il Codice Deontologico riflette l'evoluzione della professione , che nell'arco di un decennio ha acquisito un'identità finalmente netta e definita nei suoi contorni: l'infermiere non è più “ l'operatore sanitario” dotato di un diploma abilitante, ma il “ professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica”. Un professionista che , in quanto tale e anche nella sua individualità , assiste la persona e la collettività attraverso l'atto infermieristico inteso come il complesso dei saperi , delle prerogative , delle attività , delle competenze e delle responsabilità dell'infermiere in tutti gli ambiti professionali e nelle diverse situazioni assistenziali. Da questa significativa svolta ha origine il “ nuovo” rapporto” infermiere – persona \ assistito recepito dal Codice Deontologico dell'infermiere 2009.

La professione è ormai matura, quantomeno in riferimento alla normativa , ed ha piena facoltà di esercitare in totale autonomia e responsabilità con la consapevolezza di poter esprimere totalmente la propria competenza professionale.

2.2 DISEGNO DI LEGGE

Sembrerebbe pronto il disegno di legge n.1346 della 18° legislatura”introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare” che introduce e propone l'infermiere di famiglia come figura strategica nelle cure territoriali .

Affiancata al medico di famiglia , al pediatra e allo specialista ambulatoriale , l'infermiere di famiglia entra di diritto nel pantheon dell'assistenza territoriale.

Sembrerebbe che grazie ad una “ eventuale” modifica della legge 502 del 1992 ed altre integrazioni ,il senatore GASPARE ANTONIO MARINELLO del movimento cinque stelle insieme ad altri penta stellati , si prefiggono l'obiettivo di conferire pieno riconoscimento alla professione infermieristica come figura di riferimento per lo sviluppo dei servizi territoriali come sancito dall'articolo 1 del disegno di legge, così da porre una nuova luce su una questione già presente, ma ancora dormiente.

Disegno di legge d'iniziativa dei senatori MARINELLO ,SILERO, TAVERNA, CASTELLONE, DI MARZIO,ENDRIZZI,MAUTONE, PISANI,ROMAGNOLI, GUIDOLIN , NOCERINO CAMPAGNA GAUDIANO, ROMANO PIARULLI,TRENTACOSTE, ANGRISANI, RUSSO, VANIN , LUCIDI,DONNO , PIRRO, FEDE,LANNUTTI E LEONE. comunicato alla presidenza il 19 GIUGNO 2019.

“ introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare”

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 all'articolo 1 si prefigge come obiettivo il 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”.

E per cura domiciliare si va ad intendere 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 in materia di funzioni e organizzazione del distretto sanitario.

Nello specifico viene introdotta la figura dell'infermiere di famiglia che, in sinergia e in collaborazione con i medici di medicina generale e con i servizi distrettuali, deve assicurare la presa in carico dei cittadini.

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 Ministro 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**.

2.3 L'importanza delle cure primarie.

“Un adeguato sistema di cure primarie è il mezzo più importante per promuovere in senso globale il miglioramento delle condizioni di vita delle popolazioni del mondo ... per quelle più povere, ma anche per quelle appartenenti agli stati ricchi ...” (Amartya Kumar San Nobel per l'economia 1998).

Negli ultimi decenni in Italia e in molti Paesi del mondo sono in corso modificazioni sostanziali che riguardano gli andamenti demografici ed epidemiologici con ricadute importanti sulla definizione dei bisogni di salute di individui e popolazione.

In particolare stiamo assistendo ad una costante diminuzione della natalità: dal 1950 ad oggi, ad esempio, il numero atteso di figli per ogni donna nel corso della vita è sceso da sei a tre.

Nel 2018 si sono conteggiate 449 mila nascite, ossia 9 mila in meno del precedente minimo registrato nel 2017 e rispetto al 2008 risultano 128 mila nati in meno (Dati Istat 7 febbraio 2019).

Ciò si associa ad una diminuzione della mortalità generale, dovuta ai progressi raggiunti in ambito sanitario, tra cui il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie e interventi di Sanità Pubblica sempre più ampi, mirati ed efficaci, che hanno permesso di ridurre in maniera rilevante sia la mortalità infantile che quella in età adulta.

Tra le implicazioni più importanti di queste trasformazioni vi è il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento sia dell'incidenza, sia della prevalenza, delle patologie croniche dette anche "non trasmissibili" o "non comunicabili". Secondo le proiezioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il numero totale annuo di decessi per malattie croniche aumenterà fino a 55 milioni entro il 2030. Basti pensare che solo in Italia nel 2016 ,il 39, 9 per cento dei residenti ha dichiarato di essere affetto da almeno una delle principali malattie croniche rilevate.

L'Organizzazione mondiale della sanità, a ottobre 2018, ha prodotto il documento "Health systems respond to noncommunicable diseases: time for ambition" (I sistemi sanitari rispondono alle malattie non trasmissibili: il tempo per maggiori ambizioni) e in questo documento emerge che le malattie croniche , come il diabete e altre malattie cardiovascolari colpiscono 8 persone su 10 di età superiore ai 65 anni in Europa e vengono spesi circa 700 miliardi di euro ogni anno in tutta l'UE per il trattamento di queste malattie.

Tali fenomeni modificano profondamente i bisogni di salute della popolazione cui il sistema sanitario è chiamato a far fronte.

In questo panorama, anche la definizione di salute proposta nel 1948 dall'OMS, che considera la salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto in un'assenza di malattia o di infermità", nonostante sia ancora considerata la definizione ufficiale per la comunità internazionale, risulta per molti aspetti superata. A questa definizione va però riconosciuto il merito di aver portato in primo piano il ruolo, ormai ampiamente confermato dalla letteratura, di molteplici fattori nella generazione della salute, come le caratteristiche dell'ambiente in cui viviamo e della rete sociale, i fattori genetici, le risorse economiche, il livello d'istruzione, oltre ad aspetti più comunemente chiamati in causa quali l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari. Tutti questi fattori prendono il nome di determinanti di salute.

Il passaggio ad una assistenza più centrata su bisogni di salute complessi e che richiedono assistenza di lungo periodo, implica che il sistema di offerta sanitaria e sociosanitaria sviluppi elementi che facilitino l'integrazione dei servizi sul paziente determinando trattamenti coordinati e continui nel tempo, orientati al soddisfacimento di bisogni di salute individuali e complessi, servizi che siano variamente articolati sulla base della combinazione di diverse modalità con cui si presentano nel soggetto le variabili legate agli stili di vita e quelle demografiche, cliniche, assistenziali e sociali.

Tutto questo è possibile ripensando il sistema dalle fondamenta e valorizzando elementi specifici quali il *self management* del paziente ,i relativi approcci per il suo sostegno e sviluppo e il lavoro in team multi-professionali e multidisciplinari da parte dei professionisti della salute .

Di qui la necessità di puntare sullo sviluppo di un modello centrato sull'Assistenza Primaria (Primary Health Care – *PHC*) che si esplicita nella responsabilità che un sistema sanitario ha di promuovere salute e garantire interventi appropriati e sostenibili dal punto di vista economico, sociale ed ambientale, nei confronti degli assistiti di una determinata giurisdizione geopolitica che presentano specifici bisogni di salute.

Questi assistiti sono caratterizzati dalla necessità sia di interventi mirati a ridurre l'esposizione a specifici fattori di rischio che di trattamenti per condizioni acute e croniche più frequenti e \o che richiedono interventi a minor complessità specialistica, tecnico strumentale e a maggior necessità di presa in carico intesa come garanzia di accesso, integrazione di servizi e continuità assistenziale.

In questa definizione emergono due aspetti essenziali che vanno a caratterizzare questo modello di Assistenza Primaria, ovvero un approccio alla salute fornito da un sistema sanitario che pone attenzione alla presa in carico dell'intera comunità e l'attenzione imprescindibile ai determinanti della salute.

Inoltre, l'Assistenza Primaria – *PHC* si rivolge principalmente a quattro target di assistiti, differenziati secondo macro-aree di bisogni clinico-assistenziali e che sono variamente rappresentati nelle diverse fasi della vita (età pediatrica, età adulta, terza età) in una prospettiva temporale:

- assistito sano o apparentemente sano, sul quale si può intervenire tramite programmi di educazione e promozione della salute e prevenzione attiva;
- il paziente “indifferenziato”, ovvero colui che manifesta per la prima volta una condizione per la quale non è ancora classificabile per disturbo o patologia; è questo paziente che non trovando risposte organizzate si rivolge in maniera impropria al sistema di emergenza-urgenza.
- il paziente cronico o multi-cronico autosufficiente;
- il paziente non autosufficiente e/o fragile.

Le funzioni proprie di questo modello concettuale di sistema di Assistenza Primaria- *PHC* riguardano rispettivamente:

- accessibilità all'assistenza che si traduce in facilità di accesso al primo contatto, prossimità dei servizi all'utenza, orari di impegno dei diversi attori del team di assistenza e gestione delle liste d'attesa;
- assistenza del paziente condotta in maniera sistemica, tenendo in considerazione le interdipendenze dei fattori bio-psico-sociali sullo stato di salute dell'individuo piuttosto che segni e sintomi specifici di organi o apparati;
- integrazione tra i diversi attori coinvolti del sistema;
- continuità temporale dell'assistenza;
- rendicontazione periodica da parte degli attori istituzionali e professionali su processi e risultati dell'assistenza fornita per il miglioramento continuo di competenze e servizi offerti, e la corretta informazione agli assistiti per permettere loro di effettuare scelte informate.

Pertanto, l'Assistenza Primaria – PHC, caratterizzata nella sua complessità da una molteplicità di relazioni multiprofessionali, multidisciplinari e multisettoriali, può essere analizzata in termini di rete di relazioni sia a livello territoriale che tra il territorio e l'ospedale.

Il percorso che ha condotto alla definizione di Assistenza Primaria – PHC, così come la intendiamo oggi, non è stato semplice ed è costituito da diverse tappe fondamentali.

Le origini si collocano nei primi anni del '900. Infatti, nel 1920, Lord Dawson, capo della British Army's Medical Services, introdusse il termine Primary Care all'interno di una relazione nella quale descriveva il Sistema Sanitario Nazionale Inglese, focalizzando l'attenzione, esclusivamente, sul ruolo di erogazione dei servizi sanitari. L'assistenza sanitaria veniva fornita in centri di Assistenza Primaria, definiti Primary Health Centre, dove si realizzava il primo contatto assistenziale con il nuovo paziente, a cui venivano erogati servizi di cura e di medicina preventiva, ad opera di medici di medicina generale (MMG).

Per il trattamento di casi più complessi, vi erano poi i Secondary Health Centre.

Mentre gli aspetti formativi venivano espletati presso i cosiddetti Teaching Hospital, con annesse scuole mediche, con competenza sulle patologie di maggiore importanza e sull'addestramento dei futuri medici.

Negli anni '50, si sviluppa la Community-Oriented Primary Care ed entrano a far parte del concetto di Primary Care, oltre al primo contatto indirizzato sul destinatario individuale, anche gli interventi di medicina preventiva e di promozione della salute su destinatario comunitario, con un ruolo sempre maggiore dell'epidemiologia, tanto nella fase di rilevazione dei bisogni di salute, quanto nella valutazione degli interventi.

Il termine Primary Health Care appare per la prima volta in un fascicolo della rivista Contact, pubblicata dalla Christian Medical Commission nel 1970, ponendo attenzione non solo ad aspetti connessi all'offerta dei servizi, ma, anche, a quelli organizzativi, quali l'integrazione tra professionisti ed assistiti.

Oggi vi è un accordo generale sul ruolo dell'Assistenza Primaria come chiave di volta verso uno sviluppo dei Sistemi Sanitari, anche grazie alle numerose evidenze scientifiche che mostrano come i Paesi che basano l'allocazione delle risorse sui bisogni di salute, piuttosto che sulla domanda di assistenza, mettendo in atto un'assistenza centrata sulla persona, e non sui singoli episodi di trattamento, attuando logiche e strumenti di Assistenza Primaria – PHC, presentano outcome di salute migliori, minori disparità in termini sanitari e minori costi complessivi per l'assistenza. Per questo motivo, gli investimenti e le riforme sul tema da parte sia dei governi che delle agenzie internazionali, come la World Bank e la WHO, sono in crescente aumento.

