



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI "G. d'ANNUNZIO"
Chieti-Pescara**

Scuola di Medicina e Scienze Salute



Corso di Studio in Infermieristica
Presidente: Prof.ssa Gabriella Mincione

Tesi di Laurea

**INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITA':
CONTRO IL SOVRAFFOLLAMENTO OSPEDALIERO**

Laureando:

NICK ADRIEN JOHN MEYNARD TEHNA BIAS

Relatore:

Chiar.mo Prof.
GIANFRANCO VERNA

A.A. 2022/2023

INFERMIERE DI FAMIGLIA CONTRO IL SOVRAFFOLLAMENTO

<u>OSPEDALIERO</u>	5
---------------------------	----------

<u>INTRODUZIONE</u>	5
----------------------------	----------

<u>OBBIETTIVI E METODI</u>	6
-----------------------------------	----------

<u>1 IL SOVRAFFOLLAMENTO SANITARIO</u>	7
---	----------

1.1 CHE COS'È IL SOVRAFFOLLAMENTO?	7
---	----------

1.2 RICOVERI INAPPROPRIATI	9
-----------------------------------	----------

1.3 MALATI CRONICI	10
---------------------------	-----------

<u>2 SANITA' OGGI</u>	11
------------------------------	-----------

2.1 ACCREDITAMENTO E FONDI SANITARI	11
--	-----------

2.2 DISTRETTO SANITARIO DI BASE	13
--	-----------

2.3 PNRR E DELOCALIZZAZIONE DELL'OSPEDALE	14
--	-----------

<u>3 INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITA'</u>	16
---	-----------

3.1 NASCITA DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA	16
--	-----------

3.2 DEFINIZIONE DEL CONCETTO DI FAMIGLIA.	18
--	-----------

3.3 DEFINIZIONE DEL RUOLO DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA	19
--	-----------

<u>4 AUTONOMIA E LIMITI, LIBERO PROFESSIONISTA INFERMIERE DI FAMIGLIA</u>	21
--	-----------

4.1 PROFESSIONE INTELLETTUALE ANCHE SUL TERRITORIO	21
---	-----------

4.2 MODELLO ASSISTENZIALE	23
----------------------------------	-----------

4.3 LE SCALE DI VALUTAZIONE E DIAGNOSI INFERMIERISTICHE	24
--	-----------

4.3.1 DISABILITA' E FRAGILITA'	26
---------------------------------------	-----------

4.3.2 LA RILEVANZA DELLE CADUTE SUL SISTEMA SANITARIO	28
--	-----------

4.4 DIAGNOSI INFERMIERISTICHE	29
--------------------------------------	-----------

4.4.1 INTERVENTI DI TIPO EDUCATIVO PZ MICI	31
---	-----------

4.5 LE PROCEDURE	38
-------------------------	-----------

4.5.1	MEDICAZIONE LESIONI DIABETE	39
5	CONCLUSIONI	45
6	BIBLIOGRAFIA	48

TABELLA 1 ASPLIN, INPUT OUTPUT THROUGHPUT.....	9
TABELLA 2 OBIETTIVI PNRR (PNRR, 2022)	15
TABELLA 3 AREE D'INTERVENTO DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA (PELLIZZARI 2008)	18
TABELLA 4 POSSIBILI APPLICAZIONI DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA	20
TABELLA 5 SCALE DI VALUTAZIONE ADL E IADL	26
TABELLA 6 SCALA TINETTI VALUTAZIONE RISCHIO CADUTE	28
TABELLA 7 DIAGNOSI INFERMIERISTICHE POSSIBILI A DOMICILIO, RISULTATO PROGETTO DI RICERCA ASL BRESCIA.....	30
TABELLA 8 INTERVENTI POSSIBILI, RISULTATO PROGETTO DI RICERCA ASL BRESCIA	31
TABELLA 9 AREE D'INTERVENTO AMBULATORIALE E DOMICILIARE IDF.....	39
TABELLA 10 CONSIGLI PAZIENTE DIABETICO.....	42

INFERMIERE DI FAMIGLIA CONTRO IL SOVRAFFOLLAMENTO OSPEDALIERO

INTRODUZIONE

In una sanità voluta per aumentare gli anni alla vita, è arrivato ormai da tempo il momento di aggiungere la qualità alla vita. Secondo un rapporto dell'osservatorio nazionale sulla salute, la popolazione italiana si trova in uno stato di invecchiamento attivo dove ogni anno fette sempre più grandi di popolazione vengono inghiottite dalle malattie croniche. Si stima che nel 2028 saranno 25 milioni i malati cronici, mentre i multi-cronici ammonteranno a 14 milioni, con una prevalenza di malattie cardiovascolari, prima di tutte l'ipertensione con 12 milioni di persone affette, 5,3 milioni le persone affette da osteoporosi, 3,6 milioni colpite dal diabete. Ancora, i dati Istat evidenziano che le persone con livello di istruzione più basso soffrono molto più frequentemente di patologie croniche rispetto al resto della popolazione, con un divario crescente all'aumentare del titolo di studio conseguito. A dimostrazione che la sanità ha bisogno di educare i suoi utenti per diminuire l'incremento di malati, e di assistere i suoi pazienti non solo nella fase acuta, ma in tutto il loro percorso, le azioni come quelle del Pnrr, con cui si sta cercando di delocalizzare la sanità, passando dall'ospedale al territorio, indicano che siamo in un momento di transizione, verso una sanità più vicina al suo cittadino. Il sovraffollamento degli ospedali è dovuto da molteplici ragioni, che vanno dalla mancanza di risorse, all'aumento della domanda salute, un insieme di fattori che limitano il lavoro rendendolo inefficacie e inefficiente. Il sovraffollamento dovuto dai ricoveri impropri non solo rallenta gli ingranaggi ma grava anche sul piano economico, c'è bisogno dunque di una figura che riesca a rafforzare il SSR. L'infermiere di famiglia, promuovendo il self care e l'educazione terapeutica, contribuisce a ridurre i costi a carico del SSR, ridurre gli accessi impropri in Pronto Soccorso e a migliorare i risultati

di salute per gli assistiti. Diversi studi dimostrano che l'educazione sanitaria ha maggiore efficacia se fatta da un personale che ha avuto una formazione specifica . (D' Ivernois JF – Gagnayre R, 2009). Questa figura rappresenta il futuro dell'assistenza infermieristica, con interventi specifici, una visione olistica della persona, interpretando e intervenendo sui bisogni dell'assistito con autonomia e agendo nel pieno della sua professionalità intellettuale.

OBBIETTIVI E METODI

Obiettivi

In questa tesi ho voluto approfondire nel dettaglio come effettivamente l'infermiere di famiglia riesca ad agire contro il fenomeno del sovrappollamento. Dunque, ho voluto analizzare il sistema sanitario entrando nel merito della situazione demografica che dovrà affrontare nei prossimi anni, che comprende: l'invecchiamento, la popolazione malata cronica e i ricoveri impropri. In fine secondo i principi dell'Orem e i modelli funzionali della salute di Marjory Gordon, ho illustrato come l'infermiere di famiglia può agire e agisce sul territorio.

METODOLOGIA

per redigere la tesi ho effettuato una ricerca sia specificata nei siti pubmed e google scholar, e una ricerca libera sul web, consultando documenti nazionali e portali nazionali, come i siti dell'Istituto superiore di sanità, Agenas e rapporti SDO.

1 IL SOVRAFFOLLAMENTO SANITARIO

1.1 CHE COS'È IL SOVRAFFOLLAMENTO?

In Italia, il Ministero della Salute definisce il sovraffollamento come “la situazione in cui il normale funzionamento dei Pronto Soccorso è limitato dalla sproporzione tra la domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa e in carico) e le risorse disponibili logistiche, strumentali e professionali.

Nelle cause del sovraffollamento ospedaliero troviamo una continua riduzione delle risorse sanitarie, intesa come riduzione dei posti letto. La mancanza di posti letto causa una reazione a catena sul sistema sanitario, in quanto la mancanza di degenza ospedaliera crea quello che in letteratura viene chiamato “ACCES BLOCK” detto anche un blocco in uscita, è quel fenomeno definito come “la situazione in cui i pazienti valutati in Pronto Soccorso e ritenuti meritevoli di ricovero sono impossibilitati a riceverlo in un tempo inferiore a otto ore a causa della mancanza di posti letto”, quindi l'impossibilità di indirizzare in maniera rapida i pazienti nel loro migliore percorso di cura. Questo fenomeno crea a sua volta una saturazione del PS, in inglese detto effetto “boarding”, che è lo stazionamento di quei pazienti che non possono accedere alle degenze ospedaliere. E ovviamente la fine della catena è l'overcrowding. Il Ministero della Salute segnala quali sono le conseguenze del sovraffollamento come: “peggioramento degli outcome, aumento della mortalità, ritardi di valutazione e trattamento, aumento dei tempi di degenza, rischio di nuovo ricovero a breve termine, ridotta soddisfazione del paziente, esposizione agli errori”. Per quanto riguarda le conseguenze sugli operatori, il Ministero della Salute indica: “mancata aderenza alle linee guida di buona pratica clinica, aumento dello stress e del burnout, aumento degli episodi di violenza verso gli operatori stessi”. Per identificare le cause del overcrowding, è utile prendere in esame il lavoro di Asplin, che ha diviso le cause in input, throughput e output.

input:	throughput:	output:
Invecchiamento della popolazione che, associato ad una cattiva gestione domiciliare, determina urgenze di vario tipo:	-inefficienza del triage	- Diffusione non capillare delle unità di osservazione breve intensiva
-Urgenze soggettive	- Scarsa tempestività dei servizi diagnostici	-Carenza di posti letto per acuti
-Urgenze giudicate non gestibili sul territorio	-Lunghe attese relative all'esecuzione di esami in successione	- Carenza di posti letto monitorizzati
- Mancanza di una rete di sicurezza per i cosiddetti "frequent users", ovvero le fasce deboli della popolazione	- Limiti economici, strutturali, tecnologici	-Carenza di posti letto per post-acute
-Cattiva informazione dei mass-media e scarsa educazione sanitaria	- Scarso numero di operatori sanitari in Pronto Soccorso	- Alto tasso di "bed blockers", ovvero anziani che occupano posti letto perché non in grado di rientrare nella propria abitazione
- Difficoltà di accesso alle prestazioni urgenti	-Scarso numero o addirittura assenza di consulenti e cattiva collaborazione con questi ultimi	-Dimissioni difficili
-Richieste inappropriate: certificati di malattia, prescrizioni di farmaci e prescrizioni ambulatoriali	-Carenza di raccomandazioni operative e di attività di valutazione del rischio	- Difficoltà ad inviare pazienti in RSA, riabilitazioni e lungodegenze
-Richieste inappropriate di ricovero		Scarsa efficienza dei reparti nel garantire un turnover adeguato con ricoveri prolungati
- Riduzione della rete di assistenza familiare		
-Aumento della popolazione con		-Assenza di controlli sui ricoveri prolungati

difficoltà a sostenere spese mediche		
- Chiusura degli ospedali di piccole dimensioni con conseguente dirottamento dei pazienti verso il Pronto Soccorso		- Ricoveri in reparti non appropriati

Tabella 1 Asplin, input output throughput

Dunque, possiamo notare come molti di questi input e output hanno possibilità di essere gestiti sul territorio, andando a rafforzare il territorio si riuscirebbe ad eliminare molti input e output, e quindi ad abbassare la pressione che grava sul nostro sistema sanitario.

1.2 ricoveri inappropriati

il Piano Nazionale Esiti , riferendosi ai ricoveri impropri come ospedalizzazione potenzialmente evitabile, riporta informazioni riferite ai ricoveri per scompenso cardiaco (126.840 nel 2021), per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO, 50.179 ricoveri nel 2021), per infezioni del tratto urinario (nel 2021 si sono registrati 30.787 ricoveri). Questi ricoveri impropri consumano molte risorse che mal gestite creano danni anche indiretti, andando a gravare ad esempio sul territorio ma non solo. (Agenas, 2022) Cosa definisce un ricovero improprio? A definire un ricovero improprio non è solo il bisogno del paziente, ma deve anche avvalersi di altre caratteristiche, in sostanza se vogliamo ridurre la definizione in materia organizzativa diciamo che ‘i ricoveri ospedalieri effettuati per problemi clinici che si potrebbero affrontare, con pari efficacia, minor rischio di iatrogenesi e maggiore economicità nell’impiego delle risorse, ad un livello di assistenza meno intensivo. (Fortino A et..Coll, 2002) Purtroppo, i motivi per cui avvengono i ricoveri impropri sono diversi, entra in gioco anche il fattore remunerativo prospettico, che alza sia l’equità che l’operatività, ma spinge anche il lavoro verso la ricerca di prestazioni con livelli assistenziali più intensivi e quindi più remunerativi, senza un giusto controllo.

