

Ministero della Salute

“Tavolo tecnico scientifico della professione infermieristica in relazione alla nuova domanda di salute”

insediato dal Sottosegretario di Stato alla Salute, Vito De Filippo

1. Profilo di salute: quadro di riferimento

La conoscenza della struttura epidemiologica e demografica della popolazione per età e genere, rappresenta il punto di partenza per la comprensione dei principali bisogni di salute di un Paese e la base per le scelte e la programmazione sanitaria.

L'ultimo rapporto OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico - Health of Glance 2015) ha evidenziato che la speranza di vita¹ nei Paesi aderenti, continua ad aumentare costantemente in media di 3-4 mesi ogni anno pur persistendo ampie differenze tra le diverse Nazioni e gruppi sociodemografici. Questo, sia grazie al miglioramento generale delle condizioni di vita e del livello di istruzione, sia grazie al miglioramento della qualità delle cure e ai progressi della medicina (OECD, 2016). Secondo l'OCSE, l'Italia è il quarto Paese con la più alta aspettativa di vita - intorno a 82,8 anni - pur se i dati ISTAT confermano che la speranza di vita alla nascita diminuisce nell'anno 2015 stante che, per gli uomini si attesta a 80,1 anni - da 80,3 del 2014 - e per le donne a 84,7 anni - da 85 del 2014. (Istat, 2015).

La variazione dell'aspettativa di vita alla nascita può essere attribuita ai tagli dei fondi sanitari destinati alla prevenzione visto che l'Italia destina solo il 4,1% della spesa sanitaria totale alle attività di prevenzione (Osservasalute, 2015).

Nel nostro Paese, in controtendenza con la speranza di vita alla nascita, gli anni vissuti in buona salute nei cittadini con età superiore ai 65 anni, sono tra i più bassi: 7 anni senza disabilità per le donne e circa 8 anni per gli uomini.

Il dato italiano evidenzia che l'offerta di assistenza a lungo termine e alle persone anziane, risulta essere inferiore rispetto a quella erogata nella maggior parte dei paesi considerati (OCSE, 2016) e non in grado di rispondere adeguatamente ai nuovi bisogni di pazienti cronici, fragili, non autosufficienti e sempre più longevi.

L'Istituto superiore di sanità rileva che le analisi contenute nel Rapporto Osservasalute segnalano numerosi elementi di criticità: il trend in diminuzione delle risorse pubbliche - in generale - rese disponibili per la sanità, l'aumento dell'incidenza di alcune patologie

¹ La speranza di vita in buona salute viene calcolata sulla salute percepita, limitazioni nelle attività della vita quotidiana e malattie croniche. Questo indicatore è stato introdotto nel 1970 ed è utilizzato per comprendere se l'allungamento della vita media è stato accompagnato da un aumento degli anni vissuti in buona salute o da un aumento degli anni vissuti in cattiva salute. È stato scelto nel 2004 come uno degli indicatori strutturali da utilizzare per la verifica degli obiettivi strategici dell'Unione Europea, sotto il nome di "anni vissuti in buona salute" (HLY-Healthy Life Years).

tumorali prevenibili, l'esigua parte delle già ridotte risorse pubbliche messa a disposizione per la prevenzione. Elementi questi che rendono particolarmente difficile un intervento proattivo sui problemi di cronicità e fragilità².

Non deve essere sottovalutato, infatti, che, per una efficace ed equa strutturazione di sistema, sia sanitaria, sia economica, è necessario non solo riflettere sul prevedibile ed elevato sviluppo di malattie croniche come tumori, patologie cardiovascolari e neurodegenerative ma anche sul fatto che spesso nello stesso individuo sono compresenti più patologie. La comorbidità può comportare una diminuzione della capacità di impegnarsi in attività quotidiane, una maggiore dipendenza dagli altri per le funzioni vitali di base ed una maggiore difficoltà di accesso ai servizi territoriali, elementi che introducono a tutti gli effetti la descrizione del cosiddetto "soggetto fragile" (Gobbens et al., 2010; Wong et al., 2010).

Il soggetto fragile spesso raggiunge tale condizione perché non ha possibilità di accedere ad una serie di servizi territoriali, pur essendo funzionalmente competente (Liotta et al., 2012). Il Rapporto CENSIS del giugno 2016 individua in 3.167.000 (il 5,5% della popolazione) i non autosufficienti in Italia. Tra questi, le persone con non autosufficienza grave in stato di confinamento, cioè costretti in via permanente a letto, su una sedia o nella propria abitazione per impedimenti fisici o psichici, sono 1.436.000.

Esiste un modello tipicamente italiano di long term care, basato sulla centralità della famiglia; oggi però il modello scricchiola, mostrando crepe che rendono urgente la messa in campo di soluzioni alternative (QuotidianoSanità giugno 2016).

Contestualmente al quadro demografico ed epidemiologico, anche l'offerta sanitaria si è evoluta. Negli anni Novanta è stato avviato un processo di ammodernamento dell'assistenza ospedaliera e di ridefinizione delle professionalità sanitarie; entrambi mirati, alla razionalizzazione dell'offerta e al miglioramento dell'efficienza ed efficacia di sistema (Osservasalute, 2012).

La crisi economica e l'introduzione dei termini economici in sanità, ha prodotto nel tempo un ridisegno del "contenitore salute" in relazione al fatto che, in un contesto come quello delineato, i percorsi di cura non possono concludersi all'interno dell'ospedale, né identificarsi con l'assistenza offerta dalle cure primarie.

I percorsi di cura devono essere integrati tra ospedale e territorio e tra territorio ed ospedale e devono tendere anche a evitare l'isolamento sociale che può essere causa di frequenti riospedalizzazioni (Giuli et al., 2012).

La presa in carico degli assistiti - territoriale oppure ospedaliera - dovrà prevedere un modello che si caratterizzi per la capacità di porre il paziente al centro del percorso di cura

² Le patologie cronicodegenerative sono responsabili di circa l'80% della mortalità e di circa il 70% delle spese sanitarie nell'intera popolazione con una prevalenza in continua ascesa (Istat, 2014). I dati Istat 2012 riconoscono tra le cause più frequenti di mortalità le malattie ischemiche del cuore (12% del totale dei decessi) a cui seguono le malattie cerebrovascolari (circa 10% del totale dei decessi) e altre patologie cardiache di origine non ischemica (Osservasalute, 2015).

(patient - centered care; modello Bio-Psico-Sociale), puntando all'integrazione e alla personalizzazione dell'assistenza. Risulta, infatti, particolarmente funzionale allo sviluppo e all'utilizzo dei percorsi clinico assistenziali integrati, la traduzione locale delle linee guida nella pratica clinica, cosa che pare rispondere meglio non solo ai bisogni assistenziali di pazienti sempre più anziani e affetti da complesse polipatologie, ma anche alla necessaria integrazione multidisciplinare e multiprofessionale.

