



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

Presidente: Prof. Antonio Azara

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA
E DI COMUNITA'

**Analisi del modello di assistenza primaria spagnolo
e confronto con la regione Sardegna**

RELATORE:

Prof.ssa MARIA DOMENICA PIGA

CORRELATORE:

Dott. ALESSANDRO NASONE

Tesi di Laurea di:
FRANCESCA LUZZU

ANNO ACCADEMICO 2015-2016

“Secondo me la missione delle cure infermieristiche in definitiva è quella di curare il malato a casa sua (...) intravedo la sparizione di tutti gli ospedali e di tutti gli ospizi. (...) ma a che cosa serve parlare ora dell’anno 2000?”

Florence Nightingale, Pasqua 1889

INDICE

INTRODUZIONE	pag.4
CAPITOLO 1	
L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ: CONTESTO	
EUROPEO	pag.6
CAPITOLO 2	
SISTEMA SANITARIO SPAGNOLO.....	pag.9
2.1 Cronologia evolutiva del servizio di Attenzione Primaria.....	pag.9
2.2 Organizzazione territoriale.....	pag.11
2.3 Equipe del Centro di Salute.....	pag.14
2.4 Ruolo dell'infermiere.....	pag.15
2.5 Libera elezione dell'infermiere di Famiglia.....	pag.25
2.6 Attività assistenziali nel Centro di Salute e a domicilio.....	pag.27
CAPITOLO 3	
SISTEMA SANITARIO ITALIANO.....	pag.30
3.1 Attenzione primaria in Italia, riferimenti normativi.....	pag.30
CAPITOLO 4	
SITUAZIONE IN SARDEGNA.....	pag.33
4.1 Visione globale del servizio di Cure Primarie.....	pag.33
4.2 Servizio A.D.I., Assistenza Domiciliare Integrata.....	pag.34
4.3 Riforma territoriale Regione Sardegna.....	pag.39
4.4 Le Case della Salute, un passo verso il modello spagnolo.....	pag.42
4.5 Introduzione dell'Infermiere di Famiglia nella realtà sarda:	
il parere dei MMG.....	pag.44
CONCLUSIONI	pag.52
ALLEGATI	pag.55
BIBLIOGRAFIA	pag.58
SITOGRAFIA	pag.60

INTRODUZIONE

In questi anni la professione infermieristica ha acquisito maggiore autonomia ed è fondamentale il ruolo che svolge non solo all'interno del contesto ospedaliero, ma anche a livello territoriale.

Ed è proprio nel contesto delle Cure Primarie, associato alla politica "Salute per tutti" perseguita dall'OMS, che si sta imponendo in numerosi Paesi Europei una nuova figura professionale: l'Infermiere di Famiglia.

Questa figura offre un significativo contributo nella promozione e tutela dello stato di salute della popolazione lungo tutto l'arco della vita: con il loro lavoro, gli Infermieri di Famiglia sono in grado di individuare precocemente l'insorgenza di problemi di salute, garantendo la cura sin dal loro insorgere; facilitano inoltre le dimissioni precoci dei pazienti dalle diverse strutture sanitarie (ospedali o luoghi di convalescenza), reinserendo tempestivamente l'individuo nel suo contesto naturale: la propria dimora.

Il mio lavoro nasce da un'esperienza semestrale svolta in Spagna dove ho avuto la possibilità di conoscere l'organizzazione del Sistema Sanitario Spagnolo e il ruolo che l'infermiere ha in questo paese, all'interno dei *Centros de Salud*.

Ho voluto approfondire questo argomento, per poi realizzare un confronto con la realtà della Regione Sardegna, in cui l'introduzione dell'Infermiere di Famiglia, accompagnato da una riforma a livello territoriale, rappresenterebbe un'importante risorsa per la popolazione sarda.

L'ultimo Capitolo è dedicato all'analisi della realtà delle Cure Primarie in Sardegna, dei servizi offerti e delle riforme previste per il territorio, ma soprattutto è dedicato all'analisi dei bisogni del cittadino, attraverso un'indagine che ho condotto su un campione di 51 Medici di Medicina Generale della città di Sassari.

Tramite colloquio orale, con compilazione finale di un questionario, ho voluto indagare sulle necessità quotidiane del paziente e sulla predisposizione del medico ad una futura collaborazione con l’Infermiere di Famiglia.

Lo scopo di questo mio lavoro è quello di far conoscere il modello spagnolo di Assistenza Primaria e fare in modo che il confronto tra queste due realtà, sia occasione di riflessione su possibili miglioramenti per il territorio della Sardegna.

CAPITOLO 1

INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ: CONTESTO EUROPEO

La salute dei cittadini rappresenta da sempre uno tra i principali obiettivi per i governi dei vari paesi, nel mondo; i sistemi sanitari pubblici dei paesi occidentali, negli ultimi decenni, sono orientati verso il miglioramento dei servizi territoriali, tra cui l'assistenza domiciliare e di comunità.

Il quadro politico del 1998 “Salute 21-Salute per tutti nel XXI secolo” è stato il punto di partenza per l'attività dell'OMS, con l'obiettivo primo di raggiungere “il pieno potenziale di salute per tutti”, promuovendo la salute lungo tutta la vita e riducendo l'incidenza delle principali malattie.

Sono stati individuati durante la 51esima Assemblea Mondiale della Sanità, tenutasi nel maggio 1998, *ventuno obiettivi per la Salute per tutti* (HFA-HEALTH FOR ALL), che si basano su tre valori:

- La salute come diritto umano fondamentale
- L'equità in salute e la solidarietà in atto tra paesi, gruppi di persone all'interno dello stesso Paese e tra i generi
- La partecipazione e la responsabilità tra individui, gruppi e comunità di istituzioni, organizzazioni e settori nello sviluppo sanitario.

In tale documento si porta all'attenzione la necessità di migliorare sia la qualità, sia il rapporto costo-beneficio dei sistemi sanitari dei diversi paesi dell'Unione Europea. Per fare ciò, l'attenzione dei governi è rivolta sempre più al miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria di primo livello.

In questo contesto si inserisce perfettamente la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità.

L'Infermiere di Famiglia:

"aiuterà gli individui e le famiglie ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, o nei momenti di stress, trascorrendo buona parte del loro tempo a lavorare a domicilio dei pazienti e con le loro famiglie. Attraverso la diagnosi precoce, essi possono garantire che i problemi sanitari delle famiglie siano curati in uno stadio precoce. Con la loro conoscenza della salute pubblica, delle tematiche sociali e degli altri servizi sociali, possono identificare gli effetti dei fattori socioeconomici sulla salute della famiglia ed indirizzare quest'ultima alle strutture più adatte. Possono facilitare le dimissioni precoci dagli ospedali fornendo assistenza infermieristica a domicilio ed agire da tramite tra la famiglia ed il medico di base, sostituendosi a quest'ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico."¹.

Per comprendere il ruolo dell'Infermiere di Famiglia è fondamentale analizzare il concetto di famiglia, descritta dall'OMS non solo 'unità di base della società', ma insieme di persone facenti parte della comunità e il loro ambiente, sia esso casa, luogo di lavoro, scuola.

Da questo possiamo comprendere come il ruolo dell'Infermiere di Famiglia non sia solo quello di prendersi cura della persona e dei suoi bisogni, ma anche dell'ambiente e dei luoghi in cui egli quotidianamente vive. Ricordiamo a questo proposito il concetto di salute, definito dall'OMS nel 1948: *La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto in un'assenza di malattia o di infermità.*" La salute viene perciò vista come un equilibrio che si mantiene tra i vari sistemi, cioè tra famiglia/individuo e l'ambiente. Questi sistemi mutano continuamente e si sviluppano nel tempo, non sono mai statici.

¹Health 21: La salute per tutti nel 21° secolo, dichiarazione della sanità mondiale nella 51
Assemblea Mondiale della Sanità, maggio 1998.

L'obiettivo dell'intervento dell'Infermiere di Famiglia è quello di mantenere e, se possibile nel tempo, migliorare lo stato di salute della famiglia, aiutandola ad evitare le minacce per la salute.

La figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità va a colmare quel vuoto in cui i cittadini, dopo aver ricevuto diagnosi e cura della propria malattia, si ritrovano soli ad affrontarne la gestione.

Inserire l'Infermiere di Famiglia e di Comunità accanto al Medico di Medicina Generale, può essere determinante per facilitare ulteriormente l'accesso al SSN, ma è fondamentale che il ruolo di tale figura sia ben definito e compreso a pieno, che sia garantita un'adeguata formazione post-laurea e vi sia al contempo una forte motivazione personale.

Nella realtà italiana questa figura non è stata ancora percepita in tutta la sua potenzialità, vi è infatti un atteggiamento di diffidenza nei confronti dell'alta autonomia che questo professionista risulta avere, e per la centralità che il MMG ha all'interno del nostro Sistema Sanitario.

CAPITOLO 2

SISTEMA SANITARIO SPAGNOLO

2.1 Cronologia evolutiva del servizio di Attenzione Primaria

Il Sistema Sanitario Spagnolo, originariamente di tipo Bismarck e basato dunque su un sistema di assicurazioni sociali, inizia – dopo l’istituzione del Ministero della Sanità (INSALUD) e dell’entrata in vigore della Costituzione Spagnola nel 1978 – una radicale transizione verso un modello di tipo Beveridge (modello secondo cui le risorse, ottenute ricorrendo alla fiscalità generale, vengono orientate a rispondere alle condizioni di maggior bisogno, indipendentemente dalle capacità economiche e contributive dei singoli).

L’articolo 43 della Costituzione Spagnola stabilisce che: “È competenza dei poteri pubblici l’organizzazione e la tutela della salute pubblica con le misure preventive e con le prestazioni e i servizi che siano necessari.”

A partire dall'anno 1981 si inizia un processo di decentralizzazione delle competenze sanitarie, dallo Stato alle diverse Comunità Autonome.

Nel 1986, con l’approvazione della Legge Generale della Sanità, viene creato il sistema Nazionale di Salute definito come “l’insieme dei servizi di salute dell’amministrazione dello Stato e dei servizi di salute delle Comunità Autonome convenientemente coordinate”.

Ogni Comunità Autonoma possiede dunque un *Servicio de Salud* che è la struttura amministrativa e di gestione che integra tutte le strutture e i servizi della comunità, i governi comunali e tutte le altre amministrazioni territoriali intra-comunitarie.

Nel 1984 si inizia un processo di riforma dell'assistenza primaria, con la promulgazione del Real Decreto (01/02/1984), nel quale viene definita la divisione territoriale in Zone Basiche, ciascuna gestita da un Centro di Salute e un'equipe di Attenzione Primaria.

Il 25 Aprile 1986 viene promulgata la Legge Generale della Sanità, che contiene le disposizioni base per l'orientamento strategico e organizzativo del Sistema Sanitario Spagnolo.

