



# MODELLO ORGANIZZATIVO AMBULATORIO INFERMIERISTICO

---

*L' Ambulatorio a Gestione Infermieristica*

A cura di : Dott.ssa Angela Braia, Dott.ssa Carmela Cito, Dott.ssa Brunella Caputo

Unità Operativa Semplice Dipartimentale

**Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali**

Dirigente: Dott. Vito Petrara

Dirigente: Dott.ssa Angela Braia

Segreteria: Tel 0835.253540 - Fax 0835.253617 – e-mail: [s.professionisanitarie@asmbasilicata.it](mailto:s.professionisanitarie@asmbasilicata.it)

## PREMESSA

La promozione della salute stabilisce che una buona assistenza è alla base dello sviluppo sociale ed economico degli individui. In alcuni paesi sono state adottate chiare direttive politiche secondo cui le innovazioni nell'assistenza sanitaria devono essere supportate da un'elevata qualità dell'Assistenza Infermieristica attraverso il raggiungimento e mantenimento degli standard professionali nella pratica , nonché sui costi e sui risultati dell'assistenza stessa.

Dalla letteratura analizzata è emerso che in alcuni paesi (ad esempio Regno Unito, Svezia e Usa) sono già presenti ambulatori a conduzione esclusivamente infermieristica : le *Nurse-led clinic*, ovvero ambulatori che forniscono un servizio per il paziente, gestiti e organizzati da soli infermieri, competenti nel valutare, trattare e consultare o inviare il cittadino ad altri specialisti quando richiesto.

La particolarità del *Nurse-led clinic* consiste nel fatto che vengono gestite dagli infermieri in autonomia considerando il paziente olisticamente. Le prestazioni erogate in questi ambulatori riguardano la valutazione ed il monitoraggio dello stato di salute del paziente, la consulenza fornita riguardo alle modifiche dello stile di vita e alla corretta somministrazione della terapia . (Best practice, 2010). Questo modello organizzativo, è stato studiato e proposto anche in Italia, dove per lungo tempo l'assistenza ambulatoriale è stata considerata meno importante rispetto all'attività di ricovero, la quale ha spesso ricevuto il massimo dell'attenzione (AACN, 2014).

Oggi una delle principali tendenze dell'evoluzione dei sistemi sanitari riguarda proprio il concetto di modelli organizzativi sempre più complessi che consentono l'erogazione di forme di assistenza diverse, che si sviluppano intorno al paziente partendo dalla presa in carico dello stesso ed accompagnandolo lungo tutto il percorso delle cure.

Sotto l'influsso di questo cambiamento, la creazione degli **“Ambulatori di Assistenza Infermieristica”**, è una proposta innovativa e rappresenta per gli infermieri una vera opportunità di crescita e sviluppo professionale.

Unità Operativa Semplice Dipartimentale  
Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali

Dirigente: Dott. Vito Petrara

Dirigente: Dott.ssa Angela Braia

Segreteria: Tel 0835.253540 - Fax 0835.253617 - e-mail: s.professionisanitarie@asmbasilicata.it

## INTRODUZIONE

Le previsioni demografiche mostrano un continuo aumento della popolazione anziana, tali da ridefinire i bisogni sanitari, e di conseguenza la richiesta di prestazioni sempre più orientata alla conduzione della disabilità e della cronicità. Pertanto, la domanda di prestazioni infermieristiche appare come bisogno prioritario a cui rispondere in un'ottica di assistenza territoriale integrata: con l'assistenza specialistica, domiciliare, ospedaliera, di base.

Il dato Italiano evidenzia che l'offerta di assistenza a lungo termine ed alle persone anziane, risulta essere inferiore rispetto a quella erogata nella maggior parte dei paesi considerati (OCSE,2016) e non in grado di rispondere adeguatamente ai nuovi bisogni di pazienti cronici, fragili, non autosufficienti e sempre più longevi. Secondo l'OCSE, l'Italia è il quarto Paese con la più alta aspettativa di vita - intorno a 82,8 anni. La variazione dell'aspettativa di vita<sup>1</sup> alla nascita può essere attribuita ai tagli dei fondi sanitari destinati alla prevenzione visto che l'Italia destina solo il 4,1% della spesa sanitaria totale alle attività di prevenzione (Osservasalute, 2015\*). L'Istituto Superiore di Sanità rileva che le analisi contenute nel più recente Rapporto Osservasalute segnalano numerosi elementi di criticità: il trend in diminuzione delle risorse pubbliche - in generale - rese disponibili per la sanità, l'aumento dell'incidenza di alcune patologie tumorali prevenibili, l'esigua parte delle già ridotte risorse pubbliche messa a disposizione per la prevenzione. Elementi questi che rendono particolarmente difficile un intervento proattivo sui problemi di cronicità e fragilità.<sup>2</sup>

L'incremento della complessità assistenziale obbliga a un ripensamento profondo e a una conseguente riprogettazione sia dei luoghi di cura, che dei modelli organizzativi/assistenziali in atto, favorendo una vera integrazione ospedale-territorio e ridefinendo modelli di assistenza che prevedano da subito il coinvolgimento della persona e della famiglia in un'ottica di proattività, sviluppando l'empowerment dell'assistito.