Poiché le esigenze organizzative dell'ospedale per acuti impongono il massimo contenimento delle degenze, il sistema di cura extraospedaliera deve armonizzare le proprie offerte assistenziali con i nuovi bisogni legati alla cronicità, minimizzando il rischio di discontinuità delle cure e di errori gestionali e prevedendo un'integrazione professionale orientata al servizio.

La transizione epidemiologica, fortemente determinata dai mutamenti demografici in corso, impone in modo ormai improrogabile il riorientamento dell'intera offerta assistenziale, volta non solo ad assicurare adeguate risposte agli eventi acuti o a subentranti instabilità cliniche correlate all'aumento della prevalenza e dell'incidenza di patologie cronicodegenerative, ma soprattutto a garantire efficaci strategie preventive e pro-attive. È necessario assicurare altresì l'attivazione di setting assistenziali che consentano di affrontare e gestire, in un'ottica di continuità delle cure, le problematiche di salute connesse agli esiti già manifesti della cronicità.

Affinché tale cambiamento possa essere compiutamente realizzato è necessario che sia realmente garantita la "continuità assistenziale", intesa come l'attivazione di specifici percorsi di cura attraverso l'adozione di opportuni strumenti di raccordo nonché di professionalità appropriate, come ad esempio quella infermieristica, per rispondere ai nuovi bisogni (Accordo Stato-Regioni, 2004).

Nel recente Piano nazionale per la cronicità (QS luglio 2016) la professione infermieristica è indicata come la professione in grado di perseguire positivi risultati nell'esercizio della funzione di "care management" e quindi nella gestione della continuità assistenziale e del lavoro in rete.

2. Contestualizzazione normativa

L'evoluzione scientifica e i mutamenti epidemiologici, demografici, e socio economici presenti nel contesto analizzato, richiedono a tutte le professioni sanitarie una diversa rappresentazione della loro struttura disciplinare e dei risultati ed esiti che sono in grado di perseguire e garantire. La professione infermieristica da tempo si sta interrogando su come meglio approfondire ed innovare i ruoli e le funzioni che le appartengono, i contenuti

professionali e le proprie competenze anche attraverso un coerente ridisegno formativo, organizzativo e assistenziale.

La formazione accademica³ ha fornito agli infermieri una preparazione culturale, tecnica e organizzativo-gestionale sicuramente elevata che viene riconosciuta in tutti gli ambiti in cui gli infermieri operano: assistenza in tutte le sue molteplici espressioni, docenza e ricerca e organizzazione e gestione manageriale.

Ma nonostante tale diffuso riconoscimento, si rende ancora oggi necessario:

- delineare una reale e coerente spendibilità all'interno delle Strutture sanitarie pubbliche, private e universitarie degli studi effettuati e delle acquisite competenze;
- aumentare il reclutamento di infermieri stante il divario in negativo rispetto alla media OCSE (90x10.000) promuovendo altresì una loro distribuzione omogenea sull'intero territorio nazionale;
- definire formalmente uno sviluppo di carriera correlato agli effettuati percorsi formativi/acquisizione e riconoscimento delle competenze pregresse, così come anche indicato dal recente D.lgs n°15/16⁴;

Il D.lgs 15/16 - quindi l'Europa - trattando dell' "Infermiere generalista" ribadisce e conferma quanto già da tempo attribuito giuridicamente agli infermieri italiani, ossia:

1. la competenza di individuare autonomamente le cure infermieristiche necessarie ai pazienti utilizzando le conoscenze teoriche e cliniche attuali nonché di pianificare, organizzare e prestare le cure infermieristiche nel trattamento dei pazienti, sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite (e già indicate nel Dlgs 206/2007, ndr), in un'ottica di miglioramento della pratica professionale;
2. la competenza di lavorare efficacemente con altri operatori del settore sanitario, anche per quanto concerne la partecipazione alla formazione pratica del personale sanitario sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite;
3. la competenza di orientare individui, famiglie e gruppi verso stili di vita sani e l'autoterapia, sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite ai sensi del comma 6, lettere a) e b);
4. la competenza di avviare autonomamente misure immediate per il mantenimento in vita e di intervenire in situazioni di crisi e catastrofi;
5. la competenza di fornire autonomamente consigli, indicazioni e supporto alle persone bisognose di cure e alle loro figure di appoggio;
6. la competenza di garantire autonomamente la qualità delle cure infermieristiche e di valutarle;

³ Il suo attuale assetto prevede un Diploma di laurea di 1° e un Diploma di laurea di 2° livello, Master di I e II livello e il Dottorato di ricerca.

⁴ Il D.lgs n°15/2016 recepisce la direttiva dell'Unione europea 2013/55/UE per il riconoscimento delle qualifiche professionali / Regolamento Comunitario n. 1024/2012.

7. la competenza di comunicare in modo esaustivo e professionale e di cooperare con gli esponenti di altre professioni del settore sanitario;
8. la competenza di analizzare la qualità dell'assistenza in un'ottica di miglioramento della propria pratica professionale come infermiere responsabile dell'assistenza generale".

Ancora di più, ed anche alla luce di tale ulteriore conferma normativa, è necessario attivare anche la formazione infermieristica di tipo specialistico e sostenere lo sviluppo di carriera dei professionisti infermieri oltre che introdurre misure volte ad assicurare una maggiore flessibilità nei processi di gestione delle attività professionali e nel loro utilizzo nell'organizzazione sanitaria e socio sanitaria.

I documenti "Revisione sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia" Divisione Salute OCSE (2015) e il Rapporto Annuale ISTAT 2015 a loro volta sottolineano che, per il mantenimento dei principi che definiscono il SSN e per la sostenibilità complessiva del Sistema, è necessario dare maggiore forza e spazio alle potenzialità dei professionisti sanitari, innovare i modelli organizzativi e i processi di lavoro e aumentare l'efficienza e l'appropriatezza del Sistema stesso.

In tale quadro, secondo la FNC Ipasvi è necessario *"... un approccio più "solido" e "ambizioso" nella ridefinizione dei modelli organizzativi e assistenziali e, soprattutto, nell'innovazione e ridefinizione dell'assistenza primaria, ancora prevalentemente orientata a servizi "tradizionali" anziché "di iniziativa", ossia impostati sulla logica "dell'andare verso il cittadino", sulle reti multiprofessionali di presa in carico e di continuità assistenziale ampliare l'assistenza nel domicilio, attivare gli ospedali di comunità, le case della salute e i servizi ambulatoriali di prossimità. Modalità assistenziali, tutte, in cui le professioni sanitarie – infermieri in primis - costituiscono una risorsa fondamentale".* Non deve inoltre esser di dimenticato che *"Anche le indicazioni e gli obiettivi contenuti nel vigente Patto per la salute 2014-2016 prendono atto del contesto demografico ed epidemiologico e pongono specifica attenzione all'efficacia, all'appropriatezza, alla sostenibilità del Sistema e alla necessità di valorizzare, rafforzandolo, il patrimonio professionale operante nel Sistema stesso. La legge 190/2015 - comma 566 - richiama a sua volta gli orientamenti del Patto per la salute e pone le basi per intervenire su ruoli, funzioni e modalità operative dei professionisti sanitari, sostenendo l'evoluzione delle loro competenze - anche attraverso percorsi di formazione complementare - e privilegiando i sistemi a rete e il lavoro in squadra."*(Doc. Cc - FNC 2015).