Per riassumere: il Sistema Sanitario spagnolo si basa sui servizi erogati dalle diverse Comunità Autonome, coordinate a livello nazionale dal Ministero della Sanità, e le caratteristiche principali di questo sistema sono:

- copertura universale senza alcun tipo di discriminazione tra i cittadini
- finanziamento pubblico, attraverso le tasse
- gratuità delle prestazioni
- decentralizzazione del servizio, ma coordinamento statale
- garanzia di qualità delle prestazioni erogate
- garanzia di promozione continua della salute e prevenzione di infermità
- partecipazione comunitaria
- organizzazione territoriale in Aree di Salute e Zone Basiche

2.2 Organizzazione territoriale

In Spagna la Atención Primaria de Salud (APS), è un punto focale del Sistema Sanitario e ha un'organizzazione complessa. Essa viene definita e regolata nella Costituzione Spagnola e nella Legge Generale della Sanità (LOPS). Il modello adottato si articola attraverso le diverse Comunità Autonome, in cui vi è una copertura totale del territorio grazie alla forma: **Area di Salute, Zona Basica e Centro di Salute**.

Area di Salute

La legge generale della sanità (LOPS) nell'articolo 56, definisce le aree di salute.

- ❖ “Le Comunità Autonome delimiteranno e costituiranno nel territorio demarcazioni denominate aree di salute, tenendo conto i principi basilici di questa legge, per organizzare un Sistema Sanitario coordinato e integrale”
- ❖ “Le aree di salute sono le strutture fondamentali del Sistema Sanitario, responsabili della gestione unitaria dei centri delle Comunità Autonome”.
- ❖ Le Aree di Salute dispongono di un organo 'di gestione', il Consiglio Direttivo dell'Area e di un organo 'di partecipazione' nel quale sono presenti anche i rappresentanti della Comunità Autonoma.
- ❖ Le Aree di Salute vengono delimitate tenendo conto di fattori geografici, socioeconomici, demografici, epidemiologici, culturali, climatici e soprattutto delle strutture sanitarie presenti sul territorio.
- ❖ Come regola generale, l'Area di Salute offrirà il suo servizio a un numero non inferiore ai 200.000 abitanti e non superiore ai 250.000.

Le competenze delle aree di salute sono:

- nell'ambito dell'Attenzione Primaria, con la presa in carico dell'individuo della famiglia e della comunità, attuando programmi di prevenzione, cura, riabilitazione, da parte delle equipe dei professionisti sanitari;
- a livello dell'Attenzione Specializzata, i cui luoghi di riferimento sono gli ospedali e dove vengono gestite situazioni di maggiore complessità.

Zona Basica

È la zona di competenza di ogni equipe di Attenzione Primaria, che prende in carico la popolazione compresa in tale territorio.

Nella suddivisione territoriale sono presi in considerazione i seguenti fattori:

- il tempo massimo affinché il servizio di primo soccorso arrivi in ogni parte della zona delimitata;
- il grado di concentrazione della popolazione nell'area;
- le caratteristiche epidemiologiche della zona;
- le risorse della zona (strutture sanitarie, mezzi di soccorso).

Centro di Salute

Costituisce la struttura fisica e funzionale dove si svolgono le attività sanitarie di Attenzione Primaria. Ogni Centro prende in carico da 5.000 a 25.000 abitanti.

“I Centri di Salute svolgono attraverso il lavoro dell'equipe attività destinate alla promozione, prevenzione, riabilitazione della salute tanto individuale, quanto collettiva, degli abitanti della Zona Basica”. (Articolo 65, Ley General de Sanidad).

L'Articolo 66 de la Ley General de Sanidad sancisce le funzioni del Centro di Salute:

- struttura fisica di consulta e servizi assistenziali;
- luogo di raccolta delle risorse materiali, che garantiscono un'assistenza di qualità;
- centro riunioni per la comunità e i professionisti sanitari

AREA DI SALUTE	ZONA BASICA	CENTRO DI SALUTE
Struttura fondamentale del Sistema Sanitario	Struttura basica territoriale dell'Attenzione Primaria	Struttura fisica e funzionale di ciascuna Zona Basica, nella quale viene prestata l'assistenza sanitaria
Ciascuna comprende intorno ai 250.000 abitanti	La popolazione oscilla tra i 5.000 e i 25.000 abitanti, tra zona urbana e zona rurale	
Responsabile delle prestazioni sanitarie sia dei Centri di Salute, che ospedaliere, e dei programmi sanitari		
Responsabile della gestione unitaria dei centri		

Tab.1 Organizzazione dell'Attenzione Primaria nel territorio spagnolo

2.3 Equipe del Centro di Salute

L'allora presidente dell'OMS, il Dr. Mahler, definì nel 1974 l'equipe di Attenzione Primaria: “se desideriamo un sistema che sia accessibile a tutti i membri della comunità, il cui interesse sia rivolto alla promozione della salute della comunità e le cui decisioni siano adottate a favore della comunità, il medico dovrà essere solo uno dei membri di un gruppo in cui ogni professionista svolge la propria funzione, per la quale è adeguatamente preparato e formato”.

Affinché l'equipe sia efficiente è necessaria la coordinazione dei diversi professionisti, la pianificazione degli interventi, con conseguente esecuzione e valutazione finale e infine, l'imprescindibile partecipazione attiva del paziente al processo assistenziale.

Secondo la legislazione spagnola, le persone responsabili dell'equipe devono essere:

- Il coordinatore del Centro di Attenzione Primaria, responsabile funzionale e ufficiale, che si assicura del corretto funzionamento delle attività e la partecipazione attiva di tutti i membri dell'equipe
- Il responsabile infermieristico, il cui compito è la gestione delle risorse materiali e del personale infermieristico

NUCLEO BASE DELL'EQUIPE	SPECIALISTI DELL'EQUIPE
Medici	Odontoiatri
Infermieri	Psicologi
Personale ausiliario polivalente	Ostetriche e ginecologi
Tecnici (non sanitari)	Tecnici di laboratorio
Amministrativi	Radiologi
	Farmacisti

Tab.2 Membri dell'equipe, all'interno dei Centri di Salute.

2.4 Ruolo dell'infermiere

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità in Spagna ha un ruolo rilevante all'interno dell'equipe di Attenzione Primaria, prima porta di accesso per i singoli, le famiglie e la comunità al Sistema Sanitario Nazionale.

L'assistenza a livello di Attenzione Primaria può essere definita come la coordinazione dei servizi che aiutano le persone dipendenti (non autosufficienti) o in situazioni di vulnerabilità (che attualmente sono rappresentate dagli anziani fragili e da tutte quelle persone affette da patologie cronico-degenerative) garantendo un'assistenza di qualità, con costi limitati.

L'infermiere è la figura che accompagna il cittadino durante il suo percorso all'interno del sistema sanitario, fungendo da mediatore, con il fine primo di garantire il suo diritto, non solo alla salute, ma anche alla libera scelta delle prestazioni che gli vengono adeguatamente proposte. È la persona più vicina al paziente e alla famiglia, che con le sue conoscenze e competenze è capace di attuare un'adeguata informazione, assistenza e supporto al paziente.

All'interno dell'Equipe di Attenzione Primaria, l'infermiere ha un ruolo strategico: pianifica e coordina la globalità dell'assistenza che viene prestata al cittadino, garantendo un alto livello di qualità delle prestazioni erogate. Le competenze dell'infermiere si integrano perfettamente con le funzioni dell'Equipe di Attenzione Primaria, che si incentrano sul paziente, in senso olistico.

Egli presta il suo servizio di consulta nel Centro di Salute, al domicilio del paziente e all'interno della comunità.

La consulta infermieristica può essere su richiesta o programmata:

- la consulta su richiesta viene eseguita senza appuntamento e secondo le necessità momentanee del paziente;
- la consulta programmata si realizza su appuntamento, ovvero la visita da parte dell'infermiere si realizza periodicamente, o su richiesta del paziente.

Negli ultimi decenni in Spagna vi sono stati grandi cambiamenti nel campo dell'attenzione rivolta ai cittadini. Questo è dovuto a:

- il progresso disciplinare e scientifico della figura dell'Infermiere di Comunità;
- l'incorporazione nella pratica clinica diaria della metodologia NANDA, NIC, NOC che permettono, insieme alla valutazione dei patroni di salute, di avere una visione globale del paziente e delle sue necessità a livello assistenziale.

È necessario considerare il cambio a livello socio-demografico della popolazione a cui l'assistenza primaria è destinata, ovvero:

- l'aumento dell'età media, che inevitabilmente porta con sé l'aumento della prevalenza sul territorio di malattie cronico-degenerative,
- pazienti in fase terminale che hanno necessità di cure palliative e di un'assistenza domiciliare attenta e presente,
- aumento dei problemi socio-culturali legati all'integrazione degli extra-comunitari,
- l'aumento negli ultimi anni di patologie che riguardano la sfera psichica (attacchi di panico, depressione, stress).

Il ruolo dell'infermiere è quello di garantire, utilizzando la metodologia infermieristica e i piani di assistenza adeguati, il maggior grado di autosufficienza del paziente, cercando di compensare la mancanza di essa.

Tutte le azioni del personale sanitario di attenzione primaria sono perciò orientate a mantenere o ripristinare la salute e il benessere della persona.

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità si fa garante del benessere completo della persona, attraverso diverse azioni:

- aiutare il paziente a raggiungere il massimo livello di autosufficienza;
- aiutare la persona a superare i suoi limiti e responsabilizzarlo nella cura di sé e della propria persona;
- supervisionare le azioni di assistenza, per garantire la sicurezza;
- sostituire il paziente, finché egli non avrà riacquisito completamente la propria autosufficienza;
- accompagnare il paziente lungo tutto il processo di cura, con eventuali cure palliative per garantirne un percorso di fine vita più dignitoso possibile.

Il Real Decreto 63/1995 “Ordinamento delle Prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale”, specifica che l'assistenza infermieristica deve realizzarsi attraverso tre tipi di interventi, che sono:

- ❖ CLINICO ASSISTENZIALI: promozione della salute, prevenzione e riabilitazione

Attenzione diretta nel Centro di Salute o nel domicilio del paziente

- CONSULENZA/VISITA “A DOMANDA”
- CONSULENZA/VISITA PROGRAMMATA
- URGENZA (in orario di visita, fuori dall’orario di visita nei PACS²)

Educazione per la Salute dei Gruppi

Partecipazione all’interno della comunità

Gestione dei casi (case management)

- ❖ FORMAZIONE DEL PERSONALE

Laurea, post laurea e formazione continuata

- ❖ INVESTIGAZIONE

²Punto di attenzione continuata

❖ CLINICO ASSISTENZIALI

Attenzione diretta nel Centro di Salute e nel domicilio del paziente

Esistono principalmente quattro aspetti che caratterizzando la consulta infermieristica:

- Viene realizzato da un infermiere.
- Il servizio è destinato sia a popolazione sana con attività mirate alla prevenzione primaria e a quella secondaria, sia a popolazione con patologie, più o meno complesse e avanzate.
- Permette un contatto diretto con gli utenti.
- Utilizza la cartella clinica informatizzata del paziente come sistema di registrazione e monitoraggio della storia clinica.
- Secondo la necessità del paziente e la sua richiesta, si garantisce una consulenza infermieristica che può essere su richiesta oppure programmata, all'interno del Centro di Salute o nel domicilio del paziente. Bisogna tenere conto dello sviluppo tecnologico degli ultimi decenni e quindi della possibilità di una consulenza telefonica o attraverso una casella di posta elettronica, aprendo le porte a un ulteriore livello di accesso diretto alla sanità.