La WHO (World Health Organization) inoltre nel Report "Now more than ever" pubblicato nel 2008 considera il rafforzamento di sistemi di Assistenza Primaria – PHC e la loro diffusione quale

caratteristica indispensabile di Sistemi Sanitari efficienti. Inoltre, la letteratura scientifica mostra come Sistemi Sanitari fortemente orientati verso modelli di Assistenza Primaria-PHC siano in grado di migliorare lo stato di salute di tutta la popolazione riducendo le diseguaglianze attraverso un'azione mirata sui determinanti di salute, con interventi pesati in relazione alle condizioni degli assistiti e tramite un'offerta di servizi adeguata ai bisogni rilevati.

L'Assistenza Primaria – PHC continua a rappresentare il caposaldo nella strategia proposta nel 2013 in Salute 2020 (un quadro di azioni ed indicazioni strategiche finalizzate a migliorare la salute e il benessere all'interno della Regione Europea della WHO) anche per i Sistemi Sanitari del XXI secolo, potendo rispondere alle attuali esigenze incoraggiando le persone a partecipare in modo nuovo al proprio percorso di cura e a tutelare maggiormente la propria salute.

A ribadire l'attualità e l'importanza di un approccio basato sull'Assistenza Primaria lo è la recente conclusione riportata nel documento commissionato dall'European Observatory on Health Systems and Policies della WHO dove si mostra come sistemi di Assistenza Primaria ben sviluppati abbiano effetti positivi sull'intero sistema sanitario.

In fine sistemi con un forte livello di Assistenza Primaria-PHC si sono mostrati in grado di migliorare la salute della popolazione, ridurre le ospedalizzazioni evitabili e le disuguaglianze di salute.

Con l'approvazione del “Decreto Balduzzi”², Decreto Legge n°158 del 13-09-2012 in Italia si è aperta una stagione di riforme per il nostro Sistema Sanitario Nazionale incentrate sulla riorganizzazione delle cure primarie. Non è infatti un caso se il primo articolo del decreto sia proprio dedicato al “riassetto dell'assistenza territoriale”, un ambito sul quale tutte le riforme sanitarie che si sono susseguite negli scorsi anni hanno focalizzato l'attenzione, ritenendolo uno snodo decisivo non soltanto per garantire l'assistenza di primo livello in modo ottimale, ma anche per regolarizzare gli accessi alle cure specialistiche e perseguire una gestione più efficace ed economica del sistema.

L'art 1 del decreto Balduzzi prevede infatti un nuovo assetto di cure primarie mediante l'identificazione di due forme di associazionismo, la prima di tipo mono professionale (AFT- aggregazioni Funzionali Territoriali) e la seconda di tipo multi professionale (UCCP – Unità complesse di cure primarie).

Mentre la prima guarda all'associazionismo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, la seconda tipologia si focalizza nella creazione di nuovi luoghi di cura ed assistenza, poliambulatori territoriali nei quali convergono le competenze tecniche di più figure professionali convenzionate con il servizio sanitario quali ad esempio i medici specialisti, gli infermieri, le ostetriche, i tecnici di riabilitazione, i tecnici di prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, gli stessi MMG e PLS.

²Da quando l'Oms ha istituito la figura dell'infermiere di famiglia, solo nel 2012 con il decreto Balduzzi si è assistito a una riorganizzazione delle cure primarie. Lo stesso decreto, infatti, introduce di fatto la figura dell'infermiere di famiglia. Questa norma propone il pieno riconoscimento della professione infermieristica come figura di riferimento per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi territoriali.

Nello specifico in Italia le cure primarie sono erogate nell'ambito dell'assistenza distrettuale prevista dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), come previsto dal DPCM del 23 febbraio 2002.

La legge all'epoca istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale , Legge n.833 del 23 dicembre 1978, prevedeva che la gestione unitaria della tutela della salute fosse assicurata in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di unità sanitarie locali ³con la possibilità di articolare l'unità sanitaria locale in distretti, quali strutture tecnico funzionali, per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.

Al distretto viene quindi chiesto di assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio sanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali , inclusi i presidi ospedalieri.

L'assistenza territoriale in Italia è costituita dalle strutture e dalle risorse di personale deputate all'assistenza di base, sia di tipo medico, sia diagnostico e ad altri servizi come l'assistenza fornita in strutture residenziali o semiresidenziali. Si tratta di un'offerta più capillare sul territorio rispetto a quella di tipo ospedaliera. Questa forma di assistenza ruota attorno alla figura del medico di famiglia, che rappresenta il principale riferimento per le cure di base del cittadino. I medici di medicina generale nel 2016 sono circa 44 mila, con un valore di 7,3 medici ogni 10 mila abitanti.

Per quanto riguarda invece l'offerta di medici pediatri, sul territorio nazionale nel 2016 operano circa 7.700 medici pediatri: 9,3 ogni 10 mila bambini fino a 14 anni

I medici di guardia medica nel 2016 sono 11.600 con un valore di 19,1 ogni 100 mila abitanti.

Un servizio che svolge un ruolo importante, sia nel favorire il processo di deospedalizzazione, sia nel garantire una risposta adeguata alla domanda sanitaria da parte di persone non autosufficienti o con gravi problemi di salute, è rappresentato dalle strutture per l'assistenza residenziale e semiresidenziale. Nel periodo 2014-2016 si assiste a un potenziamento di questi servizi: i posti letto nelle strutture sanitarie per l'assistenza residenziale sono passati da 240 mila nel 2014 a 250 mila nel 2016, con un incremento pari a 4,4 per cento in un anno. In Italia nel 2016 ci sono circa 41 posti letto ogni 10 mila abitanti in strutture sanitarie residenziali e circa 9 posti letto ogni 10 mila abitanti in strutture sanitarie semiresidenziali

La riorganizzazione della rete ospedaliera va di pari passo con la necessità di raggiungere un equilibrio tra il ruolo dell'ospedale e quello dei servizi territoriali nell'assistenza .

I medici di medicina generale sono professionisti convenzionati con il Servizio Sanitario nazionale la cui attività è diretta agli assistiti di età superiore ai 14 anni e si sostanzia di visite mediche ambulatoriali , domiciliari, occasionali in località diverse dalla residenza, rilascio di certificazioni obbligatorie , prescrizioni di farmaci e

³ l'unità sanitaria locale è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali in ambito territoriale determinano assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale di cui alla presente legge.

assistenza integrativa, richiesta di visite specialistiche, di ricoveri, di cure termali e definizione e gestione dell'assistenza domiciliare ad anziani e non deambulanti.

Medici di medicina generale e PLS , in base al loro conta tratto di lavoro con il SSN , prestano il loro servizio per 5 giorni a settimana ed una fascia oraria limitata.

La continuità dell'assistenza ai cittadini, quando il proprio medico di famiglia non è nella fascia operativa , è assicurata dal servizio di Continuità Assistenziale (l'ex guardia medica), che garantisce l'assistenza medica di base per situazioni che rivestono carattere di non differibilità, cioè per quei problemi sanitari per i quali non si può aspettare l'apertura dell'ambulatorio del proprio medico e che non esigono, almeno in una valutazione preliminare, l'attivazione della rete di emergenza.

Il radicale cambiamento dello stato generale di salute, caratterizzato, come dicevamo in precedenza dall'attuale evoluzione demografica ed innalzamento dell'età media , dall'incremento delle patologie croniche e della non autosufficienza , ha spinto, non sempre convintamente e con processi lineari , alla ricerca di nuovi percorsi assistenziali basati su un approccio multidisciplinare del paziente tali da assicurare , attraverso meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali, l'effettiva continuità delle cure.

Per le cure primarie a prevalere è il cosiddetto paradigma “ dell'iniziativa” con il quale si intende un pattern assistenziale orientato alla “ promozione attiva” della salute e al rafforzamento delle risorse personali

(auto – cura e family learning) e sociali (reti di prossimità e capitale sociale) a disposizione dell'individuo, specie se affetto da malattie croniche o disabilità; quando invece per l'assistenza ospedaliera è prevalente il paradigma “ dell'attesa” con il quale si evidenzia un pattern assistenziale ad elevata standardizzazione ed intensità tecnico – assistenziale che si attiva e si mobilita in presenza di un evento “nuovo” e con caratteristiche prevalentemente di acuzie , urgenza od emergenza.

Due paradigmi assistenziali che ancorché identificano bisogni e fasi diverse fanno parte di un'unica rete e del medesimo percorso assistenziale della persona al quale garantire dunque presa in carico , assistenza costante e continuità delle cure.

Ospedali (attesa)	Cure Primarie (iniziativa)
Paziente in fase acuta (accesso da Ps o programmato)	Persona sana Paziente cronico Paziente non autosufficiente Paziente fragile
Trattamento del paziente legato al singolo episodio	Presa in carico della persona Continuità assistenziale
Logica delle grandi organizzazioni Modelli organizzativi e offerta omogenei Forte specializzazione	Ancora in cerca di modelli organizzativi Servizi legati a sperimentazioni Molteplicità di professioni

Rapporti gerarchici Domanda di cura specifica, (monodimensionale) Prestazione sanitaria	Relazioni funzionali Domanda variabile, multidimensionale Prestazione sanitaria , socio – sanitaria.
--	--

La capacità del sistema si realizza laddove esso sappia rispondere in maniera appropriata selezionando la più idonea forma assistenziale che garantisca non solo l'efficacia dell'intervento reso, ma anche la migliore vita possibile per il paziente in quel dato momento e i minori costi a carico della collettività.

Si realizza in tal senso un nuovo modello di presa in carico del cittadino che consente, attraverso un impegno professionale, individuale e di sistema, di ripensare l'intero processo che parta dall'accesso ai servizi sanitari in un'ottica di equità e sviluppo della sanità d'iniziativa.

Dunque nuovo approccio professionale , orientato alla presa in carico “ proattiva” dei cittadini,

nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi compromettendo lo stato di salute e infine un nuovo approccio culturale che organizzi in via preventiva risposte assistenziali adeguate anche tramite valutazioni multidimensionali.

2.4 Formazione post base

“ Un infermiere ben preparato, parte integrante di una équipe di cura ha un ruolo centrale nell'assistenza primaria. Le sue azioni sono finalizzate a salvaguardare la salute dei cittadini, delle famiglie e certamente migliorare le cure ai malati cronici” (WHO,2000- Dichiarazione di Monaco).

Un aspetto importante di questa figura è sicuramente il percorso formativo come delineato dal documento Health 21.

In numerosi atenei italiani sono attivi dei Master di 1° livello per la formazione degli infermieri di famiglia, caratterizzati da un percorso formativo avanzato per l'acquisizione di competenze specifiche in merito al continuum assistenziale, comprese la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, la riabilitazione e l'assistenza infermieristica all'individuo, alla famiglia e alla collettività.

Il tirocinio formativo rappresenta un momento particolarmente delicato per il Master ed esso consiste in alcune esperienze sul campo, durante le quali i tirocinanti sono affiancati a personale specializzato.

Proprio durante questo anno accademico 2019\2020 presso l'Università di Roma Sapienza e Tor Vergata , l'Opi , considerate le caratteristiche peculiari di tale figura, ha organizzato un percorso formativo, dove l'obiettivo è creare le basi per l'acquisizione di competenze specifiche nei campi della continuità assistenziale, della

promozione della salute, della prevenzione sanitaria, della riabilitazione e della gestione delle patologie a maggiore incidenza sul territorio.

Il corso offre la possibilità di sviluppare competenze nella cura domiciliare del paziente, nel mantenimento della continuità della cura e nel sostegno all'auto cura, nel coinvolgimento delle famiglie e nel fornire protezione e tutela della salute, esso fornisce inoltre preziosi spunti di riflessione sul lavoro in team, in quanto l'infermiere di famiglia e di comunità attiva molteplici reti di assistenza e svolge un rigoroso lavoro di collegamento fra i servizi che intervengono nel percorso di malattia del soggetto assistito e della sua famiglia.

Un' esempio di formazione infermieristica post laurea lo abbiamo con la regione Liguria, dove è stato presentato il primo master europeo di primo livello per l'infermiere di famiglia e di comunità, che è partito proprio questo scorso Ottobre con un numero massimo di laureati pari a 50 iscritti.