L'articolato modello di evoluzione delle competenze infermieristiche delineato dalla FNC Ipasvi, che si richiama al Patto per la salute e alla bozza di accordo Stato-Regioni sulle competenze avanzate, delinea percorsi che vogliono garantire l'irrobustimento e l'approfondimento delle conoscenze e delle capacità dell'infermiere sia per quanto attiene l'organizzazione e la gestione, sia per quanto attiene la soddisfazione dei bisogni di assistenza infermieristica, l'erogazione e valutazione di prestazioni e risultati e il governo dei processi assistenziali. Su tale impostazione prendono corpo le specializzazioni

infermieristiche che si basano sull'approfondimento disciplinare del processo di assistenza e sul disegno delle abilità tecniche da utilizzare in un esercizio professionale omogeneo su tutto il territorio nazionale.

L'apertura del percorso formativo e il successivo utilizzo nelle strutture organizzative territoriali rafforza la corrispondenza diretta tra le competenze, le correlate attività e la responsabilità professionale dell'infermiere generalista, dell'infermiere con perfezionamento e specialista, nell'ambito della prevenzione, della cura e dell'assistenza oltre che dell'educazione sanitaria, con un approccio globale alle necessità della persona fin dalla fase che precede il loro manifestarsi. Il campo proprio di attività e quindi di esercizio delle competenze/responsabilità,⁵ è da intendersi in continuo divenire per il progressivo abbandono dei modelli tradizionali dell'assistenza sanitaria e si appalesa del tutto coerente con la crescita culturale dei professionisti sanitari, infermieri in primis, quale vero fondamento dell'intero processo di adeguamento dell'offerta sanitaria.

3. Evoluzione della risposta assistenziale territoriale

In un quadro sociale articolato come l'attuale, vi è la necessità di affrontare la complessità delle diverse espressioni sociali e sanitarie anche equilibrando il sistema sanitario nelle sue diverse espressioni sia di tipo ospedaliero che di tipo territoriale.

Il riorientamento consistente di competenze, professionalità, attività e servizi deve rivolgersi verso la prevenzione e le attività di tipo territoriale, al fine di creare un sistema di assistenza e di cura "di prossimità", in grado di garantire una presa in carico globale del cittadino e una risposta ai problemi prevalenti di salute, evitando che tali problemi trovino risposta inappropriata in ambito ospedaliero caratterizzandosi, conseguentemente, per medicalizzazione e tecnicizzazione spinta⁶.

Si impone in modo ormai improrogabile il ripensamento dell'intera offerta sanitaria e socio sanitaria; entrambe devono essere volte non solo ad assicurare adeguate risposte agli eventi acuti correlati all'aumento della prevalenza e dell'incidenza di patologie cronicodegenerative, ma anche a garantire efficaci strategie preventive e pro-attive, attraverso l'attivazione di setting assistenziali che consentano di affrontare e gestire, in un'ottica di continuità delle cure, le problematiche di salute connesse agli esiti già manifesti della cronicità.

⁵ Dm 739/94 – Dm n.70/97 - L.n.42/99 – L.n.251/200 – L.n.1/2002 – L.n.43/2006 – L.190/2016 - Il D.lgs n°15/2016

⁶ 29 luglio 2004 "Accordo fra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sugli indirizzi progettuali per le Regioni per l'anno 2004"... Fermo restando l'autonomia delle singole Regioni rispetto ai propri modelli organizzativi del Servizio Sanitario regionale, l'attivazione di collegamenti a rete dei servizi presenti sul territorio, la valutazione multidimensionale e multidisciplinare sono gli strumenti indispensabili per sviluppare un'assistenza di qualità alle persone non autosufficienti e ai soggetti affetti da patologie croniche. Strategica è in tal senso l'attivazione di un *coordinamento tra strutture sanitarie presenti sul territorio a diverse intensità* di diagnosi e cura per garantire che il paziente cronico venga preso in carico e gestito così da ottenere in ogni momento la prestazione più appropriata, nel luogo più appropriato";

La presa in carico di soggetti affetti da patologia cronica degenerativa, spesso portatori di problematiche correlate alla non piena autosufficienza e a molteplici bisogni socio-assistenziali, non può che avvenire all'interno di team multidisciplinari e multiprofessionali, con uno stile di lavoro caratterizzato dalla integrazione, dalla interprofessionalità e dalla pari valorizzazione e dignità.

3.a Sanità di Iniziativa

Riprogettare o cambiare un'organizzazione sanitaria, soprattutto in un'ottica di scarsità di risorse, significa ricercare e trovare un delicato equilibrio tra l'efficienza e l'efficacia del sistema e la sua equità (Baraldi et al., 2015). L'equilibrio si ottiene definendo nuove regole organizzative e delineando le attitudini professionali, le competenze trasversali degli attori che si muovono all'interno del sistema.

L'approccio alla cronicità è differente da quello utilizzato per l'acuzie e richiede un diverso ruolo delle cure primarie - basato sulla "sanità di iniziativa" - e attenzione ai determinanti sociali della salute. Un adeguato sistema di cure primarie è il mezzo ideale per il miglioramento globale della salute (Sen, AK & Rigamonti, 2005). L'approccio di tipo multidisciplinare e multiprofessionale caratteristico della sanità di iniziativa punta al miglioramento dell'assistenza dei pazienti cronici attraverso collegamenti efficaci tra i diversi sistemi di cure. L'evidenza dell'efficacia di un approccio di questo tipo è documentato dall'esperienza ormai storica del "Chronic Care Model" (Coleman et al., 2009) e dalla sua versione evoluta Expanded Chronic Care Model (ECCM).

Secondo tale modello tutti i cittadini che soffrono di patologie croniche dovrebbero avere un piano di assistenza e di cura personalizzato e finalizzato al mantenimento della propria condizione clinico-assistenziale e alla prevenzione delle sue complicanze.

L'organizzazione di tale modello richiede necessariamente l'attivazione di team che includano vari professionisti, ognuno con il proprio ruolo all'interno di un percorso integrato, in grado di prendere in carico il paziente. Secondo le esperienze regionali un sistema di questo tipo potrebbe anche garantire iniziative di [prevenzione e promozione](#) della salute e dei corretti stili di vita per incidere precocemente sui determinanti di salute, per ridurre sia l'incidenza delle malattie croniche, sia la progressione della malattia già esistente, per potenziare a livello territoriale la presa in carico delle dimissioni difficili, attraverso l'impegno di tutti i professionisti coinvolti.