1.3 malati cronici

Da i dati di uno studio emerge una dimensione della cronicità e della policronicità che raggiunge numeri importanti con l'avanzare dell'età: già dopo i 65 anni e prima dei 75, più della metà delle persone convive con una o più patologie croniche fra quelle indagate e questa quota aumenta con l'età fino a interessare complessivamente i tre quarti degli ultra-ottantacinquenni, di cui la metà è affetto da due o più patologie croniche. Nel rapporto "Invisible numbers: the true extent of noncommunicable diseases and what to do about them" pubblicato a settembre 2022, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) vuole rafforzare la consapevolezza sulla gravità della portata, a livello mondiale, delle MCNT. le MCNT rappresentano un'enorme spesa per le economie globali e nazionali e, tra il 2011 e il 2030, il costo della perdita di produttività dovuta ai quattro principali gruppi di MCNT è stimato in 30.000 miliardi di dollari. (OMS, 2022)

In Europa si stima che le malattie croniche, nel complesso, siano responsabili dell'86% di tutti i decessi e di una spesa sanitaria valutabile intorno ai 700 miliardi di Euro/anno.

In Italia, il cost-of-illness per la BPCO è stato calcolato per la prima volta su scala nazionale nel 2002, il costo medio paziente/anno variava in un range di valori tra 1.500 € - 3.912 €, a seconda della gravità della malattia, rappresentando questi i costi diretti (in particolare le ospedalizzazioni e i ricoveri in reparti di emergenza erano le voci di costo più rilevanti sia in termini assoluti che percentuali). In epoca più recente il costo medio paziente/anno della BPCO risultò di 1.308 €: poiché anche in questo caso il 75% del costo totale era attribuibile alle ospedalizzazioni, sulla base di questi dati venne ulteriormente raccomandata ai decisori l'adozione di strategie di intervento che consentissero di ridurre l'impatto socioeconomico della malattia, altrimenti insostenibile da parte del SSN nell'arco di non molti anni. (C. Lucioni C.F. Donner, 2013) Il tasso di ospedalizzazioni per BPCO in Puglia, per 100.000 abitanti, nel 2012 è risultato essere di 152, migliorato rispetto al 2007-

2008 (350 per 100.000 abitanti - dati del Ministero della Salute confrontati con dati del Progetto SIVEAS 2007-2008). La regione puglia per andare incontro ai suoi cittadini, dimostrando una particolare sensibilità verso questo tipo di patologia cronica, comprendendone sia il peso sociale del malato cronico, ma anche l'aspetto socioeconomico, decise dunque di far partire diverse attività come:

- “i percorsi per la diagnosi e la cura delle broncopneumopatie croniche ostruttive e l'asma”,
- Disease and care management della BPCO-Progetto Nardino Care. Il modello assistenziale si basa sulla presa in carico del paziente affetto da broncopneumopatia cronica ostruttiva per:
 - offrire un percorso assistenziale efficiente ed aderente alle linee guida nazionali ed internazionali
 - favorire l'aderenza del paziente al follow-up
 - evitare la mobilità inutile del paziente
 - evitare i ricoveri inappropriati
 - evitare o ridurre le liste di attesa

Tali obiettivi si raggiungono attraverso una forte integrazione tra paziente, MMG, care manager, infermiere ADI, specialista pneumologo territoriale/ospedaliero. Ma in queste aree rientra anche, per definizione l'intervento dell'infermiere di famiglia, che racchiude in sé i tre obiettivi dell'assistenza al malato cronico: educazione, promozione, e assistenza.

2 SANITA' OGGI

2.1 ACCREDITAMENTO E FONDI SANITARI

L'accreditamento delle strutture sanitarie è indispensabile per fare in modo che una struttura possa divenire erogatrice effettiva di prestazioni agli assistiti del Ssn (sulla base di un contratto o accordo) o agli iscritti della mutualità integrativa (sulla base di una garanzia di qualità). L'istituto dell'accreditamento è stato introdotto dal D.Lgs. 502/92 per defi-

nire standard qualitativi degli erogatori, a garanzia degli assistiti, e regole comuni per incentivare la concorrenza tra soggetti pubblici (Ao vs. presidi ospedalieri) e tra pubblici e privati, come stimolo all'efficienza del sistema e al miglioramento dei livelli qualitativi delle prestazioni.

Ciascun istituto fa capo alla Regione, che deve disporre di un piano di previsione del fabbisogno complessivo di prestazioni sanitarie (pubbliche e private), articolato per aree territoriali, al fine di garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture. Il metodo della programmazione nasce proprio nel bisogno di prevedere le sfide del sistema sanitario, e dunque poter programmare gli interventi e fondi da stabilire.

Secondo il D.Lgs. 229/99 (art. 1 comma 13) il Piano sanitario regionale rappresenta "il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale, anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale". Le Regioni devono adottare il Psr entro 150 giorni dall'approvazione del Piano sanitario nazionale, previo parere di coerenza agli indirizzi nazionali da parte del Ministero della Salute. Trascorso un anno senza che la Regione abbia adottato il Psr, non è consentito l'accreditamento di nuove strutture. (Claudio Cordiano, GENNAIO 2023)

Il D.Lgs. 229/99 ha confermato il meccanismo della quota capitaria pesata, secondo la legge finanziaria 1997 (L. 662/96), quale sistema per la ripartizione delle risorse tra le Regioni. Con l'abolizione del Fondo sanitario nazionale (D.Lgs 56/00) è stata comunque indicata la necessità di mantenere l'omogeneità dei criteri di trasferimento delle risorse tra i diversi livelli del Ssn, pur senza vincolare le Regioni ad applicare i fattori di correzione nazionali. Il Ssn è finanziato per quasi l'80% da due principali fonti di prelievo fiscale: l'Irap (34%), gravante sulle imprese, i liberi professionisti, gli enti della Pubblica Amministrazione, e l'Iva (43%), corrisposta dai consumatori dei beni finali⁴⁵. L'addizio-

nale Irpef costituisce il 6% circa del finanziamento totale. Uno dei problemi strutturali del Ssn è, infatti, la costante presenza di deficit regionali e la sua concentrazione in alcune Regioni. Ad iniziare dal 1981 il Ssn ha sempre registrato tutti gli anni una spesa superiore agli stanziamenti di bilancio. Il disavanzo delle Regioni è dovuto ad una molteplicità di cause. Una causa generale risiede nelle politiche del Governo che, non solo in questi anni, ma fin dalle origini del Ssn, controlla la dinamica della spesa sanitaria attraverso il sottofinanziamento del Ssn: attraverso la scarsità dei fondi si vorrebbe indurre le Regioni e le Aziende sanitarie a razionalizzare la spesa, eliminare sprechi ed aumentare l'efficienza e la qualità dei servizi. Le tensioni di cassa che ne derivano e l'incapacità, nel breve periodo, di ottenere i risultati sperati hanno l'effetto di creare dei disavanzi di gestione. Tuttavia, alcune Regioni riescono meglio di altre a controllare la spesa sanitaria e a tenerla su livelli prossimi a quelli del finanziamento, contenendo anche il deficit

. (Claudio Cordiano, GENNAIO 2023)

2.2 DISTRETTO SANITARIO DI BASE

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) a fine del 1900 ha sottolineato la necessità di attuare modelli incentrati sull'assistenza sanitaria di base (PHC). L'OMS definisce PHC come un approccio che, il più vicino possibile all'ambiente quotidiano delle persone, garantisce il massimo livello di salute. PHC si concentra sui bisogni di una comunità, dalla promozione della salute al riconoscimento delle malattie, dalla prevenzione al trattamento e, almeno, alle cure palliative. E lo fa attraverso "The World Health Report" nel 1998. In questo contesto l'infermiere di famiglia è colui che nasce per creare il ponte tra ospedale e territorio permettendo così la continuità assistenziale. (Oms, 1998)

Quindi a livello territoriale abbiamo il distretto sanitario di base, che è la struttura di servizi sanitari che svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello. Svolge diverse attività di natura amministrativa, di certificazione, di natura infermieristica sia a

livello ambulatoriale che domiciliare. Il distretto è stato definito dal decreto legislativo n°229 del 1999 e nel corso degli anni si è sempre più definito, fino a diventare lo snodo organizzativo fondamentale per accogliere le esigenze dei cittadini e assicurare l'integrazione tra il ruolo delle autonomie locali ed il ruolo gestionale dell'azienda. Il distretto si configura come centro per l'erogazione dell'assistenza primaria, fungendo da filtro alla domanda di prestazioni sanitarie e socioassistenziali. Nel distretto trovano integrazione varie figure professionali, diverse per profilo, competenza, provenienza, rapporto di lavoro, come il medico di comunità, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli infermieri professionali, gli assistenti sociali. Il distretto coordina inoltre l'attività delle strutture specialisti che private accreditate. In più parti del D.Lgs. 229/99 viene sottolineato il ruolo nodale del distretto sanitario e l'importanza strategica delle sue funzioni, anche in termini di vere e proprie "unità di misura e di controllo" dello stato di salute della popolazione, conoscenza fondamentale per rimodulare l'offerta dei servizi e qualificare la domanda, oggi ancora impropriamente rivolta in luoghi di ricovero. Secondo lo stesso decreto, l'ambito territoriale ottimale del distretto dovrebbe essere di almeno 60.000 abitanti. Il Ministero della Salute monitora, attraverso i flussi informativi, l'attività del distretto e, in particolare, l'assistenza domiciliare integrata a favore degli anziani, le strutture semi-residenziali (ad es. i centri diurni) e residenziali (ad es. le Rsa), gli istituti di riabilitazione e le altre strutture territoriali (ad es. i consultori familiari, i centri di dialisi ad assistenza limitata, ecc.). Nel 2004 l'assistenza domiciliare integrata (Adi) è maggiormente sviluppata nel Centro-Nord, con le eccezioni delle Regioni piccole, di Liguria e Piemonte, mentre è basso il numero di casi trattati nelle Regioni del Sud, con l'eccezione di Abruzzo, Molise e Basilicata. (Claudio Cordiano, GENNAIO 2023)

2.3 PNRR E DELOCALIZZAZIONE DELL'OSPEDALE

Dopo la pandemia dovuta dal Covid-19 che ha scosso il panorama mondiale, la commissione europea, ha approvato all'Italia nell'aprile del 2021 il "piano nazionale di ripresa e resilienza" dove al punto 6

troviamo la missione salute per la quale sono stati stanziati complessivamente 18,5 miliardi (15,6 miliardi dal Dispositivo RRF e 2,9 dal Fondo) con l'obiettivo di rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure. La riforma sanitaria che si cerca di portare a termini stravolge il sistema sanitario, portandolo dall'ospedale alle case dei pazienti. Perché la missione salute?

Per adeguare il nostro SSN a un mutato contesto demografico ed epidemiologico

rendere capillare l'offerta di salute sul territorio, in termini di prevenzione e cura, eliminando le disparità geografiche, in particolare tra Nord e Sud	garantire uguaglianza nel soddisfacimento dei bisogni di salute, indipendentemente dal genere e dalle condizioni socioeconomiche
sfruttare appieno le opportunità di miglioramento dell'offerta di salute derivanti dall'impiego dell'innovazione tecnologica, dall'avanzamento della ricerca in campo medico e dalla valorizzazione del personale del SSN.	rendere la rete dell'assistenza primaria territoriale in grado di rispondere al fabbisogno di salute lasciato scoperto dalla razionalizzazione della rete ospedaliera
adeguare il nostro SSN a un mutato contesto demografico ed epidemiologico	

Tabella 2 obiettivi PNRR (PNRR, 2022)

All'interno del portale dedicato al PNRR, troviamo diverse definizioni di quelle che saranno nelle innovazioni che si intende portare come le centrali operative territoriali denominate COT, un'importante innovazione verrà data dalle case di comunità che diventeranno veri e propri snodi chiave del sistema sanitario regionale. Le case della comunità saranno aperte fino a 24h su 24 e 7 giorni su 7, oltre 1.350 diffuse in tutto il territorio nazionale, sono il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini potranno accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio sanitaria. Viene nominato anche l'Infermiere di Famiglia e Comunità descritto come figura professionale di riferimento che

assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Non solo si occupa delle cure assistenziali verso i pazienti, ma interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali

(FNOPI, s.d.)