Il master rappresenta un ulteriore passo avanti verso la presa in carico globale del cittadino, commenta l'assessore alla Sanità della Regione, Sonia Viale; questo master che si presenta con un costo di iscrizione calmierato grazie ai finanziamenti europei, sembra essere il pilota italiano del progetto europeo Enhance (European curriculum for family and community nurse), di cui fanno parte l'Azienda ligure sanitaria, l'Università di Genova, il consorzio "Si4Life" per la ricerca e l'innovazione nell'area delle scienze della vita e l'Istituto per le tecnologie didattiche del Cnr (Consiglio nazionale delle ricerche) che svolge il ruolo di coordinatore.

Tra i vari obiettivi del corso troviamo: incrementare il livello di specializzazione degli infermieri inserendo abilità specifiche dell'infermiere di famiglia e comunità nell'ambito delle cure primarie, promuovere lo sviluppo del curriculum europeo che faccia riferimento a un profilo professionale basato sulle indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità e delle politiche europee, rafforzare il passaggio del vecchio modello dell'assistenza sanitaria di base a modelli più innovativi.

Come afferma la vicepresidente e assessore alla Sanità della Regione Liguria, Sonia Viale il master rappresenta un ulteriore passo avanti verso la presa in carico globale del cittadino, la prevenzione e la gestione delle patologie croniche, la lotta alle disuguaglianze sociali e di accesso ai servizi sanitari che ci permette di formare infermieri altamente specializzati, con competenze avanzate nell'ambito delle cure primarie, infermieri altamente specializzati con competenze avanzate nell'ambito delle cure primarie.

Ma nonostante la realizzazione di questi master che mostrano un reale interesse da parte della Regione verso questa nuova figura e la sua relativa formazione così da riuscire a poter inserire questa figura nel Sistema Sanitario Nazionale, potremmo affermare che in Italia questa figura non è stata ancora percepita nelle sue potenzialità e vedremo più avanti nei prossimi capitoli come essa pur essendo una soluzione innovativa in Italia, resta confinata in via ancora sperimentale solo in alcune regioni.

CAPITOLO 3

INFERMIERE DI FAMIGLIA: ANALISI DELLA REALTÀ INTERNAZIONALE E NAZIONALE

3.1 Il contesto internazionale del family nursing e del community nursing.

E' stata effettuata una revisione della letteratura internazionale che ci permette di analizzare il ruolo delle reti sociali nella Community care e alcune esperienze nazionali ed internazionali di erogazione delle cure primarie.

L'analisi della letteratura internazionale esistente sul tema , ha messo in evidenza che l'infermieristica di comunità risulta già integrata nel sistema delle cure primarie in alcuni paesi come Australia , Canada , Stati Uniti, Scozia , Spagna ,Inghilterra e in fase di sperimentazione in molti altri paesi avanzati e non, come Slovenia, Qatar e il Botswana.

Sono state selezionate quindi, alcune significative esperienze di sviluppo e applicazione nei seguenti stati :

Spagna , Scozia e Slovenia per l'ambito europeo ,mentre Stati Uniti e Canada per il contesto extraeuropeo.

L'esperienza spagnola , mostra come in Spagna l'assistenza infermieristica sia stata inserita nelle cure primarie già nel 1984 (Regio Decreto 133\1984).

Il modello di cure primarie attuato in Spagna prevede che i cittadini scelgano il proprio medico di famiglia e il proprio Infermiere di Famiglia. L'investimento in promozione della salute ed educazione a livello individuale e di gruppo è molto alto. Gli utenti si rivolgono liberamente al proprio infermiere per problemi assistenziali e il consulto con il medico è attivato solo in caso di necessità.

Molte piccole attività diagnostiche di rilevante importanza preventiva, quali ad esempio la spirometria per i pazienti con BPCO o l'analisi del fondo dell'occhio per i pazienti diabetici, sono gestite autonomamente dagli infermieri.

Nel centro di cure primarie CASAP CAN BOU di Castedefeles, vicino Barcellona , che ha un bacino di utenza di circa 27000 persone, da 10 anni ogni cittadino registrato ha il proprio medico e la propria infermiera assegnata.

Gli infermieri si occupano di prevenzione e gestione della domanda e ricevono e trattano anche pazienti che accedono al centro occupandosi di codificate patologie acute. In tutto ciò viene da se pensare che i medici di medicina generale possano concentrarsi sul loro lavoro in modo più appropriato e con maggiore soddisfazione.

Riguardo la formazione , per l'infermieristica di Famiglia e di Comunità sono previsti due anni residenziali retribuiti, in cui molti fenomeni formativi sono in condivisione con i medici specializzandi in medicina di

famiglia. Questa modalità è fondamentale per la reciproca conoscenza delle aree di competenza specifiche e trans professionali, consentendo una effettiva integrazione e collaborazione.

Rilevante è poi l'esperienza "dell'infermieristica di famiglia" Catalana, in cui l'accesso diretto alle cure infermieristiche, l'assegnazione nominale dei cittadini agli infermieri consente una dinamica risoluzione di problemi di salute e la realizzazione di interventi di prevenzione che sostengono i cittadini, i nuclei e le comunità nel farsi carico più autonomamente della propria sicurezza e della propria salute.

In questo senso, l'accesso alle cure primarie è garantito non solo dal medico di medicina generale, ma da un sistema d'intervento precoce e risolutivo che vede collaborazione e sinergia tra cura e assistenza e dal quale emergono tre elementi pregnanti: il libero accesso all'assistenza infermieristica, l'attribuzione dell'infermiere di riferimento a tutti i cittadini e il riconoscimento delle competenze avanzate degli infermieri, con la legittimazione ad esercitarle.

Un altro esempio è quello illustrato dal ruolo di leadership che l'Università della Scozia ha avuto nel progetto Europeo sull'infermieristica di famiglia e sul successivo sviluppo del patto educativo sulla salute della famiglia.

La Scozia ha abbracciato i principi di Salute 21, la strategia politica dell'Oms per la salute globale nel Ventunesimo secolo e realizzato un progetto pilota di formazione sull'infermieristica di famiglia nel 2001.

Il progetto si è sviluppato in due fasi: la prima, realizzata nelle aree remote e rurali e la seconda nelle aree urbane. In seguito ai feedback da parte delle organizzazioni, la Scozia ha deciso per un suo modello di infermieristica di famiglia, orientando la scelta verso il mantenimento dei ruoli "specialisti" nelle cure primarie e non quello di infermiere "generalista".

Particolare enfasi è posta, in Scozia, sull'infermieristica comunitaria, per il contributo che questa può dare sia nel supporto in molti dei problemi di salute e sociali odierni come, ad esempio, nell'ambito delle demenze, nel sostegno e protezione degli adulti vulnerabili, sia anche nella prevenzione e promozione della salute di giovani, famiglie e bambini. In tal senso è riconosciuto all'infermieristica di comunità un importante ruolo di promozione sociale, nella riduzione delle disuguaglianze e nella fruizione dei servizi per la salute.

In Scozia inoltre è attivato un corso di laurea Magistrale in "Salute della Famiglia", che mira a formare laureati altamente competenti e qualificati per esercitare a livello avanzato e diventare esperti clinici, e in cui gli studenti sono incoraggiati ad apprezzare la complessità dei sistemi di assistenza sanitaria in relazione all'impatto che il clima economico globale ha sulle prestazioni e sulla sostenibilità delle cure.

Altro esempio che mette in evidenza come l'infermieristica di comunità sia già parte integrante delle cure primarie in alcune realtà è dato dalla Slovenia, la cui formazione infermieristica avviene all'interno del sistema universitario, di norma triennale, ed è possibile conseguire una specializzazione post-base in infermieristica di famiglia della durata di un anno.

Centrale ,anche in questo contesto, risulta la capacità di intervento autonomo dell'infermiere, abilitato per effettuare visite e valutazioni che consentono di attuare in modo precoce e proattivo interventi di prevenzione, di educazione sanitaria e terapeutica.

Sostenuto da una normativa che definisce anche gli standard di intervento minimo per conseguire i risultati di prevenzione, la figura dell'infermiere di famiglia ha acquisito un forte status riconosciuto e "sentito" dalla popolazione e dagli appartenenti alla professione : infatti, tali infermieri sono considerati dalle persone " consulenti privilegiati" a cui rivolgersi.

La cura rivolta alle famiglie, soprattutto nell'ambito della maternità e dell'infanzia , senza trascurare l'ambito della disabilità, della malattia cronica e dell'età avanzata, con un approccio basato sul ciclo di vita, consente un'efficace trasmissione di una visione della vita volta alla tutela della salute.

Accanto alla funzione tradizionale di cura ed educazione sanitaria, all'infermiere di famiglia è riconosciuta quella di connettore sistemico , poiché nell'infermieristica, più che in altre discipline , vi è la contemporanea e possibile condivisione di paradigmi diversi di riferimento per il pensiero e per l'azione: infatti , dal collegamento con i medici di famiglia e con le strutture governative e non governative si riconosce la rilevanza nella soluzione di problemi attuali o potenziali che le persone presentano.

Le esperienze di oltre Oceano presentate sono quelle di Stati Uniti e Canada.

Il lavoro degli infermieri nella sanità pubblica statunitense è descritto nel contributo di Sandra B. Lewensone e Marie Truglio , in Public Healt Nursing.

E' Interessante l'approccio effettuato dalle autrici le quali contestualizzano in una cornice storica l'evoluzione della figura infermieristica , ricostruendo come storicamente si sia organizzata l'assistenza nelle aree urbane e rurali del paese.

La mobilitazione sui temi di sanità pubblica statunitense prende l'avvio con il movimento progressista , che ha dato origine a quella definita come la Progressive Era, indicata dagli storici americani nel periodo che va dal 1901 al 1917.

Il movimento di organizzazione sanitaria statunitense vede la sua nascita tramite iniziative ad opera della leader dell'assistenza Lillian Wald, riconosciuta come colei che ha coniato il termine di " infermiere di sanità pubblica" e che ha organizzato il primo servizio di infermiere visitatrici nell'area urbana del Lower Est Side di New York, come parte dell'Henry Street Nurse's Stteltment. ; primo servizio che potrebbe essere considerato come una prima esperienza che mostra la trasformazione avvenuta nell'organizzazione dell'assistenza e che ha avuto il merito di provvedere all'erogazione diretta delle cure e di concorrere all'inclusione sociale, tema non sempre facile per l'epoca corrente.

La seconda esperienza rende evidente l'importanza che ha avuto l'affiliazione con la Croce Rossa Americana per ottenere risultati di salute nelle zone rurali. Tale struttura infatti non era solo un riferimento per gli standard

professionali , ma ha avuto un ruolo sostanziale per il supposto delle comunità nel reperimento di fondi da destinare all'assistenza di base, e nel fornire personale adeguatamente preparato e competente.

Un'ulteriore realtà che merita di essere analizzata è quella Canadese in relazione allo sviluppo dell'assistenza infermieristica nelle cure primarie.

Quello che sicuramente emerge è un quadro orientato ad ottimizzare il ruolo degli infermieri, quali soggetti chiave e rilevanti per la fornitura di servizi alla popolazione. Tuttavia si possono riscontrare, da un lato alcune “ realtà virtuose” che operano già in un contesto di ottimizzazione , grazie alla valorizzazione della figura infermieristica, e realtà “meno virtuose”, dove si richiede la promozione dell'acquisizione di competenze infermieristiche spendibili in modo più capillare in un contesto composito a livello territoriale e organizzativo.

In questo senso si auspica che un ruolo importante lo assumeranno , nei prossimi anni , le tecnologie che potranno consentire agli infermieri una maggior continuità nel seguire gli assistiti evitando inutili e prolungati ricoveri ospedalieri.

Alessandro Stievano, dirigente e docente di infermieristica ,in un commento ad un saggio relativo alla letteratura dell'IDF mette in luce che gli infermieri con competenze avanzate , definiti i nurse practioner e i clinical nurse specialist, esistono in Canada da circa 50 anni e possono essere definiti come professionisti che hanno acquisito con la formazione e l'esperienza , capacità decisionali complesse e competenze cliniche per una pratica avanzata molto autonoma, anche in ambiti rurali e remoti.