La presa in carico degli assistiti, dovrà prevedere un modello che si caratterizzi per la capacità di porre il paziente al centro del percorso di cura (patient - centered care), puntando all'integrazione e alla personalizzazione dell'assistenza. Risulta, infatti, particolarmente funzionale allo sviluppo e all'utilizzo dei percorsi clinico assistenziali integrati, la traduzione locale delle linee guida nella pratica clinica, cosa che pare rispondere meglio non solo ai bisogni assistenziali di pazienti sempre più anziani e affetti da complesse polipatologie, ma anche alla necessaria integrazione multidisciplinare e multiprofessionale.

Poiché le esigenze organizzative dell'ospedale per acuti impongono il massimo contenimento delle degenze, il sistema di cura extraospedaliera deve armonizzare le proprie offerte assistenziali con i nuovi bisogni legati alla

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

<sup>2</sup> Le patologie cronico-degenerative sono responsabili di circa l'80% della mortalità e di circa il 70% delle spese sanitarie nell'intera popolazione con una prevalenza in continua ascesa (Istat, 2014). I dati Istat 2019 riconoscono tra le cause più frequenti di mortalità le malattie ischemiche del cuore (12% del totale dei decessi) a cui seguono le malattie cerebrovascolari (circa 10% del totale dei decessi) e altre patologie cardiache di origine non ischemica (Osservasalute, 2019).

Unità Operativa Semplice Dipartimentale  
Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali

Dirigente: Dott. Vito Petrara

Dirigente: Dott.ssa Angela Braia

Segreteria: Tel 0835.253540 - Fax 0835.253617 - e-mail: s.professionisanitarie@asmbasilicata.it

cronicità, minimizzando il rischio di discontinuità delle cure e di errori gestionali e prevedendo un'integrazione professionale orientata al servizio.

La transizione epidemiologica, fortemente determinata dai mutamenti demografici in corso, impone in modo ormai improrogabile il riorientamento dell'intera offerta assistenziale, volta non solo ad assicurare adeguate risposte agli eventi acuti o a subentranti instabilità cliniche correlate all'aumento della prevalenza e dell'incidenza di patologie cronico-degenerative, ma soprattutto a garantire efficaci strategie preventive e proattive. È necessario assicurare altresì l'attivazione di setting assistenziali che consentano di affrontare e gestire, in un'ottica di continuità delle cure, le problematiche di salute connesse agli esiti già manifesti della cronicità. Affinché tale cambiamento possa essere compiutamente realizzato è necessario che sia realmente garantita la "continuità assistenziale", intesa come l'attivazione di specifici percorsi di cura attraverso l'adozione di opportuni strumenti di raccordo nonché di professionalità appropriate, come ad esempio quella infermieristica, per rispondere ai nuovi bisogni.

A tal proposito l'esigenza di rispondere in maniera appropriata ai nuovi bisogni di salute (LEA) ci pone di fronte a sfide che inducono tutto il Sistema Sanitario a trovare alternative in grado di ottimizzare le risorse sia umane che economiche. Alcune iniziative sono indispensabili sul territorio e risultano determinanti per riorganizzare il modello di offerta dei LEA che deve essere necessariamente integrato con la programmazione sociale e per rendere possibile sul territorio l'umanizzazione delle cure. Nel recente Piano nazionale per la cronicità 2018 la professione infermieristica è indicata come la professione in grado di perseguire positivi risultati nell'esercizio della funzione di "care management" e quindi nella gestione della continuità assistenziale e del lavoro in rete.

Il **"Modello Organizzativo Ambulatorio Infermieristico"**, in Italia è stato adottato solo negli ultimi anni da alcune regioni, è diffuso prevalentemente in ambito territoriale e fonda le sue radici in alcuni importanti innovazioni.

La prima è sicuramente da ricondurre allo scenario che si è delineato nella Sanità Italiana, caratterizzato dalla tendenza alla "razionalizzazione", attraverso la diminuzione dei posti letto per acuti ed il conseguente e necessario potenziamento dei servizi territoriali. Con il Decreto Ministeriale del 2 Aprile 2015 N.70 la Struttura e i modelli organizzativi del Sistema Sanitario Nazionale e delle sue reti sono stati radicalmente ridisegnati. Sono stati delineati nuovi modelli organizzativi focalizzati sulla centralità del cliente/paziente e sul concetto di appropriatezze delle cure e, allo stesso tempo volti alla razionalizzazione della spesa sanitaria Nazionale .

L'altro presupposto è da ricercarsi nella profonda evoluzione della professione Infermieristica: la legge 42/99 e la Legge 251/00 hanno portato al riconoscimento dell'Assistenza Infermieristica sul piano dell'iter formativo, dello stato giuridico e della autonomia professionale, valorizzando e responsabilizzando le funzioni ed il ruolo dell'infermiere. Il processo si compie con la Legge 42/99 che sancisce il riconoscimento dell'ambito di esercizio della professione infermieristica attraverso: il D.M 739/94, gli ordinamenti didattici, il Codice Deontologico.