3 INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITA'

3.1 NASCITA DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA

L'infermiere di famiglia viene riconosciuto dal OMS nel 2000 attraverso la stesura da parte dell'ufficio regionale OMS per l'Europa di Copenaghen, si tratta del "THE FAMILY HEALTH NURSE". In questo documento viene per la prima volta descritto il ruolo dell'infermiere di famiglia, che è quella appunto della gestione di tutte le pratiche mediche e infermieristiche al domicilio del paziente. (OMS ufficio regionale di Copenaghen, 2000) L'infermiere di famiglia è un professionista della salute specialista nelle cure primarie a domicilio del paziente. Si occupa della promozione e educazione della salute a livello familiare, entrando nella vita quotidiana delle persone può garantire una presa in carico olistica, indirizzata sulla stesura di un piano terapeutico confezionato su misura, avvalendosi di un team multidisciplinare con cui risolvere problemi collaborativi, ma anche nell'intercettazione di nuovi segni e sintomi in pazienti già fragili, e nell'educazione sanitaria per poter responsabilizzare sul proprio stato di salute.) l'infermiere di famiglia è colui che effettua una valutazione complessiva dei bisogni di ogni singolo paziente, in collaborazione con il Medico di Medicina Generale, verifica i requisiti di sicurezza dell'abitazione, affronta eventuali problematiche sociali, garantisce la fornitura dei farmaci, facilita l'adozione di ausili, aiuta quindi gli anziani sani o malati che siano a vivere autonomamente presso il proprio domicilio il più a lungo possibile.

•A livello ambulatoriale, l'Infermiere eroga l'assistenza a tutti gli utenti che	• A livello domiciliare, l'Infermiere eroga l'assistenza a tutti gli utenti	• A livello sociale, l'Infermiere svolge attività
--	---	---

sono in grado di deambulare e che necessitano di assistenza infermieristica a medio-bassa complessità e/o interventi di educazione – promozione alla salute. L'attività ambulatoriale può essere svolta in strutture residenziali già esistenti nella comunità e affinché si attivino percorsi di integrazione efficaci è fondamentale la vicinanza dell'ambulatorio infermieristico al luogo di attività dell'assistente sociale, facilitando il riconoscimento di una sede socioassistenziale e di conseguenza l'integrazione delle due aree. L'attività ambulatoriale provvede all'erogazione delle prestazioni di maggiore richiesta degli utenti (prelievi, medicazioni, iniezioni, infusioni, controllo e monitoraggio dei parametri vitali, ecc.) con una modalità di risposta complessiva che permetta di limitare in modo significativo la distanza, non solo fisica, tra cittadino e istituzioni; all'orientamento e informazione all'utente relativamente all'offerta sanitaria migliorando l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari pubblici; alla promozione di interventi di educazione alla salute finalizzati all'autogestione di problematiche assistenziali semplici.

che non possono recarsi in ambulatorio per gravi patologie o per difficoltà alla deambulazione che necessitano di assistenza infermieristica a medio- alta complessità, con carattere di continuità, con bassi livelli di autonomia che abbisognano di periodiche prestazioni sanitarie. Inoltre, il professionista segue utenti che vivono in un contesto familiare e sociale che richiede una particolare sorveglianza e/o protezione. L'attività a domicilio si caratterizza per le attribuzioni già illustrate nell'attività ambulatoriale integrate dalle funzioni di promozione della continuità delle cure tra ospedale e territorio e viceversa attraverso la messa in rete di tutti i servizi e i professionisti sanitari e sociali presenti nel territorio; promozione della salute nella comunità attraverso l'integrazione delle cure infermieristiche con tutte le esigenze di ordine sanitario, sociale e soprattutto educativo del nucleo familiare, con un approccio volto a valorizzare le risorse delle singole famiglie indirizzandole verso una corretta autocura ed autogestione; promozione della presa in carico leggera ed anticipata quando ancora il bisogno non sia stato espresso, ma è già potenzialmente presente; progettazione e verifica di interventi di "aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona" resi da altri operatori (operatori socio-sanitari, assistenti familiari, familiari stessi

trasversali di fattivo sostegno dell'integrazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra gli operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali ed informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti i bisogni di salute. Tutto ciò l'Infermiere lo svolge attraverso il lavoro di rete che si può definire una modalità di lavoro nel quale a partire da un problema specifico, si definiscono le integrazioni necessarie per garantire la continuità dei percorsi, nonché le interrelazioni tra le funzioni dei servizi coinvolti a vantaggio di un miglior trattamento dei problemi di salute della persona o della comunità.

	ecc.); tutorato nei confronti dei care-givers, badanti, e/o altre risorse presenti nella comunità.	
--	--	--

Tabella 3 aree d'intervento dell'infermiere di famiglia (Pellizzari 2008)

Possiamo dire in sostanza che l'infermiere di famiglia e comunità:

- Lavora in modo proattivo, come illustra il modello FNOPI recepito dalle Regioni. Non aspetta solo le prescrizioni, ma intercetta autonomamente i suoi assistiti di cui conosce le problematiche di salute.
- La finalizzazione dell'azione fondamentale è mirata al potenziamento e allo sviluppo della rete sociosanitaria con interventi che si sviluppano all'interno le comunità e con le comunità.
- Fa una valutazione dei bisogni di salute; prevenzione primaria, secondaria e terziaria; conosce fattori di rischio prevalenti nel territorio di riferimento, la relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica; stende piani assistenziali infermieristici, individua quesiti di ricerca infermieristica. Ma orienta anche ai servizi, fa una valutazione, indicazione e prescrizione dei presidi necessari.
- Monitora l'aderenza terapeutica, l'empowerment e valuta i sistemi di tele monitoraggio, è lui che attiva consulenze infermieristiche, si occupa della formazione dei caregiver e delle persone di riferimento. Soprattutto collabora a strategie assistenziali di continuità ospedale territorio, definisce e contribuisce a protocolli, procedure, percorsi e progetta e attua gruppi di auto mutuo aiuto.

(FNOPI, "Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza, 2020)

3.2 DEFINIZIONE DEL CONCETTO DI FAMIGLIA.

L'assistenza infermieristica domiciliare apportata dall'infermiere di famiglia, deve essere vista come un'assistenza basata sui bisogni mancanti della persona e della famiglia che lo circonda. Fin dai tempi di F. Nightingale, la famiglia è sempre stata vista come obiettivo continuo di cure. I suoi scritti dimostrano la sua consapevolezza dell'importanza della famiglia e della situazione familiare nella cura dei malati

Uno dei modelli attuali d’assistenza infermieristica alla famiglia è descritto dell’OMS/EUROPA. Il modello infermieristico di salute familiare europea dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO EURO) si sviluppa su diversi quadri concettuali. Combina aspetti della teoria dei sistemi (per analizzare la complessità delle cure sanitarie); della teoria dell’interazione (per considerare la relazione dell’assistenza infermieristica con la famiglia e gli individui); e della teoria evolutiva (per stimolare la consapevolezza e la comprensione delle diverse tappe dello sviluppo degli individui e della famiglia e meglio definire le famiglie stesse). Nel contesto di questo modello, l’infermiere è definito come colui che “aiuterà gli individui e le famiglie a contrastare la malattia e le affezioni croniche, le minacce dello stress, spendendo una gran parte del suo tempo al domicilio dei pazienti e con le loro famiglie”. (Pietà, 2018)

3.3 DEFINIZIONE DEL RUOLO DELL’INFERMIERE DI FAMIGLIA

Nel 2019 la FNOPI aveva tentato di definire il campo d’azione dell’infermiere di famiglia e comunità italiano, lo faceva con un documento intitolato l’infermiere di famiglia in cui elenca 10 possibili punti:

1. Valutare lo stato di salute e i bisogni della persona nelle diverse fasi della vita (adulta, infanzia, adolescenza), del contesto familiare e conoscere quelli di comunità	2. Promuovere e partecipare ad iniziative di prevenzione e promozione della salute rivolte alla collettività	3. Promuovere interventi informativi ed educativi rivolti ai singoli, alle famiglie e ai gruppi, atti a promuovere modificazioni degli stili di vita
4. Presidiare e facilitare i percorsi nei diversi servizi utilizzando le competenze presenti nella rete	5. Pianificare ed erogare interventi assistenziali personalizzati alla persona e alla famiglia, anche avvalendosi	delle consulenze specifiche degli infermieri esperti (es. wound care, stomie e nutrizione artificiale domiciliare, ventila-

		zione domiciliare, cure palliative ed altre)
6. Promuovere l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi	7. Partecipare alla verifica e monitoraggio dei risultati di salute	8. Sostenere i percorsi di continuità assistenziale tra sociale e sanitario, tra ospedale e territorio e nell'ambito dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari residenziali e semi-residenziali
9. Garantire le attività previste per la realizzazione degli obiettivi della nuova sanità di iniziativa	10. Partecipare nell'integrazione professionale al perseguimento dell'appropriatezza degli interventi terapeutici e assistenziali, contribuendo alla relazione di cura, al rispetto delle volontà del paziente espresse nella pianificazione delle cure, anche in attuazione della Legge 219/17 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento).	

Tabella 4 possibili applicazioni dell'infermiere di famiglia

(FNOPI, 2020)

L'infermiere di famiglia è, quindi, un professionista sanitario che progetta, attua, valuta interventi di promozione, prevenzione, educazione e formazione. È chi si occupa dell'assistenza infermieristica all'individuo e alla collettività lungo tutto l'arco della vita, non solo di determinate fasce d'età (anziani, bambini) e lungo l'intero continuum salute-malattia grazie a una buona presa in carico; sostiene interventi di ricerca, indagini epidemiologiche in comunità e in ambito familiare, promuovendo azioni preventive e educative oltre che curative. Informare le famiglie sui fattori di rischio legati agli stili di vita e individuare precocemente i problemi sanitari fa sì che questi siano affrontati a uno stadio iniziale, soprattutto grazie a una buona relazione di fiducia tra le parti. (Scalorbi S, 2012)

4 AUTONOMIA E LIMITI, LIBERO PROFESSIONISTA INFERMIERE DI FAMIGLIA

4.1 PROFESSIONE INTELLETTUALE ANCHE SUL TERRITORIO

Per parlare dell'autonomia dell'infermiere di famiglia, dobbiamo scomporre i due aspetti. L'infermiere di famiglia essendo un infermiere, in primo luogo, nel suo agire è normato da quelle che sono le leggi statali, la professione infermieristica è arrivata grazie ai cambiamenti storici arrivati a fine anni Novanta con il decreto-legge del 94 ripreso nel 99 e infine nel 2000, che spostano il potere d'azione da una rigida osservazione del mansionario ad una definizione invece che lascia più flessibilità nell'operare. Con il DM739/94, la L. 42/99 e la L251/00 è stato sancito normativamente l'evoluzione del percorso della professione infermieristica che passa da un concetto di responsabilità sugli atti ad una responsabilità sui risultati, peculiare dell'agire professionale. Quindi ad oggi non possiamo confinare quelle che sono le competenze infermieristiche come nel mansionario, ma ne indica le aree che vengono delineate da tre criteri guida:

- il profilo professionale;
- la formazione di base e post-base;
- il codice deontologico;

E due limiti:

- il limite delle competenze previste per i medici;
- il limite delle competenze previste per gli altri professionisti sanitari.

Il profilo professionale instauratosi nel 94, composto da 3 articoli, si fa carico di definire il professionista infermieristico, nel primo comma si legge che “ l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica” (DM 739/94, 1994)),

La formazione post base, con i master di 1° e 2° livello clinici, in cui rientra il master in infermiere di famiglia e comunità. Il Master nasce con l'obiettivo di istruire gli infermieri per lavorare in équipe multiprofessionali sul territorio; attivare modalità di assistenza a distanza (telemedicina, teleassistenza, telenursing);

Il codice deontologico ha il compito di autodisciplinare il fare infermieristico, nel 2019 è stato approvato l'ultimo codice deontologico, riportando alcuni dei temi trattati troviamo; “L'infermiere è agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita” “Il tempo di relazione (dell'infermiere) è tempo di cura.”” L'infermiere presta particolare attenzione alla cura del dolore e al fine vita.” Troviamo spazio, dunque, per vedere riflesse in quelle parole un bisogno di rafforzare il territorio con la figura dell'infermiere di famiglia. (FNOPI C. C., 2019)

I limiti anche per l'infermiere di famiglia e di comunità, sono quelli di tutti gli infermieri. Non entrare nelle competenze di altri professionisti, si può leggere come non fornire prescrizioni mediche, ma anche dietologiche se non formati o nel caso la nostra formazione non ci conferisce abbastanza competenze per il caso. Nel non fornire diagnosi di alcun tipo al di fuori infermieristico. L'infermiere che decide di lavorare in regime libero professionista, non subordinato ha caratteristiche diverse da quelle che sono per chi invece lavora come dipendente. Troviamo le differenze negli aspetti come quello assicurativo, nella gestione della parte economica del lavoro, e infine nell'organizzazione lavorativa.