Il quadro generale che si ricava dalle esperienze internazionali è quello di una situazione molto diversa da quella che presenta la professione infermieristica in Italia. In quasi tutte le esperienze analizzate si riconosce agli infermieri di famiglia e di comunità una pratica avanzata che consente la valorizzazione di quelle competenze attese sopra menzionate: esercizio autonomo e formalmente riconosciuto , espressione di competenze esperte, capacità di decision making e capacità di creare connessione sistemica.

Nel nostro paese, la discussione sulle competenze avanzate da riconoscere agli infermieri è aperta e in via di definizione e sviluppo con interventi significativi al riguardo.

3.2 L'infermiere di famiglia nella realtà anglosassone : ruoli ed ambiti di intervento.

L'Inghilterra ha consolidato da decenni un sofisticato sistema di progressione di carriera, in cui, avanzamento contrattuale , competenze organizzative e cliniche si fondono insieme in un nuovo scenario che vede l'avanzare della professione infermieristica inserita nello scenario dell'NHS.

Tra le varie figure infermieristiche troviamo il Nurse Practioner, una qualifica che in Italia non esiste e che , probabilmente non avrà alcun riconoscimento giuridico ancora per diversi anni .

Questo ruolo , la cui denominazione completa è quella di Nurse in Advanced Practice o Advanced Nurse Practitioner , è in genere ricoperto da infermieri esperti, che hanno conseguito e superato un corso di alta specializzazione clinica nella disciplina in cui esercitano quotidianamente la loro professione.

Si tratta di corsi universitari , con durata variabile a seconda dei “providers”, cioè delle Università che li mettono a disposizione , ma in genere di durata annuale.

L'iscrizione di norma , è interamente finanziata dal “Trust” di appartenenza, che può scegliere di vincolare questa concessione alla permanenza del dipendente per un periodo di tempo variabile.

Quello dell'advanced nurse practitioner (ANP) è un ruolo molto complesso e che potremmo definire “ ibrido” , perché non si limita all'elaborazione di piani di assistenza o di presa in carico di pazienti complessi , ma varca i confini con la professione medica: i nurse practitioners possono infatti elaborare diagnosi mediche, eseguire interventi chirurgici, gestire in totale autonomia i “See and Treat” in Pronto soccorso e persino prescrivere farmaci o richiedere prestazioni diagnostiche , come un'ecografia od un esame ai raggi x, oppure ancora prelievi ematici

Tutte queste competenze vengono riconosciute in relazione a casi clinici di minore complessità,che dovranno essere selezionati dagli stessi infermieri, in grado invece di chiedere l'intervento ed il sostegno della figura medica, qualora le problematiche cliniche del paziente esulassero dal loro ambito di autonomia.

Un discorso a parte lo merita il Nurse Practitioner nel ruolo delle Emergency , dove diverse figure professionali intervengono nella gestione e nel trattamento del paziente che presenta livelli di gravità clinica diversi.

Potremmo dire che il sovraffollamento dei dipartimenti di emergenza – urgenza con casi di minor gravità clinica insieme ad altri fattori come la diminuzione della durata delle degenze ospedaliere, la riduzione del numero di medici presenti sul territorio e la necessità di contenere i costi hanno favorito , all'interno del panorama sanitario britannico , la costituzione di molteplici Servizi gestiti da personale infermieristico specificatamente formato.

Le Emergency Nurse Practitioners (ENPs) sono infermiere che possiedono una formazione post – base nella diagnosi , trattamento , prescrizione e promozione della salute nel contesto dell'emergenza – urgenza.

Le ENPs, formate per la prima volta presso l'Oldchurch Hospital , Essex, Uk nel 1986.

Sono presenti in tutto il territorio nazionale e trattano le cosiddette minor injuries\illness (lesioni e patologie minori) ovvero patologie o lesioni circoscritte ad un'area limitata, che interessano per lo più il sistema muscolo – scheletrico periferico (Purcell 2003).

Tra queste possiamo identificare ad esempio lesioni agli arti , i disturbi oculari minori , la somministrazione della vaccinazione antitetanica, la rimozione di copri estranei ecc ..

Negli ultimi decenni, diversi studi randomizzati controllati hanno indagato il ruolo delle ENPs ed hanno evidenziato , pur con alcuni limiti metodologici, che l'assistenza erogata raggiunge standard equiparabili a quelli

evidenziati per l'assistenza medica , in termini di efficacia dei trattamenti , qualità e soddisfazione da parte dell'utenza (Cooper et al, 2001; Corbett et al,2008;Jennings et al , 2009; Melby et al, 2011).

Numerosi autori, tra i quali Neades (2002), Castledine(2004 e Corbett ed al (2008) mettono in risalto la rapida crescita , in tutto il territorio nazionale britannico , di Servizi See and Treat o Minor Injuries Unites gestiti da ENPs, secondo il principio chiave che il primo operatore sanitario che entra in contatto con il paziente sia in grado di effettuare una diagnosi , trattare e dimettere l'utente in completa autonomia.

Possiamo constatare, grazie a questi cambiamenti evolutivi avuti nel corso degli ultimi anni, che nella realtà Anglosassone da circa un decennio è emerso , nell'ambito delle cure comunitarie ,un bisogno di competenze avanzate e questo potremmo a sua volta ricondurlo alla “ necessità” di sopperire a quella che definiamo una “criticità”, ovvero la carenza di medici nelle zone rurali o povere.

Suddetta “criticità” ha fatto in modo che si rendesse indispensabile la figura di un infermiere che fosse in grado di lavorare autonomamente , risolvendo problemi di salute laddove questi avevano il primo impatto.

Con il trascorrere del tempo , per la modifica del bisogno da un lato e per le importanti abilità acquisite dall'altro, le competenze infermieristiche avanzate sono state impiegate in ambiti diversi,da quelli comunitari tanto che oggi i setting in cui gli infermieri esprimono competenze avanzate sono molteplici e comprendono gli ospedali per acuti, l'assistenza domiciliare e quella sanitaria di base.

Quello che emerge è senza ombra di dubbio la visione e il senso etico del governo britannico che , ha saputo cogliere l'opportunità di utilizzare e favorire lo sviluppo della figura infermieristica nell'interesse della comunità per la tutela della salute pubblica in diversi settori della sanità. Infatti , anziché ravvisarne un rischio per i cittadini, l'infermiere con competenze avanzate è stato considerato una risorsa e un'occasione di miglioramento nella fornitura di cure, da parte del National Health Service (NHS) britannico.

Il superamento del nodo della prescrizione , che invece costituisce in Italia un tema aperto e da affrontare che difficilmente verrà risolto in pochi anni, vista la preponderante dominanza medica (Sabatino ed al.2014), ha consentito quella flessibilità e libertà di intervento che ha reso la figura realmente utile alla popolazione.

3.3 sviluppo della figura dell'infermiere di famiglia nel contesto sanitario italiano

In Italia in regioni quali Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna , Puglia , Toscana ,Lombardia e Valle d'Aosta ,si stanno sperimentando modelli assistenziali nelle cure primarie nei quali viene riconosciuto ufficialmente l'apporto infermieristico.

Due proposte di legge sono state presentate , una in regione Sicilia e l'altra in Regione Lazio, per l'istituzione e il riconoscimento del ruolo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità.

Un riconoscimento a livello europeo è invece arrivato alla regione Piemonte, inserita tra i Reference Site del progetto europeo sull'invecchiamento sano e attivo, "European Innovative Partnership on Active and Healthy Ageing", in virtù della presenza consolidata del programma di specializzazione in Infermieristica di Famiglia e di Comunità.

Questo è stato lo stimolo per partecipare al bando di ricerca Horizon 2020 proponendo un ampio studio sulla presa in carico da parte di infermieri dedicati di cittadini che hanno raggiunto i 65 anni di età.

La ricerca promossa dal Centro di Eccellenza per la Ricerca Infermieristica dell'Ipasvi di Roma sull'infermiere di Famiglia e di Comunità ha ottenuto recentemente un finanziamento da parte del Ministero della Salute. Il percorso è in evoluzione, ma si stanno comunque raccogliendo i primi segnali significativi in merito, ed una forte spinta verso le cure primarie viene sempre più sollecitata a tutti i livelli istituzionali nazionali ed internazionali.

Successo, invece nel Chianti (Firenze) per il nuovo servizio sociosanitario gratuito (Luglio 2015) che mette a disposizione della famiglia e del territorio un infermiere esperto operativo la domenica e nei giorni festivi.

A distanza di 4 anni dall'attivazione il servizio della guardia infermieristica dimostra di funzionare con 130 accessi complessivi all'attivo. Molte le famiglie che vi si rivolgono con la richiesta di essere supportate nelle situazioni più complesse, in particolare quelle che riguardano le dimissioni dall'ospedale che sempre più spesso avvengono nei giorni precedenti o in corrispondenza del fine settimana. Giorni nei quali, previa richiesta delle famiglie ai medici di base o alla guardia medica, e relativa attivazione, un infermiere specializzato viene inviato a domicilio per dare assistenza a chi necessita di interventi e terapie complesse.

La presenza dell'infermiere durante i giorni festivi permette di gestire le dimissioni complesse dall'ospedale, ad esempio per le terapie infusionali continuative ed il supporto per i familiari, oltre alla risoluzione di criticità che riguardano utenti già in carico.

La guardia infermieristica, così concepita, mira a garantire continuità nelle cure tra ospedale e territorio. L'infermiere interviene in base a specifiche necessità programmando l'attivazione con il medico di base; è inoltre un'iniziativa che favorisce la riduzione di ricoveri impropri al pronto soccorso: sono tante infatti le situazioni che potrebbero essere risolte a livello domiciliare evitando di ricorrere all'ospedale.

In Umbria, accanto al medico, sta arrivando anche l'infermiere di famiglia per la promozione della salute e il self management delle malattie croniche.

Per formare questa innovativa figura professionale, che avrà un ruolo chiave all'interno di ogni Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), la USL Umbria è già scesa in campo avviando un primo training formativo in Piemonte, che è stato finanziato dal "Promis Progetto Mattoni Internazionale Salute per le Buone Pratiche", grazie a un progetto curato dalla referente regionale del Promis Manuela Pioppo.

L'obiettivo del progetto, enunciato durante la presentazione tenutasi a Villa Umbra il 12 settembre di questo anno , è accelerare quanto più possibile l'attivazione del servizio in via sperimentale in alcuni distretti per poi estenderlo a tutto il territorio.

La formazione sul campo, in una delle pochissime realtà italiane dove il servizio è già attivo, è stata fondamentale per ripensare il sistema delle cure, che è chiamato sempre più ad affrontare la vera sfida del futuro, vale a dire la riorganizzazione dei servizi per la salute dei cittadini alla luce dell'aumento della cronicità e della difficile sostenibilità dei sistemi socio-sanitari stessi.

In questo senso l'Umbria ha fatto grandi passi in avanti. Con il Piano Regionale della Cronicità e l'istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) nel sistema delle cure primarie si è infatti impegnata ad introdurre e formare delle figure infermieristiche che, in sinergia con i medici di famiglia e le altre professionalità che operano a livello distrettuale, svolgeranno un ruolo fondamentale non soltanto nell'ambito della medicina di iniziativa ma anche in quello dell'assistenza domiciliare e della presa in carico del paziente.

In Umbria ci sono ad oggi 38 Aft, una per ogni 20-30mila abitanti, che garantiscono l'assistenza e le cure primarie nella fascia diurna unitamente ai medici di famiglia e medici della continuità assistenziale, e al loro interno è prevista la presenza di un infermiere cui rivolgersi per medicazioni e altra assistenza sia in loco che a domicilio.

Qualche anno fa , la regione Umbra si era già fatta notare ai notiziari per un progetto molto ambizioso la “ Salus infermieri società cooperativa sociale”, un progetto che vedeva realizzarsi il sogno di tre ragazze mediante la realizzazione di servizi infermieristici e domiciliari con una reperibilità 24 h su 24 , assistenza notturna e prelievi domiciliari con consegna e lettura referti adeguando il servizio alle esigenze caso per caso.

Facendo emergere la figura infermieristica come da intermediario tra medico e famiglia , l'anello di congiunzione mancante tra il MMG o lo specialista e il paziente nel post dimissione e nell'assistenza quotidiana , evidenziando ancora una volta l'infermiere di famiglia come un tassello fondamentale per costruire la sanità del futuro , attento ai bisogni e alle esigenze dei cittadini .