**Gli ambulatori infermieristici** sono l'elemento centrale del sistema delle cure primarie, perché consentono il monitoraggio dei fattori di rischio nella popolazione e la gestione dei soggetti con patologie cronico degenerative, oltre a fornire risposte assistenziali adeguate nei confronti di eventi acuti. Inoltre questo setting assistenziale si compone come uno dei luoghi privilegiati per lo sviluppo di un approccio di iniziativa "proattivo", tendente a superare il modello basato sull'attesa.

Unità Operativa Semplice Dipartimentale  
Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali

Dirigente: Dott. Vito Petrara

Dirigente: Dott.ssa Angela Braia

Segreteria: Tel 0835.253540 - Fax 0835.253617 - e-mail: s.professionisanitarie@asmbasilicata.it

L'ambulatorio infermieristico rappresenta quindi:

- l'ambito territoriale nel quale il cittadino riceve risposte coerenti alla propria domanda di assistenza infermieristica;
- l'ambito d'integrazione tra assistenza infermieristica e complessiva rete delle cure primarie;
- un punto di orientamento per favorire la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria.

### CONTESTUALIZZAZIONE NORMATIVA

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

La formazione accademica<sup>3</sup> ha fornito agli infermieri una preparazione culturale, tecnica e organizzativo-gestionale sicuramente elevata che viene riconosciuta in tutti gli ambiti in cui gli infermieri operano: assistenza in tutte le sue molteplici espressioni, docenza e ricerca e organizzazione e gestione manageriale.

Il D.lgs 15/16<sup>4</sup> quindi l'Europa -ribadisce e conferma quanto già da tempo attribuito giuridicamente agli infermieri italiani, ossia:

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

<sup>3</sup> Il suo attuale assetto prevede una Laurea di 1° livello e una Laurea di 2° livello, Master di I e II livello e il Dottorato di ricerca.

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

Unità Operativa Semplice Dipartimentale  
Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali

Dirigente: Dott. Vito Petrara

Dirigente: Dott.ssa Angela Braia

Segreteria: Tel 0835.253540 - Fax 0835.253617 – e-mail: s.professionisanitarie@asmbasilicata.it

- la competenza di fornire autonomamente consigli, indicazioni e supporto alle persone bisognose di cure e alle loro figure di riferimento;
- la competenza di garantire autonomamente la qualità delle cure infermieristiche e di valutarle;
- la competenza di comunicare in modo esaustivo e professionale e di cooperare con gli esponenti di altre professioni del settore sanitario;
- la competenza di analizzare la qualità dell'assistenza in un'ottica di miglioramento della propria pratica professionale come "infermiere responsabile dell'assistenza generale".

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

I documenti "Revisione sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia" Divisione Salute OCSE (2015) e il Rapporto Annuale ISTAT 2019 a loro volta sottolineano che, per il mantenimento dei principi che definiscono il SSN e per la sostenibilità complessiva del Sistema, è necessario dare maggiore forza e spazio alle potenzialità dei professionisti sanitari, innovare i modelli organizzativi e i processi di lavoro e aumentare l'efficienza e l'appropriatezza del Sistema stesso.

Non devono inoltre essere dimenticate le indicazioni e gli obiettivi contenuti nel vigente Patto per la salute 2019-21 che prendono atto del contesto demografico ed epidemiologico e pongono specifica attenzione all'efficacia, all'appropriatezza, alla sostenibilità del Sistema e alla necessità di valorizzare e rafforzare il patrimonio professionale operante nel Sistema stesso. Infatti il Patto stabilisce che, al fine di promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali, si dovrà stabilire l'adozione di parametri di riferimento favorendo l'integrazione con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di Famiglia/Comunità, per garantire la completa presa in carico delle persone assistite.

A tal proposito la Conferenza delle Regioni e delle province autonome il 10 settembre, ha approvato le "Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità ex Legge n.77 del 17 Luglio 2020", che dispone l'introduzione dell'Infermiere/comunità al fine di rafforzare i servizi infermieristici, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-COV-2 identificati come affetti da COVID-19, anche coadiuvando le Unità Speciali di Continuità Assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, in relazione ai modelli organizzativi regionali.

Le nuove caratteristiche epidemiologiche della popolazione, le nuove fragilità e in questo periodo la necessità di far fronte alla pandemia COVID-19, richiedono un Modello Assistenziale orientato verso un'offerta territoriale che valorizzi un approccio più focalizzato sulla vita quotidiana della persona. E' necessario anticipare i bisogni dei pazienti e seguirli in maniera continuativa lungo tutto il percorso assistenziale. Con una sanità d'iniziativa integrata con i servizi sociali, l'assistenza primaria deve essere distribuita all'interno di un sistema più ampio e articolato su più professionalità come reso noto anche dalla **Dichiarazione di Astana** che ha sostituita quella di **Alma Ata**.