L'infermiere libero professionista si trova a dover adempiere a dei passaggi obbligatori:

Tabella 5 requisiti del libero professionista

1 Iscrizione all'Albo Professionale	6 dichiarazione dei redditi;
2 apertura Partita Iva	7 individuazione regime contabile e adempimenti contabili;
3 comunicazione all'Ordine: deve essere presentata la comunicazione dell'inizio dell'attività libero professionale;	8 stipula Assicurazione Responsabilità Civile e penale;
4 rispetto delle norme che regolano la pubblicità sanitaria: l'interessato può richiedere, tramite la modulistica dedicata, l'autorizzazione alla pubblicità sanitaria (utilizzo logo, biglietto da visita, carta intestata ecc);	9 Iscrizione all'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza della Professione Infermieristica (ENPAPI)
5 aggiornamento professionale (ECM)	

Come ogni libero professionista deve anche garantire una continuità lavorativa; l'infermiere di famiglia inoltre può lavorare in diversi contesti come attività in forma individuale; studio associato; attività professionale associata; cooperativa sociale. L'attività in forma individuale è quella che vede l'infermiere libero professionista a stipulare un contratto direttamente con l'assistito. Nell'apertura di un ambulatorio infermieristico dovrà aggiungere alla lista degli obblighi per legge, la richiesta dell'apertura dell'ambulatorio, che implica di requisiti edili come le metrature o la presenza di un lavabo, dei requisiti strumentali come l'apparecchio per l'aerosol, e una serie di documenti che attestino l'effettiva locazione o proprietà del locale.

4.2 MODELLO ASSISTENZIALE

Il modello di lavoro che rispecchia di più l'infermiere di famiglia nel suo agire quotidiano può essere rappresentato dalla teoria del self care della teorica del nurse Dorothea Orem. . Secondo la teorica, i pazienti sono visti come agenti "self-care" capaci di effettuare scelte consapevoli riguardo alla propria salute. Il "Self-care" si riferisce alle azioni che le persone introducono e che sono richieste per mantenere un'integrità strutturale e funzionale. Orem basò la sua teoria su tre concetti

fondamentali: Auto assistenza o cura di sé o self care, Deficit della cura di sé, e Bisogno di assistenza infermieristica. (Orem, 1992)

Seguendo la tassonomia dei sistemi NANDA, NOC e NIC, l'infermiere di famiglia va a stabilire la strada da percorrere nel processo di assistenza. Dunque, l'infermiere deve osservare e indagare, conoscere le potenzialità di base visibili, e intravedere quelle nascoste, insieme ai limiti del contesto familiare in cui si trova ad agire, puntando tutto su una responsabilizzazione del paziente verso la propria salute, ma anche della famiglia, in seguito favorendo il suo empowerment, portandolo ad essere il più autonomo possibile dove si può, o mettere in una situazione di autonomia la famiglia.

Il lavoro dell'infermiere è un lavoro intellettuale che si basa su metodi e modelli scientifici che ne giustificano l'agire, ed insieme al pensiero critico, l'infermiere passa dalle conoscenze all'azione pratica, trasformando il suo sapere nel fare professionale. Basandoci dunque su quello che è il processo di nursing, l'infermiere di famiglia affronta le stesse situazioni teoriche del collega in ospedale, che sono:

-accertamento -diagnosi infermieristica -pianificazione interventi -attuazione interventi -valutazione e ripianificazione

La fase dell'accertamento è quella che muove il professionista nel suo lavoro, offre la possibilità di inquadrare problemi reali o potenziali, e dare quella base di partenza per individuare quelli che sono i fattori da eliminare o da promuovere, e in quali ambiti il paziente deve essere educato per affrontare i problemi relativi alla sua condizione di salute. In questa fase il professionista infermiere di famiglia deve intercettare quelli che potrebbero essere gli indicatori prodromici di un ricovero ospedaliero quindi un bisogno di salute potenziale ma non ancora espresso o di andare a diagnosticare un bisogno di salute reale.

4.3 LE SCALE DI VALUTAZIONE E DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

Cosa sono e a cosa servono le scale di valutazione

Nella pratica clinica l'infermiere per completare un buon accertamento si può avvalere delle scale o protocolli di valutazione. Queste permet-

tono una precisa quantizzazione della gravità di quel fattore o situazione che siamo andati a valutare. In secondo luogo, le scale permettono di poter stabilire una base di partenza, nel corso dell'assistenza sarà possibile riproporre queste scale così da poter avere un confronto, e poter valutare realmente il nostro operato. Le scale di valutazione medica/infermieristica hanno un altissimo livello di importanza nel mondo sanitario, in quanto hanno la capacità di fornire dati per poter formulare quello che sarà il PAI del paziente, il piano assistenziale individuale, permettendoci di prendere il paziente in cura in modo olistico e personalizzato.

Vorrei focalizzarmi ai fini della tesi che sto conducendo su quelle scale di valutazione mirate ad un uso domiciliare e comunitario, con lo scopo di prevenire ed educare il paziente e la comunità in modo tale da non obbligarlo all'ospedalizzazione. Immaginando di trovarci nelle vesti di un infermiere di famiglia, svolgendo la nostra assistenza seguendo i principi teorici della Orem (anche di Virginia Henderson), avrò sicuramente bisogno di valutare quella che è l'autonomia del paziente nelle mansioni di vita quotidiana, come lavarsi, cucinare, e prendersi cura di sé e dell'ambiente che lo circonda. In questo caso possiamo attenerci a quelle che sono le scale ADL e IADL (ACTIVITIES OF DAILY LIVING e INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING).

SCALA DI BARTHEL ADL	DESCRIZIONE
Scala usata per la valutazione delle abilità del soggetto nella vita quotidiana. interroga diversi aspetti nel suo item, quali:	La valutazione viene in base alle informazioni fornite dal paziente o da una persona che lo conosce bene (come il caregiver), ha dimostrato di essere utile anche nell'autovalutazione dello stato personale
SCALA DI LAWTON IADL	DESCRIZIONE

Una scala in grado di definire, per ogni attività, delle differenze significative associate al punteggio.	la scala è usualmente utilizzata nella forma dicotomica, che prevede per ogni item due sole possibili risposte: “indipendente” (1) e “dipendente” (0).
---	--

Tabella 5 scale di valutazione ADL e IADL

Queste due scale quindi ci permettono di andare a valutare l'autonomia del paziente, così da orientarci su quelle che saranno poi le relative diagnosi infermieristiche, che porteranno alla pianificazione degli interventi da mettere in atto per riacquistare la proprio autonomia, o per non perderla del tutto. Esistono consigli utili che si possono dare, per promuovere comportamenti positivi verso la salute, o correggere atteggiamenti nocivi verso la salute. L'autonomia si può ritrovare in due concetti che sono **fragilità** e **disabilità**, due componenti che spesso sono associate all'anziano ma non solo.

4.3.1 DISABILITA' E FRAGILITA'

Quanto inficiano nell'economia sanitaria e familiare disabilità e fragilità?

Disabilità

Negli ultrasessantacinquenni, la perdita di autonomia nello svolgimento anche di una sola delle sei attività fondamentali della vita quotidiana (ADL) è considerato dalla letteratura internazionale una condizione di disabilità.

Dai dati di PASSI d'Argento 2021-2022 emerge che la condizione di disabilità, così definita, coinvolge 13 persone su 100.

Ad esempio: Una persona su quattro ha almeno un problema di tipo sensoriale (fra vista, udito o masticazione) che non risolve neppure con il ricorso ad ausili, come occhiali, apparecchio acustico o dentiera. È quanto emerge dalle interviste della sorveglianza Passi d'argento 2021-2022 per la popolazione anziana sui problemi di vista, udito e masticazione.

zione che condizionano lo svolgimento delle attività quotidiane, peggiorano la qualità della vita e aumentano il rischio di depressione, isolamento e cadute. (Istituto Superiore Di Sanità, 2023)

Fragilità

Nonostante ad oggi, a livello internazionale, non si sia raggiunta una definizione univoca di fragilità nell'anziano, alcuni fattori sono riconosciuti come associati a una maggiore vulnerabilità, che può rappresentare un precursore o comunque un fattore di rischio per la fragilità. Definiamo dunque anziano fragile la persona non disabile, ossia autonoma in tutte le ADL, ma non autonoma nello svolgimento di due o più funzioni complesse, IADL.

Dai dati di PASSI d'Argento 2021-2022 risultano fragili circa 17 persone su 100. La quasi totalità delle persone con fragilità (99%) riceve aiuto per svolgere le funzioni delle attività della vita quotidiana per cui non è autonomo (IADL). Tuttavia, questo aiuto è sostenuto per lo più dalle famiglie, dai familiari direttamente (96%), e/o da badanti (21%) ma anche da conoscenti (13%); meno del 3% riferisce di ricevere aiuto a domicilio da operatori sociosanitari delle ASL o dei Comuni, ancora meno (meno di 5 persone su 1000) ricevono assistenza da un Centro diurno. Una piccola quota è sostenuta da associazioni di volontariato (1%). La presenza di cronicità e di multi-morbilità hanno, come noto, un impatto negativo sui livelli di autonomia nelle attività essenziali della vita quotidiana e, più in generale, sulla qualità della vita, in particolare tra i molto anziani. ‘‘La percezione del proprio stato di salute è una dimensione importante della qualità della vita. Nelle persone anziane in particolar modo, una cattiva percezione del proprio stato di salute è talvolta correlata a un aumento del rischio di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente dalla severità delle patologie presenti’’ (Istituto superiore di sanità, 2020) Soffermandoci su questa frase, sta a significare che esiste una diagnosi infermieristica comunitaria nel modello di percezione di se' di Marjory Gordon, manifestato come bisogno di autonomia da parte di anziani o comunque

in pazienti fragili e disabili, e delle loro famiglie, bisogno che deve essere ascoltato dal sistema sanitario. La collaborazione tra MMG e l'infermiere di famiglia insieme ad altri operatori sanitari sul territorio andrebbe a creare un'equipe per risolvere il problema così da ridare loro serenità e forza per affrontare l'invecchiamento e la malattia.

SCALA DI TINETTI	DESCRIZIONE
Una scala di valutazione costituita per valutare l'equilibrio e l'andatura delle persone anziane, così da determinarne il rischio caduta. un punteggio inferiore a 19 indica un elevato rischio di caduta.	Un test composto da due parti, nella prima parte il paziente è seduto su una sedia dura senza braccioli. E da una seconda parte in cui si valuta l'andamento della camminata con e senza ausili.