In Lombardia ci sono alcune sperimentazioni attive come: l'infermiere di quartiere a Pavia, l'infermiere di comunità in provincia di Lecco, l'infermiere di comunità nel comune di Bergamo, ma nonostante queste prime comparse non esiste ancora nessun servizio di infermieristica di famiglia e comunità in Lombardia, sebbene previsto dalla riforma regionale del 2015”, infatti proprio in quell'anno il collegio provinciale scriveva alla Regione ed in particolar modo al presidente della terza commissione Sanità e politiche sociali , Fabio Rizzi , una proposta di legge di riforma del sistema sanitario lombardo, con la richiesta di istituire cos' come esisteva già in altre realtà Europee la figura dell'infermiere di famiglia quale professionista responsabile dell'assistenza infermieristica erogata sul territorio per la gestione dei bisogni assistenziali di tipi preventivo , curativo , palliativo e riabilitativo del cittadino e delle loro famiglie in un contesto di “ presa in carico e di continuità”. Ma il progetto di legge chiamato “ evoluzione del sistema socio – sanitario Lombardo” è ancora oggi in discussione.

A Varese già nel giugno 2014 nasceva il servizio dell'infermiera di famiglia .

L'ambulatorio infermieristico , realizzato dall'associazione culturale Maya , in collaborazione con l'assessorato alla famiglia , il patrocinio del collegio infermieri (IPASVI) e la collaborazione Asl garantisce , attraverso una Nurse's Card che consente di usufruire delle prestazioni pagando 31 euro l'anno , un servizio di qualità con alta professionalità per tutta la famiglia.

Qualche anno fa nell'agosto 2015 ad un'anziana signora allettata , malata di Alzheimer con sondino naso gastrico per l'alimentazione è stata effettuata una trasfusione di sangue a domicilio. La procedura pur prevista dalla legge da molti anni , viene attuata raramente a causa spesso di problemi organizzativi. La riforma della sanità va proprio in questo senso , tant'è che la figura dell'infermiera di famiglia entra di diritto nell'organizzazione sanitaria con 90 milioni di euro l'anno.

Un'altra regione che merita di essere citata è il Friuli Venezia Giulia, dove le prime sperimentazioni risalgono addirittura alla fine degli anni 90 con la messa in regime della figura dell'infermiere di famiglia già nel 2001.

Sicuramente possiamo affermare che il Friuli è una delle Regioni più longeve d'Italia i cambiamenti radicali nei bisogni e nella dinamica delle risorse sono diventati la base di una visibile discontinuità nel sistema sanitario nel suo complesso. Alla fine degli anni Novanta , per rispondere ai nuovi e complessi bisogni della popolazione,nell'Azienda Sanitaria allora denominata Azienda Sanitaria n.5 Bassa Friulana è stato necessario cambiare il modello assistenziale e passare da un paradigma incentrato sulla prestazione a quello delle cure integrate di comunità attraverso l'approccio "relazionale" che si basa sui principi delle community care, dello human caring e della teoria relazionale della società.

Mara Pellizzari , Direttrice dell'Aas 2 del Friuli Venezia Giulia , afferma che si tratta in sostanza di un servizio di assistenza infermieristica decentrata , del tutto gratuita in quanto pubblica e che prima di questa progettualità gli infermieri partivano dal distretto e andavano nelle case delle famiglie esclusivamente per prestazioni assistenziali , come medicazioni o prestazioni di "device", ora come ora invece i bisogni stanno profondamente cambiando , il target d'utenza è il paziente cronico e dunque non possiamo rispondere con una modellistica pensata per il paziente acuto , ma quella da realizzare è una vera e propria presa in carico a 360° , con un infermiere che conosce davvero i bisogni del paziente , rilevando anche bisogni non ancora espressi , potenziali. Intervendiamo prima e raggiungiamo dunque una migliore qualità di vita, impedendo che il paziente si rechi in ospedale.

Possiamo quindi notare come l'accento viene dunque posto non soltanto sul bisogno sanitario , ma anche su quello sociale , umano , forse esistenziale .

"In Friuli Venezia Giulia – continua Pellizzari -, l'infermiere si prende cura di una piccola comunità, che va da 2000 a 2500 persone, lavorando in modo molto integrato con una equipe territoriale composta dal Mmg, dal fisioterapista, dall'assistenza sociale. Dando una risposta a 360° sia alla famiglia che al paziente cronico, che non ha bisogno solo di un sondino, di un catetere, di una iniezione, di una medicazione... ma anche di un trattamento di *care*. In Friuli Venezia Giulia abbiamo ottenuto dei risultati incredibili, sviluppando la dimensione sociale dell'assistenza che abbiamo sempre declinato per compartimenti stagni, che poi si producono nei fatti in carte, in burocrazia".

Un altro interessante progetto nasce dalla Regione Piemonte che si è promossa come Capofila al progetto “ Consenso” (Community Nurse Supporting Elderly in a Changing Society” nell’ambito del Programma transazionale di Cooperazione Territoriale Europea Interreg Spazio Alpino 2014- 2020. Il Progetto è volto al favorimento di un invecchiamento sano e attivo della popolazione, attraverso l’azione dell’infermiere di famiglia e di comunità. Questo modello è stato sperimentato in cinque regioni dell’Area Alpina: Piemonte, Liguria, Provenza-Alpi-Costa Azzurra, Carinzia e Slovenia , una sperimentazione rivolta alle persone anziane, magari isolate. L’idea è stata quella di mettere a disposizione di queste persone l’infermiere svolgendo una funzione proattiva, lavorando a fianco con i Mmg. La Regione Piemonte aveva valorizzato la professione infermieristica sin dagli anni 2000, attraverso l’Università di Torino, con un master infermieristico, ma questa figura prima del nostro progetto europeo non era prevista. Con il Progetto Consenso si richiedeva all’infermiere oltre alle proprie competenze tecniche anche competenze di tipo relazionale con i pazienti, collaborando poi sì con i Mmg ma anche con il volontariato, l’associazionismo e le parrocchie. In seguito, nell’ambito del programma per le Aree Interne, 12 Regioni italiane, non solo Lombardia e Liguria, ma anche Regioni come Lazio e Campania, hanno adottato delle sperimentazioni del nostro Progetto Consenso.

Stando a quanto stabilito dal progetto tutti gli anziani presenti all’interno del territorio interessato al progetto , vengono assegnati ad un infermiere di famiglia. Quest’ultimo è chiamato ad effettuare una valutazione complessiva dei bisogni di ogni singolo paziente e a verificare i requisiti di sicurezza dell’abitazione , affrontare eventuali problematiche sociali , garantire la fornitura dei farmaci, facilitare l’adozione di ausili , aiutare quindi gli anziani sani o malati che siano a vivere autonomamente presso il proprio domicilio il più a lungo possibile;egli viene quindi chiamato a svolgere attività di prevenzione e correzione degli stili di vita tenendo conto dell’insegnamento che l’infermieristica ci offre ovvero: la risonanza tra ambiente di vita e persona può essere una sinergia positiva da sfruttare all’interno del processo di Nursing.

Possiamo concludere riportando delle parole del Professore Pierluigi Granona , il quale facendo tesoro delle parole del santo Giovanni Paolo 2 afferma: “ la nostra aspirazione è quella di formare infermieri ed infermiere che siano capaci non solo di esprimere , dal punto di vista umano e culturale , il meglio della professione , ma che siano al tempo stesso capaci di mantenere fede ai valori non negoziabili dell’istituzione a cui apparteniamo , che vedono la persona,soprattutto se fragile perché malata , titolare di attenzioni e cure esclusive , come quelle che ognuno di noi vorrebbe fossero riservate a se stesso”.

Il SSN è un patrimonio che illustra la civiltà del nostro paese , patrimonio dei cittadini e degli operatori , patrimonio dell’umanità in quanto si occupa della salute del corpo dei cittadini , e se vogliamo estendere il concetto , la salute del corpo è anche la salute dello spirito.

Da questo capitolo emerge come l’Italia stia ora costruendo delle nuove” basi” insieme ad una nuova cultura che si profila meno medico-centrica e maggiormente distribuita verso tutte le competenze professionali esistenti in sanità. E ci auguriamo che al più presto tutte le regioni si mettano al pari con lo sviluppo di nuovi progetti tenendo conto dei nuovi cambiamenti epidemiologici e sociali che la comunità sta attraversando.

3.4 I primi passi in Italia: la regione Toscana.

Per quanto riguarda il caso Toscana possiamo fare riferimento alla Delibera Regionale n.597 del 4 Giugno 2018 , con la quale la regione ha fatto proprio il modello dell' infermiere di famiglia e di comunità. Un'idea nata dalla consapevolezza di dover sviluppare nuovi modelli organizzativi territoriali che rispondano sempre più alla gestione della cronicità e al sostegno all'autocura.

Questa delibera va a definire il quadro di riferimento, le caratteristiche del modello, le responsabilità, le funzioni, le competenze e il relativo percorso formativo per la nuova figura che, come afferma la stessa delibera, va a rappresentare lo sviluppo di specifici percorsi assistenziali che affrontino l'area della cronicità, prevedendo che la gestione di quest'ultima e della fragilità da parte dei team multiprofessionali sia realizzata in modo proattivo, nell'ambito della sanità di iniziativa, attraverso interventi di identificazione e di follow-up e attraverso la diffusione di esperienze di Infermiere di Famiglia e di Comunità.

La delibera prevede quindi quella che possiamo definire come la fase pilota dell'avvio di questo nuovo modello ed è stata approvata lo scorso 31 maggio 2019 dove l'assessore al diritto alla salute Stefania Saccardi l'ha illustrata nel corso di una conferenza stampa insieme a Paolo Zoppi , direttore del dipartimento infermieristico Asl Toscana centro e Danilo Massai , in qualità di presidente dell'Ordine degli infermieri di Firenze e Pistoia.

Per quanto riguarda i tempi e i modi di attuazione, la delibera prevede un percorso formativo organizzato nella prima fase a livello regionale, rivolto alla formazione degli infermieri delle zone distretto nelle quali avrà avvio lo sviluppo operativo del modello. La fase pilota di avvio, di durata annuale, sarà condotta in almeno 2 zone per ciascuna azienda sanitaria della Toscana, individuate a livello aziendale.

La delibera regionale prevede inoltre la costituzione di una cabina di regia tecnica regionale, composta dai direttori dei Dipartimenti delle professioni infermieristiche e ostetriche, dai direttori dei Dipartimenti delle cure primarie e dai rappresentanti legali degli Ordini degli infermieri della Toscana, con funzioni di monitoraggio su avvio e andamento fase pilota, definizione del percorso formativo regionale e identificazione degli indicatori di valutazione di impatto nel SSR del nuovo modello assistenziale.

La nuova figura che ne emerge permetterà di sviluppare nuovi modelli organizzativi territoriali che rispondano sempre più alla gestione della cronicità si andrà così a rafforzare il contributo dell'infermiere nell'ambito della territorialità e della domiciliarità in Toscana, già presente nell'ACOT (Agenzia Continuità Ospedale Territorio) , nel Modello ECCM (Expandd Chronic Model) della sanità d'iniziativa e in generale in tutta la riorganizzazione distrettuale.

Le caratteristiche del modello saranno la prossimità alla famiglia e alla continuità secondo un criterio geografico di ripartizione del territorio, la pro attività che si realizzerà attraverso la conoscenza della rete dei servizi nel proprio territorio orientandone e facilitandone l'accesso alla persona , equità attraverso l'analisi dei determinanti della salute con particolare attenzione anche a quelli sociali e ovviamente multi professionalità.

Sotto il profilo organizzativo il modello prevede che la nuova figura sia responsabile di un gruppo predefinito di assistiti o "famiglie" e oggetto della sua assistenza è l'intera comunità, di cui la famiglia rappresenta l'unità di base.

In questo senso l'Infermiere di famiglia svolge il suo ruolo nell'ambito comunitario di cui fanno parte la rete dei servizi sanitari e socio-sanitari, le scuole, le associazioni e i vari punti di aggregazione ed è quindi coinvolto nel processo di potenziamento di Comunità perché questa riesca a trovare soluzioni ai propri problemi.