In tale modello l'insieme delle cure intermedie si pone come uno dei nodi chiave della rete dei servizi destinati a soggetti con problematiche assistenziali complesse e articolate, quali possono essere le persone in situazione di non autosufficienza più o meno grave. I diversi "ambienti assistenziali" devono essere in grado di dialogare ed essere funzionali ai bisogni del cittadino (figura 1).

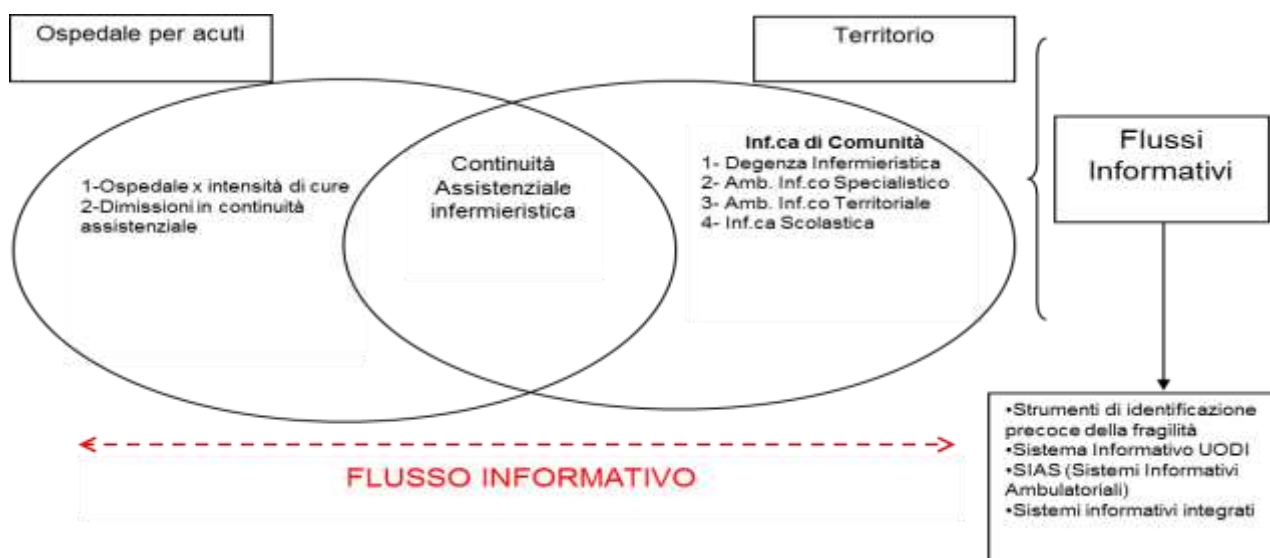


Figura 1 - schema generale di continuità assistenziale

Secondo il documento del Canadian Academy of Health Sciences, "Transforming care for Canadians with chronic health conditions" (Nasmith L, Ballem P, Baxter R, et al. ,2010), il punto di partenza del Chronic care Model è sollevare l'orizzonte del sistema sanitario dalla malattia, alla persona e alla popolazione.

Vi è un consenso generale internazionale sul fatto che per migliorare l'assistenza alle persone con condizioni croniche, sia necessario un approccio ampio (American College of Physicians, 2006).

Secondo il Chronic care Model il periodo di ospedalizzazione deve essere breve e solo per il tempo necessario alla risoluzione dell'evento acuto affinché il paziente cronico, risolta l'urgenza, possa essere assistito a livello territoriale.

L'erogazione dell'assistenza è focalizzata sui bisogni individuali della persona inserita nel suo contesto sociale; le cure primarie sono il punto centrale dei processi assistenziali.

In tale organizzazione è necessario che sia realmente pianificata e garantita - per essere compiutamente esercitata - la "continuità assistenziale" intesa come l'attivazione di specifici percorsi di cura attraverso l'adozione di opportuni strumenti in grado di raccordare i diversi ambienti assistenziali ossia: l'utilizzo della valutazione multidimensionale (VMD) e la conseguente adozione di Piani assistenziali individualizzati (PAI) con la finalità di restituire alla persona le migliori condizioni di qualità di vita ottenibili anche facendo ricorso all'infermieristica di comunità⁷. Come proposto dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari

⁷ 9 marzo 2007 "Accordo, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'attuazione del Piano Sanitario nazionale 2006-2008" Allegato A punto 2 "Riorganizzare le cure primarie:.....garantire la tempestiva presa in carico del paziente da parte della rete territoriale, la valutazione multidimensionale del paziente, l'elaborazione del **piano personalizzato di assistenza**... garantire la valutazione multidimensionale dei pazienti fragili e l'attuazione del piano personalizzato di assistenza *tramite il concorso di professionalità sanitarie e sociali* per affrontare i bisogni complessi ...";

Regionali, sarà opportuno, condividere il modello proposto per la gestione della cronicità, attraverso un approccio metodologico orientato alla valutazione della qualità delle cure erogate. Gli esiti sensibili all'infermieristica, possono essere infatti definiti come i cambiamenti misurabili nella condizione del paziente (Donabedian, A.). Gli indicatori saranno opportunamente scelti per ogni contesto specifico, estratti da database disponibili a livello centrale e potranno essere ampliati in relazione alla definizione degli obiettivi scelti.

La strutturazione professionale dell'assistenza infermieristica si inserisce efficacemente nel suo declinato panorama per la poliedricità che è in grado di manifestare, chiaramente definita dall'International Council of Nurses: *“L’assistenza infermieristica comprende l’assistenza a persone di tutte le età, a famiglie, gruppi e comunità, sia malati che in buona salute, in tutti i contesti, sia in autonomia che in collaborazione. L’assistenza infermieristica include la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, l’assistenza ai malati, ai disabili e alle persone morenti. Altri ruoli chiave dell’assistenza infermieristica sono l’advocacy, la promozione di un ambiente sicuro, la ricerca, la partecipazione alle scelte di politica sanitaria, gestione dei pazienti e dei servizi sanitari e la formazione”* (ICN, 2002).

L'assistenza infermieristica - che viene definita "di comunità" - diviene parte attiva e propositiva di programmi di intervento tesi alla costruzione di un sistema di cure e alla realizzazione di un sistema di benessere che vede il coinvolgimento attivo di tutti i soggetti della società civile.