Unità Operativa Semplice Dipartimentale

**Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali**

Dirigente: Dott. Vito Petrara

Dirigente: Dott.ssa Angela Braia

Segreteria: Tel 0835.253540 - Fax 0835.253617 – e-mail: s.professionisanitarie@asmbasilicata.it

## LA SANITA' D'INIZIATIVA E L'IMPORTANZA DELL'AMBULATORIO INFERMIERISTICO

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

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

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

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

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

Unità Operativa Semplice Dipartimentale  
Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali

Dirigente: Dott. Vito Petrara

Dirigente: Dott.ssa Angela Braia

Segreteria: Tel 0835.253540 - Fax 0835.253617 – e-mail: s.professionisanitarie@asmbasilicata.it

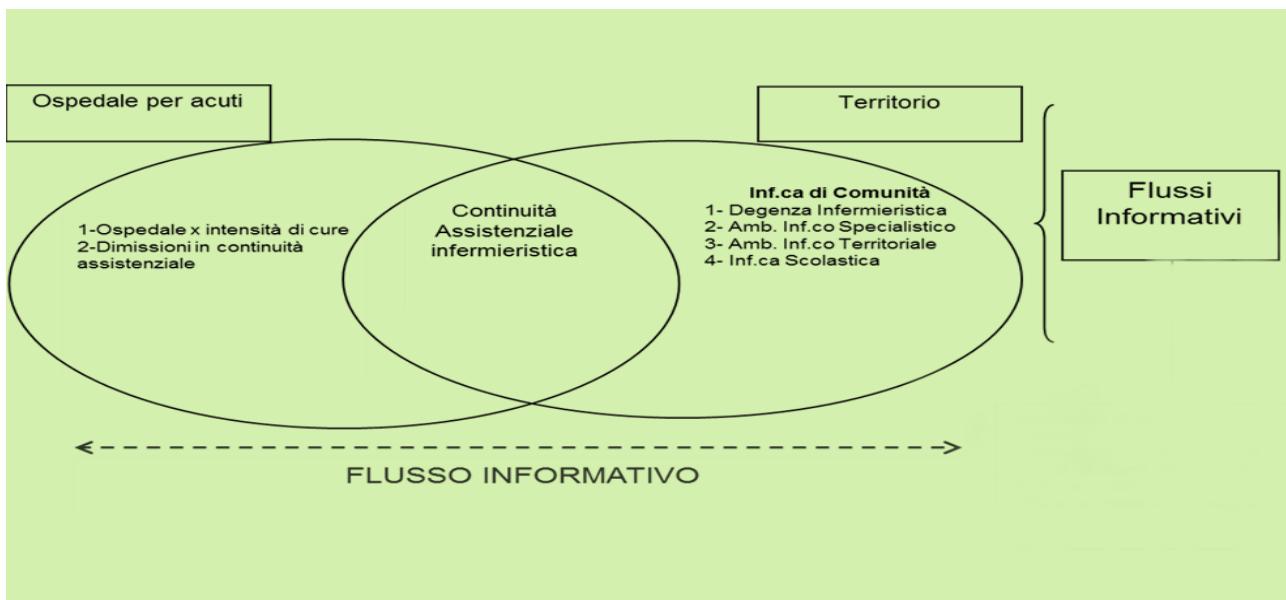


Figura 1 - schema generale di continuità assistenziale

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

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

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

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

In tale organizzazione è necessario che sia realmente pianificata e garantita - per essere compiutamente esercitata - la "continuità assistenziale" intesa come l'attivazione di specifici percorsi di cura attraverso l'adozione di opportuni strumenti in grado di raccordare i diversi ambienti assistenziali ossia: l'utilizzo della valutazione multidimensionale (VMD) e la conseguente adozione di Piani assistenziali individualizzati (PAI) con la finalità di restituire alla persona le migliori condizioni di qualità di vita ottenibili anche facendo ricorso all'infermieristica di comunità<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Piano Regionale Sociosanitario 2018-2020 Regione Basilicata ...."le politiche per la salute che la Regione Basilicata intende perseguire in maniera integrata nel campo della prevenzione superano il concetto di "Territorio" inteso come generica e impersonale entità fisica e si contestualizzano in funzione del concetto di "Comunità", intesa come insieme dinamico che esprime caratteristiche omogenee per condizioni demografiche e socio-economiche che ne condizionano i bisogni di prestazioni sanitarie e di interventi per la salute".....

Unità Operativa Semplice Dipartimentale  
Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali

Dirigente: Dott. Vito Petrara

Dirigente: Dott.ssa Angela Braia

Segreteria: Tel 0835.253540 - Fax 0835.253617 - e-mail: s.professionisanitarie@asmbasilicata.it

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

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

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

Negli Ambulatori Infermieristici Territoriali deve essere privilegiata la "presa in carico" dei fruitori del servizio, l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e di adeguati strumenti informativi. Gli infermieri di Famiglia/Comunità che operano negli ambulatori infermieristici partecipano e si integrano nei processi e nei percorsi territoriali e collaborano all'effettuazione della Valutazione Multi Dimensionale (VMD) e alla stesura del PAI.

L'Ambulatorio Infermieristico, può rappresentare un importante punto di riferimento per la continuità assistenziale, considerando il progressivo invecchiamento della popolazione, la diffusione delle malattie cronico-degenerative e la necessità di un costante miglioramento della qualità dei servizi erogati. A tal proposito l'esigenza di rispondere in maniera appropriata ai nuovi bisogni di salute (LEA) ci pone di fronte a sfide che inducono tutto il Sistema Sanitario a trovare alternative in grado di ottimizzare le risorse sia umane che economiche. Alcune iniziative sono indispensabili sul territorio e risultano determinanti per riorganizzare il modello di offerta dei LEA che deve essere necessariamente integrato con la programmazione sociale e per rendere possibile sul territorio l'umanizzazione delle cure.