Le prestazioni del Centro di Salute vengono offerte da un'equipe multidisciplinare che prende in carico il paziente nella sua totalità, quindi a livello olistico.

Per *Servizio de Enfermeria*, si intende il servizio prestato ai cittadini con il fine di potenziare l'autosufficienza o intervenire laddove essa venga a mancare, e nel quale l'infermiere agisce come professionista di riferimento.

Il servizio infermieristico viene garantito attraverso interventi che includono una serie di attività, in cui il professionista utilizza il giudizio clinico e il piano di assistenza infermieristica.

L'offerta di servizi infermieristici viene classificata secondo le necessità del paziente, tenendo conto che tale lista è una lista aperta e dinamica, sempre in continua evoluzione, che non vuole essere un elenco di prestazioni, ma una linea guida attraverso la quale le azioni dell'infermiere di Attenzione Primaria vengono orientate.

- **ATTIVITÀ DI PREVENZIONE**

Possono essere realizzate in collaborazione con l'equipe di attenzione primaria o con altri professionisti della salute.

- **DEFICIT DI AUTOSUFFICIENZA**

L'infermiere attua interventi nel campo di sua competenza, non solo agendo sul problema direttamente e quindi soddisfacendo i bisogni primari del paziente, ma anche intervenendo in senso educativo sul paziente e sulla famiglia, facendo sì che questo deficit momentaneo non diventi un problema insormontabile per la persona e per i familiari.

- **PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO**

L'infermiere è responsabile del proprio campo di competenza e collabora con altri professionisti per garantire al paziente un recupero totale delle funzioni perse.

Educazione per la salute dei gruppi

L'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), durante la Conferenza di Ottawa del 1986, definisce la promozione della salute come:

È il processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute e migliorarlo. Questo modo di procedere deriva da un concetto che definisce la salute come la misura in cui un gruppo o un individuo possono, da un lato, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri bisogni e dall'altro, evolversi con l'ambiente o adattarsi a questo.

La salute è dunque percepita come risorsa della vita quotidiana e non come il fine della vita: è un concetto positivo che mette in valore le risorse sociali e individuali, come le capacità fisiche. Così, la promozione della salute non è legata soltanto al settore sanitario: supera gli stili di vita per mirare al benessere!"

È sulla base di questa definizione che in Spagna è stato orientato il lavoro all'interno della comunità, dell'infermiere. Egli infatti fa molto di più che informare, egli educa il cittadino senza obbligarlo, persuaderlo o imporre trattamenti, facendo in modo che ogni persona apprenda dalle proprie esperienze e agisca in base alle proprie credenze, attitudini, valori e capacità, che l'infermiere sarà in grado di potenziare adeguatamente.

L'infermiere quindi ha il compito di promuovere il benessere e la salute dei cittadini, e lo fa attraverso interventi diretti principalmente alla prevenzione o al cambiamento dello stile di vita.

Gli interventi che attua sono:

- interventi per rinforzare o evitare condotte non appropriate e nocive per la salute (consumo di alcolici, sostanze stupefacenti);
- interventi per migliorare il grado di apprendimento o il funzionamento cognitivo (esercizi finalizzati a migliorare le capacità di memorizzazione e apprendimento)
- interventi per potenziare la comunicazione (ascolto attivo degli altri, potenziamento della socializzazione)
- interventi per aiutare ad affrontare situazioni difficili (sostegno emozionale in caso di lutto, aborto, traumi, potenziamento dell'autostima)
- interventi per rinforzare il benessere psicologico (diminuzione dello stato d'ansia, tecniche di distrazione e rilassamento).

Tutti gli interventi destinati alla salute del gruppo e della comunità devono essere adeguatamente pianificati e realizzati da un'equipe di professionisti che non comprende solo gli infermieri, ma anche medici, fisioterapisti, psicologi, ostetriche, igienisti dentali, ecc.

Partecipazione all'interno della comunità

In Spagna per Attenzione Comunitaria si intende l'assistenza che il professionista sanitario, in questo caso l'infermiere, garantisce, partecipando attivamente nelle strutture pubbliche e in ambito comunitario con programmi volti alla promozione e all'educazione sanitaria.

Queste attività includono:

- analisi e pianificazione di programmi, azioni e attività relative alla salute della comunità;
- collaborazione con le diverse amministrazioni territoriali, gruppi sociali e collettivi;
- valutazione dei progressi effettuati e miglioramento degli interventi.

Per fare in modo che l'assistenza e gli interventi educativi prestati sul territorio siano attuati correttamente è necessario che l'infermiere conosca le caratteristiche della popolazione alla quale presta servizio, valuti le priorità di intervento, stimoli la partecipazione della comunità e cerchi di operare all'interno di essa, senza far allontanare i cittadini dalla loro quotidianità.

In questo campo l'intervento su cui ci si concentra di più, vista la criticità dell'età dei cittadini cui ci si rivolge, è quello effettuato all'interno delle scuole, attuata in collaborazione con i docenti. Questa collaborazione viene effettuata o nelle scuole o nei Centri di Salute, dove i ragazzi vengono invitati, per parlare di temi importanti che riguardano la salute e la prevenzione, che soprattutto nell'adolescenza, devono essere affrontati con particolare attenzione.

In questo si ricorda il ruolo dei genitori, figure di appoggio e di rinforzo fondamentali, che accompagnano i figli nel percorso di formazione e di educazione sanitaria attuata dall'equipe di Attenzione Primaria.

I principali temi verso cui si orientano gli interventi sono:

- igiene personale
- salute dentaria
- relazioni personali e umane
- educazione alimentare
- sicurezza e prevenzione degli incidenti
- educazione sessuale e prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili
- uso/abuso di alcol e di sostanze stupefacenti

Gestione dei casi (Care Management)

Come descritto in precedenza, l'infermiere all'interno del servizio sanitario spagnolo ha un ruolo fondamentale, ovvero è colui che accompagna il paziente lungo tutto il percorso di cura e assistenza che si trova ad affrontare, dal momento dell'entrata nella struttura di Attenzione Primaria, al momento della dimissione dall'ospedale e all'eventuale domiciliarizzazione.

Si caratterizza quindi per essere il 'gestore' del caso, ovvero è colui che pianifica e coordina la globalità delle prestazioni di cui il paziente necessita e coordina anche l'equipe, garantendo un'assistenza di qualità. Il piano assistenziale infermieristico viene stilato soprattutto per quanto riguarda l'attività a domicilio, di cui l'infermiere è il principale responsabile, il team leader dell'equipe di cui fa parte.

❖ FORMAZIONE DEL PERSONALE

In Spagna la formazione ha un riconoscimento importante e un ruolo fondamentale all'interno dell'organizzazione sanitaria e si configura come fattore importante al fine di garantire un'assistenza di qualità ai cittadini. La necessità che il personale sia adeguatamente formato, è ben espressa anche in campo legislativo:

- Real Decreto 137/84
- LOPS (Ordinamento Professioni Sanitarie)
- Ley General de Sanidad, con l'articolo 104 e 105 definisce il ruolo dell'amministrazione pubblica, affinché nel piano sanitario siano comprese tutte quelle attività di formazione del personale

La formazione include tre aspetti importanti:

- FORMAZIONE UNIVERSITARIA, della durata di quattro anni, viene impartita sia in università pubbliche, che private.
- FORMAZIONE POSTGRADO, attraverso 2 anni di specializzazione o Master I livello in Infermieristica di Comunità.
- FORMAZIONE CONTINUATA.

❖ INVESTIGAZIONE

La formazione continuata del personale si integra con approfondimenti in campo sanitario, di ricerca e investigazione, coordinata con altri membri dell'equipe. Gli oggetti dello studio sono orientati alla promozione della salute, ai sistemi di prevenzione da adottare per la sicurezza del personale sul luogo di lavoro, monitoraggio adeguato delle patologie croniche e in particolare analisi dei protocolli e delle procedure adottati nelle diverse unità operative e possibili miglioramenti da applicare. Lo studio da parte degli infermieri deve sempre rispettare i principi dell'*Evidence Based Nursing*, in modo che ogni studio sia orientato a migliorare la qualità della prestazione infermieristica.

2.5 Libera elezione dell'Infermiere di Famiglia

Lo sviluppo dei servizi di Attenzione Primaria e la progressiva apertura dei Centri di Salute in tutto il territorio spagnolo hanno permesso di migliorare negli anni la qualità dell'assistenza, migliorando quindi anche l'assistenza prestata dal personale infermieristico.

Questo miglioramento è dato soprattutto dalla relazione sempre più stretta e personalizzata tra infermiere e paziente, con maggior tempo a disposizione tra i due.

Questa condizione è favorita dal diritto dell'utente alla **LIBERA ELEZIONE DELL'INFERMIERE/A** espressa nella Legge Generale di Sanità del 25 Aprile 1986, in particolare nell'articolo 10.13.

Nella legge è possibile individuare i seguenti punti:

- a ogni famiglia verrà assegnato un infermiere/a;
- per garantire la continuità assistenziale tra medico e infermiere, i pazienti verranno assegnati secondo criteri ben precisi, in modo tale da garantire la corrispondenza tra i due professionisti;
- a tutti i cittadini verrà fornito un documento dove risulti il nome e il codice (CIAS) dell'infermiere corrispondente;
- nel momento in cui il cittadino verrà assegnato all'infermiere, riceverà anche un documento con cui avrà la possibilità di cambiare l'infermiere;
- nel sistema informatizzato compariranno per ogni infermiere, i nomi dei pazienti a lui assegnati.

Nel documento Salute 21, firmato da numerosi Stati Europei nel maggio 1998, durante la 51esima Assemblea Mondiale della Sanità, proposta dall'OMS, in particolare nel Capitolo 6.2.2 viene individuato come un diritto fondamentale del cittadino, la libera scelta del medico e dell'infermiere che lo assisterà nella quotidianità.

Il cittadino potrà eleggere l'infermiere tra tutti quelli che esercitano nella Zona Basica nella quale la persona risiede, questo diritto potrà essere esercitato in qualunque momento, senza che sia necessaria alcun tipo di giustificazione, nel caso di richiesta di cambio; la scelta può naturalmente essere preceduta da un colloquio tra l'infermiere prescelto e il paziente.

L'infermiere potrà rifiutare la richiesta del paziente solo nei seguenti casi:

- qualora il numero di pazienti presi in carico superi la soglia massima stabilita;
- quando la persona non appartiene alla Zona Basica dove l'infermiere esercita;
- se la persona ha più di 75 anni o meno di 3 (pazienti in età critica).

Il numero massimo di pazienti che vengono presi in carico dal singolo infermiere varia a seconda dell'estensione della Zona Basica, ovvero l'infermiere può prendere in carico fino al 20% degli abitanti della Zona Basica, sempre che la qualità dell'assistenza venga mantenuta.