La delibera definisce l'infermiere di famiglia e di comunità (IFC) come “il professionista responsabile della gestione dei processi infermieristici in ambito familiare. Promuove un'assistenza di natura preventiva, curativa e riabilitativa differenziata per bisogno e per fascia d'età, attraverso interventi domiciliari e/o ambulatoriali risposte ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento”.

L'IFC rappresenta l'evoluzione di funzioni professionali già svolte per la salute della collettività che il mutamento dei bisogni socio-sanitari dei cittadini rende necessaria per la qualità delle cure.

Gli ambiti di esercizio professionale dell'IFC sono il domicilio, l'ambulatorio, le strutture intermedie e residenziali e l'intera comunità.

L'infermiere di famiglia gestisce i processi infermieristici in ambito familiare e di comunità di riferimento e opera in collaborazione con il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta, il medico di comunità e l'équipe multi- professionale per aiutare individuo e famiglie a trovare le soluzioni ai loro bisogni di salute e a gestire le malattie croniche e le disabilità.

Dieci Le sue funzioni indicate nell'articolata delibera toscana:

- Valutare lo stato di salute e i bisogni della persona nelle diverse fasi della vita (adulta, infanzia, adolescenza), del contesto familiare e conoscere quelli di comunità;
- Promuovere e partecipare ad iniziative di prevenzione e promozione della salute rivolte alla collettività;
- Promuovere interventi informativi ed educativi rivolti ai singoli, alle famiglie e ai gruppi, atti a promuovere modificazioni degli stili di vita;
- Presidiare e facilitare i percorsi nei diversi servizi utilizzando le competenze presenti nella rete;
- Pianificare ed erogare interventi assistenziali personalizzati alla persona e alla famiglia, anche avvalendosi delle consulenze specifiche degli infermieri esperti (es. wound care, stomie e nutrizione artificiale domiciliare, ventilazione domiciliare, cure palliative ed altre);
- Promuovere l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi;
- Partecipare alla verifica e monitoraggio dei risultati di salute;
- Sostenere i percorsi di continuità assistenziale tra sociale e sanitario, tra ospedale e territorio e nell'ambito dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari residenziali e semi-residenziali;
- Garantire le attività previste per la realizzazione degli obiettivi della nuova sanità di iniziativa.
- Partecipare nell'integrazione professionale al perseguimento dell'appropriatezza degli interventi terapeutici ed assistenziali, contribuendo alla relazione di cura, al rispetto delle volontà del paziente espresse nella pianificazione delle cure, anche in attuazione della Legge 219/17.

La Toscana è quindi in procinto di compiere quello che potremmo definire come un radicale cambiamento del proprio sistema sanitario.

Il riordino del sistema , finalizzato alla razionalizzazione delle risorse disponibili, consiste tra i tanti cambiamenti anche in un accorpamento delle attuali 12 aziende sanitarie locali in 3 aziende, una per ciascuna Area Vasta (Toscana centro, Toscana Nord Ovest e Toscana Sud Est).

A ciò si aggiunge il riassetto del sistema della sanità territoriale, in corso già da alcuni anni, volto al potenziamento e all'adattamento delle cure primarie ai bisogni di salute emergenti.

Con il Piano Sanitario Regionale 2008- 2010(approvato con Deliberazione del consiglio Regionale n.53 del 16\07\2008), la regione aveva già tracciato il profilo di un nuovo modello assistenziale, che di fatto attribuiva al sistema delle cure primarie la presa in carico dei malati cronici e , quindi, il compito di programmare e coordinare gli interventi a loro favore. Tale modello si ispirava in parte al Chronic Care Model applicato in Canada e aveva come obiettivo quello di diffondere un approccio organizzativo basato su azioni di sanità d'iniziativa.

Nel processo di riorganizzazione del territorio , emerge nella Regione la volontà di sostenere la creazione di unità complesse di cure primarie (UCCP) , come aggregazioni strutturali multi – professionali composte da MMG e da altri operatori del territorio, sanitari , sociali ed amministrativi che operano , nell'ambito dell'organizzazione distrettuale , in sede unica o con una sede di riferimento. Una sorta di struttura che potrebbe rappresentare la sede idonea ad ospitare , la presa in carico , il lavoro multidisciplinare , l'integrazione operativa multi – professionale e la continuità assistenziale.

La Toscana potremmo dire che è stata tra le prime regioni italiane a credere ed investire in questo progetto. Nel 2014, le Case della salute attivate sul territorio sono state oltre 40 e la Regione ha stanziato finanziamenti che dovrebbero portare , a regime , alla costituzione di 120 Case. La maggior parte delle Case della Salute finora attivate sul territorio toscano presenta al proprio interno ambulatori di MMG e specialisti, guardia medica , Cup , consultorio , punto prelievi, operatori della prevenzione , servizi sociali , servizio per le dipendenze , associazioni di volontariato. L'obiettivo è quello di rendere le Case della Salute il perno centrale della salute territoriale ; si prevede che gradualmente esse diventino la sede dei Punti Insieme (Punti di accesso unici) , dei moduli della sanità d'iniziativa e che possano garantire un'offerta di servizi non solo sanitaria , ma anche socio – sanitaria e sociale.

Abbiamo uno studio dove sono state prese in esame due realtà territoriali: la prima fa capo all'Asl10 di Firenze ,la seconda all'Asl 11 di Empoli. In queste due aziende sono state realizzate 14 interviste a figure professionali differenti, nonché ad utenti coinvolti nei servizi.. Rispetto al ruolo attuale attribuito all'infermieristica nei due territori presi in considerazione, si segnala un ruolo di rilevanza crescente per la professione, soprattutto riguardo alle malattie croniche.

Come afferma il Responsabile dell'Unità operativa complessa sulle professioni sanitarie territoriali di una delle due Asl coinvolte: “ l'infermiere sul ruolo della gestione delle patologie croniche ha un ruolo fondamentale e l'altro elemento è quello di supporto , guida e di counselling alle famiglie , che hanno persone con bisogni di questo tipo e che quindi di conseguenza si trovano a dover gestire la situazione. Quindi , noi dobbiamo sempre di più spostare l'asse dell'intervento da quella che è puramente un'area medica a una delle professioni sanitarie ,

non certo andando né a disconoscere né a ridurre il ruolo del medico, ma il medico deve essere riportato a fare davvero il medico e tutti quegli aspetti che possono essere gestiti dall'area infermieristica, devono essere gestiti dall'area infermieristica. (direttore professioni sanitarie territoriali).”

Nell'organigramma aziendale delle Asl menzionate è presente un dipartimento specifico dedicato alle professioni sanitarie. In merito ai servizi infermieristici erogati sul territorio, i dipartimenti si articolano in Unità operative semplici di infermieristica territoriale, cui fanno capo i servizi di infermieristica del territorio organizzati in diversi ambulatori: gli ambulatori infermieristici, gli ambulatori per il prelievi, l'assistenza infermieristica domiciliare, l'assistenza infermieristica oncologica.

Tali ambulatori hanno numero di personale variabile a seconda della popolazione del territorio di riferimento; la disponibilità oraria varia, ma è in media di 20 ore settimanali; le sedi sono collocate nei presidi distrettuali o, laddove presenti all'interno delle Case della Salute.

Gli infermieri sono, inoltre coinvolti nelle Unità di Valutazione Multidimensionale (L.R 66/2008, art11), in genere composte da un medico, un assistente sociale e un infermiere. Le UVM hanno il compito di valutare lo stato di bisogno del paziente e di formulare il piano assistenziale personalizzato, indirizzando la persona ai servizi adeguati al caso.

L'infermiere di famiglia e di comunità potrà inoltre richiedere consulenze specifiche ad infermieri esperti in determinati settori. Si andrà quindi ad orientare l'assistenza infermieristica delle cure primarie verso una concezione globale della salute della persona, evitando parcellizzazioni, riduzionismi e risposte sanitarie esclusivamente tecniche slegate da un'analisi più ampia e trasversale dei bisogni di salute che superano i meri bisogni di interventi sanitari legati ad una logica di attesa.

Una visione moderna e coerente al profilo epidemiologiche sociale che si pone l'obiettivo di prevenire e curare non solo la patologia ma tutte le varie dimensioni di salute della persona, della sua famiglia e quindi di riflesso di tutta la comunità in cui è inserita, valorizzando e dando la giusta dignità al professionista infermiere.

CAPITOLO 4

LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

4.1. L'importanza della continuità nelle cure

La continuità assistenziale è presa in esame dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come uno degli indicatori del buon funzionamento di un Servizio Sanitario. E proprio pochi mesi fa a Parigi, i ministri della salute dei “sette grandi” hanno ribadito che la continuità assistenziale, programmata e integrata tra i diversi professionisti e luoghi di cura, è una risposta ineludibile in una società che invecchia sotto il peso delle malattie croniche. Dopo l'integrazione socio-sanitaria, la continuità assistenziale è la parola che oggi utilizzano maggiormente tutti coloro che si occupano di long-term care ovvero assistenza a lungo termine.

Il dato da cui potremmo partire è un dato oramai tristemente noto da anni: il nostro Paese è tra i più vecchi al mondo e necessita di un rinnovamento dell'organizzazione dei servizi offerti agli anziani, al fine di gestire e tutelare al meglio quella che rappresenta un'eccellente conquista per un popolo: la longevità.

Il progressivo invecchiamento della popolazione, responsabile dell'aumento del numero di individui affetti da malattie croniche, determina una serie di problematiche che richiedono un profondo cambiamento dell'approccio al paziente.

Il nuovo paradigma si fonda, sul piano clinico, sul passaggio dalla medicina orientata al trattamento della singola patologia alla medicina della complessità, e, sul piano gestionale, dal passaggio dal modello classico della “medicina d'attesa” alla “medicina d'iniziativa”. Per ridurre l'impatto della cronicità sulla qualità della vita dei cittadini e sulla spesa sanitaria, l'assistenza deve essere concepita e strutturata in una logica proattiva, promuovendo la prevenzione e supportando il paziente nel percorso di cura, per evitare che sopraggiungano complicanze, instabilità clinica e disabilità.

Il fine ultimo è quello di contribuire al miglioramento dell'assistenza alle persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo che, già angosciato da un complesso quadro clinico che spesso ne riduce l'autonomia, non può e non deve subire l'ulteriore logorio generato da una long-term care frammentata.

Per il terzo anno consecutivo, Italia Longeva, la Rete Nazionale di ricerca sull'invecchiamento e la longevità attiva istituita dal Ministero della Salute con la Regione Marche e l'IRCCS INRCA, ha deciso di approfondire uno degli argomenti principali della long-term care ovvero la presa in carico.

In collaborazione con la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, è stata realizzata una rassegna di buone pratiche di presa in carico dei pazienti cronici, che ha coinvolto 17 realtà in 8 regioni: Basilicata, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana, Umbria. L'analisi si è soffermata sugli aspetti organizzativi, tecnologici e regolatori che rendono i modelli esaminati virtuosi e replicabili in altre realtà, e su quei fattori in grado di promuovere l'appropriatezza terapeutica, l'empowerment del paziente e l'aderenza alle cure.

La “parola d’ordine” in tutte le varie realtà esaminate sembrerebbe essere “presa in carico”

La presa in carico fa sì che tutte le visite e gli esami, una volta erogati su base prestazionale, vengano declinati in un percorso integrato all’interno del quale il cittadino può muoversi in sicurezza, avendo i suoi punti di riferimento, conoscendo per tempo le tappe e non preoccupandosi più di prescrizioni, prenotazioni e liste di attesa.

Presupposti della presa in carico sono la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) sostenibili, destinati ai pazienti con patologia cronica, e l’implementazione di reti territoriali in grado di gestire la complessità di piani assistenziali individualizzati (PAI) finalizzati alla presa in carico di pazienti fragili e con multi morbidità.

Le realtà esaminate confermano però che non si può parlare di presa in carico efficace in assenza di una adeguata rete territoriale di servizi, che sia capillare, multidisciplinare, flessibile e facilmente accessibile. La ridotta disponibilità e le disuguaglianze geografiche nell’offerta di ADI e posti letto RSA, che non tiene conto dell’effettiva domanda dei cittadini, rappresenta un elemento di forte criticità per il buon funzionamento delle reti territoriali, anche di quelle più all’avanguardia.