Tabella 6 scala Tinetti valutazione rischio cadute

4.3.2 la rilevanza delle cadute sul sistema sanitario

- Consultando il sito di Passi D'argento dell'anno 2020-2021 viene riportato che 4 intervistati su 10 ha paura di cadere, dato che sale a 6 su 10 fra chi ha già vissuto questo evento. La paura di cadere cresce con l'età, è maggiore fra le donne, fra chi ha molte difficoltà economiche o bassa istruzione e fra chi vive solo. La caduta è anche associata al malessere psicologico: la prevalenza di persone con sintomi depressivi fra le persone che hanno subito una caduta negli ultimi 30 giorni è del 17% (vs 10% del campione totale). (Istituto superiore di sanità A. e., 2020) In Abruzzo nell'anno 2020 secondo quanto riportato nel database SDO, risulta ammontare a 4.155 il numero di ricoveri dovuto a traumatismi insorti in ambiente domiciliare, ed il 38,4% di ricoveri per traumatismi, in Italia su un totale di 478.681 il 27,6% cioè, 132.329 sono i ricoveri per traumatismi avvenuti in ambiente domestico, dove con la percentuale più alta nella lista composta dalle prime 20 diagnosi per prevalenza maggiore riguardo i ricoveri per evento traumatico, con 18,6%

del totale italiano troviamo in cima alla lista evento atra caduta, con qualche posizione più sotto con il 6,4% abbiamo -caduta per scivolamento, intoppo o inciampo. Molti infortuni legati alle cadute sono prevenibili. Esistono ora evidenze pressanti sul fatto che i fattori di rischio di caduta possono essere influenzati dall'implementazione di interventi mirati, destinati a modificare i vari determinanti intrinseci ed estrinseci che sono riconosciute nell'aumento delle possibilità di caduta. (OMS, Rapporto Mondiale OMS Sulla Prevenzione Delle Cadute Dell'Anziano , 2007)

Il rapporto steso dall'OMS, sulla prevenzione delle cadute espone inoltre quelle che potrebbero essere dei miglioramenti sui cui puntare durante l'assistenza ad un soggetto presente all'interno della comunità. Le componenti di un approccio multifattoriale di successo comprendono:

- + esercizi per l'equilibrio e l'andatura con adeguati ausili;
- + valutazione e modifica dei rischi ambientali;
- + controllo e modifica delle terapie farmacologiche;
- + gestione dei problemi della vista;
- + fornire informazione e educare il paziente nel camminare;
- + risolvere i problemi ai piedi e alle calzature;
- + occuparsi dell'ipotensione ortostatica e di altri problemi cardiovascolari

4.4 DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

Un progetto di formazione e ricerca realizzato a partire dal mese di ottobre 2007 presso l'ASL di Brescia, rivolto a un gruppo di circa 90 infermieri operanti nell'ambito dell'assistenza domiciliare, con l'obiettivo di indagare sull'autonomia nella decisione e pianificazione delle diagnosi infermieristiche, e degli interventi infermieristici. I risultati di tale progetto, partendo da 101 diagnosi infermieristiche NANDA campionate nelle sole diagnosi che riguardavano l'ambiente domiciliare.” Considerando i 72 titoli diagnostici che si manifestano con prevalenza massima o moderata nella pratica assistenziale quotidiana, sono stati identificati 53 problemi per i quali è possibile riconoscere

all'infermiere un elevato valore di autonomia professionale nel giudizio clinico e per la decisione dei trattamenti, mentre per i restanti 19 problemi è possibile riconoscere un grado di autonomia e responsabilità professionale di tipo collaborativo. In particolare, restringendo l'analisi ai soli 37 titoli diagnostici che si manifestano con prevalenza massima nella pratica assistenziale quotidiana, per 32 problemi è possibile riconoscere all'infermiere un elevato valore di autonomia professionale nel giudizio clinico e per la decisione dei trattamenti, mentre per 5 problemi è possibile riconoscere un grado di autonomia e responsabilità professionale di tipo collaborativo. Pertanto, i problemi che assumono entrambi i caratteri (massima frequenza e massima autonomia professionale) sono in tutto 32, suddivisi nei seguenti modelli funzionali di salute:

*Tabella 7 diagnosi infermieristiche possibili a domicilio, progetto di ricerca
ASL Brescia*

- promozione della salute: gestione compromessa	- percezione e cognizione: deficit di conoscenze, confusione cronica, compromissione della comunicazione verbale;
dell'ambiente domestico;	- percezione di sé: rischio di solitudine;
- nutrizione: rischio di deficit del volume di liquidi; compromissione della deglutizione; nutrizione inferiore al fabbisogno;	- ruolo e relazioni: tensione nel ruolo di caregiver e rischio di tensione nel ruolo di caregiver; alterazione dei processi familiari;
- eliminazione: stipsi e rischio di stipsi, incontinenza urinaria e fecale	- sessualità: nessuna;
- attività e riposo: compromissione della mobilità fisica, alterata mobilità a letto, alterata deambulazione, alterata mobilità per sedia a rotelle e trasferimenti, sindrome da immobilizzazione, deficit	-coping e tolleranza allo stress: paura e ansia;
della cura di sé (vestirsi, curare il proprio aspetto, fare il bagno e l'igiene personale, alimentarsi), alterata perfusione tissutale;	-principi di vita: nessuna;
- percezione e cognizione: deficit di conoscenze, confusione cronica, compromissione della comunicazione verbale;	- sicurezza e protezione: compromissione dell'integrità cutanea e tissutale e rischio di compromissione dell'integrità cutanea; rischio di lesioni, rischi di infezione,

	rischio di cadute, rischio di trauma;
--	---------------------------------------

Lo studio fornisce anche la prevalenza dei tipi di interventi pianificati con un'autonomia:

Tabella 8 interventi possibili, risultato progetto di ricerca ASL Brescia

1.1. educazione terapeutica della persona assistita e dei caregiver	3. Interventi di tipo tecnico
1.2. educazione e consulenza nell'adozione di corretti stili di vita (es.: dieta, igiene personale, posizionamenti ecc.)	3.1. esecuzione di procedure infermieristiche (es.: cateterismo vescicale, clistere evacuativo, igiene personale ecc.)
1.3. consulenza nella scelta e nella fornitura dei presidi sanitari	3.2. somministrazione delle terapie e aiuto all'assunzione delle stesse
2. Interventi di tipo relazionale	4. Interventi di sorveglianza e monitoraggio clinico
2.1. counselling alla persona assistita e familiare	4.1. valutazione dell'aderenza al regime terapeutico e controllo delle abilità

(Paolo Carlo Motta et Simonetta Di Meo et Carla Noc et Loredana Ghiorzi et Maria Angela Rizzieri, 2007)

I limiti della ricerca sono naturalmente il fatto che viene espresso un parere; quindi, non sono la rappresentazione reale dei fatti ma una percezione.

4.4.1 Interventi di tipo educativo pz MICI

Visto l'aumento delle malattie croniche in Italia e nel mondo intestinali dette MICI a livello internazionale, l'infermiere di famiglia avvalendosi di consulti di infermieri MICI specializzati e dei MMG potrebbe trovare spazio anche nell'assistenza di un paziente affetto da MICI, che spesso e volentieri a causa della organizzazione frenetica del lavoro a livello ospedaliero, si trova a dover far fronte da solo alla malattia e ai cambiamenti che comporta. Gli infermieri dovrebbero essere ascoltatori attivi ed empatici con conoscenze sufficienti per fornire una guida di base sulle aree di interesse per i pazienti. Ciò può includere la conoscenza della dieta, dei problemi sociali, dell'eziologia delle patologie,

dei sintomi. «Per il tipo di impatto che queste patologie hanno sulla vita delle persone che ne sono colpite, per i loro sintomi peculiari, le malattie infiammatorie croniche intestinali sono vere e proprie “malattie famigliari”»: tutti i componenti della famiglia risentono in qualche modo del disagio causato da una malattia infiammatoria cronica intestinale» sottolinea Salvo Leone, Direttore Generale AMICI Onlus e Presidente EFCCA – European Federation of Crohn’s & Ulcerative Colitis Associations. Le persone che in Italia convivono con malattie infiammatorie croniche intestinali sono oltre 250.000, delle quali un 60% circa con Colite Ulcerosa e il restante 40% con Malattia di Crohn. (AMICI ONLUS, s.d.) Queste malattie, che stanno aumentando nei Paesi industrializzati, comportano sintomi dolorosi o invalidanti che incidono sulla qualità di vita, riversandosi sulle famiglie in termini sociali e economici. Quindi seguendo le diagnosi infermieristiche secondo il modello Gordon, questi sono i possibili interventi terapeutici che si possono mettere in atto:

-NUTRIZIONE

Nonostante il consiglio dietetico è generalmente meglio fornito da un dietologo con un interesse speciale per le malattie gastrointestinali, è comunque utile all’infermiere conoscere quelli che sono gli le particolarità della malattia, la soggettività dei sintomi, per poter fornire consigli e pianificare interventi. Anche se bisogna sottolineare che ancora non ci sono evidenze scientifiche che associano determinati tipi di cibi a dei peggioramenti di salute, ma comunque esistono degli accorgimenti utili che si possono prendere, come ad esempio con l’utilizzo di un diario dove il paziente può tenere traccia dei cibi che consuma e dello stato di salute, nel caso alcuni alimenti sembrano peggiorare i sintomi della malattia si può provare ad eliminarli

-ELIMINAZIONE

Gli infermieri hanno un ruolo fondamentale nell’aiutare i pazienti MICI in questo preciso bisogno, sia fornendo loro informazioni e supporto emotivo, trattandosi solitamente di incontinenza fecale gli interventi infermieristici potranno essere indirizzati verso il rafforzamento

del pavimento pelvico, la cura della pelle perianale, il trattamento della diarrea, la gestione della dieta. L'ottimizzazione dei trattamenti possono anche migliorare i sintomi, non tutti i pazienti trarranno beneficio dallo stesso intervento infermieristico, pertanto, un piano di cura su misura dovrebbe rispondere in modo adeguato alle esigenze di ciascun paziente, tenendo conto dei fattori correlati all'incontinenza e dello stile di vita. Consigli indirizzati anche solo per minimizzare il disagio provato dal paziente a causa dei propri sintomi possono essere utili, come ad esempio portarsi con sé salviette profumate e igienizzate, ricambi di vestiario, possono migliorare una piccola parte della malattia

Gestione della terapia

la terapia medica della MC va differenziata a seconda che si tratti di una terapia di attacco in una fase acuta di malattia (terapia di induzione) o una terapia atta a mantenere uno stato di remissione (terapia di mantenimento), anche in questo caso la conoscenza dei limiti e degli effetti collaterali possiamo indirizzare il paziente a compiere scelte consapevoli.

-COPING

Anche se lo stress non è una causa diretta della manifestazione malattia infiammatoria intestinale, può però peggiorare i segni ed i sintomi e può causare le riacutizzazioni della malattia. Per aiutare a controllare lo stress, i consigli possono essere:

- **Esercizio fisico:** Anche una lieve attività fisica può aiutare a ridurre lo stress, alleviare la depressione e normalizzare la funzione intestinale. Parlando con il proprio medico il paziente può decidere quale attività fisica è più congrua alla sua persona.
- **Biofeedback:** Questa tecnica di riduzione dello stress aiuta a ridurre la tensione muscolare e a rallentare la frequenza cardiaca con l'aiuto di un operatore qualificato. L'obiettivo è quello di aiutare a entrare in uno stato rilassato in modo da poter far fronte più facilmente allo stress.
- **Esercizi di respirazione.** Un modo efficace per far fronte allo stress è quello di eseguire esercizi di respirazione. È possibile prendere lezioni

di yoga e la meditazione o farli a casa utilizzando libri, video corsi sul web, o in luoghi aperti, partecipando anche con altre persone.

Percezione se (STOMIE)

Il termine “stomia” indica l’aboccamento chirurgico di un tratto dell’intestino o delle vie urinarie alla cute, consentendo la fuoriuscita all’esterno di materiale organico come feci ed urine (Burch, 2005). Oltre ad essere un peso psicologico sulla vita del paziente che ne condiziona la percezione di se, è anche un problema in più da gestire. Molti pazienti purtroppo si trovano a dover fare i conti con le stomie, e molte volte dopo l’intervento e la convalescenza si trovano a dover gestire tutto da soli, oggi esistono anche parti del territorio dove è possibile trovare centri ambulatoriali di stome care, che appunto si occupano della gestione delle stomie e il controllo dell’alterazione dello stoma che possono essere diverse divise tra precoci e tardive, precoci quando vanno dal post operatorio fino al 15esimo giorno dopo il confezionamento, mentre tardive dal 15esimo giorno in poi, e abbiamo:

precoci:

- ❖ Edema
- ❖ Emorragia intra e peristomale
- ❖ Ischemia e/o necrosi
- ❖ Retrazione
- ❖ Suppurazione ed ascessi peristomali
- ❖ Alterazioni cutanee:

tardive:

- ❖ Ernia:
- ❖ Fistola
- ❖ Prolasso:
- ❖ Stenosi
- ❖ Granulomi

Gli obiettivi di una corretta gestione del presidio stomale sono:

- Mantenere la cute peristomale integra

- Impedire l'infiltrazione degli effluenti al di sotto della placca
- Mantenere in situ il presidio per il tempo prestabilito
- Promuovere il benessere psico-fisico della persona stomizzata

L'infermiere deve metter il paziente nella condizione di autogestirsi o che ci sia un care-giver in grado di farlo; consegnando ad esempio del materiale informativo cartaceo riguardanti lo stoma care, consigli alimentari, darà indicazioni sulla possibilità di fare la doccia o andare al mare, sulla necessità di portare con sé un borsellino con il minimo necessario per un cambio se si esce di casa.