3.b - L'infermieristica di famiglia/comunità

L'infermieristica di famiglia/comunità è una modalità di approccio di tipo olistico finalizzata all'assistenza della persona inserita nel suo ambiente di vita (Sasso, 2005; Dickinson, 2004; Goddard, 1981). Consiste in forme di assistenza e di supporto erogate nella comunità. Ha come obiettivo la realizzazione di un servizio di assistenza volto a persone, famiglie e comunità durante tutto il continuum assistenziale (Burleton, 2013; Elliott, Kennedy, & Raeside, 2013; Gulzar, Faheem, & Somani, 2012; Henderson, Koehne, Verrall, Gebbie, & Fuller, 2013).

L'infermieristica di famiglia/comunità si struttura in un modello teorico-pratico che ripensa il sistema dei servizi a livello delle comunità locali e propone un nuovo modo di progettarli ed attivarli, intendendoli come reti integrate di intervento che si basano sull'incontro creativo e collaborativo fra soggetti primari (famiglie, gruppi, associazioni,) e servizi organizzati (sia pubblici che privati) mediante relazioni di reciprocità sinergica. L'infermieristica di famiglia/comunità trova attuazione nei distretti, nei servizi territoriali, a domicilio, nelle scuole etc. e può contribuire a potenziare e sviluppare tutti gli interventi di primary care necessari per "fare" prevenzione, garantire accesso alle cure, realizzare continuità delle cure, erogare assistenza infermieristica generale e specialistica, promuovere livelli di benessere e diffondere pratiche di autocura (Pace, 2013).

Nell'ambito della rete dei servizi sanitari e socio sanitari l'infermieristica di comunità può essere declinata, con modalità integrate e di continuità, in tre principali ambiti: il domicilio (assistenza domiciliare), gli ambulatori (assistenza ambulatoriale), le degenze di prossimità (ospedali di comunità). Allo svolgersi integrato e a rete dei percorsi e dei processi infermieristici di comunità attivati, sviluppati e resi continuativi in un determinato territorio, si aggiungono con modalità "di iniziativa" visite domiciliari, incontri informativi ed educativi, conferenze, incontri, dibattiti ed ogni altra iniziativa che possa aumentare la consapevolezza della comunità sui determinanti di salute di quell'ambiente e sulle variabili che ogni individuo con la sua storia sanitaria deve conoscere e presidiare.

L'infermieristica di famiglia/comunità in tutte le sue componenti è programmata, svolta e verificata da gruppi di infermieri portatori di competenze diversificate ossia generaliste, avanzate e specialiste. I percorsi, i processi e le prestazioni che si sviluppano e implementano attraverso "pool" di infermieri di comunità dedicati e operativi nei tre macro ambiti in un definito territorio, sono "governati", mantenuti dentro la rete dei servizi e condotti ad unitarietà di obiettivo, risultato ed esito da un **Infermiere Specialista** (infermiere con laurea magistrale ad indirizzo clinico) nell'area della Sanità pubblica - infermiere di famiglia/comunità.

3.b.1 - L'Assistenza infermieristica domiciliare

L'assistenza infermieristica domiciliare fa parte da tempo dell'assistenza programmata a domicilio (livello distrettuale individuato dai livelli essenziali di assistenza). Il sistema per gli interventi e i servizi domiciliari si ispira al modello della domiciliarizzazione delle prestazioni e dei processi, intendendo per domicilio il normale ambiente di vita della persona, sia essa la propria abitazione, sia una struttura comunitaria, casa di riposo o casa protetta a residenzialità permanente.

La continuità assistenziale che il sistema garantisce, si basa sulla condivisione degli obiettivi, delle responsabilità e sulla complementarietà delle risorse necessarie per il raggiungimento dei risultati di salute. L'assistenza a domicilio si diversifica in numerosi servizi che si distinguono per la maggiore o minore intensità e/o complessità assistenziale, per il numero e la competenza professionale specifica degli operatori coinvolti, per il profilo di persona/paziente a cui si rivolgono, per la modalità di lavoro degli operatori e per il livello operativo territoriale coinvolto. Il livello operativo delle prestazioni assistenziali e di cura può essere quello territoriale coincidente con il distretto per le prestazioni sanitarie e con l'Ambito Territoriale per le prestazioni sociali.

Le prestazioni possono essere attuate in forma singola o in semplice associazione, dagli specifici professionisti coinvolti oppure con modalità integrata pluridisciplinare e pluriprofessionale.

L'attivazione delle diverse tipologie assistenziali è conseguente ad una valutazione effettuata con modalità integrata dalle diverse professionalità sanitarie e sociali (*almeno* il mmg, l'infermiere di comunità, l'assistente sociale) e si concretizza nella predisposizione, attuazione/verifica del Piano di Assistenza Individuale (PAI).

L'assistenza infermieristica domiciliare è rivolta a persone in condizioni di temporanea o permanente impossibilità ad accedere ai presidi distrettuali, a persone che desiderano rimanere nel proprio domicilio pur necessitando di assistenza sanitaria e/o di strumenti vicarianti le funzioni vitali, a persone in terminalità di vita.

3.b.2 - L'assistenza infermieristica ambulatoriale

Gli ambulatori infermieristici possono rappresentare un nodo significativo del sistema delle cure primarie/infermieristica di comunità. Attraverso gli infermieri di comunità operanti negli ambulatori infermieristici è possibile effettuare, in correlazione con i mmg, il monitoraggio dei fattori di rischio, l'informazione e l'educazione sanitaria, l'orientamento all'utilizzo appropriato e razionale dei servizi sanitari, socio sanitari e assistenziali offerti, il follow up e erogare variegate risposte sanitarie di prossimità.

Anche negli ambulatori infermieristici deve essere privilegiata la "presa in carico" del fruitori del servizio, l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e di adeguati strumenti informativi. Gli infermieri di comunità che operano negli ambulatori infermieristici partecipano e si integrano nei processi e nei percorsi territoriali e collaborano all'effettuazione della Valutazione Multi Dimensionale (VMD) e alla stesura del PAI. L'ambulatorio Infermieristico è la struttura o il luogo fisico organizzato e gestito da infermieri - che ne assumono la responsabilità - in cui vengono garantite prestazioni assistenziali infermieristiche autonome o su prescrizione. Gli ambulatori infermieristici possono erogare prestazioni *generaliste* (effettuazione di terapie di vario genere su prescrizione, effettuazione di prestazioni autonome infermieristiche di medio bassa complessità) o *avanzate* (gestione delle vie venose, di medicazioni complesse etc..) o *specialiste* correlate alla "wond care", alla gestione delle enterostomie, della nutrizione enterale etc. .

Una dimensione innovativa del setting infermieristico ambulatoriale è il triage telefonico per il monitoraggio a distanza. Attraverso il telenursing, la cui efficacia è comprovata da diversi studi che documentano un significativo miglioramento nell'aderenza alla terapia e riduzione dei comportamenti sociali a rischio (Sherrad et al, 2015; Battaglia et al.), può essere favorito sia un utilizzo razionale delle risorse, sia una corrispondente ottimizzazione del servizio offerto. Attraverso i follow-up telefonici, inoltre, potrebbero essere ipotizzati anche controlli standard riferiti a percorsi clinico-assistenziali territoriali e dare, in tal modo, ulteriori ed efficaci strumenti alla sanità di iniziativa.