Secondo gli ultimi dati del Ministero della Salute, pubblicati in anteprima da Italia Longeva, nel nostro Paese solo il 2,5% degli ultrasessantacinquenni usufruisce di servizi ADI, e solo il 2,2% di un posto in RSA.

La criticità non sembra però riguardare soltanto l’aspetto quantitativo, ma anche la qualità dell’offerta. Ad esempio, una rete territoriale sprovvista di servizi specialistici e tecnologie spendibili a domicilio, a parità di bisogni del paziente, registra degli outcome peggiori o anche una rete di servizi sguarnita di un buon sistema informatico non può assolvere adeguatamente alle sue funzioni, dal momento che lo scambio di informazioni tra i diversi professionisti coinvolti nella presa in carico rappresenta un fattore di successo.

La principale causa del ritardo dell’informatizzazione dei processi risiede nell’adozione di applicativi informatici diversi tra medici di Medicina generale, ospedale, servizi diagnostici e servizi assistenziali territoriali. Invece, laddove si è riusciti a superare questo ostacolo, non solo tutte le informazioni del paziente viaggiano in rete, in tempo reale, e vengono discusse in remoto tra i vari specialisti, ma è stato anche possibile capitalizzare questa mole di dati, creando degli algoritmi che supportano gli operatori nel loro processo decisionale ed individuano in automatico il migliore percorso per il singolo paziente, nell’ottica di una medicina sempre più personalizzata.

4.2 I luoghi della continuità assistenziale

La società italiana come esposto nei capitoli precedenti ha subito importanti cambiamenti negli ultimi decenni e per quanto riguarda gli aspetti socio-sanitari siamo in presenza di un Paese sempre più vecchio e ciò introduce nuovi bisogni e richieste di salute proprio mentre le risorse economiche vengono continuamente ridotte così come gli ospedali tradizionali (348 ospedali disattivati o riconvertiti nel periodo dal 1995 al

2000, con 87.000 posti letto in meno). Insieme alla società è cambiata anche La famiglia, asse portante della comunità, in passato punto di riferimento dell’assistenza soprattutto agli anziani tanto da essere definita la più

grande azienda sanitaria del paese, oggi ha perso alcune delle sue caratteristiche diventando, per ragioni a tutti note, ridotta nel numero dei componenti e sempre meno disponibile.

Tutto ciò mentre l'indice di dipendenza degli anziani passerà dall'attuale 29,4 al 68,6 nel 2050 (dati Istat).

Evidentemente queste stime evidenziano un sensibile aumento dei costi del SSN: la spesa sanitaria, assumendo il rapporto tra Consumo Medio Standardizzato (CPS) e il Prodotto Interno Lordo (PIL), passerebbe dal 6,3% del 2003 al 7,2 del 2050.

A fronte di tale crescita complessiva, la spesa per l'acute care aumenterebbe del 26% mentre quella per la long term care del 61%.

In questa situazione la necessità di fornire comunque risposte appropriate alla domanda di salute espressa soprattutto dagli anziani, può essere soddisfatta solo attivando nuove tipologie di servizi e modificando alcune logiche assistenziali. Appare quindi strategico realizzare strutture in grado di fornire risposte socio-sanitarie non basate soltanto sull'alta tecnologia ma che risultino appropriate, attente a superare anche quei disagi che il trasferimento lontano dalla propria residenza comporta, sia per gli assistiti che per i loro familiari.

Sulla base di tali scenari la gestione delle patologie cronico-degenerative rappresenta sempre più uno dei principali problemi con cui i sistemi delle cure dovranno misurarsi nel prossimo futuro.

Per tali motivi da alcuni anni si sono sperimentati modelli di gestione della cronicità in grado di offrire una alternativa ai regimi assistenziali impropri. In tale contesto, si inseriscono le cure intermedie che sono un'area di servizi integrati, sanitari e sociali, residenziali e semi – residenziali, finalizzata a garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera e a favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti. Il rafforzamento di questa area assistenziale può favorire inoltre la prevenzione dei ricoveri non necessari e/o impropri. Si rivolgono prevalentemente a malati anziani che, in seguito a situazioni acute intercorrenti, hanno bisogno di un ulteriore periodo di istituzionalizzazione volto al recupero dell'autosufficienza ed alla eventuale migliore stabilizzazione del quadro clinico.

Gli obiettivi di queste cure intermedie sono quindi:

- Migliorare la qualità dell'assistenza
- Ridurre i tempi (inutili) di ricovero in un ospedale per acuti
- Trasferire questi pazienti dalle strutture di cura per acuti per rendere maggiormente sfruttabili e più appropriate le risorse a disposizione delle stesse. Numerosi studi hanno infatti evidenziato un altissimo numero di letti per acuti occupati in modo inappropriato.

Il settore delle cure intermedie, dette anche cure sub intensive o post acute, crea un ponte tra l'intensità assistenziale delle cure ospedaliere e l'estensività assistenziale della cronicità presa in carico a domicilio o nelle strutture residenziali come le Case di Riposo.

A livello internazionale si sta imponendo l'esigenza di individuare e potenziare l'assistenza "intermedia", quale possibile alternativa all'ospedalizzazione dei pazienti nella fase post – acuta della malattia. Si stanno sviluppando alcuni servizi destinati a facilitare la transizione dei pazienti dall'ospedale a domicilio anticipando i tempi di dimissione del paziente con la finalità di ottenere il recupero del benessere e della salute.

I servizi di cure intermedie sono molto diversificati: possono essere ospedali di zona riconvertiti in unità per post acuti, o strutture dedicate ai lungodegenti, o strutture protette, o unità dedicate e dislocate all'interno di residenze sanitarie assistite e di Case di Riposo. Spesso sono gestiti da team infermieristici e i medici intervengono in caso di necessità.

Residenze Sanitarie Assistenziali: sono strutture finalizzate a fornire assistenza continuativa di carattere sanitario e offrono assistenza medica infermieristica e riabilitativa accompagnata da un adeguato supporto tutelare ed alberghiero. Accolgono per un periodo limitato o definitivo persone non autosufficienti e che non possono essere assistite a domicilio. Frequentemente in queste strutture sono ospitati utenti con disabilità fisiche ed elevati bisogni assistenziali, ma in condizioni di salute relativamente buone e stabili; utenti che convivono con molteplici malattie croniche e che richiedono cure mediche ed infermieristiche continue; utenti dimessi dall'ospedale in fase terminale; malati in stato di coma; disabili psico-fisici che diventati adulti si sono trovati senza supporti familiari, ed infine in misura sempre più rilevante, persone non autosufficienti che presentano in forme più o meno gravi uno stato di demenza. Sono strutture partecipate, orientate alla ricerca continua di un'alleanza assistenziale-terapeutica con l'ospite, con i familiari e con la comunità più in generale; offrono continuità di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, ma sono presenti anche educatori professionali, terapisti occupazionali, volontari che impegnano e attivano gli ospiti durante la giornata.

Centri Diurni per anziani: queste sono strutture di tipo aperto che accolgono per alcune ore della giornata gli anziani ai quali propongono attività di socializzazione, ma anche terapie mediche, di assistenza e riabilitative. L'obiettivo è quello di assicurare attività di vita sociale, favorendo il rapporto di comunicazione interpersonale e attività ricreative e culturali; inoltre rappresentano un sostegno per la famiglia che vuole assistere a casa il suo caro, ma anche che necessita di lavorare o ha bisogno di un sostegno.

Hospice: il termine "hospice" deriva da "Hospes" che vuol dire ospite, indica un luogo di accoglienza e accudimento il più possibile amichevole e familiare. Si tratta di un centro residenziale adibito alle cure palliative del paziente in fase terminale, per il quale qualsiasi terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della malattia non è più attuabile; assicura un'assistenza completa e qualificata in regime di ricovero temporaneo. Le cure palliative offerte si propongono di migliorare il più possibile la qualità di vita, sia mediante l'adeguamento dell'ambiente ai bisogni della persona, che tramite un valido sostegno psicologico e spirituale diretto al paziente e ai suoi familiari oltre a fornire cure mediche e terapia del dolore, assistenza infermieristica, riabilitativa e alberghiera.

L'Ospedale di Comunità (OdiC) è una struttura gestita dai MMG per i loro pazienti che consente l'assistenza alla persona e l'esecuzione di procedure clinico-assistenziali a media-bassa medicalizzazione per la gestione appropriata di patologie cronico-degenerative, momentaneamente scompensate o riacutizzate, che necessitano di monitoraggio, associate a condizioni di rischio sociale variabile. È fortemente integrato con il Distretto di cui potenzia la rete assistenziale territoriale in quelle situazioni in cui il ricovero ospedaliero appaia ad alto tasso di inappropriata e non rappresenti un miglioramento nella qualità della assistenza alla persona.

4.3 Strumenti per la continuità assistenziale

Nel corso degli anni i vari cambiamenti demografici e del sistema socio sanitario hanno portato alla consapevolezza del fatto che la cura e l'assistenza solamente relegate alle strutture sanitarie non possono portare a veri miglioramenti nei livelli di cura, soprattutto per quanto concerne gli anziani, ma essa va sempre correlata con l'assistenza attiva nel territorio e a nuovi e strategici strumenti che possano davvero portare un effettivo miglioramento.

La dimissione dall'ospedale con rientro in comunità ha da sempre costituito un nervo scoperto della continuità assistenziale. Una dimissione non coordinata con il territorio, è infatti spesso causa di inappropriatezza del piano di cura, ripetute ospedalizzazioni, e mette a repentaglio la sicurezza del paziente.

La dimissione rappresenta la fase conclusiva dell'intero processo di ricovero ospedaliero e apre la porta ad una pianificazione di un'assistenza oltre l'ospedale, centrata sui bisogni dei pazienti.

Il concetto di olistico ha rappresentato, per molti anni, un principio fondamentale della formazione infermieristica, al quale riferirsi per promuovere un'assistenza centrata sulla concezione della persona come soggetto unico e irripetibile.

Tutto questo porta a riflettere sull'individualità della persona come portatore di bisogni personalizzati.

L'infermiere è perciò chiamato a modulare i propri interventi professionali in funzione della particolare persona umana che ha preso in carico, anche al delicato momento della dimissione.

Il concetto di dimissione difficile è intesa come dimissione che, nel rispetto della continuità terapeutica ed assistenziale, necessita di un consumo di risorse economiche, umane ed organizzative che vanno oltre la potenzialità del paziente e dei suoi famigliari ed implica un coinvolgimento particolare di tutti i presidi territoriali: medici di famiglia, servizi infermieristici, servizi assistenziali, lungodegenze extraospedaliere, residenze sanitarie assistenziali, case protette, case di riposo.

Da diversi anni si parla di pianificazione della dimissione, ovvero la stesura di un percorso di dimissione che comporta lo sviluppo di un piano individualizzato prima che il paziente lasci l'ospedale (Dono e Dutto, 2006) e che prepari l'assistito a passare da un livello di assistenza all'altro, dentro o fuori da una struttura sanitaria e viene vista come funzione collaborativa; infatti essa è attuata con, e non per, l'assistito e la sua famiglia.

La pianificazione non risponde chiaramente a tutti i problemi, ma può ridurre la riammissione e migliorare la soddisfazione del paziente.

I livelli di pianificazione della stessa sono diversi, in base ai bisogni delle persone e agli interventi infermieristici richiesti a seconda delle necessità del paziente.

Il piano di dimissione identifica e documenta una sequenza di fasi da porre in atto in tempi definiti per raggiungere obiettivi che hanno lo scopo di garantire un sicuro rientro a casa o l'integrazione necessaria al proseguimento delle cure.

La dimissione è dunque una fase complessa dell'intero processo di ricovero del paziente in U.O non meno importante della fase diagnostico-terapeutica che permette all'assistito il superamento della fase acuta.

E' bene quindi sottolineare come essa non può permanere un obiettivo di cui si viene a conoscenza solo al termine della dimissione stessa ,ma l'assistito , i caregivers e gli stessi operatori devono preparare l'evento della dimissione già dal ricovero.