Il modello di gestione ambulatoriale a conduzione infermieristica proposto, è un modello assistenziale proattivo di gestione delle malattie che non aspetta che il cittadino si ammali o si aggravi, ma agisce prima dell'insorgenza o aggravamento delle patologie. In questo contesto il ruolo dell'infermiere è valorizzato sia con riferimento alla dimensione prettamente clinica sia, soprattutto, in riferimento alla dimensione relazionale e di Empowerment del paziente.

Tale approccio innovativo appare altresì adeguato a recepire sia le recenti innovazioni tecnologiche oggi in grado di migliorare i processi assistenziali, sia sotto l'aspetto della implementazione di piattaforme tecnologiche a supporto della tele-medicina e tele- assistenza, sia sotto l'aspetto della evoluzione dei sistemi organizzativi a supporto della erogazione dei LEA.

## ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DEGLI AMBULATORI INFERMIERISTICI TERRITORIALI

Per Ambulatorio Infermieristico territoriale si deve intendere la struttura o luogo fisico, collocato nel territorio – PTA/Distretto sanitario, preposto alla erogazione di cure infermieristiche organizzate e gestite direttamente da personale infermieristico, che ne è responsabile ai sensi del DM 739/94 e della legge 251/00, articolo 1, commi 1 e 3, per quei pazienti che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno. Rappresenta un nuovo modello di organizzazione, in grado di dare risposte con competenza alle differenti necessità della collettività. Raffigura, inoltre, un rilevante punto di riferimento per la continuità assistenziale, considerato che attualmente molti pazienti hanno necessità di effettuare prestazioni sanitarie indicate dai Medici Ospedalieri, Medici di Medicina Generale, Pediatri Libera Scelta, Medici Specialisti, Punto Primo Intervento, Pronto Soccorso.

Nell'Ambulatorio Infermieristico l'assistenza assume una rilevanza diversa rispetto a quella ospedaliera. Il rapporto, infermiere/paziente, nell'ambulatorio, pur essendo di tipo episodico, si prolunga nel tempo consentendo all'infermiere di osservare e valutare lo stato di salute della persona nel suo complesso, tutto ciò, utile, a rendere più efficace qualsiasi intervento terapeutico, informativo, educativo, nonché di orientamento all'uso dei servizi sanitari pubblici.

Rappresenta un'area di specializzazione professionale in grado di potenziare l'integrazione tra servizi ospedalieri ed assistenza sanitaria di base con funzione di collegamento tra i servizi esistenti nella rete assistenziale.

### Modelli teorici di riferimento

Nell'ambito dell'Ambulatorio Infermieristico i modelli di riferimento per l'agire professionale si possono di seguito sintetizzare:

- **Self-Care.** Il concetto di self-care si fonda su una rappresentazione della persona non come semplice ricevente passivo dei servizi sanitari ma, al contrario, come primo e fondamentale “operatore” del lavoro di cura nei confronti della propria salute.
- **Modello delle prestazioni infermieristiche.** Il modello delle prestazioni infermieristiche elaborato dalla Cantarelli, si propone il superamento di un'assistenza infermieristica, erogata per mansioni, (assistenza semplice), per passare ad un'assistenza complessa che richieda, da parte dell'infermiere, un giudizio autonomo e decisioni ponderate basate sulla conoscenza del proprio lavoro, e sulla formazione/informazione che possiede.
- **Chronic Care model.** Il Chronic care model è un modello assistenziale nella gestione delle malattie croniche, è un metodo organizzativo che riguarda il territorio. Tale modello ha ridefinito l'approccio alle malattie croniche spostando i modelli di cura da un approccio reattivo, basato sul paradigma “dell'attesa” dell'evento acuto, ad un approccio “proattivo”, improntato al paradigma preventivo, mirato ad evitare o rinviare nel tempo la progressione della malattia; a promuovere l'empowerment del paziente (e della comunità) e la qualificazione del team assistenziale (sanitario e sociale).

Il Chronic Care Model capostipite dei modelli innovativi, elaborato da Ed. Wagner, si basa su sei fondamentali elementi:

Unità Operativa Semplice Dipartimentale  
Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali

Dirigente: Dott. Vito Petrara

Dirigente: Dott.ssa Angela Braia

Segreteria: Tel 0835.253540 - Fax 0835.253617 – e-mail: s.professionisanitarie@asmbasilicata.it

1. Le risorse della comunità. Stabilire cioè solidi collegamenti con le risorse della comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti;
2. Una nuova gestione delle malattie croniche prevista dal PSN 2018-2020;
3. Il supporto all'auto-cura;
4. L'organizzazione del team;
5. Il supporto alle decisioni. L'adozione di linee-guida basate sull'evidenza forniscono al team gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici. Le linee-guida sono rinforzate da un'attività di sessioni di aggiornamento per tutti i componenti del team;
6. I sistemi informativi.

Come obiettivo finale il chronic care model vede un paziente informato che interagisce con un team preparato e proattivo, con lo scopo di ottenere cure primarie di alta qualità, un utenza soddisfatta e miglioramenti nello stato di salute della popolazione.