L'irrigazione stomale

È una metodica che viene praticata con successo da oltre 50 anni e consiste nell'introduzione attraverso lo stoma di 800-1000 ml di acqua tiepida. Se l'irrigazione viene accomunata ad una dieta povera di scorie, si ottengono dei buoni risultati e lo stomizzato può avere 24-48 ore di continenza, il che significa che la sacca tradizionale può essere cambiata con delle mini-sacche o, in qualche caso, una semplice copertura di protezione. Per gestire al meglio il processo assistenziale è stato visto che i risultati della riabilitazione derivati dalla maggior competenza e professionalità, determina una diminuzione di visite specialistiche, ricoveri, terapie farmacologiche, tanto che l'appropriatezza dell'assistenza va a garantire un notevole risparmio economico, migliore qualità di vita per il paziente. (Tuccio, 2019)

Cognizione e percezione della malattia: deficit di conoscenze

I pazienti MICI al momento della comparsa dei sintomi entrano nella maggior parte dei casi in mondo a loro sconosciuto, hanno bisogno di essere consapevolizzati su quello che potranno essere trattamenti o visite di controllo. Un esempio sono le colonscopie, un esame fondamentale per la diagnosi e il monitoraggio delle malattie infiammatorie croniche intestinali MICI. Un esame strumentale a cui il paziente verrà sottoposto svariate volte nel corso della vita, che dà la possibilità di porre una diagnosi certa, confermata da eventuali biopsie della parete intestinale, e di monitorare l'evoluzione della patologia. L'infermiere collaborando con gli specialisti deve formare il paziente per una buona

preparazione intestinale. Da numerose survey italiane e americane, emerge che, in generale, nei soggetti sottoposti a colonscopia la preparazione non risulta essere adeguata in 1/4 o 1/5 dei casi, indipendentemente dalle definizioni utilizzate per definirla. È noto altresì che una migliore preparazione intestinale sia associata ad una migliore accuratezza diagnostica della metodica, specie nella rilevazione di lesioni polipoidi o adenomi. (Radaelli F, 2015)

Inoltre, è stato dimostrato che il livello di ansia che precede la procedura endoscopica è maggiore nei pazienti affetti da infiammazione croniche intestinali e che il dolore correlato alla procedura stessa è maggiore nei pazienti affetti da infiammazioni croniche intestinali e sindrome dell'intestino irritabile rispetto ai pazienti che vengono sottoposti a colonscopia con altre indicazioni, come screening-sorveglianza del carcinoma colon-rettale o per altri sintomi. Una spiegazione dettagliata delle procedure tranquillizza il paziente, permettendo un maggior effetto da parte della sedazione e una maggiore compliance dello stesso.

I consigli per una preparazione intestinale dipendono dai diversi quesiti di diagnosi. In caso di colonscopia eseguita per la formulazione di diagnosi, per la valutazione dell'attività di malattia e della guarigione mucosa o per sorveglianza delle neoplasie del colon-retto è importante che la preparazione utilizzata oltre ad essere efficace e ben tollerata non provochi possibili danni mucosa. Esistono diversi studi sulle preparazioni intestinali per la colonscopia, pochi sono gli studi invece per i casi specifici di pazienti IBD. Gli studi che hanno affrontato la questione consigliano la soluzione PEG, le sue rivali hanno 10 volte la possibilità di riscontrare danni mucosali simili a quelle da infiammazione intestinale, anche se è da specificare che nessuna soluzione per la preparazione intestinale ha un rischio pari a 0 di creare lesioni, ma comunque in pazienti accertati o sospetti di malattia infiammatoria intestinale è preferibile usare la soluzione di polietilen-glicole. Per quanto riguarda il volume di soluzione da assumere gli studi mostrano che 2 litri di PEG nel complessivo della valutazione dei diversi tratti

intestinali hanno un'efficacia paragonabile di pulizia intestinale, a livello del colon destro risulta esserci una minor efficacia di pulizia. Un frazionamento maggiore del volume della soluzione riporta essere il metodo più tollerabile e compliant da parte del paziente, inoltre risulta garantire anche una migliore pulizia intestinale in qualsiasi paziente . (Manes G, 2015)

PROMOZIONE SALUTE

Molte complicanze extra intestinali della Morbo di Crohn (MC) sono simili a quelle della colite ulcerosa. Alcune sono correlate all'attività della malattia, ed altre sembrano seguire un decorso relativamente indipendente. Complicanze correlate all'attività della malattia possono interessare la cute e le grosse articolazioni. Complicanze non correlate includono la spondilite anchilosante e la sacroileite (che si manifestano con rigidità della colonna e dolore lombare), oltre ad alcune malattie del fegato e vie biliari (non molto frequenti) e alcune lesioni oculari. La conoscenza delle possibili complicanze è d'aiuto per poter interagire con il medico di famiglia per richiedere controlli periodici, con il fine di controllare l'insorgenza di comorbidità.

I pazienti che partecipano alle loro cure e al processo decisionale riescono a raggiungere obiettivi migliori rispetto ai pazienti che non lo fanno. Allo stesso modo, i pazienti che comprendono i benefici e i rischi di un piano per gestire la malattia riusciranno con un'alta probabilità ad accettare la malattia e saranno più disposti a impegnarsi e a rispettare i propri programmi di trattamento e monitoraggio. Porre l'attenzione sui modi di comunicare potrebbe rivelarsi necessario per favorire l'approccio dei pazienti, tecniche come la sintesi, la categorizzazione e l'integrazione di informazioni scritte possono migliorare la conoscenza e il ricordo dei pazienti (Kemp, 2018)

Uno studio condotto in Spagna con l'obiettivo di valutare gli effetti del follow-up intensivo da parte degli infermieri di assistenza primaria sull'autogestione delle malattie cardiovascolari e sui comportamenti di compliance dopo infarto miocardico, ha concluso che Il follow-up in-

tensivo e immediato dopo l'infarto miocardico migliora i comportamenti di compliance e l'autogestione delle malattie cardiache. Un approccio combinato di auto-cura e cura della famiglia dovrebbe essere incoraggiato per responsabilizzare i pazienti post-infarto miocardico. (Baptiste DL, agosto 2016) Per facilitare l'autoefficacia dei pazienti, può essere utile anche l'uso di strumenti di educazione sanitaria come un notebook di auto-cura cardiovascolare. questo studio fornisce prove dell'importanza dell'educazione infermieristica individualizzata incentrata sull'auto-cura per la prevenzione cardiovascolare. Come altri studi e meta-analisi questo approccio migliora i tassi di mortalità e riduce le riammissioni dovute a malattie cardiovascolari. (Lizcano-Álvarez Á & Primaria)., agosto 2023)

4.5 LE PROCEDURE

Essendo un professionista della salute, l'infermiere come visto agisce secondo l'intellettualità della sua professione, perciò, il lavoro svolto dall' IDF, non può essere circoscritto, ma se poniamo come limite ad alcune procedure la presenza di criteri raggiungibili solo in ospedale, rimarranno comunque molte attività svolgibili a livello ambulatoriale e domiciliare con l'aggiunta di interventi sociali possibili. Queste sono le principali aree di intervento che troviamo se andiamo a ricercare un infermiere privato tramite un'azienda privata.

Educazione Sanitaria
Gestione Cvc
Gestione funzioni Escretorie
Gestione paziente con tracheostomia
Medicazioni Lesioni
Monitoraggio Clinico
Nutrizione Enterale Domiciliare
Nutrizione Parenterale Domiciliare
Prelievi Biologici
Stomie
Terapia Endovenosa

Terapia Sottocutanea

Tabella 9 aree d'intervento ambulatoriale e domiciliare IDF

L'infermiere dell'ADI può svolgere queste prestazioni, che sono le stesse che può svolgere anche l'infermiere di famiglia, con diversità di ruolo, ma egualità di limiti, che, come per il collega in ambito ospedaliero, sono sempre gli stessi, il codice deontologico, il profilo professionale, là dove serve la prescrizione del medico, e il loro bagaglio formativo.

La procedura è la stessa cambia il setting assistenziale. Leggendo i protocolli forniti dalle aziende private, sul come svolgere le procedure, abbiamo la conferma che la sicurezza per compiere questi atti esiste anche a domicilio. Tra le aree riportate, vorrei specificare le prestazioni di: medicazioni di ferite chirurgiche, gestione stomie, trasfusioni di sangue e emoderivati, terapia a pressione negativa, gestione catetere vescicale, gestione del dolore, educazione sanitaria. Tutte prestazioni che alleggerirebbero di molto il carico ospedaliero. Pensando al NPWT, la terapia a pressione negativa, conosciuta come V.A.C., la compliance, durante l'utilizzo della V.A.C. therapy, si riduce a causa della mancanza di indicazioni e impegno da parte del paziente all'uso del dispositivo, dell'ansia riguardo al dispositivo in merito dei ricercatori hanno condotto uno studio secondo il quale, la preoccupazione maggiore per i pazienti in trattamento con NPWT risulti essere il funzionamento ottimale della macchina, di conseguenza, l'infermiere potrebbe intervenire andandola controllare l'utilizzo corretto del dispositivo, promuovere la familiarità con il dispositivo e le sue funzioni, e aiutare il paziente a gestire al meglio la NPWT. (Fagerdahl AM e Boström L e Ottosson C e Ulfvarson J, 2013)

4.5.1 medicazione lesioni diabete

Il diabete mellito è una patologia che interessa tutto il mondo, in Italia l'Istat nel 2015 stimava circa 3 milioni di persone affette da diabete e oltre un milione di persone con il diabete ma senza esserne a conoscenza, mentre i dati dell'Osservatorio ARNO, basati su diverse fonti

informativa (dati di consumo di farmaci, registro delle esenzioni per patologia e schede di dimissione ospedaliera), registrano un tasso di prevalenza totale del diabete pari al 6,2%, quasi un punto percentuale in più rispetto ai dati ISTAT. La complicanza più frequente nel diabetico secondo i dati è il piede diabetico, con un'incidenza di 2% l'anno, mentre il rischio cumulativo ammonta tra 15% e il 25%, sarebbe a dire che nel corso della loro vita 15/25 persone su un gruppo di 100 diabetici svilupperà il piede diabetico.

Il piede diabetico è un segnale di mortalità, il 5% di pazienti muore entro un anno dalla comparsa della lesione, il 42% entro 5 anni. L'ulcera che si va a creare nel 85% dei casi avrà come conseguenza l'amputazione dell'arto, motivazione primaria di amputazione degli arti è infatti il diabete. I costi per gestire il piede diabetico in Europa vanno oltre i 20 mila euro per una ferita non guarita entro 12 mesi, mentre la cifra è di circa 25 mila euro per quanto riguarda un'amputazione maggiore.

Una persona diabetica dovrebbe ricevere visita medica con una frequenza pari ad almeno una volta all'anno così da poter gestire e sorvegliare i già noti fattori di rischio e per individuare l'eventuale insorgenza di altre complicanze che potrebbero sfociare nello sviluppo di un'ulcera (Eleftheriadou et al., 2019)

La prevenzione e educazione terapeutica sono di estrema importanza per il paziente diabetico, alcuni studi hanno dimostrato che i programmi di prevenzione incentrati sull'educazione del paziente e dei familiari, e il controllo periodico della cute dei piedi, possono ridurre quasi del 50% lo sviluppo del piede diabetico. Nel Documento di Consenso Internazionale sul Piede Diabetico le cinque pietre miliari della prevenzione sono:

- 1) ispezione regolare ed esame dei piedi;
- 2) identificazione dei piedi a rischio;
- 3) educazione dei pazienti, delle famiglie e degli operatori sanitari;

4) calzature appropriate;

5) trattamento delle patologie non-ulcerative

L'educazione del paziente diabetico come per tutti pazienti deve essere fatta su diversi aspetti:

-educare il paziente al controllo glicemico, raccomandabile più volte al giorno, e in situazioni come prima di assumere la terapia, o in presenza di sintomi di ipo/iperglicemia, La glicemia viene misurata tipicamente grazie all'utilizzo del glucometro, uno strumento che permette la rilevazione della glicemia grazie ad una piccola goccia di sangue ottenuta dalla punzione di un dito tramite una lancetta apposita e all'impiego di particolari striscette reattive che, a contatto con il sangue, trasmettono il valore glicemico sul display del glucometro (Walker RC, 2015). Al giorno d'oggi, esistono altri sistemi di misurazione, come il Monitoraggio Continuo del Glucosio (CGM) e il Flash Glucosio Monitor (FGM) che consistono in piccoli apparecchi, applicati direttamente sulla cute, che tramite un sensore che attraversa il fluido interstiziale rileva la glicemia e trasmette il valore o ad un apposito apparecchio oppure sull'applicazione del telefono.