2.6 Attività assistenziali nel Centro Di Salute e a domicilio

Dati ufficiali relativi all'anno 2014 pubblicati dal Ministero della Sanità, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación – Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

NUMERO DI CONSULENZE EFFETTUATE*

MEDICINA 239,8 milioni	INFERMIERISTICA 131,2 milioni
Medico di Famiglia: 206,8 milioni	
Pediatra: 33 milioni	

*i dati si riferiscono a tutte le consulte effettuate nell'anno 2014, tanto nel Centro di Salute, come a domicilio.

VISITE A DOMICILIO

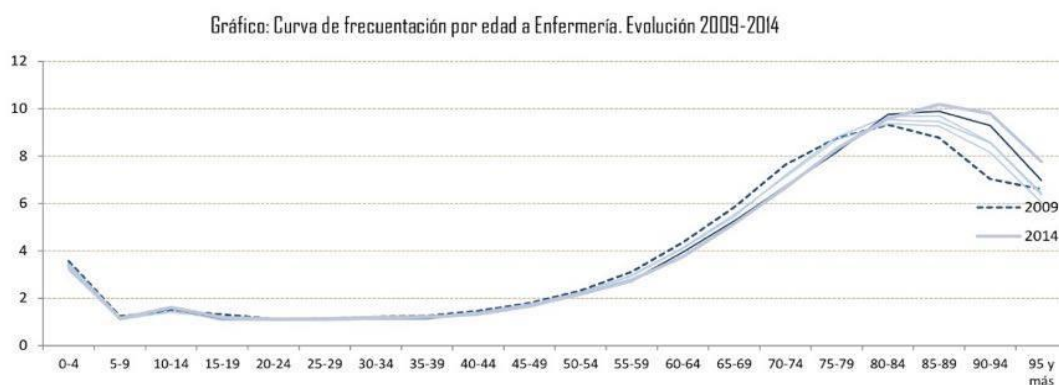
MEDICO	INFERMIERE
3,5 milioni	10,4 milioni

Dall'analisi dei dati possiamo sottolineare che in Spagna gran parte del servizio di attenzione primaria sia gestito dall'infermiere, che con le sue ampie competenze assistenziali, è in grado di gestire il paziente a domicilio, come nel proprio ambulatorio all'interno del Centro di Salute.

Ulteriori dati a favore di questa tesi sono quelli riguardanti la frequenza (n° visite medie/anno) con cui i pazienti si rivolgono ai servizi di medicina o all'Infermiere di Famiglia.

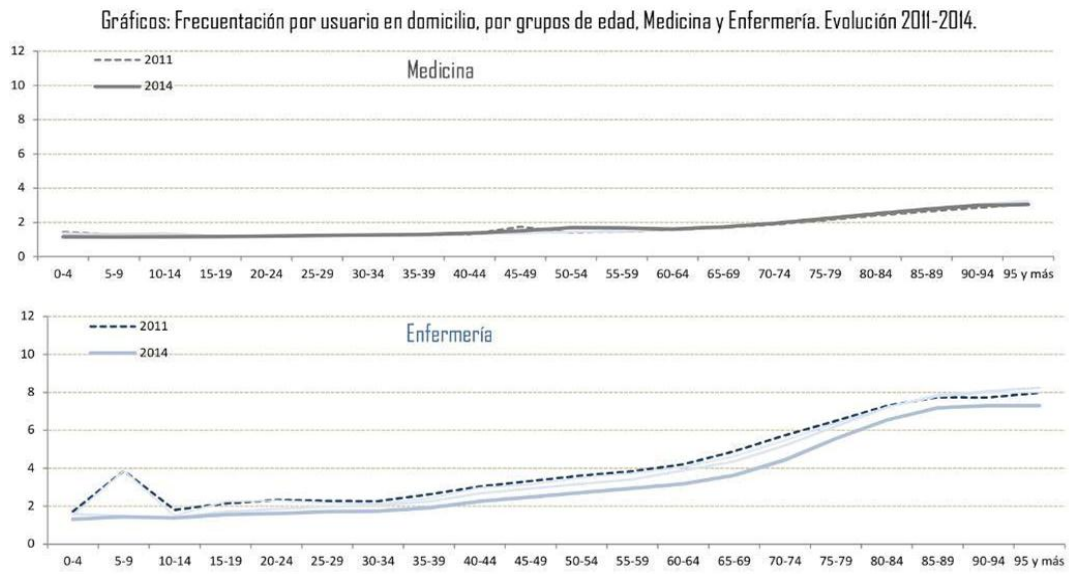
CENTRO DI SALUTE		DOMICILIO	
Medico di Famiglia	5,4	Medico di Famiglia	2,3
Pediatra	4,7	Pediatra	1,8
Infermiere	4	Infermiere	4,9

La fascia di età dei pazienti che si sono rivolti maggiormente all'infermiere di Attenzione Primaria nell'anno 2014, come possiamo vedere dal grafico qui sotto riportato, è quella che va dagli 85 agli 89 anni, con una media di 10.2 consulte/persona/anno.



Se paragoniamo i due grafici che ci propongono la frequenza con cui cittadini si rivolgono rispettivamente al Medico di Famiglia e all'Infermiere di Famiglia, possiamo vedere come per ogni fascia di età, ma soprattutto nelle fasce di età maggiormente avanzata, l'infermiere visita il paziente a domicilio più frequentemente del medico.

Ciò ci fa capire come il ruolo dell'infermiere sia di fondamentale importanza, come porta di accesso al Sistema Sanitario Spagnolo, anche più del Medico di Medicina Generale.



È fondamentale sottolineare il ruolo dell'infermiere come Gestore dei Casi, a domicilio. Infatti come detto in precedenza, l'attenzione domiciliare in Spagna è quasi totalmente sotto la gestione infermieristica.

CAPITOLO 3

SISTEMA SANITARIO ITALIANO

Il Servizio Sanitario Nazionale è stato istituito con la legge n.833 del 23 dicembre 1978. Con questa norma viene sostituito il precedente sistema mutualistico, non conforme alle linee guida individuate nella Dichiarazione di Alma Ata³, che sancisce la salute come diritto fondamentale dell'uomo.

In accordo con l'articolo 32 della Costituzione Italiana, che recita: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.”, è possibile definire i principi su cui si basa la nostra sanità pubblica:

- Principio dell'uguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari
- Principio della globalità: prestazioni gratuite a tutti i cittadini
- Principio della territorialità: il servizio viene garantito su tutto il territorio italiano.

3.1 Attenzione Primaria in Italia, riferimenti normativi

In Italia con l'approvazione del Decreto Legge n° 158 del 13/09/2012, il cosiddetto ‘Decreto Balduzzi’, è iniziata una stagione di riforme del Sistema Sanitario Nazionale, mirate alla riorganizzazione delle cure primarie.

Tale decreto ha come fine la modifica dell'articolo 8 del precedente D.lgs. 502/1992, sul riordino della disciplina in materia sanitaria, nel quale si iniziava a parlare di cure primarie.

³ “Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria”, Alma Ata URSS, 6-12 settembre 1978

Quest'ultimo infatti, oltre che apportare un cambiamento a livello dell'organizzazione del SSN, introduceva per la prima volta i LEA, Livelli Essenziali di Assistenza, vale a dire le prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire al cittadino, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket). Tra questi troviamo tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, ecc..), l'assistenza ospedaliera e, a livello di assistenza primaria, l'assistenza distrettuale, che comprende tutte quelle attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio.

L'art.1 del Decreto Balduzzi prevede un nuovo assetto di cure primarie, attraverso due forme di associazionismo: la prima di tipo mono professionale (AFT – Aggregazioni Funzionali Territoriali), ovvero si parla della collaborazione tra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, e la seconda di tipo multi professionale (UCCP – Unità complesse di cure primarie).

Quest'ultima focalizza l'attenzione sulla possibilità della creazione di nuovi luoghi di cura ed assistenza quali poliambulatori territoriali dove i medici possano usufruire della collaborazione di più figure professionali convenzionate con il servizio sanitario, tra i quali infermieri, ostetriche, tecnici di riabilitazione, tecnici di prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, ecc...È infatti in questo decreto legge che si inizia a parlare di collaborazione nell'ambito della medicina di base, tra MMG/PLS e infermiere.

Ma è nel Disegno di Legge del 20 dicembre 2014, d'iniziativa dei senatori SIMEONI, FUCSIA, TAVERNA e VACCIANO, che per la prima volta si parla dell'introduzione della figura dell'INFERMIERE DI FAMIGLIA, il cui articolo 4 recita:

All'infermiere di famiglia sono attribuite le seguenti competenze:

a) identificare e valutare lo stato di salute ed i bisogni degli individui e delle famiglie nel loro contesto culturale e di comunità;

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

Grazie a questo disegno di legge è stato istituito il Master di I Livello ‘Infermieristica di Famiglia e di Comunità’, anche se, a livello territoriale in Italia, sono pochissime le regioni che hanno introdotto tale figura, che opera in stretta collaborazione con il MMG/PLS.

CAPITOLO 4

SITUAZIONE IN SARDEGNA

4.1 Visione globale del servizio di Cure Primarie

La Regione Sardegna ha grande necessità di assistenza infermieristica territoriale, sia a livello ambulatoriale, ma soprattutto a domicilio.

Dalle ricerche da me effettuate sul territorio, è emerso che non sono ancora stati attivati servizi sufficienti a soddisfare le esigenze e i bisogni dell'intera popolazione: non viene infatti garantita l'assistenza infermieristica di base per tutti quei cittadini che si trovano ad affrontare situazioni di malattia/disabilità temporanea.

È presente in tutto il territorio il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che viene prontamente attivato in caso di necessità per pazienti con patologie cronico/degenerative gravi o che necessitano di terapia del dolore/cure palliative.

È fondamentale sottolineare che è in corso una riforma della sanità sarda, che comprende il riassetto delle Cure Territoriali. La Regione Sardegna ha infatti proposto dapprima nella Legge Regionale n.23 del 17/11/14 e successivamente nella Delibera 60/2 del 2/12/2015, la riforma della rete territoriale, attraverso la riqualifica delle cure primarie e la riorganizzazione del sistema di attenzione primaria, che ci si augura, venga realizzata al più presto.

4.2 Servizio A.D.I., Assistenza Domiciliare Integrata

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è un servizio offerto dalle Aziende Sanitarie, dai Comuni associati e dalle Province, in collaborazione con le reti sociali presenti sul territorio: consiste nell'erogazione di prestazioni di carattere sanitario ed assistenziale, direttamente al domicilio del malato.

È dapprima, nella legge regionale n.23/2005 e successivamente nella Delibera Regionale n.51/49 del 2007, che troviamo la base normativa atta a favorire tale integrazione socio sanitaria nell'isola. Questa si realizza attraverso la programmazione e la gestione dei servizi sia delle istituzioni interessate, sia delle differenti figure professionali.

Gli obiettivi del servizio di Cure Domiciliari Integrate sono:

- Mantenere le persone non autosufficienti nel proprio ambiente di vita.
- Organizzare al domicilio della persona piani personalizzati di assistenza sociosanitaria.
- Evitare l'ospedalizzazione impropria, l'inserimento in strutture residenziali, proteggere le dimissioni.
- Favorire i percorsi di rete nell'assistenza territoriale sociosanitaria.