Alla base del modello è l'approccio population-based, che si propone di gestire la salute dell'intera popolazione sulla base di una stratificazione del rischio da cui emergono i differenti bisogni dei vari soggetti e, quindi, l'esigenza di differenti livelli di intensità di assistenza.

- **Livello 3: alta complessità.** Case management (con piano di assistenza individuale, valutazione periodica di infermieri esperti in criticità, schede e altri strumenti di valutazione di gravità o peggioramento clinico).
- **Livello 2: media complessità.** Gestione della malattia (allo stadio medio-grave)/dell'assistenza (percorsi clinico-assistenziali evidence-based, follow-up, visite di gruppo, monitoraggio telefonico e così via)
- **Livello 1: bassa complessità.** Malattie croniche in stadio iniziale, non complicate che richiedono solo supporto all'autocura ( self- management), monitoraggio frequente ( es. fase iniziale di una ipertensione non complicata) o interventi di promozione della salute ( ES. educazione sanitaria a correggere stili di vita) o di prevenzione secondaria ( es. screening)

L'applicazione di tale modello alle cure infermieristiche permette di:

- soddisfare le necessità sanitarie dell'utenza attraverso l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obbiettivi;
- perfezionare l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria primaria;
- garantire la continuità assistenziale;
- fornire risposte integrate ai pazienti cronici ed ai fragili;
- assolvere alla funzione dell'infermieristica in ambito comunitario, integrandosi nei processi assistenziali territoriali;
- promuovere nelle persone processi di autocura, “es. auto monitoraggio di alcuni parametri come la determinazione della glicemia e della pressione arteriosa ,adesione del paziente alla terapia farmacologica ed alla corretta auto somministrazione della terapia insulinica, controllo dello stato della cute (piede diabetico) ecc.”;
- contribuire ai processi di empowerment del cittadino o dei familiari o dei caregivers, diventando di cruciale importanza;

Unità Operativa Semplice Dipartimentale  
Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali

Dirigente: Dott. Vito Petrara

Dirigente: Dott.ssa Angela Braia

Segreteria: Tel 0835.253540 - Fax 0835.253617 - e-mail: s.professionisanitarie@asmbasilicata.it

- **Educazione Terapeutica.** Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità "*l'educazione terapeutica consiste nell'aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia ed il trattamento, a collaborare alle cure, a farsi carico del proprio stato di salute ed a conservare e migliorare la propria qualità di vita*".

L'Infermiere, il professionista della Sanità italiana che ben prima del Profilo Professionale (DM 739/94 art. 2 che indica "...l'assistenza infermieristica...di natura tecnica, relazionale, educativa...") già lavorava per aree: le famose aree del sapere, saper fare e saper essere. In educazione terapeutica possiamo così ritrovarle, perché l'Infermiere guida il paziente a:

- Conoscere la propria malattia (sapere = conoscenza),
- Gestire la terapia in modo competente (saper fare = autogestione),
- Prevenire le complicanze evitabili (saper essere = comportamenti).

*L'educazione terapeutica* ha quindi come obiettivo l'aiuto costante e il supporto necessario perché i pazienti possano curarsi in modo corretto, mentre convivono con la loro condizione di malattia: è quindi un processo continuo, integrato nel percorso di cura e che include il coinvolgimento della famiglia e dei sistemi di supporto. Per raggiungere l'obiettivo si può adottare l'approccio empowerment. *L'empowerment* è un processo che dal punto di vista di chi lo esperisce, significa "sentire di avere potere" o "sentire di essere in grado di fare". Costituisce una modalità dell'operatore di accostarsi a chi ha un problema o a coloro che gli sono vicini e fare in modo che questi possano aiutarsi più di quanto potrebbero fare se fossero lasciati da soli, sopraffatti dalle difficoltà e in preda all'impotenza. L'educazione terapeutica è particolarmente importante; lo stile di vita del paziente si può modificare sensibilmente e, sempre più spesso si rende necessaria l'acquisizione, da parte sua e/o dei suoi familiari/caregiver, di conoscenze e capacità, utili per gestire la nuova condizione di vita domiciliare.

- **Counseling.** Il *counseling* è uno strumento di lavoro, un processo di interazione tra due persone, di cui una in difficoltà, orientato a far prendere coscienza della propria situazione in modo di poterla gestire fino a giungere alla risoluzione della stessa. Si tratta quindi di un intervento che favorisce il cambiamento e sollecita le risorse del soggetto. Il processo di counselling enfatizza l'importanza dell'autopercezione, dell'autodeterminazione e dell'autocontrollo.

Il counseling infermieristico è una particolare forma di relazione d'aiuto che l'infermiere utilizza, unendo capacità comunicative e conoscenze tecniche specifiche, allo scopo di fornire un'assistenza completa ed efficace al paziente. Le finalità del counseling infermieristico sono principalmente quelle di sostenere, guidare ed educare, significa prendersi cura della persona in modo più nascosto e discreto, aiutandola ad affrontare quello che è il suo problema in quel momento, facendole rafforzare l'immagine di sé e l'autostima rispetto alla qualità della vita.