-educare il paziente all'assunzione della terapia, associando il dosaggio del farmaco alla glicemia corrente

-educare il paziente a riconoscere i sintomi di ipoglicemia e iperglicemia

-educare il paziente ad una corretta alimentazione e consigliare al paziente una consulenza dietologica

-educare il paziente sull'importanza che riveste l'attività fisica per la sua patologia, che gli permette di utilizzare il glucosio, così permettendo la diminuzione o il mantenimento del peso ponderale.

-educare il paziente a praticare l'auto-controllo e uno stile di vita salutare, ad esempio:

il paziente smetta di fumare e che segua una alimentazione adeguata.	È sconsigliato camminare scalzi in qualsiasi contesto,
--	--

	così come indossare le scarpe senza calze
Le unghie dovrebbero essere limate rispettando l'anatomia delle dita e le cuticole non andrebbero mai tagliate, per evitare al massimo il rischio di procurarsi una ferita. Per questo si può indirizzare a specialisti come i podologi, che possono intervenire in modo professionale, ad esempio nel caso di un'unghia incarnita e di quelle situazioni pre-ulcerative come la presenza di calli, vesciche o infezioni funginee.	Il diabetico dovrebbe osservare ogni giorno in maniera attenta i suoi piedi, controllare anche gli spazi intra-digitali, aiutandosi ad esempio con uno specchio per poter poi segnalare eventuali cambiamenti al podologo o ad un curante di competenza come l'infermiere di famiglia.
Per quanto concerne la cura del piede, è sconsigliato l'utilizzo di borse dell'acqua calda o di fare il bagno in acqua con temperatura troppo elevata, sconsigliato l'uso di agenti chimici, i piedi dovrebbero invece essere lavati con acqua tiepida quotidianamente, oltre che essere idratati mediante l'utilizzo di creme o lozioni (Eleftheriadou et al., 2019).	Molto importante è la scelta della calzatura, che deve essere specifica e adeguata alle esigenze e particolarità della persona, difatti, le scarpe rappresentano un grande rischio per quanto riguarda la comparsa di ferite; perciò, devono rispettare determinate caratteristiche (Eleftheriadou et al., 2019). Per prima cosa devono essere comode, dev'esserci uno spazio di 1,5 cm tra la punta dei piedi e la punta delle scarpe, la loro soletta interna dovrebbe prevenire punti di pressione ai margini del piede e alle dita, non possono avere un tacco alto più di 5 cm e la loro suola dev'essere spessa in modo tale da prevenire ferimenti mentre si cammina

Tabella 10 consigli paziente diabetico

Trattamento

L'obiettivo primario per il trattamento di un'ulcera è quello di promuovere una rigenerazione tissutale, che segue diverse fasi andando dalla granulazione alla riepitelizzazione, e contrastare possibili infezioni. Esistono diversi tipi di approccio, in base naturalmente al tipo di lesione, livello di essudato e dallo stadio di guarigione. Per ogni lesione è importante andare a valutare: posizione, dimensioni, colore, bordi,

cute perilesionale, temperatura, presenza di segni di infezione e odore. Per classificare un'ulcera da piede diabetico la scala più utilizzata è la texas wound classification del 1996, in questa scala il "Grado" si riferisce all'estensione e profondità dell'ulcera, mentre lo "Stadio" si riferisce alla gravità correlata alla presenza aggiuntiva di infezione, ischemia o entrambe.

Un'altra scala usata per la stadiazione dell'ulcere del piede diabetico è la Wagner Scale, che prende in considerazione la profondità dell'ulcera, la presenza di gangrena e il livello di necrosi del tessuto.

Possiamo classificare le ulcere anche in base al loro colore, in questo modo:

- Giallo: indica la presenza di slough Il tessuto devitalizzato può presentarsi sottoforma di slough, un materiale che aderisce al letto della lesione in filamenti o ammassi ispessiti.
- Verde: indica la presenza di infezione
- Rosso: indica il tessuto di granulazione.
- Nero: indica la necrosi secca
- Rosa: indica la riepitelizzazione

L'obiettivo durante la gestione delle ulcere cutanee è quello di eliminare dal letto della ferita tutte le condizioni non-healing (ostacolo per la guarigione) e di favorire e proteggere le condizioni pro-healing (favorevoli la guarigione) Il trattamento deve avvenire gradualmente: il primo step fondamentale è quello di trattare l'infezione, se presente. Successivamente sarà necessario valutare la presenza di insufficienza arteriosa, in quanto è l'elemento chiave per la guarigione della lesione e per la distribuzione dell'antibiotico sistemico in caso di terapia. Le probabilità che il trattamento risulti efficace dipendono dalla gravità dell'ulcera, dalla vascolarizzazione dell'arto, dalla presenza o meno di infezione, dall'efficacia della terapia dalla compliance del paziente dai meccanismi d'azione della terapia. Esistono diversi modi di trattare una lesione, per questo l'International Wound Bed Preparation Advisory

Board ha introdotto l'acronimo "TIME" (Tissue, Infection or Inflammation, Moisture imbalance, Epidermal margin), così da permettere all'operatore di approcciarsi alla ferita, osservando il letto della lesione, individuando gli ostacoli alla guarigione e scegliere interventi più idonei, valutandone l'efficacia. Una prima tecnica è quella di tipo chirurgica e viene utilizzata spesso, consiste in una rimozione meccanica con l'utilizzo di bisturi dell'escara secca, poi esistono due metodiche che sfruttano enzimi che hanno azione catabolizzante così da ripulire la ferita, solitamente sono creme che hanno questi enzimi all'interno della soluzione. La seconda metodica consiste nell'uso di medicazioni con azione autolitica, come idrocolloidi consentendo il mantenimento di un ambiente umido.

A seconda delle esigenze e caratteristiche del paziente si sceglie l'opzione più adeguata. Infine, altre metodologie possono essere impiegate per il trattamento dell'ulcera diabetica, come la negative pressure wound therapy, attraverso l'adozione di apposite pompe, o l'ossigeno iperbarico. In questo caso il paziente entra in una camera speciale che rilascia il 100% di ossigeno e aumenta la pressione atmosferica.

Efficacia dell'educazione terapeutica

La letteratura disponibile conferma l'efficacia dell'educazione terapeutica nella gestione del diabete. Infatti, grazie alla partecipazione attiva nella gestione della malattia cronica e grazie alle informazioni apprese e alle modifiche dello stile di vita, il paziente acquisisce la capacità di autocurarsi. L'esempio più rilevante di efficacia riguarda la riduzione dell'emoglobina glicosilata, secondo uno studio condotto dall'United Kingdom Prospective Diabetes Study, chi ha ricevuto un'educazione terapeutica presentava una diminuzione dell'emoglobina glicosilata, messa in paragone al gruppo di controllo, fattore molto importante in quanto ad ogni punto riduzione corrisponde un abbassamento del rischio di amputazione. (Alessandri et al., 2018). Le persone che hanno partecipato a programmi educativi si più competenti a livello conoscitivo e pratico dimostrando una consapevolezza maggiore della malattia

e nella prevenzione di situazioni a rischio come appunto le ulcerazioni diabetiche, riducendo così le ospedalizzazioni e i costi sanitari.

5 CONCLUSIONI

Dopo una revisione della letteratura, posso dire che l'infermiere di famiglia e comunità porterebbe alla diminuzione dei ricoveri impropri, che a loro volta porteranno a una grande diminuzione del carico ospedaliero, dando più tempo e più risorse da concentrare ai pazienti che più ne hanno bisogno, lo stesso discorso è da estendere ai MMG che nelle zone dove il sistema è attivo, hanno dimostrato una riduzione dell'accesso ambulatoriale. La FNOPI durante un'audizione il 28 gennaio del 2020, riportava queste affermazioni in merito alle zone dove esistevano progetti pilota per l'infermiere di famiglia: "risposta immediata e tempestiva alle esigenze della popolazione, che si rivolge al servizio di Pronto Soccorso in modo più appropriato (in un triennio riduzione dei codici bianchi di circa il 20%) ; riduzione dei ricoveri (in quanto si agisce prima che l'evento acuto si manifesti) e conseguente riduzione del tasso di ospedalizzazione del 10% circa se consideriamo tale indice nelle aree in cui insiste l'infermiere di comunità con altre aree in cui vige il modello classico dell'assistenza domiciliare integrata per effetto del minore ricorso a ricoveri impropri dovuto a un'organizzazione capillare e prossimale del servizio a livello territoriale ; garanzia della continuità assistenziale e della presa in carico integrata in fase intensiva (in ospedale) e in fase estensiva (sul territorio) ; miglioramento della presa in carico dei pazienti che sono dimessi dall'ospedale ; sgravio dei MMG da accessi impropri in ambulatorio e liberazione di tempo che il medico di base può dedicare alla funzione di clinico e di filtro nella diagnosi e nella terapia della malattia. Non possiamo poi non citare l'impatto che l'Infermiere di famiglia ha nell'attività educativa e di auto addestramento non solo dei pazienti ma anche dei caregiver che sono anch'essi il secondo carico di complessità che si affianca

la persona assistita sia per le risorse che per le casse dello Stato. Insomma, l'infermiere di famiglia è in grado di aumentare la compliance dei pazienti, migliorando la qualità di vita dei cittadini: secondo un'indagine condotta sulla qualità percepita dai pazienti e famigliari fruitori del servizio gli utenti risultano essere piuttosto soddisfatti del nuovo servizio offerto. Infatti, la quasi totalità del campione (93%) ritiene che la presenza dell'Infermiere di Famiglia e Comunità risponda meglio ai propri bisogni assistenziali rispetto alla precedente modalità di prestare assistenza infermieristica a domicilio". (FNOPI, "Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza", 2020). Durante la ricerca ho trovato uno studio che ha posto la compliance del paziente oltre la semplice non aderenza alla terapia vista come "dimenticarsi di assumere le pillole", ma come propria e vera paura di affrontare una determinata terapia a domicilio. Prendendo in esame la dialisi peritoneale effettuata a domicilio, l'evidenza scientifica ha dimostrato che è più fisiologico per il rene, quindi, viene accettata meglio dall'organismo diminuendo la possibilità dell'insorgenza di complicanze associabili alla pratica clinica. Allo stesso tempo si è visto che molti pazienti diffidano dallo svolgere questa terapia al proprio domicilio a causa di una forte preoccupazione sulle responsabilità che comporta la scelta, ma anche sulla convinzione che a livello ospedaliero possano avere un supporto migliore (Walker RC, 2015). Questa situazione ha fatto sì che in olanda si avviasse un progetto per effettuare la dialisi a domicilio con la presenza di un infermiere di famiglia (Trinh E, 2017) La compliance a domicilio viene spinta anche dalla tecnologia, con la possibilità attraverso orologi, telefoni, e applicazione di one-health, l'infermiere di famiglia può avere accesso in modo diretto alle informazioni di salute del suo assistito, e può comunicare attraverso il portale con lo stesso e i familiari o caregiver. La paura di essere lasciati da soli nelle situazioni d'emergenza rientra tra le paure e le barriere, ma questo può essere risolto con la telemedicina e la teleassistenza (Cornelis T, 2012). Durante il lockdown un gruppo di ricercatori americani ha monitorato i pazienti sottoposti a dialisi domiciliare con mo-

nitoraggio remoto in tempo reale. Mediante la telemedicina è stato possibile soddisfare le esigenze dei pazienti garantendo la continuità assistenziale e limitando il rischio di esposizione alle infezioni (rivatana V, 2020)). Ora, con i fondi europei del PNRR, il nostro Paese ha l'opportunità di investire in un modello sanitario indirizzato verso la telemedicina, ma anche verso un'assistenza maggiormente distribuita sul territorio. Tutto ciò è permesso anche dal delinearsi di una figura emergente nel panorama sanitario che è quella dell'IF/C. (Francesco Burrai Margherita Gambella Valentina Micheluzzi, 2022))

L'infermiere di famiglia/comunità inoltre può rappresentare una soluzione per quanto riguarda l'assistenza nelle cosiddette "aree interne": si tratta della cura di oltre un terzo del territorio italiano (le zone montane coprono il 35,2% e le isole l'1% della Penisola) e la collaborazione tra infermieri di famiglia e di comunità sul territorio – sociale e di cura – per il sostegno in quelle zone che oggi spesso vengono spopolate perché prive proprio di supporti sociali e più in generale di servizi pubblici, rappresenterebbe anche uno strumento utile alla riduzione delle attuali disuguaglianze.