Attraverso l'ADI si cerca di valorizzare il ruolo dei professionisti che operano nel settore delle cure primarie, riducendo la domanda di assistenza ospedaliera, razionalizzando così i costi socio-economici per le famiglie e la comunità.

Ciò che caratterizza questo servizio è un modello organizzativo ben definito grazie al quale è possibile individuare i destinatari ed attivare prontamente la risposta alle necessità del cittadino, attraverso una fitta rete di collaborazione tra Comune e Personale Sociosanitario.

Chi sono i beneficiari di tale servizio?

Sono stati individuati nella Delibera Regionale n.51/49 del 2007 come destinatari di tale servizio persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza, spesso con patologie croniche o cronico-degenerative, con le seguenti priorità indicative:

- persone in condizioni di 'fragilità', con limitazione dell'autonomia totale o parziale;
- persone affette da demenza e malattia di Alzheimer;
- persone in dimissione programmata da reparti ospedalieri o da altre strutture sanitarie e/o residenziali;
- persone con patologie oncologiche in fase avanzata e/o con patologie in fase terminale;
- persone non autosufficienti affette da SLA conclamata;
- persone con patologie HIV correlate in fase avanzata;
- persone non autosufficienti con disabilità complesse, con patologie croniche gravi e/o particolari condizioni di rilevanza sociale non suscettibili di miglioramenti riabilitativi.

Cosa fare per richiedere l'Assistenza Domiciliare Integrata?

L'accesso al servizio avviene attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA), ubicato presso il Distretto Socio Sanitario, dove vengono prese in carico le richieste di intervento e le segnalazioni dei bisogni assistenziali; queste possono provenire dal Medico di Medicina Generale, dal Pediatra di Libera Scelta, dall'Unità Operativa Ospedaliera al momento della dimissione, dal Servizio Sociale Comunale o direttamente dalla famiglia.

Il PUA, dopo aver aperto la cartella dell'assistito che lo accompagnerà lungo tutto il percorso assistenziale, attiva l'Unità di Valutazione Territoriale (UVT), composta da un nucleo base, rappresentato dal medico di assistenza distrettuale, da un operatore dell'azienda (ASL) o del Comune di riferimento e dal coordinatore infermieristico; vi è inoltre un nucleo aggiuntivo composto dal MMG/PLS, medico specialista della patologia individuata, psicologo ed operatore sanitario connesso alla sfera dei bisogni del paziente.

Quest'organo (UVT) analizza la domanda di intervento assistenziale, valuta la persona non autosufficiente secondo modalità multidimensionali, assegna il profilo di cura, formula un progetto personalizzato ed effettua il monitoraggio e la valutazione dei risultati dell'intervento.

Successivamente è l'Unità Operativa Distrettuale delle Cure Domiciliari Integrate ad occuparsi della gestione tecnica ed organizzativa delle attività assistenziali, definendo il PAI, ovvero il Piano Attuativo degli Interventi, che traduce in termini operativi il progetto personalizzato stilato dalla UVT.

Nel PAI sono contenuti gli elementi essenziali:

- Valutazione multidimensionale;
- Durata complessiva prevista delle cure domiciliari. In relazione alla durata del PAI le Cure Domiciliari Integrate possono essere A BREVE TERMINE (15-30 giorni), A MEDIO TERMINE (fino a 90 giorni) o A LUNGO TERMINE (fino a 180 giorni);
- Periodicità degli accessi del MMG/PLS in relazione alla patologia in corso;
- Interventi di altri operatori sanitari e la loro periodicità;
- Obiettivi di cura/riabilitazione;
- Risultati attesi.

Affinché il servizio venga attivato è necessario che le condizioni cliniche della persona siano compatibili con la sua presenza a domicilio, che vi sia un supporto familiare valido e un'idonea condizione abitativa.

Per quanto riguarda le prestazioni offerte dal servizio, possiamo individuare tre livelli assistenziali. Le cure domiciliari di *Primo e Secondo Livello*, comprendono una gamma di prestazioni di tipo valutativo-diagnostico (di competenza medica), prestazioni di carattere prettamente assistenziale-infermieristico (relative alle funzioni escretorie, lesioni cutanee, riabilitazione, ecc.), ma anche prestazioni di carattere educativo per i parenti/care giver.

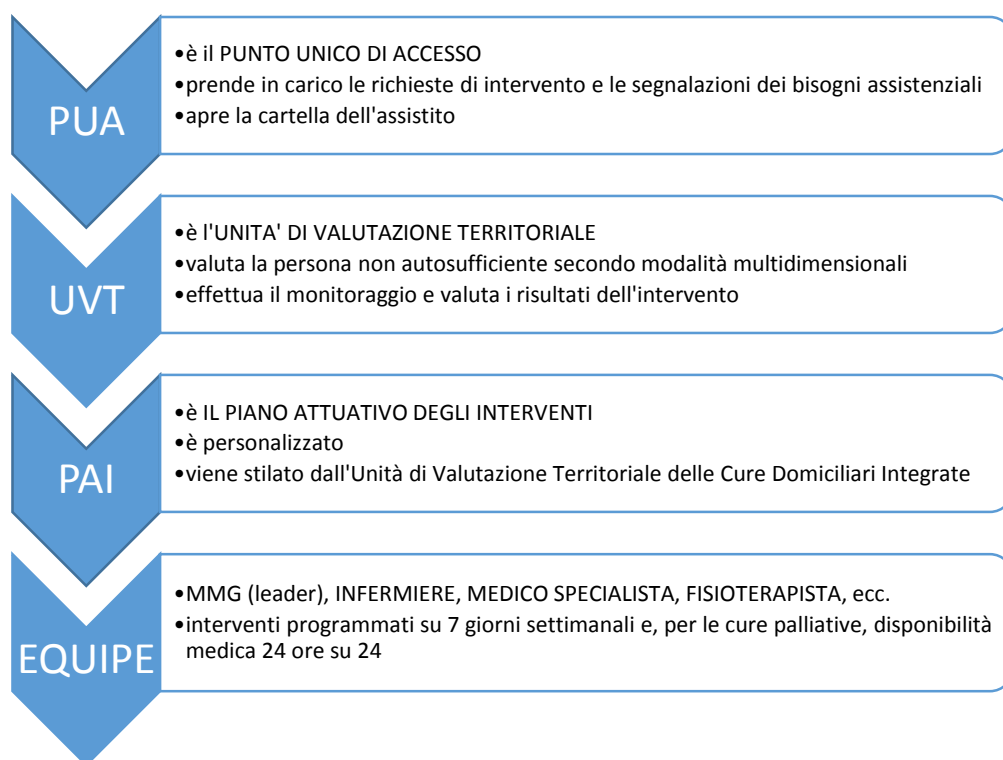
Per quanto riguarda le cure domiciliari di *Terzo Livello e cure palliative*, queste si rivolgono a persone con bisogni complessi e criticità specifiche, legate a instabilità clinica e alla presenza di sintomi di difficile controllo, come ad esempio persone con malattie neurologiche degenerative in fase avanzata (SLA), con necessità di nutrizione artificiale parenterale, supporto ventilatorio invasivo o persone in stato vegetativo, con stato di minima coscienza.

Si tratta di una presa in carico globale della persona, con interventi programmati su 7 giorni settimanali e, per le cure palliative, disponibilità medica 24 ore su 24.

Chi si occupa dell'attuazione del PAI è un'equipe multi professionale, composta da MMG (case manager e leader dell'equipe), infermiere, medico specialista e qualunque operatore venga richiesto nel Piano Personalizzato.

L'infermiere che collabora con l'ADI è un professionista che possiede sia competenze assistenziali di base, che gli permettono di effettuare terapie infusionali, prelievi ematici, medicazioni semplici o complesse per il trattamento delle lesioni (da decubito, vascolari, oncologiche ecc.), gestione di cateteri vescicali, di SNG e PEG, di PICC e CVC, sia competenze avanzate per la gestione di pazienti di terapia intensiva portatori di tracheotomia, con ventilazione meccanica.

Un altro aspetto con cui l'infermiere che si occupa di Assistenza Domiciliare Integrata ha a che fare quotidianamente è la sofferenza del paziente e quindi risulta fondamentale l'approccio emotivo e psicologico, oltre alla complessità nelle cure del paziente o negli strumenti da utilizzare (macchina per ventilazione o elastomero in caso di terapia del dolore).



Tab. 3 Punti chiave del processo di attivazione del servizio ADI

4.3 Riforma territoriale Regione Sardegna

La Regione Sardegna, con la Legge Regionale n.23 del 17.11.2014, ha avviato un processo di riforma del Sistema Sanitario Regionale che privilegia il territorio come luogo di cura primario e di sviluppo dello stato di salute del cittadino.

Partendo da questa Legge, è stata redatta la Delibera Regionale n. 60/2 del 2 dicembre 2015 ‘Sistema Regionale delle Cure Territoriali. Linee di indirizzo per la riqualificazione delle cure primarie’; in questo documento viene proposto, alla luce dell’analisi del territorio e delle esigenze della popolazione sarda, un modello di cure primarie per il rilancio dell’assistenza territoriale, che andrà a modificare un sistema che attualmente si adatta ben poco a soddisfare i nuovi bisogni e le nuove domande di salute (progressivo invecchiamento della popolazione accompagnato dall’aumento della speranza di vita e dal suo miglioramento qualitativo).

È stata evidenziata la grande prevalenza sul territorio sardo di patologie croniche potenzialmente invalidanti, che rappresentano circa il 78% dell’intera spesa sanitaria e hanno ormai sostituito quelle acute, come problema dominante per la salute della popolazione.

Vediamo nello specifico cosa prevede la riforma del riassetto territoriale delle cure primarie in Sardegna, coerente con la politica europea dell’OMS “Salute 21”.

Gli obiettivi strategici generali sono:

- 1) il cambiamento culturale nell’approccio alla cura, non più ospedalocentrica;
- 2) rendere capace l’assistenza territoriale di una presa in carico della persona nella sua globalità;
- 3) la sostenibilità economica e sociale della sanità;
- 4) l’approccio professionale alla cronicità;
- 5) la riattivazione del protagonismo dei territori come luoghi di cura.

È stata messa in luce la necessità di affiancare al Medico di Medicina Generale, responsabile dei processi di diagnosi e cura, equipe multi professionali, che si occuperanno delle necessità assistenziali del paziente, garantendone una presa in carico globale.

Nella gestione della cronicità, non va tralasciato il ruolo del paziente, che adeguatamente educato a livello sanitario, diventerà protagonista attivo della gestione del proprio stato di salute, scegliendo di assumere stili di vita e abitudini, appropriate alla patologia.

Non dimentichiamo la famiglia, fondamentale supporto nella gestione di una patologia cronica, che andrà supportata e educata adeguatamente.