Al momento della dimissione per la valutazione del rischio ci si può avvalere di alcuni strumenti come la scala BRASS,una scala di screening del rischio che può essere usata fin dall'inizio del ricovero, per identificare i pazienti che necessitano di un piano di dimissione; questo perché numerosi studi evidenziano come I fattori che caratterizzano le migliori pratiche sono la presa in carico precoce del paziente in via di dimissione, l'utilizzo di validi strumenti per l'identificazione del bisogno e la gestione del processo tramite applicativo informatico. Infatti, una dimissione protetta, che sia davvero tale, si realizza nel momento in cui il paziente, trasferito a casa dall'ospedale, può fare affidamento su un PAI dettagliato, con l'attivazione tempestiva di cure domiciliari, la fornitura di ausili e presidi medici, predisposti già prima del suo rientro al domicilio. Viceversa, vi sono unità operative ospedaliere che effettuano una presa in carico direttamente all'arrivo del paziente in pronto soccorso e che, in alcuni casi estremi, proseguono con il governo clinico anche dopo la dimissione, erogando addirittura servizi di ADI e cure palliative.

Un discorso a sé, ma sempre inerenti agli strumenti che possono permettere la riuscita di una buona continuità assistenziale lo merita l'utilizzo delle tecnologie.

Nonostante gli innumerevoli progressi raggiunti in questo ambito sono rare le esperienze di utilizzo di sistemi di telemedicina, mentre è del tutto assente il ricorso ad altre forme di tecno assistenza, ad esempio la domotica. A tal proposito, non va dimenticato che le cure territoriali, ed in particolare l'ADI, non sono destinate esclusivamente agli anziani ma sempre più coinvolgono pazienti giovani affetti, ad esempio, da malattie neurodegenerative, la cui assistenza è caratterizzata da un elevato impiego di presidi tecnologici, che richiedono maggiori investimenti economici, oltre che un'ulteriore professionalizzazione degli operatori.

Interessante è quanto approfondito da uno studio riportato su un articolo con il nome di : “ la continuità assistenziale : una visione orientata all'uso delle nuove tecnologie”.

Uno dei requisiti fondamentali della continuità assistenziale è sicuramente rappresentato dalla circolazione delle informazioni , intesa a evidenziare e risolvere problemi ed esigenze dell'utente.

Infatti ,acquisire conoscenza e notizie riguardo le persone e la loro attività è funzione chiave per una corretta continuità assistenziale.

Si sta sperimentando una possibile applicazione basata sull'utilizzo di una piattaforma intelligente, cioè una piattaforma dotata di agenti intelligenti.

Laddove come agente intelligente possiamo definire un programma computerizzato che funziona autonomamente, che percepisce l'ambiente circostante, che è in grado di funzionare ininterrottamente per lunghi periodi di tempo , che è capace di adattarsi ai cambiamenti e si comporta in maniera conforme alla situazione e agli obiettivi individuati.

In un ambiente complesso come quello della continuità assistenziale, per dare sostegno ad ogni attore è necessario utilizzare vari agenti intelligenti quali componenti dell'ambiente circostante capaci di dare supporto all'assistito, al caregiver, al medico, o di surrogare gli spazi e i modi abituali della quotidianità del paziente. Ogni

agente intelligente gestisce informazioni diverse e specifiche (parametri clinici, disponibilità del caregiver, indicazioni terapeutiche del medico, temperatura della casa) e possiede la capacità di comunicare con gli altri agenti (per esempio, può avvisare l'agente del caregiver riguardo la localizzazione dell'assistito e, in caso di necessità, può fare in modo che vengano applicate le indicazioni terapeutiche del medico). Questa sorta di programma potrebbe rivelarsi una carta vincente per molte situazioni che vedono anziani soli, persone con pluri patologie spesso senza un'adeguata rete di continuità assistenziale o semplicemente se andiamo a pensare al fatto che la continuità delle cure non andrebbe ricercata solo nel rapporto ospedale-territorio, ma anche all'interno delle reti dei servizi ospedalieri, tra le diverse Unità operative di base e tra queste e i livelli specialistici.

Occorrerebbe quindi controllare le interfacce tra le diverse parti del sistema, il che significherebbe porsi l'obiettivo di diminuire il fenomeno dell'“abbandono” del paziente (a se stesso e alla famiglia), non tanto puntando sulla tradizionale “presa in carico” (che sottintende un rapporto di dipendenza) ma sviluppando, invece, la “capacità dell'individuo di far fronte”: nel presupposto e con l'obiettivo di mantenere l'autonomia del singolo soggetto.

Ci sono forti evidenze sull'uso di piattaforme intelligenti come supporto per la facilitazione della comunicazione e il recupero dell'autonomia dei soggetti anziani o soli; inoltre il paziente può così essere assistito in base al suo profilo e alle sue necessità, rispettandone il più possibile l'individualità, anche mediante la valorizzazione delle sue capacità residue.

Ma nonostante le evidenze scientifiche mostrino oggi innumerevoli vantaggi nell'applicazione di tali “dispositivi” ci sono ancora molte le problematiche che emergono dalle esperienze di soggetti anziani che utilizzano sensori installati nel luogo di residenza; tuttavia, sembra che questa sia la strada da seguire per realizzare in un prossimo futuro dispositivi personalizzati, in grado di rispondere alle esigenze di una popolazione sempre più anziana. Uno strumento efficace per pervenire all'importante traguardo socio-sanitario di continuità assistenziale potrebbe essere appropriatamente costituito da una più ampia diffusione di piattaforme di Agenti Intelligenti.

Conclusioni

Con questo lavoro di revisione della letteratura internazionale riguardo l'infermiere di famiglia, ho voluto sottolineare l'importanza dell'istituzione di una figura che, come il medico di medicina generale, abbia un rapporto diretto con gli assistiti che scelgono il professionista sulla base di un rapporto di fiducia che deve essere creato, sviluppato e mantenuto. Introdurre la figura dell'infermiere di famiglia nell'ambulatorio di medicina generale, permette all'ambulatorio stesso di poter erogare prestazioni altrimenti non possibili. Con la presenza dell'Infermiere di famiglia è possibile effettuare prelievi ematici, rilevare le pressioni arteriose, effettuare medicazioni semplici e complesse, somministrare terapie iniettive (intramuscolari, endovenose e sottocutanee), fare un tracciato elettrocardiografico e molte altre attività.

Gli utenti si possono rivolgere all'ambulatorio, che in genere è situato vicino alle proprie abitazioni, con facilità, rivolgendosi a professionisti di fiducia e in un ambiente quasi sempre familiare. Rivolgendosi all'ambulatorio, come primo "step" in risposta ai propri bisogni di salute, gli utenti avranno una risposta sanitaria veloce, efficace ed efficiente, riducendo i costi per il SSN stesso, gestendo le cure in ambiente extra – ospedaliero, all'interno della propria famiglia e abitazione.

In Italia nel 2009 è nata l'Aifec (Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità) con l'obiettivo di promuovere e sviluppare i principi dell'assistenza sanitaria primaria basata sulla centralità del cittadino, l'ottimizzazione delle risorse economiche disponibili e la qualità degli interventi; un'associazione che mira a promuovere e incoraggiare gli infermieri che lavorano nell'assistenza primaria, nel sostenerli nell'attività di ricerca per l'evoluzione dell'assistenza sanitaria di base per l'individuo, per la famiglia e la Comunità.

L'associazione condivide il pensiero espresso più di cento anni fa da Florence Nightingale: "l'assistenza infermieristica basata sull'assegnazione, ad un singolo infermiere ben preparato, di un gruppo di pazienti in cui lo stesso si occupa complessivamente dei problemi relativi alla salute, all'igiene e fornisce supporto alla famiglia". Il percorso di collaborazione iniziato con le società scientifiche dei Medici di Medicina Generale, i colleghi professionali e i sindacati di categoria per presentare il ruolo senza generare paure e barriere, ci fa sperare che un vento di rinnovamento possa aprire nuovi sipari, consoni alla realtà attuale e allo sviluppo di un modello di cure primarie centrato sul benessere dei cittadini che riconosca il contributo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità in qualità di professionista sanitario che progetta, attua e valuta interventi di promozione, prevenzione, educazione e formazione; e come colui che si occupa dell'assistenza infermieristica all'individuo e alla collettività; sostiene interventi di ricerca, indagini epidemiologiche in comunità e in ambito familiare promuovendo azioni educative e preventive oltre che curative.

La visione che ho dell'infermiere di famiglia è quindi quella di un professionista della Salute che cooperi affiancando il medico nell'aiutare le famiglie che hanno bisogno di sostegno assistenziale educativo e riabilitativo.

Per concludere, mi pare auspicabile e doveroso che il SSN risponda alle nuove esigenze di integrazione socio – sanitaria in fatto di assistenza domiciliare attraverso un nuovo modello operativo che favorisca la crescita progressiva di Infermieri di famiglia \ di Comunità e che sia in grado di mobilitarne e svilupparne le risorse e le

opportunità indirizzandole al bene comune, non come semplice retorica , ma come ricerca di una migliore qualità di vita e di salute del singolo e della collettività.

BIBLIOGRAFIA

Libro : “infermiere di famiglia e di comunità: proposte di policy per un nuovo Welfare”.

Libro: “Trattato di Cure Infermieristiche” di Luisa Saiani e Anna Brugnoli

Libro: “Infermiere di Famiglia e di Comunità: proposte di Policy per un nuovo welfare. A cura di Gennaro Rocco, Silvia Marcadelli, Alessandro stievano, Costantino Cipolla.

<https://www.opitaranto.it/wp-content/uploads/ipasvita/rivista/2017/05/IPASVI-Aprile2017.pdf>.

http://www.sisip.it/download/9bisCN-IJPNS_2011_Supplement_1.pdf#page=34

<https://books.google.it/books?id=eNDZtAEACAAJ&dq=libri+infermiere+di+famiglia&hl=it&sa=X&ved=0ahUKEwiOoaeizKXlAhXLQEEAHV1mCA8Q6AEIKTAA>.

[.http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=688](http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=688).

<https://www.infermieristicamente.it/articolo/2190/infermiere-di-famiglia-chi-l-ha-visto/>.

<https://www.nurse24.it/specializzazioni/territorio-e-altro/infermiere-di-famiglia-il-futuro-dell-assistenza.html>

<http://www.fnopi.it/attualita/infermiere-di-famiglia-un-modello-evoluto-di-assistenza-sul-territorio-id2085.htm>.

<http://www.cespi-centrostudi.it/download/File/Sanimondo/Infermiere%20di%20famiglia%20-%20contesto%20-%20quadro%20concettuale%20e%20curriculum.pdf>

<https://www.istat.it/it/files/2018/12/C04.pdf>

<https://www.istat.it/it/files/2019/02/Report-Stime-indicatori-demografici.pdf>

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=72993

<https://www.asur.marche.it/documents/20182/441605/OdC+Loreto.pdf/716a9b1c-f3aa-4ba>.

<https://www.nurse24.it/images/allegati/delibera-toscana-infermiere-famiglia.pdf>

https://www.recentiproggressi.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=1459&id=16123

<http://www.fnopi.it/attualita/cronicita-non-autosufficienza-territorio-ora-in-toscana-c-e-l-infermiere-di-famiglia-e-di-comunita-id2405.htm>

<https://www.sanitainformazione.it/salute/infermiere-di-famiglia-aceti-fnopi-figura-centrale-per-presenza-in-carico-delle-cronicita-diventera-strutturale-in-prossimo-patto-per-la-salute>.

Ringraziamenti

A conclusione di questo mio elaborato , desidero menzionare tutte quelle persone , senza le quali questo lavoro non sarebbe stato possibile.

Ringrazio la mia relatrice Annamaria Frascati, che in questi mesi di lavoro, ha saputo guidarmi, con suggerimenti pratici, nelle ricerche e nella stesura dell'elaborato.

Ringrazio di cuore la mia famiglia .Grazie per avermi sempre sostenuta e per avermi permesso di portare a termine gli studi universitari.

Un ringraziamento particolare va alla mia Mamma che con il suo dolce e instancabile sostegno ,mi ha permesso di arrivare fin qui davanti a voi oggi, contribuendo alla mia formazione personale.

Infine, vorrei dedicare questo piccolo traguardo a me stessa , con l'augurio che possa essere l'inizio di una lunga e brillante carriera professionale.