Un altro ambito in cui può esprimersi efficacemente l'infermieristica di famiglia/comunità attraverso il setting ambulatoriale, è quello scolastico. Conciliare il

diritto allo studio e alla cura non sempre è semplice soprattutto per i bambini e i ragazzi affetti da patologie come diabete, asma, epilessia, allergie e malattie croniche che richiedono l'assunzione di farmaci nell'arco della giornata o l'effettuazione di manovre e prestazioni sanitarie estemporanee. Attraverso l'ambulatorio scolastico possono essere rilevati i bisogni assistenziali all'interno delle comunità scolastiche, le risorse degli studenti e delle famiglie e valutate le disponibilità delle strutture scolastiche per una risposta - anche in questo caso - di prossimità.

3.b.3 - Gli Ospedali di comunità

Le degenze territoriali di prossimità a gestione infermieristica (ospedali di comunità) sono uno degli ambiti in cui si esprime l'infermieristica di famiglia/comunità e rientrano negli obiettivi che il Ministero della salute ha identificato per l'utilizzo appropriato della rete ospedaliera e per il potenziamento delle cure primarie.

Sono strutture a vocazione multifunzionale operative nelle 24 ore e destinate a trattare persone affette da patologie cronico-degenerative in fase non acuta, tendenzialmente stabilizzate, e con esigenze diversificate. L'assistenza erogata si pone con modalità intermedia tra il ricovero ospedaliero e l'assistenza domiciliare o residenziale con le quali non si pone in alternativa, ma in rapporto di forte integrazione e collaborazione. L'infermiere di famiglia/comunità operante in tali strutture, prende in carico prevalentemente pazienti che necessitano di sorveglianza infermieristica continuativa o di interventi sanitari che sarebbero potenzialmente erogabili a domicilio a causa del riacutizzarsi di patologie croniche ma che, in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare), necessitano di ricovero in queste strutture. La gestione dei processi di cura, assistenza e gestione negli ospedali di comunità è infermieristica. Gli infermieri, oltre a porre in essere quanto prescritto dal mmg di ognuno dei pazienti "ricoverati", pianificano e attuano i processi assistenziali, valutano e comunicano ai mmg la risposta ai trattamenti, individuano elementi di eventuale instabilità clinica, attivano, in accordo con i mmg, le figure sanitarie necessarie al paziente e pongono in essere quanto di necessità per garantire la continuità assistenziale e l'interazione con la rete dei servizi territoriali e ospedalieri. L'obiettivo da raggiungere è il recupero della stabilità clinico assistenziale e della maggiore autonomia possibile per il rientro al proprio domicilio del paziente.

4. - L'Infermiere di famiglia/comunità

L'OMS Europa, nel documento "Salute 21" del '98, propone la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, quale consulente specialista-generalista con formazione post base, in grado di agire soprattutto a livello preventivo attraverso la valutazione e la

gestione integrata dei bisogni di salute di un gruppo di cittadini a lui assegnato, in stretta collaborazione con il Medico di Medicina Generale (mmg).

L'Infermiere di famiglia/comunità è il professionista che, grazie alla sua peculiare formazione, è responsabile della gestione dei processi infermieristici in ambito familiare/comunitario. Opera in collaborazione con l'equipe multidisciplinare per aiutare gli individui e le famiglie a trovare le soluzioni ai loro bisogni di salute, a gestire le malattie e le disabilità croniche. Ogni infermiere, in associazione con altre figure professionali, agisce come risorsa di salute fornendo consigli sugli stili di vita e sui fattori comportamentali a rischio, e rappresenta il promotore chiave della salute nella comunità. Individua bisogni inespresi, si rende garante della presa in carico lungo l'intero percorso assistenziale del paziente, della continuità delle cure e del suo nucleo familiare. Promuove la cooperazione tra gli operatori coinvolti nel progetto di cura ed effettua educazione terapeutica. Si rende garante dell'adesione dei pazienti ai diversi follow-up e che i problemi sanitari delle famiglie siano rilevati e curati al loro insorgere attraverso la valutazione medico-infermieristica precoce.

Identifica gli effetti dei fattori socio economici sulla salute della famiglia e attiva l'intervento o l'inserimento nella rete dei servizi territoriali. L'infermiere di famiglia/comunità è responsabile dell'assistenza infermieristica rivolta alle persone, alle famiglie in ambito comunitario; è responsabile dei modelli assistenziali proposti con attenzione agli aspetti preventivi, clinico-assistenziali e psico-educativi in una prospettiva multidisciplinare.

Le funzioni caratterizzanti di questa figura possono essere catalogate in cinque macro aree: 1. Area Assistenziale (gestire i percorsi assistenziali alla persona/famiglia; gestire il rischio clinico/assistenziale; attivare la rete di servizi sociali) 2. Area della Ricerca applicata (collaborare/attuare effettuare progetti di ricerca selezionati sia in ambito sanitario che sociale) 3. Area della Consulenza (erogare consulenza in qualità di esperto) 4. Area della Prevenzione (attuare interventi educativi, sul singolo, su gruppi di persone e sulla comunità rilevando situazioni a rischio per il mantenimento della salute e proporre interventi) 5. Area Manageriale (facilitare la cooperazione integrata dei servizi territoriali anche attraverso la realizzazione di modelli organizzativi).

L'infermiere di famiglia/comunità è un professionista che analizza i bisogni del paziente e della famiglia, garantisce sul territorio la continuità assistenziale e contribuisce alla promozione della salute. È responsabile della gestione dei processi assistenziali sanitari, socio sanitari nell'ambito della comunità. L'infermiere di famiglia/comunità prende in carico il paziente con i suoi bisogni espressi, definisce gli interventi assistenziali in collaborazione con il mmg o il consulente medico specialista, sostiene l'integrazione delle attività degli eventuali altri operatori sanitari e si occupa dell'educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari. Elemento fondamentale, che supporta l'efficacia degli interventi, è il suo agire non in modo isolato ma in stretta collaborazione con il mmg e altri componenti dell'equipe/rete dei servizi, secondo strategie integrate.

Le funzioni svolte dall'infermiere di famiglia/comunità sono una naturale evoluzione di funzioni professionali già svolte in ambito territoriale; l'innovazione si evidenzia nel metodo proattivo e nell'estensione dell'assistenza dal singolo alla famiglia e alla comunità.