Il modello appena descritto, si rifà al *Chronic Care Model*⁴, che, per riassumere, si basa su sei elementi fondamentali:

- la comunità come risorsa fondamentale (gruppi di volontariato, centri per anziani);
- le organizzazioni sanitarie, che erogano i servizi al cittadino;
- l'auto-gestione della patologia da parte del paziente;
- l'organizzazione e il coordinamento dell'equipe multi professionale;
- adozione di linee guida;
- utilizzo di sistemi informatizzati.

Le attività e le prestazioni verranno spostate dall'ospedale al territorio, in diversi presidi: Case della Salute/Ospedali di Comunità, ambulatori, domicilio privato del paziente o strutture residenziali territoriali (Comunità alloggio, Comunità Integrate).

⁴ Modello per le cure delle patologie croniche – CCM, elaborato dal Professor Edward Wagner e adottato dall'OMS

La permanenza della persona a domicilio rimarrà una condizione fondamentale nei percorsi assistenziali correlati alla cronicità. Il Sistema Sanitario Regionale individua percorsi idonei a favorire lo sviluppo delle Cure Domiciliari e figure, quali l'infermiere in primis, l'OSS, l'Assistente Sociale, lo Psicologo di Comunità, che andranno a sostenere sia il paziente, che la famiglia.

I professionisti, parte dell'equipe, come riportato nel Decreto Balduzzi del 2012, nell'ambito delle cure primarie, si riuniranno in: Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), a seconda che si tratti di collaborazione mono professionale o multi professionale. Queste forme organizzative saranno fondamentali per il coordinamento delle attività, i programmi di formazione, e il confronto tra le diverse figure.

4.4 Le Case della Salute, un passo verso il modello spagnolo

Come detto in precedenza, la L.R. 23/2014 e nella Delibera Regionale 60/2 del 2015, vede nelle Case della Salute e negli Ospedali di Comunità i luoghi preferenziali per l'erogazione delle cure primarie, molto simili a quelli che troviamo in Spagna, chiamati, come abbiamo visto, 'Centros de Salud'.

La Casa della Salute-Ospedale di Comunità è una struttura che verrà inserita nella rete dei servizi distrettuali, organizzata per aree specifiche, con il fine primo di garantire la continuità assistenziale e la presa in carico del cittadino a 360°, dal momento in cui accede al SSN, al momento in cui viene dimesso dal reparto ospedaliero.

Quindi questa rappresenta il punto d'accesso dove il cittadino si reca, con bisogni più o meno complessi, e dal quale verrà poi indirizzato, se necessario, verso strutture ospedaliere e/o reparti specialistici.

Il bacino di utenza previsto per ogni singola struttura è di 15.000-18.000 cittadini.

Proprio come in Spagna, in queste due Case della Salute, troviamo un'equipe, in cui il MMG è uno dei componenti.

Tra i membri dell'equipe troviamo il Pediatra di Libera Scelta, gli infermieri, i medici specialisti, psicologi e assistenti sociali per tutto ciò che concerne le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

Per rendere tutto più chiaro sono state individuate, inoltre, 4 aree di attività, che sono:

- Aree dell'accoglienza
- Area dei servizi extra ospedalieri
- Area dei servizi sociosanitari e sociali
- Area delle degenze territoriali

Fondamentale è il ruolo dell'infermiere che, esattamente come accade in Spagna, si occupa dell'ambulatorio prelievi, dell'ambulatorio infermieristico e delle cure domiciliari (attraverso le quali si accede con il meccanismo dell'ADI).

Vediamo come viene definito il ruolo dell'infermiere nel Progetto Sperimentazione della Regione Sardegna 'Casa della Salute-Ospedale di Comunità': *'Il personale infermieristico diventa il principale protagonista del nuovo modello assistenziale, nonché il riferimento operativo nella gestione del reparto nel corso delle 24 ore. Il coordinatore infermieristico avrà il compito di organizzare l'attività del reparto, in particolare negli aspetti di assistenza alla persona e di risposta adeguata ai suoi bisogni socio-sanitari, e negli aspetti clinico terapeutici in collaborazione stretta con l'equipe professionale.'*

Ad oggi sono solo 4 le Case della Salute attive nel territorio (Laconi, Villacidro, Lunamatrona, Pula), ma sono in programma nuove aperture nel territorio sardo, come testimonia il Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008, approvato dalla Giunta Regionale della Sardegna il 9 settembre 2008, che prevede la riconversione del P.O. di Ittiri e del P.O. di Thiesi dalla funzione ospedaliera ordinaria in due strutture denominate 'Case della Salute-Ospedali di comunità'.

4.5 Introduzione dell'infermiere Di Famiglia nella realtà sarda: il parere dei Medici di Medicina Generale

Un punto focale della mia ricerca è l'analisi del carico assistenziale quotidiano che il Medico di Medicina Generale si trova ad affrontare, in relazione alla possibilità che esso venga alleggerito grazie alla collaborazione con un infermiere, come avviene in Spagna.

L'indagine da me condotta attraverso colloquio orale, con conseguente compilazione di un questionario da parte di 51 Medici di Medicina Generale, che operano nella città di Sassari, si occupa di indagare diversi aspetti.

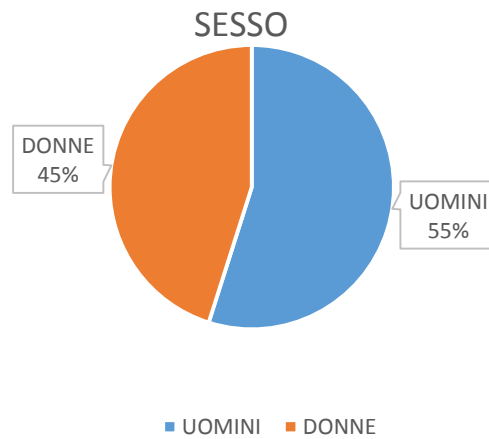
In primis, la conoscenza da parte del MMG della figura dell'Infermiere di Famiglia (professionista che come abbiamo detto, amplia le competenze di base attraverso un Master di I livello), ma soprattutto si propone di indagare sui bisogni assistenziali che quotidianamente vengono espressi dal paziente o dai familiari, e quindi infine, sulla disponibilità da parte del MMG di una futura collaborazione con l'Infermiere di Famiglia.

L'obiettivo del questionario/intervista è quindi quello di portare all'attenzione del medico la possibilità di un supporto infermieristico adeguato, per tutte quelle prestazioni che richiedono un'assistenza continuata, in cui l'infermiere può assumere sia ruolo di gestore del caso, sia semplice membro di un'equipe, che collabora per il benessere completo del paziente.

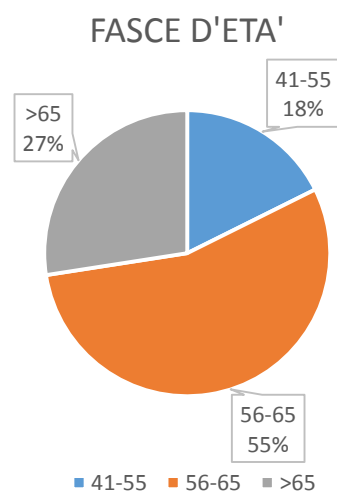
Analizziamo quindi i risultati ottenuti dall'analisi dei questionari compilati dai MMG.

Il campione raccolto è così suddiviso,

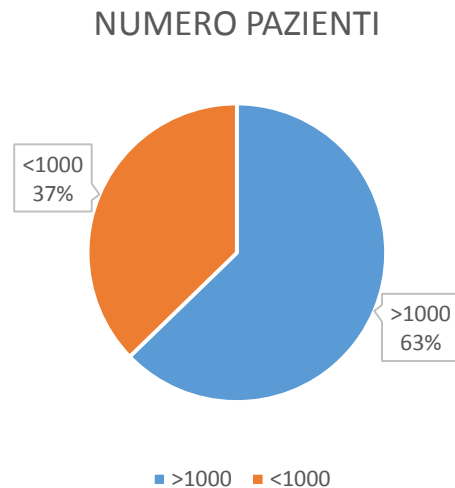
- In base al sesso:



- In base all'età:



- In base al numero di pazienti assistiti:



Il primo punto da analizzare è la conoscenza della figura dell'Infermiere di Famiglia, così come viene definita dall'OMS. È emerso che:

- il 71% dei MMG intervistati ha sentito parlare e conosce il ruolo dell'Infermiere di Famiglia.
- Di questo 71%, la totalità dei MMG ha preso in considerazione l'idea di collaborare con tale professionista; qualcuno già collabora con un infermiere da lui personalmente assunto e retribuito, che lo aiuta quotidianamente, sia a livello organizzativo (appuntamenti, segreteria), ma soprattutto con prestazioni di tipo assistenziale.

Ciò che è fondamentale sottolineare, è che il 92% dei MMG intervistati, ogni giorno riceve richiesta di assistenza infermieristica da parte del paziente o di un familiare.

Vediamo ora quali prestazioni vengono richieste più frequentemente e quali sono le aree in cui il medico gradirebbe ricevere un sostegno, da parte dell'infermiere.

Il 100% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto richiesta di prestazioni prettamente assistenziali/infermieristiche, in ordine di frequenza:

- PRELIEVI EMATICI;
- MISURAZIONE PARAMETRI VITALI (in particolare P.A);
- TERAPIA INTRAMUSCOLARE;
- IGIENE PERSONALE DEL PAZIENTE NON AUTOSUFFICIENTE;
- TERAPIA ENDOVENOSA/PARENTERALE;
- MEDICAZIONI SEMPLICI.

Una bassissima percentuale di MMG (8,5%) ha ricevuto richiesta di prestazioni infermieristiche di tipo educativo, da parte di parenti/care giver che, non avendo a disposizione un aiuto a livello domiciliare, cercano di provvedere loro in prima persona all'assistenza dei propri cari. Da questo emerge che il ruolo dell'infermiere come educatore nella nostra realtà non è ancora stato valorizzato, al contrario di come accade in Spagna, dove egli svolge questo ruolo quotidianamente.

Un altro aspetto importante, che i MMG hanno evidenziato (prestazione richiesta per il 27,6%) è il ruolo dell'infermiere come sostegno per il paziente e per i parenti in tutte quelle situazioni in cui la famiglia si ritrova sola ad affrontare il percorso finale di cura della persona. L'infermiere viene infatti visto come colui che accompagna il paziente nel percorso di fine vita/cure palliative, ma anche punto di riferimento per i parenti, che in lui trovano parole di conforto e affetto. Ad oggi, nella nostra realtà, la figura che si occupa di queste prestazioni è l'infermiere dell'ADI.

Su 51 medici intervistati, la totalità (100%) mi ha parlato dell'ASSISTENZA DOMICILIARE, nel momento in cui ho domandato *'In quale area assistenziale gradirebbe ricevere un sostegno?'*

Mi hanno infatti parlato di tutte quelle situazioni in cui il paziente, soprattutto anziano, o temporaneamente invalido, non potendo recarsi nell'ambulatorio medico, chiama per ricevere prestazioni a domicilio.

Tali prestazioni non sono di tipo medico/diagnostico, ma assistenziale, per cui avere a disposizione un infermiere con cui collaborare, sarebbe per loro “una manna dal cielo” (cit.).