I risultati portati dall'infermiere di famiglia e comunità possono venire meno a causa di situazioni che non facilitino il lavoro della stessa, come ad esempio la mancanza di figure professionali territoriali e deficit di organizzazione territoriale, porterebbero ad un carico molto elevato e quindi ha alte fonti di stress che andrebbero a scontrarsi con l'efficacia lavorativa portando l'operatore in burnout, come succede ad oggi in ospedale. C'è bisogno che il sistema sanitario territoriale si unisca, che non indugi in asti professionali, in lotte di potere, ma piuttosto che insieme si aiutino per poter dare a tutti i cittadini e tutti i bisognosi un'assistenza che rispecchi i diritti delle persone, un'assistenza con lo scopo di poter salvaguardare tutti, cercando di curare ma soprattutto di prevenire uno stato di malattia, cercando di non lasciare nessuno alla sua malattia, la salute è un diritto INALIENABILE, che nessuno vuole perdere, anche se inevitabilmente spesso accade, ed è qui che l'infermiere deve assolvere al bisogno di aiuto e sostegno citando il film di Patch

Adams ‘‘ se si cura la malattia o si vince o si perde; ma se si cura una persona, vi garantisco che si vince sempre, qualunque sia l’esito della terapia’’.

6 BIBLIOGRAFIA

- . Annese V, D. M. (2013). *European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease*. J Crohns Colitis.
- . Lawrance IC, W. R. (2011). *Bowel cleansing for colonoscopy: prospective randomized assessment of efficacy and of induced mucosal abnormality with three preparation agents*. . Edonscopy.
- . Manes G, F. P. (2015). *Colon cleansing for colonoscopy in patients with ulcerative colitis: efficacy and acceptability of a 2-L PEG plus bisacodyl versus 4-L PEG*. Inflamm Bowel Dis.
- Agenas, I. D. (2022). (Agenas, ISS, DEP Lazio: *Programma Nazionale Esiti, Edizione 2022*.
- AMICI ONLUS. (s.d.). *AMICIITALIA.EU*. Tratto da <https://amiciitalia.eu/categorie/la-malattia-di-crohn>
- Asplin BR, M. D. (2003). *Un modello concettuale di affollamento del pronto soccorso*. Ann Emerg Med.
- Baptiste DL, D. P. (agosto 2016). *Studio di fattibilità di un programma di educazione all'insufficienza cardiaca guidato da infermieri*.
- Barrett L, F. S.-S. (2012). *Una strategia di gestione dei letti per il sovraffollamento nel pronto soccorso*. *Nurse Econ*.
- C. Lucioni C.F. Donner, F. D. (2013). *I costi della broncopneumopatia cronica ostruttiva: la fase prospettica dello studio ICE (Italian Costs for Exacerbations in COPD)*. *researchgate*,
https://www.researchgate.net/publication/228352769_I_costi_della_broncopneumopatia_cronica_ostruttiva_la_fase_prospettica_dello_studio_ICE_Italian_Costs_for_Exacerbations_in_COPD.
- Claudio Cordiano, M. B. (GENNAIO 2023). *Gli ospedali italiani nell'era della transizione*. Pearson.
- Cornelis T, K. P. (2012). *Cornelis T, Intensive hemodialysis in the (nursing) home: the bright side of geriatric ESRD care?* Pub Med.
- Cottam J, e. a. (2007). *Results of a nation wide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery*. *ColorectalDisease*.
- D' Ivernois JF – Gagnayre R. (2009). *Educare il paziente – Un approccio pedagogico*. Milano: Ed McGraw-Hill 3°edizione,.

- Daniela Bendanti e Ivana Nanni. (2006, dicembre). *servizio sanitario regionale Emilia Romagna*. Tratto da azienda sanitaria locale di Imola: https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.ausl.imola.bo.it%2Fflex%2Ffiles%2FD.f51bf829755c807882fb%2F2006_fsc_cadute.doc&wdOrigin=BROWSELINK
- Danielsen, A. S. (2013). *learning to live wuth a permanentintestinalostomy: impact on everyday life and educational needs*. Journal of woundostomy&contience nursing.
- DECRETO LEGISLATIVO 19 giugno 1999, n. 2. (1999, giugno 19). Tratto da gazzetta ufficiale: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/07/16/099G0301/sg>
- Denters MJ, S. M. (2013). *Patients' perception of colonoscopy: patients with inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome experience the largest burden*. Eur J Gastroenterol .
- direzione generale della programmazione sanitaria. (2012). *Manuale di formazione del governo clinico*. Tratto da https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1826_allegato.pdf
- DL.n°52 del 30 dicembre, 1. (1992, dicembre 30). *gazzettaufficiale.it*. Tratto da gazzetta ufficiale: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1994/01/07/094A0049/sg>
- DM 739/94. (1994, settembre 14). decreto legge 739\94. *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*. gazzetta ufficiale.
- DW, M. F. (1965). *Functional Evaluation: the Barthel index*. Maryland State: Med J .
- Fagerdahl AM e Boström L e Ottosson C e Ulfvarson J, F. (2013). *Esperienza dei pazienti di trattamento avanzato delle ferite: uno studio qualitativo*. *Ferite*. PubMed.
- FNOPI. (2020). "Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza . *Memoria della Federazione Nazionale delle Professioni Infermieristiche sull'Atto Senato 1346*.
- FNOPI. (2020). *VADEMECUM DELLA LIBERA PROFESSIONE*. Tratto da <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/12/Vademecum-Libera-professione-2020.pdf>
- FNOPI. (s.d.). *DM 77/2022: NUOVI MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN*. Tratto da <https://www.fnopi.it/aree-tematiche/dm-77-2022-regolamento-recante-la-definizione-di-modelli-e-standard-per-lo-sviluppo-dellassistenza-territoriale-nel-ssn/>
- FNOPI. (s.d.). *UNIFORMARE LA FIGURA DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ IN TUTTA ITALIA: IL DOCUMENTO DELLE REGIONI E LA POSIZIONE DI FNOPI*. Tratto da <https://www.fnopi.it/aree-tematiche/infermiere-di-famiglia-comunita-position-fnopi-e-documento-regioni/>

- FNOPI, C. C. (2019). *CODICE DEONTOLOGICO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE*. CONSIGLIO NAZIONALE DDEGLIO ORDINI DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE.
- Fortino A et..Coll. (2002). *La valutazione della appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo APRO.* ” (Fortino A, e coll: La valutazione della appropriatezza dei ricoveri osped Ministero della salute, agenzia di sanità pubblica della regione Lazio; Roma,.
- Francesco Burrari Margherita Gambella Valentina Micheluzzi. (2022). *Ruolo dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità nell’assistenza dei pazienti in dialisi domiciliare e possibili effetti sugli outcome assistenziali*. G CLIN NEFROL DIAL.
- FRIEDMAN. (1992). *Family nurse e practice* .
- Galeoto et al.Int J Neurol Neurother. (2015). *Int J Neurol Neurother*.
- Giuseppe imperiale. (s.d.). *Casa della Comunità: modello di intervento integrato e multidisciplinare*. Tratto da polis lombardia: https://www.myecole.it/ooc/wp-content/uploads/2022/08/Project-Work_Imperiale.pdf
- Hassan C, B. M. (2013). *Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline* . Endoscopy .
- <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5833&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute>. (19 aprile 2022). *piano nazionale ripresa e resilienza, cos'è la missione salute?* ministero della salute.
- Istituto Superiore Di Sanita'. (2023). Tratto da epicentro.it: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-flussi-dati-confronto-passi-pda-cronicita>
- Istituto superiore di sanità, A. e. (2020). *Epicentro*. Tratto da Passi D'Argento: <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/fragili>
- Kemp, K. D. (2018). Consensus Statements on the European Nursing Roles in Caring for Patients with Crohn’s Disease or Ulcerative Colitis. *Journal of Crohn's and Colitis*.
- Lawton MP e Brody EM. (1969). *Assessment of holder people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. Gerontologist.
- Lizcano-Álvarez Á, C.-J. L.-S.-Z.-E.-C., & Primaria), R. G. (agosto 2023). *Follow-up intensivo guidato da infermieri nelle cure primarie per migliorare l'autogestione e il comportamento di conformità dopo l'infarto miocardico*.
- Marcolongo, R. B. (2006). *Curare “con” il malato. L’educazione terapeutica come postura per il malato*. Ed Istituto Change Torino.
- Milena Mauri. (2014\2015). *DIFFERENTI PROFILI DI RESPONSABILITA’ INFERMIERISTICA*. convegno GPAIN. Tratto da <https://www.area-c54.it/public/differenti%20profili%20dell'infermiere%20responsabile.pdf>
- nurse 24. (2017). *infermiere di famiglia, il futuro dell’assistenza* . nurse24.it.

- nurse times. (2019). *L'infermiere di famiglia: un modello evolutivo di assistenza sul territorio*. nurse times.
- OMS. (1997). *GLOSSARIO DELL'OMS DELLA PROMOZIONE ALLA SALUTE*.
- OMS. (2007). *Rapporto Mondiale OMS Sulla Prevenzione Delle Cadute Dell'Anziano* . traduzione CESPI.
- OMS. (2022). *Invisible numbers: the true extent of noncommunicable diseases and what to do about them*. oms.
- OMS. (2022). *Una vita sana e prospera per tutti in Italia*. OMS Ufficio regionale per l'europa.
- OMS ufficio regionale di copenhagen . (2000). *the family health nurse* . copenhagen: OMS.
- Oms, u. r. (1998). *the world health report*. Ginevra: OMS.
- Orem, D. (1992). *Nursing concetti di pratica professionale* . il mulino.
- Paolo Carlo Motta et Simonetta Di Meo et Carla Noc et Loredana Ghiorzi et Maria Angela Rizzieri, P. (2007). *Diagnosi infermieristiche e pianificazione dell'assistenza*. ASL Brescia.
- Pellizzari, M. (2008). *L'infermiere di comunità. Dalla teoria alla prassi* .
- Person B, e. a. (2012). *The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life and patient's independence*.
- Pietà, D. C. (2018). modelli concettuali dell'assistenza alle famiglie . *nursetime.org*.
- PNRR. (2022). Tratto da MISSIONE SALUTE: <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5833&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute>
- Pontieri-Lewis, V. (2006). *Basics of ostomy care*. Medsurg Nursing.
- Prinz, A. C. (2015). *Discharge planning for a patient with a new ostomy: best practice for clinicians*. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing*. official publication of the Wound, Ostomy and Continence Nurses Society.
- Radaelli F, P. S. (2015). *Split-dose preparation for colonoscopy increases adenoma detection rate: a randomised controlled trial in an organised screening programme*. Epub ahead of print.
- redazione nursetimes. (2020). *malattie croniche importanza dell'infermiere di famiglia*. *nursetimes*.
- rivatana V, L. F. (2020). *Early Use of Telehealth in Home Dialysis during the COVID-19 Pandemic in New York City*. . New York City: Pub Med.
- salute, M. d. (s.d.). *Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani*. Tratto da https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_975_allegato.pdf
- Scalorbi S. (2012). *Infermieristica preventiva e di comunità*. Mc Graw Hill.
- Smith L, C. V. (2008). *L'assistenza centrata sulla famiglia (Concetti, teoria e pratica)*. Edisen.

- Tinetti ME Baker DI Mcavay G Claus EB Garrett P et al. (1994). *A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community*. New England: J Med .
- Topper AK, M. B. (1993). *Are activity-based assessments of balance and gait in the elderly predictive of risk of falling and/or type of fall?* J Am Geriatr Soc.
- Trinh E, C. C. (2017). *The Rise, Fall, and Resurgence of Home Hemodialysis*. PUB MED.
- Tuccio, L. G. (2019). *tesi: infermiere di famiglia e stome care*. univpm.
- Valiante F, B. A. (2013). *Bisacodyl plus split 2-L polyethylene glycol-citrate-simethicone improves quality of bowel preparation before screening colonoscopy*. World J Gastroenterol.
- Walker RC, H. C. (2015). *Patient and caregiver perspectives on home hemodialysis: a systematic review*. PUB MED.