Il pool degli infermieri di famiglia/comunità, utilizzando gli ambiti di esercizio professionale domiciliare, ambulatoriale e degenziale di prossimità, opera per:

- migliorare l'accessibilità e la fruibilità da parte dei cittadini dei servizi sanitari e delle prestazioni di assistenza sanitaria primaria (livello di primary care) in stretta collaborazione funzionale con i punti territoriali di accesso alle strutture sanitarie e socio sanitarie quali, ad esempio, il Punto Unico di Accesso sociosanitario (PUA)⁸;
- costituire una cerniera tra i servizi ospedalieri, territoriali quali, ad esempio, i servizi di salute mentale, materno-infantile, disabilità degli adulti e dei bambini etc.
- dare corso a quanto definito nell'ambito della specialistica clinica ambulatoriale e dei Medici di Medicina Generale;
- garantire risposte appropriate ai bisogni di assistenza della popolazione attraverso l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e la definizione di percorsi assistenziali integrati;
- promuovere nelle persone i processi di autocura (self care), anche al fine di realizzare una partecipazione attiva e consapevole alle scelte di natura assistenziale (Empowerment del Cittadino);
- promuovere l'attività di prevenzione ed educazione alla salute;
- avvicinare l'offerta sanitaria ai bisogni dei cittadini e alla loro percezione di "buona salute" e qualità assistenziale.

Il pool degli infermieri di famiglia/comunità, coordinato per quanto attiene i percorsi e i processi assistenziali da un infermiere specialista clinico, afferisce attraverso il proprio coordinatore gestionale, al Servizio/direzione delle professioni sanitarie che ne definisce numero ed obiettivi da raggiungere in coerenza con lo stato demografico ed epidemiologico del territorio assegnato e con gli obiettivi di salute definiti dalla direzione generale dell'Azienda sanitaria di riferimento.

⁸ Obiettivo 15 – Un settore sanitario integrato: per l'anno 2010 la popolazione della Regione dovrebbe avere un accesso molto migliore a cure primarie orientate alla famiglia e alla comunità, sostenute da un sistema di ospedali flessibile e rispondente (OBIETTIVI REGIONALI DELLA SALUTE PER TUTTI Adottati dal Comitato Regionale OMS per l'Europa nella sua -48° Sessione - Copenaghen, Settembre 1998)

Allegato I

Esempi di consolidamento regionale per l'attività ambulatoriale infermieristica

- Legge Regione Calabria n. 24 del 18 luglio 2008 Norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private. (BUR n. 14 del 16 luglio 2008, supplemento straordinario n. 3 del 26 luglio 2008)
- D.P.C.M. 29/11/2001 (Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) – vigente accordo collettivo per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 502/92 e dall'art. 8 comma 15 della legge 24/12/93 n. 537 (interventi correttivi di finanza pubblica. Disposizioni in materia di sanità).
- Decreto Assessore Regione Sicilia alla sanità n. 2654 del 17/11/2009 “Programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali rese dalle strutture sanitarie pubbliche ospedaliere e territoriali” ;
- Legge Regione Campania 23 dicembre 2015, n. 20. “Misure per introdurre la cultura della responsabilità nell'organizzazione sanitaria nonché migliorare i servizi ai cittadini. – Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 (Decreto legislativo 30/12/1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del servizio sanitario regionale)”.
- UMBRIA: Ministero dell'istruzione dell'università e della Ricerca. Ufficio Scolastico Regionale per L'Umbria. Direzione Generale istituzione di un posto per infermieri scolastico

Esempi di consolidamento regionale per l'ospedale di comunità

- EMILIA ROMAGNA: RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA SECONDO GLI STANDARD PREVISTI DALLA LEGGE 135/2012, DAL PATTO PER LA SALUTE 2014/16 E DAL DM SALUTE 70/2015: L'ospedale di comunità del DM 70/2015 che definisce le caratteristiche dell'ospedale di comunità. Si tratta di una struttura con un numero limitato di posti letto gestito da personale

infermieristico presente nelle 24 ore, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o da pediatri o altri medici del SSN. In questo ospedale si prendono in carico prevalentemente pazienti che necessitano di sorveglianza infermieristica continuativa o di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (struttura e familiare)

- LAZIO: DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA 12 NOVEMBRE 2014 Linee di indirizzo regionali su "Unità di degenza a gestione infermieristica- modello organizzativo". I dati prodotti dall'esperienza Laziale hanno indicato una degenza media di 4 giorni e nessun outcome negativo legato all'assistenza infermieristica.
- UMBRIA: Legge Regione Umbria del 12/11/2012 n. 18 "Ordinamento de Servizio Sanitario Regionale. I dati relativi al primo anno di attività dell'unità di degenza infermieristica ha dimostrato il contenimento delle giornate di degenza così come espresso in delibera. Meno del 5% di questi soggetti ha subito riospedalizzazioni
- MOLISE: DCM n° 26 del 18.05.2015 - Attivazione di ospedali di comunità a seguito della riconversione di due Presidi Ospedalieri.

Esempi Di Consolidamento Regionale per l'infermiere di famiglia/comunità e di sanità di iniziativa

-LOMBARDIA: la nuova figura è stata proposta all'interno di una legge regionale: "Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo" approvata nel 2015. All'articolo 10 viene esplicitato: "nell'ambito del settore delle cure primarie, governato dalle ATS territorialmente competenti, è istituito il servizio dell'infermiere di famiglia e delle professioni sanitarie, inteso come il servizio infermieristico e delle professioni sanitarie singolo o associato a disposizione del cittadino, dei medici di cure primarie e delle autonomie locali.

- PIEMONTE: Sperimentazione, nell'ambito di un progetto europeo (CO.N.S.E.N.SO) , di un modello per ridurre la spesa sanitaria e migliorare la qualità di vita degli anziani., della figura dell'infermiere di famiglia. Progetto Europeo Approvato

- LAZIO: proposta di Legge Regionale n 89 Presentata il 17/10/2013 "infermiere di famiglia" Istituzione servizi infermieristici di famiglia. U

- VENETO: DGR 1097 del 18 agosto 2015. Progetto formativo per il Care Management: cure integrate del paziente complesso nelle cure primarie. LR 23/2012

- VENETO: DGR 2271 del 10 dicembre 2013 Allegato B – Linee guida per l'organizzazione del Distretto Socio-Sanitario. Par. 5 Strumenti a supporto – 5.1 La Centrale Operativa Territoriale.

- TOSCANA: DGR 1152 del 30-11-2015 - Approvazione risultati ed individuazione linee di sviluppo della sanità di iniziativa a livello territoriale
- TOSCANA: DGR 650 del 05-07-2016 – Sanità di iniziativa approvazione indirizzi per l'implementazione del nuovo modello.
- REGIONE PUGLIA - AZIENDA SANITARIA LOCALE BT: Deliberazione N. 1424 del 30/06/2016 - OGGETTO: avviso interno per titoli e colloqui per la copertura di posti di infermiere, con esperienza nella gestione dei malati cronici (infermiere di famiglia/care manager), presso i Distretti aziendali.