Molti mi hanno nominato il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata ADI, sottolineando come sia un servizio molto efficiente, ma destinato solo a pazienti con malattia in fase avanzata.

‘Sarebbe utile collaborare con un’equipe efficiente come quella dell’ADI, per tutti i pazienti da noi seguiti, che in momenti di difficoltà, si rivolgono al medico, per prestazioni che l’infermiere sarebbe in grado di svolgere anche meglio di noi!’.

Dai MMG viene inoltre sottolineato l’aiuto che l’infermiere potrebbe fornire nella verifica della compliance del paziente alla terapia. Si definisce compliance “l’aderenza di un paziente alle prescrizioni mediche, farmacologiche o non farmacologiche (dietetiche, di regime di vita, di esami periodici di monitoraggio)”⁵.

Spesso il medico, avendo numerosi pazienti, non riesce a monitorare i progressi degli stessi, anche dettato dal fatto che vi sono diversi fattori che influenzano la non-compliance del pz, che sono ad esempio: la frequenza delle dosi (più frequenti le dosi/die, minore la compliance), le posologie complesse (più farmaci in ore diverse), la mancata spiegazione da parte del medico dell’utilità e della necessità dei farmaci.

In questo campo l’infermiere potrebbe dare un grande sostegno al MMG, occupandosi in prima persona di seguire i progressi del paziente e la sua aderenza alla terapia prescritta, migliorando così la qualità dell’assistenza.

⁵ <http://www.agenziafarmaco.gov.it/>

Nel dicembre 2015 è stato inaugurato, all'interno del Poliambulatorio "Conti" di Sassari, un ambulatorio a gestione infermieristica.

Ho visitato di persona questo ambulatorio, avendo la possibilità di confrontarmi con il coordinatore infermieristico e, come pensavo, ho verificato come tale struttura potrebbe rappresentare un'importante risorsa per la città. Per accedere al servizio è necessaria la prescrizione su apposita modulistica da parte del MMG, per evitare il ricorso improprio alla struttura.

Tuttavia, nessuno dei MMG da me intervistati conosce il servizio offerto, la struttura ha ben pochi utenti che fin ora, in quasi un anno di attività, si sono recati per ricevere assistenza infermieristica. Eppure i presupposti affinché la struttura accolga gli utenti con bisogni assistenziali, ci sono.

Vediamo a chi è destinato il servizio dell'ambulatorio infermieristico di Sassari, e che tipo di prestazioni vengono offerte.

L'ambulatorio infermieristico è un servizio organizzato e gestito da infermieri attivato allo scopo di:

- fornire risposte ai bisogni sanitari della popolazione, che richiedono l'intervento dell'infermiere;
- dare possibilità ai cittadini di usufruire di cure minime assistenziali, in un servizio integrato con l'ospedale, l'ambulatorio, l'assistenza domiciliare, la medicina specialistica, la medicina di base;
- migliorare l'offerta dei servizi erogati dall'ASL di Sassari
- evitare il ricorso a prestazioni sanitarie improprie.
- Il servizio è rivolto a tutti i cittadini indipendentemente dall'età.

Le prestazioni offerte sono:

- prelievi venosi e capillari;
- terapia iniettiva (sottocutanea, intramuscolare, endovenosa, esclusi i chemioterapici) e per uso topico;
- somministrazione di farmaci per via enterale;
- misurazione parametri vitali;
- controllo e assistenza alle stomie;
- assistenza ordinaria ad un paziente portatore di catetere vescicale.

È auspicabile che grazie alla riforma sanitaria prevista dalla Regione Sardegna (L.R.23/2014) ad oggi, vengano messe in luce le strutture che prestano assistenza infermieristica, e si inizi un processo di decentralizzazione dell'assistenza dall'ospedale, al territorio.

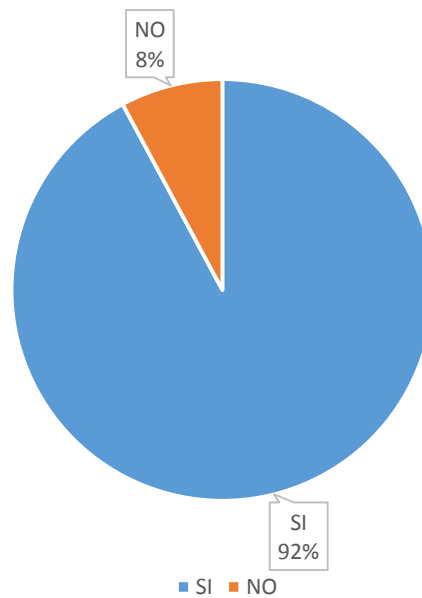
Parlando invece dell'Infermiere di Famiglia, ponendo al MMG la domanda *'dove vede collocata questa figura nella nostra realtà?'*, la maggior parte di essi risponde *'sia a domicilio, sia in ambulatorio'*. Ritengono fondamentale l'aiuto dell'infermiere in ambiente domiciliare, sia per somministrazioni di terapia parenterale, assistenza per quanto concerne l'igiene del paziente, ma soprattutto per la gestione di patologie croniche, mentre in ambulatorio, per prelievi ematici, somministrazione terapie, sostituzione stomie, cateteri vescicali, ma anche per tutto ciò che concerne l'organizzazione delle visite ambulatoriali.

Infine, come ultima domanda è stato chiesto esplicitamente un parere sull'introduzione dell'Infermiere di Famiglia nella nostra realtà, a fianco del MMG, come risorsa fondamentale per alleggerire il carico di lavoro, sempre a favore del benessere del paziente. A questo proposito i medici si sono espressi positivamente: il 92% di essi è infatti completamente favorevole all'introduzione della figura, mentre la restante parte considera *'non necessaria'* questa collaborazione, per paura che possa creare confusione nel paziente, che non sapendo a chi rivolgersi, potrebbe commettere involontariamente l'errore di affidarsi al professionista *'sbagliato'*.

Vi è inoltre, in piccola percentuale, il timore che vi siano ripercussioni sul medico, a livello legale, dell'operato (soprattutto a domicilio) dell'infermiere.

Per cui la diffidenza verso la professione infermieristica è ancora elevata, soprattutto tra i medici di 'vecchio stampo', prossimi alla pensione, che non vedono di buon occhio chi vorrebbe porsi come intermediario tra lui e il paziente.

E' FAVOREVOLE ALLA COLLABORAZIONE CON L'INFERMIERE DI FAMIGLIA?



CONCLUSIONI

I punti focali della ricerca da me condotta, sono stati l'analisi del modello di Attenzione Primaria in Spagna, del ruolo che l'Infermiere di Famiglia e di Comunità ricopre al suo interno e l'analisi generale dei bisogni assistenziali che i pazienti della città di Sassari manifestano quotidianamente al proprio MMG, con il fine di capire quali siano le aree su cui intervenire a livello territoriale, in Sardegna.

Per quanto riguarda l'organizzazione dell'Attenzione Primaria spagnola, sono rimasta piacevolmente colpita, sia durante il periodo di tirocinio svolto in Spagna, sia analizzando le linee guida e la letteratura spagnola a riguardo, dal ruolo che l'infermiere ha in questo paese, ma soprattutto dall'organizzazione delle Cure Primarie nei *Centros de Salud*.

Questo modello si basa su un'importante decentralizzazione del sistema dall'ospedale al territorio garantendo così migliore qualità del servizio e presa in carico globale del cittadino, con costi decisamente ridotti.

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità in Spagna effettua sia visite (programmate o in urgenza) nell'ambulatorio presente nel Centro di Salute o a domicilio, sia attività di educazione e prevenzione all'interno della comunità, nelle scuole, nei centri sociali ecc..

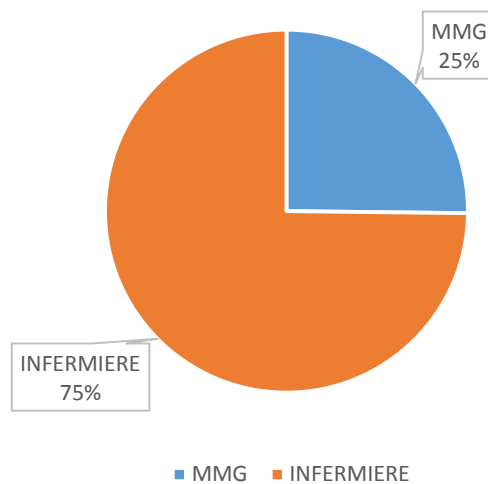
Per far capire l'importanza che l'infermiere riveste nel paese, basti pensare al fatto che il cittadino ha diritto alla scelta non solo del proprio MMG, come d'altronde prevede il nostro SSN, ma anche dell'Infermiere di Famiglia, in modo tale che ognuno venga seguito oltre che dal medico, da un professionista che si occupa di prestare assistenza infermieristica.

Un aspetto importante analizzato nella mia ricerca è l'Assistenza Domiciliare.

Già nel 1889 Florence Nightingale, pioniera dell'Assistenza Infermieristica, aveva individuato il senso delle Cure Territoriali: assistere il paziente all'interno della comunità, con il supporto della famiglia, **nella propria dimora**. È perciò fondamentale che, come sostenuto nelle Linee Guide dell'OMS, questo servizio venga garantito in tutti i Paesi dell'Unione Europea.

In Spagna, viene erogata assistenza a domicilio dal MMG e dall'infermiere. Nel 2014 l'infermiere ha svolto più del doppio delle visite domiciliari, rispetto al MMG (3,5 milioni contro 10.4 milioni)⁶.

VISITE A DOMICILIO IN SPAGNA



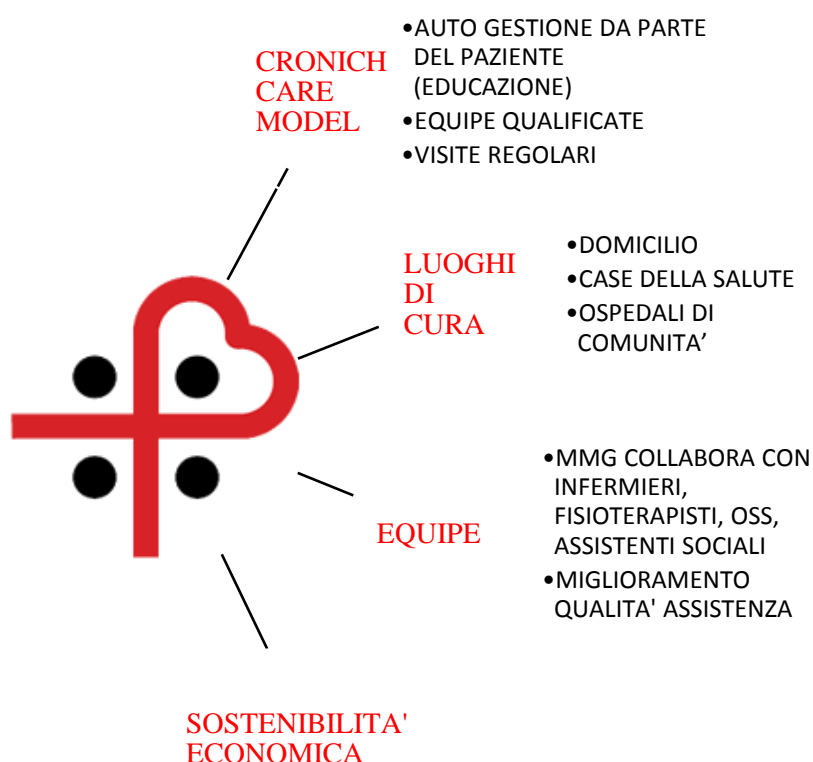
In Sardegna il MMG fatica a rispondere ai bisogni dei propri pazienti, in quanto si ritrova da solo a dover conciliare attività in ambulatorio e attività a domicilio, potendo contare solo sull'equipe dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), servizio dedicato a pazienti con patologie in fase avanzata.

Sarebbe opportuno quindi che nel territorio sardo venisse attivato un servizio di assistenza domiciliare, dove il Medico di Medicina Generale venga supportato da un'equipe di Attenzione Primaria, in particolare dall'infermiere, importante risorsa, a livello umano e professionale.

⁶ Dati ufficiali del Ministero della Sanità, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación – Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

Ciò che ci si aspetta è che in Sardegna venga messa in luce la figura dell'Infermiere di Famiglia, attraverso l'istituzione dei Master di I Livello in Infermieristica di Famiglia e di Comunità presso le Università isolate, la sensibilizzazione della popolazione al ruolo di questo professionista e la collaborazione con il MMG.

La Delibera Regionale n. 60/2 del 2 dicembre 2015 'Sistema Regionale delle Cure Territoriali', prevede il riassetto delle Cure Primarie, con il passaggio da un'organizzazione sanitaria ospedalocentrica ad un'assistenza territoriale, che va a sostenere ed aiutare il cittadino all'interno della propria comunità, senza che debba rivolgersi ad una struttura ospedaliera, con notevole riduzione della spesa sanitaria, oltre che miglioramento della qualità assistenziale.



Tab. 4 Punti chiave della D.R. 60/2, Regione Sardegna

ALLEGATI

Allegato 1-QUESTIONARIO PROPOSTO AI MMG

**Corso di Laurea in Infermieristica
TESI DI LAUREA DI LUZZU FRANCESCA**

**L'INFERMIERE DI FAMIGLIA
E DI COMUNITA'
Analisi del modello di assistenza primaria spagnolo e confronto
con la regione Sardegna**

QUESTIONARIO AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG)

DATI ANAGRAFICI GENERALI

Età 29-40 41-55 56-65 >65

Sesso maschio femmina

Anzianità di servizio <10 anni 11-20 anni >20 anni

Numero pazienti assistiti <1000 >1000

QUESTIONARIO

Il seguente questionario ha l'obiettivo di analizzare la percezione che il MMG ha rispetto alla figura dell'Infermiere di Famiglia, professionista che in gran parte dei paesi europei collabora già con il medico, alleggerendo notevolmente il carico di lavoro di quest'ultimo, soprattutto a livello domiciliare.

1. Conosce la figura dell'Infermiere di Famiglia?

No

Si

2. Se ha risposto positivamente alla risposta precedente, ha mai preso in considerazione l'idea di collaborare con tale professionista?

No

Si

3. Giustifichi la risposta data precedentemente

4. Le è mai capitato, durante la sua pratica, che qualche paziente le abbia richiesto (per sé o per terzi / parenti) di poter ricevere assistenza infermieristica?

No

Sì

5. Se ha risposto positivamente alla domanda precedente, che tipo di prestazioni le sono state richieste?

Prestazioni prettamente di carattere assistenziale (prelievi ematici, assistenza domiciliare, monitoraggio parametri, ecc)

Prestazioni di carattere educativo, prevenzione

Sostegno psicologico, sostegno fine vita/cure palliative

Altro _____

6. In quale area assistenziale gradirebbe ricevere un sostegno? (Più di una risposta possibile)

Assistenza domiciliare

Attività di prevenzione

Verifica della compliance dei pazienti alla terapia

Case management (pianificazione e coordinamento delle prestazioni all'interno di un'equipe)

Mantenimento della continuità assistenziale (collaborazione con altre figure)

Altro _____

7. Quali tra queste attività dell'Infermiere di Famiglia ritiene sarebbero utili per i pazienti, quotidianamente? (Più di una risposta possibile)

- Realizzazione prelievi ematici
- Medicazioni semplici e complesse
- Monitoraggio parametri (glicemia, pressione arteriosa, ecc)
- Somministrazione terapia (e.v., intramuscolare)
- Posizionamento e gestione presidi (cateteri, SNG)
- Educazione alla persona assistita o al care-giver
- Realizzazione screening vaccinali
- Altro _____

8. In Spagna l'Infermiere di Famiglia svolge la sua attività sia in un ambulatorio, confinante con quello del MMG (all'interno dei Centri di Salute), sia a domicilio del paziente.

Nella nostra realtà, come vede collocata questa figura?

- Solo a domicilio del paziente
- Solo in un ambulatorio, con prestazioni solo in presenza del MMG
- Sia in ambulatorio con prestazioni autonome o in collaborazione con il MMG, sia a domicilio

9. A suo parere, l'inserimento nella realtà territoriale sarda della figura dell'Infermiere di Famiglia:

- Potrebbe facilitare l'approccio dei cittadini con il SSN, alleggerire il carico di lavoro del MMG e dei codici bianchi del Pronto Soccorso
- Sarebbe motivo di confusione nei pazienti
- Altro _____

BIBLIOGRAFIA

- Arribas Cacha, Antonio; Gasco González, Sara; Hernandez Pascual, Montserrat; Muñoz Borreda, Ester, “Papel de enfermería en Atención Primaria. Plan de mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009”.
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, “La Enfermería en Atención Primaria. Análisis de la situación y propuestas de mejora”, 2015.
- Servicio Madrileño de la Salud, “Enfermería en Atención Primaria”. Biblioteca Lascasas, 2005; 1.
- Vicencia Laguna, Enfermera CAP Sanllehy de Barcelona, “El trabajo de enfermería en Atención Primaria ¿Hacia dónde va?”, 2009.
- Martín Zurro A., Cano Pérez JF, eds. “Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica.” 6ª ed. Barcelona. Elsevier, 2008.
- Información y estadísticas sanitarias-2016 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, “Ordenación sanitaria del territorio en las Comunidades Autónomas, mapa de referencia para el sistema de información de Atención Primaria (SIAP), 2015”.
- Sandra Scalorbi, “Infermieristica preventiva e di comunità”, McGraw-Hill Education, 2012.

- FONDAZIONE ISTUD, “Le cure primarie in Italia: verso quali orizzonti di cura ed assistenza”, Report 2013.
- “The family health nurse-Context, conceptual framework and curriculum.” Documento EUR/00/0519309/13, Ufficio Regionale OMS per l'Europa, Copenaghen, gennaio 2000.
- Regione Autonoma della Sardegna, Allegato alla Delibera Regionale n.51/49 del 20.12.2007, “Direttive per la riqualificazione delle Cure Domiciliari Integrate”.
- Regione Autonoma della Sardegna, Delibera Regionale n.60/2 del 2/12/2015, “Sistema Regionale delle Cure Territoriali. Linee di indirizzo per la riqualificazione delle cure primarie”.
- Regione Autonoma della Sardegna, “Progetto sperimentazione Casa della Salute-Ospedale di Comunità Ittiri e Thiesi”, 09/09/2008.

SITOGRAFIA

- http://www.asl.vt.it/Staff/Formazione/educazione/files/doc_org_mondiale/f%201998%20HEALTH%2021.pdf
- <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>
- <http://www.regione.sardegna.it/>
- <http://www.salute.gov.it/>
- <http://www.nurse24.it/infermiere-assistenza-domiciliare-integrata/>
- <http://www.ipasvi.it/>

RINGRAZIAMENTI

In primis ringrazio la Prof.ssa Maria Domenica Piga e il Dott. Alessandro Nasone, rispettivamente relatrice e correlatore della tesi per la grande disponibilità, per aver appoggiato fin dal principio il mio progetto e avermi supportata nella stesura dell'elaborato.

Tengo particolarmente a ringraziare i miei genitori, che mi hanno messa sempre al primo posto e che, con tanti sacrifici, mi hanno permesso di seguire le mie passioni e i miei progetti. È grazie a loro se oggi sono arrivata qui. Mia madre, punto fermo della mia vita, sempre pronta ad aiutarmi e a sostenermi. Mio padre che amo profondamente e che, nonostante le distanze, è per me, sempre presente.

Grazie alle mie nonne. Nonna Emma, esempio di forza e indipendenza, che mi ha insegnato tanto, sotto tanti punti di vista, e continua a farlo. Nonna Uccia, che sono sicura sarebbe fiera di quella che sono oggi.

Grazie alla mia splendida famiglia per essere il mio 'porto sicuro', mia madrina Maria Antonietta, i miei numerosi zii, cugini, e tutti coloro che ne fanno parte.

Grazie all'altra famiglia, quella che ho scelto: i miei amici. Mi avete sopportato nei momenti difficili, quando avevo bisogno di sfogarmi o di staccare dallo studio, ma avete anche condiviso con me le serate migliori, in cui c'era solo da festeggiare.

Vorrei ringraziare Marco, che in questi anni di studio ha sopportato i miei alti e bassi, riuscendo a darmi la forza giusta per affrontare tante situazioni. Grazie amore.

Ringrazio tutte le persone che hanno incrociato il mio cammino in questi tre anni di Università, tutti i miei colleghi e compagni di tirocinio. Sono stati tre anni fantastici.

Grazie ad Alessia, non solo collega, ma grande amica e punto di riferimento della mia vita.

Grazie Paola, non solo per le risate, ma soprattutto per esserti rivelata una persona meravigliosa e un'amica speciale.

Grazie alle mie compagne di danza, alle mie insegnanti, con cui ho condiviso una delle mie più grandi passioni, fin da piccola.

Grazie ad Elena per essere da tanti anni sempre presente nella mia vita.

Devo ringraziare una persona in particolare. Te Carol, che fin dal giorno in cui abbiamo deciso di prepararci insieme per il test d'ingresso, mi sei stata accanto. Ne abbiamo passate tante, sempre fianco a fianco, a Sassari, come a Murcia. Te l'ho detto tante volte, se non ci fossi stata tu io non sarei qua, mi sarei forse persa, quindi grazie per essere stata il mio 'faro'. Ti voglio bene.

Grazie a chi ha condiviso con me per sei mesi l'esperienza Erasmus: Ilaria, Ester, Gabriela e tutte le altre splendide persone che ho avuto il piacere di conoscere.

Gracias a todo el personal del Quirofano de Urologia del Hospital Morales Meseguer de Murcia, en particular gracias a mi tutora Rocio, por su paciencia y amor.

Grazie a tutti gli infermieri, i medici, gli OSS dei reparti di Neurologia, Malattie Infettive, Clinica Chirurgica e Rianimazione delle Cliniche Universitarie di Sassari in cui ho avuto la possibilità di svolgere tirocinio, mi avete insegnato tanto, non solo professionalmente, ma soprattutto a livello umano.

GRAZIE!