BIBLIOGRAFIA

- Burleton, L. (2013). Developing a community mental health nursing handover form. *Nurs Stand*, 27(39), 35-40.
- Corrie, P. G., Moody, A. M., Armstrong, G., Nolasco, S., Lao-Sirieix, S. H., Bavister, L., . . . Barclay, S. (2013). Is community treatment best? a randomised trial comparing delivery of cancer treatment in the hospital, home and GP surgery. *Br J Cancer*. doi: 10.1038/bjc.2013.414 bjc2013414 [pii]
- Dickinson, J. (2004). Developing family health nurses and family nurse practitioners for rural and remote areas in Australia. *Aust Fam Physician*, 33(1-2), 6-7.
- Elliott, L., Kennedy, C., & Raeside, R. (2013). Professional role identity in shaping community nurses' reactions to nursing policy. *J Nurs Manag*. doi: 10.1111/jonm.12153
- Goddard, J. M. (1981). The role of the community nurse in family health care. *Curationis*, 4(3), 17-21.
- Gulzar, S. A., Faheem, Z. A., & Somani, R. K. (2012). Role of community health nurse in earthquake affected areas. *J Pak Med Assoc*, 62(10), 1083-1086.
- Ham, C. (2010). The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law*, 5(Pt 1), 71-90. doi: 10.1017/S1744133109990120S1744133109990120 [pii]
- Hays, R. D., Reeve, B. B., Smith, A. W., & Clouser, S. B. (2013). Associations of cancer and other chronic medical conditions with SF-6D preference-based scores in Medicare beneficiaries. *Qual Life Res*. doi: 10.1007/s11136-013-0503-9
- Henderson, J., Koehne, K., Verrall, C., Gebbie, K., & Fuller, J. (2013). How is Primary Health Care conceptualised in nursing in Australia? A review of the literature. *Health Soc Care Community*. doi: 10.1111/hsc.12064
- Kralik, D., Koch, T., Price, K., & Howard, N. (2004). Chronic illness self-management: taking action to create order. *J Clin Nurs*, 13(2), 259-267. doi: 826 [pii]
- Lloyd-Jones, D., Adams, R. J., Brown, T. M., Carnethon, M., Dai, S., De Simone, G., . . . Wylie-Rosett, J. (2010). Heart disease and stroke statistics--2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 121(7), e46-e215. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192667 CIRCULATIONAHA.109.192667 [pii]

- McHugh, C., Bailey, S., Shilling, V., & Morris, C. (2013). Meeting the information needs of families of children with chronic health conditions. *Phys Occup Ther Pediatr*, 33(3), 265-270. doi: 10.3109/01942638.2013.799628
- McHugh, M. D., & Ma, C. (2013). Hospital nursing and 30-day readmissions among Medicare patients with heart failure, acute myocardial infarction, and pneumonia. *Med Care*, 51(1), 52-59. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182763284
- Oldman, C. (2013). Voices - Community-based care has district nurses at its heart, says Crystal Oldman. *Nurs Stand*, 27(47), 26. doi: 10.7748/ns2013.07.27.47.26.s32
- Roger, V. L. (2013). Epidemiology of heart failure. *Circ Res*, 113(6), 646-659. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.113.300268 CIRCRESAHA.113.300268 [pii]
- Wilkes, L., Cioffi, J., Cummings, J., Warne, B., & Harrison, K. (2013). Clients with chronic conditions: community nurse role in a multidisciplinary team. *J Clin Nurs*. doi: 10.1111/jocn.12245
- Sen, A. K., & Rigamonti, G. (2005). *Lo sviluppo è libertà: perché non c'è crescita senza democrazia*. Oscar Mondadori.
- Nasmith L, Ballem P, Baxter R, et al. [Transforming care for Canadians with chronic health conditions: Put people first, expect the best, manage for results](#) . Ottawa, ON, Canada: Canadian Academy of Health Sciences, 2010.
- American College of Physicians. *The Advanced Medical Home: A Patient-Centered, Physician-Guided Model of Health Care*. January 22, 2006
- Sherrard, H., Duchesne, L., Wells, G., Kearns, S. A., & Struthers, C. (2015). Using interactive voice response to improve disease management and compliance with acute coronary syndrome best practice guidelines: A randomized controlled trial. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(1).
- Vuorinen, A. L., Leppänen, J., Kaijanranta, H., Kulju, M., Heliö, T., van Gils, M., & Lähteenmäki, J. (2014). Use of home telemonitoring to support multidisciplinary care of heart failure patients in Finland: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 16(12), e282.
- Harrison, J. D., Auerbach, A. D., Quinn, K., Kynoch, E., & Mourad, M. (2014). Assessing the impact of nurse post-discharge telephone calls on 30-day hospital readmission rates. *Journal of general internal medicine*, 29(11), 1519-1525.
- Battaglia, C., Benson, S. L., Cook, P. F., & Prochazka, A. (2013). Building a tobacco cessation telehealth care management program for veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 19(2), 78-91.

- Di Giorgio, G, Rinesi, F. Rapporto Osservasalute 2015. Popolazione disponibile al <http://www.osservasalute.it/>
- Friend , L., Ferrucci , L., Darer, J., Williamson , J., & Anderson , G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity; implications for improved targeting and care. *Journals of Gerontology*, 255-263.
- Giuli C, Spazzafumo L, Sirolla C, Abbatecola AM, Lattanzio F, Postacchini D [Social isolation risk factors in older hospitalized individuals](#). *Arch Gerontol Geriatr*. 2012 Nov-Dec;55(3):580-5. doi: 10.1016/j.archger.2012.01.011. Epub 2012 Feb 19.
- Gobbens, R. J., van Assen, M. A., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010). The Tilburg frailty indicator: psychometric properties. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5), 344-355.
- Liotta, G., Mancinelli, S., Scarcella, P., Pompei, D., Mastromattei, A., Cutini, R., ... & Gilardi, F. Salute e disabilità nell'anziano, tra vecchi paradigmi ed un nuovo sorprendente futuro. *Igiene e Sanità Pubblica*, 68(5.2012), 657.
- Università cattolica del Sacro Cuore. Istituto di Igiene. Rapporto Osservasalute 2015 disponibile all'indirizzo: <http://www.osservasalute.it/>
- Watkins L, Hall C, Kring D. Hospital to home: a transition program for frail older adults. *Prof Case Manag*. 2012 May-Jun;17(3):117-23; quiz 124-5. doi: 10.1097/NCM.0b013e318243d6a7. PMID:22488341
- Wong, C. H., Weiss, D., Sourial, N., Karunanathan, S., Quail, J. M., Wolfson, C., & Bergman, H. (2010). Frailty and its association with disability and comorbidity in a community-dwelling sample of seniors in Montreal: a cross-sectional study. *Aging clinical and experimental research*, 22(1), 54-62.