Unità Operativa Semplice Dipartimentale  
Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali

Dirigente: Dott. Vito Petrara

Dirigente: Dott.ssa Angela Braia

Segreteria: Tel 0835.253540 - Fax 0835.253617 - e-mail: s.professionisanitarie@asmbasilicata.it

### Struttura organizzativa

La pandemia Covid-19 ha evidenziato la precarietà sia di uno sbilanciamento generale sull'asse ospedaliero, sia di un modello di sanità territoriale centrato esclusivamente sul MMG, confermando con ciò la necessità di sviluppare reti di *équipe* multi-professionali che sul territorio condividano le azioni di volta in volta intraprese o da intraprendere.

Le 19 professioni sanitarie oggi sono presenti sul territorio a macchia di leopardo; alcune insistono quasi esclusivamente in ambito ospedaliero mentre altre svolgono le proprie attività prevalentemente in ambito privato. Quasi tutte soffrono di carenze di organico. Questa situazione impedisce a tutti i cittadini di vedersi riconoscere gli stessi livelli di presa in carico e cura e soprattutto rappresenta un'enorme barriera all'accesso per la popolazione fragile, disabile, relativamente a prestazioni sanitarie che sono fondamentali per la propria salute e per contenere la spesa sanitaria complessiva, soprattutto garantendo i servizi che servono e non prestazioni inutili e inappropriate.

Tali professioni dovranno quindi essere presenti – anche in maniera flessibile e per specifici obiettivi - nelle suddette *équipe* così da poter gestire le persone in tutti i *setting* di cura (unità territoriale, struttura protetta, domicilio, ecc.), a cominciare da quelli che oggi vengono meno raggiunti, come i domicili e le residenze sanitarie (spesso non adeguatamente) assistite.

In tale prospettiva, si può pensare di utilizzare un modello organizzativo da applicare agli Ambulatori Infermieristici basato su una macro organizzazione per reti assistenziali, che attraverso una struttura reticolare si sviluppa sul territorio per dare risposta ad ampie aree di bisogni. In questo modo la rete si evolve verso una forma a elevata complessità assistenziale, attraverso la quale i professionisti a domicilio sono in grado di dare un aiuto concreto alle famiglie attraverso un piano mirato e personalizzato.

**La rete Assistenziale** immaginata per la gestione degli Ambulatori Infermieristici fornisce un “micro-contesto” in cui si sviluppa l’alleanza tra più professionisti, che “cementificano” la rete Ospedaliera e l’integrazione di questa con i servizi del territorio.

Tale modello nella nostra realtà, prevede la presa in carico del paziente fragile/cronico a livello dell’Ambulatorio Infermieristico Territoriale che possiede l’expertise nel campo e assicura il percorso assistenziale del paziente. L’ Ambulatorio Infermieristico Territoriale rappresenta la cabina di regia che, nel suo complesso, svolge una funzione di coordinamento all’intero processo di gestione della patologia, attraverso il collegamento a rete con i servizi territoriali (ADI, Ambulatori specialistici infermieristici, Ambulatori specialistici Medici, Team Multiprofessionali) ai quali fornisce le competenze specifiche. Nell’AIT opera l’ infermieri di Famiglia/ comunità, che attraverso la “persa in carico” del paziente effettua una valutazione iniziale e l’identificazione del problema di salute. Pianifica, gestisce e valuta l’intervento Assistenziale Infermieristico integrandosi nei processi e nei percorsi territoriali e collabora all’effettuazione della Valutazione Multi Dimensionale (VMD) e la stesura del PAI. L’ infermiere di Famiglia/Comunità( care manager), gestisce i processi Infermieristici in ambito familiare e di comunità di riferimento, ed opera in collaborazione con il MMG/PLS nella gestione della complessità dei problemi quotidiani del malato e della malattia, attraverso l’autogestione del piano di trattamento per prendere decisioni quotidiane da cui dipende l’evoluzione della malattia e il benessere del malato. Così facendo esalta il concetto di promozione e mantenimento della salute della persona.

Unità Operativa Semplice Dipartimentale  
Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali

Dirigente: Dott. Vito Petrara

Dirigente: Dott.ssa Angela Braia

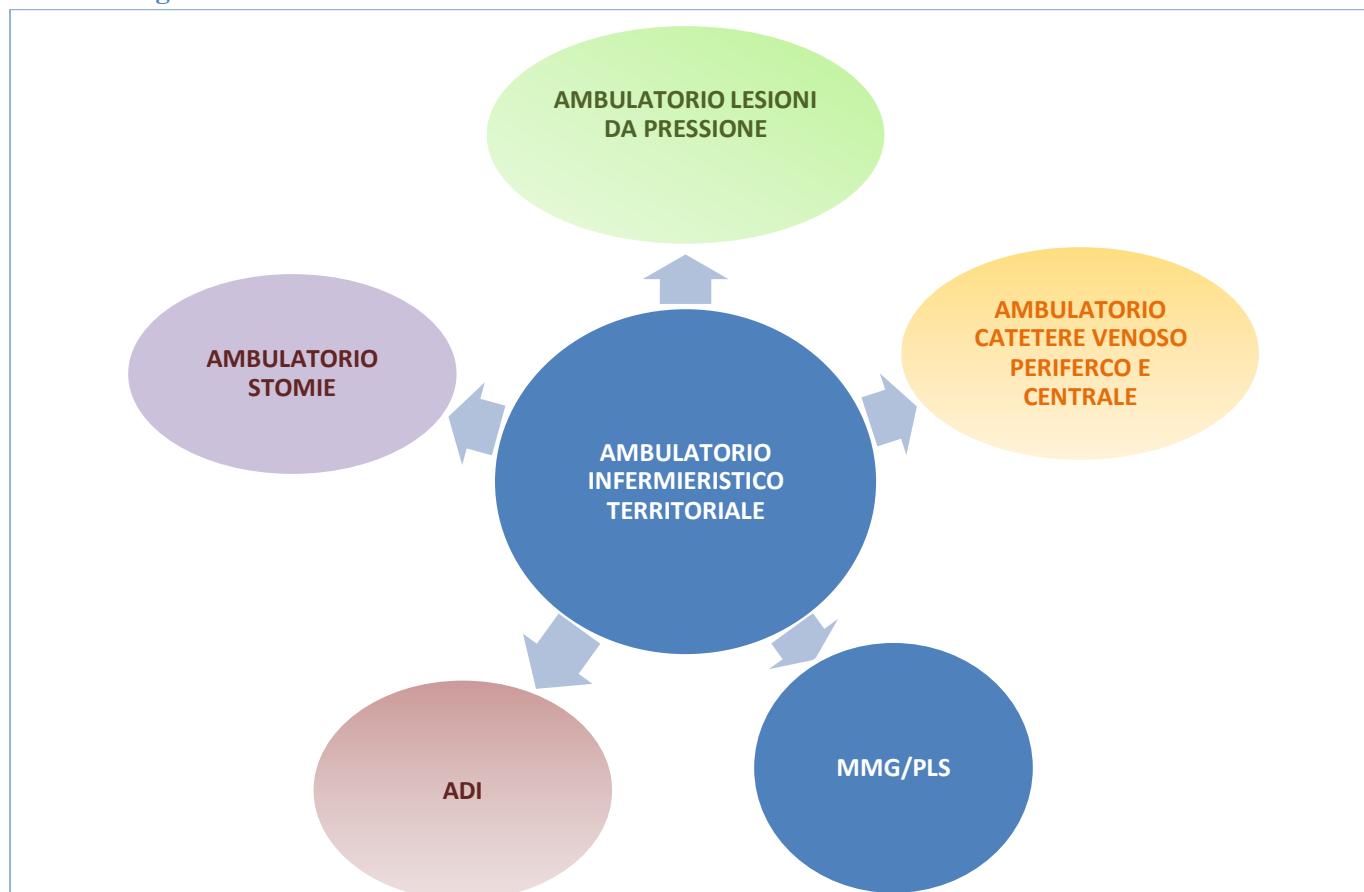
Segreteria: Tel 0835.253540 - Fax 0835.253617 – e-mail: s.professionisanitarie@asmbasilicata.it

All'interno del percorso assistenziale, i pazienti con quadro clinico più complesso, vengono assistiti in collaborazione con gli Ambulatori Ospedalieri Specialistici a gestione Infermieristica che, rispondono con competenza alle diverse esigenze della collettività e costituiscono un importante punto di riferimento per la continuità assistenziale. Il sistema a rete Ambulatoriale rappresenta una realtà di connessione tra l'attività del territorio e quella dell'ospedale che ne disegna regole di funzionamento e modalità di erogazione di servizi attraverso i criteri di gestione della malattia dal suo esordio (o meglio dalle azioni per evitarne l'insorgenza) alla sua risoluzione o cronicizzazione.

Attualmente gli Ambulatori specialistici a gestione Infermieristica presenti nel territorio ASM sono:

- Ambulatorio Infermieristico Cateteri Venosi Centrali e Periferici
- Ambulatorio Infermieristico Lesioni da Pressione
- Ambulatorio Infermieristico Stomie

**Modello Organizzativo a Rete**



## Strumenti operativi

L'attività negli Ambulatori Infermieristici è organizzata e gestita completamente dal personale infermieristico dell'ambulatorio, per mezzo della dotazione tecnico-sanitarie e logistiche presenti nella struttura e di strumenti indispensabili per uniformare la risposta in termine di prestazioni assistenziali stabilito dall'evidenza scientifica. A tale proposito saranno adottati strumenti operativi idonei, costituiti da:

- **Sistema documentale Infermieristico:**
  - Modulo di accesso all'Ambulatorio Infermieristico
  - Cartella infermieristica (informatizzata)
  - Registro Ambulatoriale Infermieristico (informatizzato)
- **Procedure, protocolli e istruzioni operative assistenziali:** l'uso costituisce una strategia Evidence-Based di approccio sistematico alla persona consentendo di migliorare le qualità delle performance nell'ambito del processo di assistenza

Risulta evidente come la progettazione e l'utilizzo del sistema informativo digitalizzato sia un importante strumento che organizza, articola e presenta dati trasformandoli in informazioni ed indicazioni.

- Innovazione digitale e Telemedicina territoriale e domiciliare

Il disegno del nuovo modello di assistenza territoriale è strettamente legato alle potenzialità dei sistemi digitali, quale fattore abilitante della presa incarico e personalizzata della persona fragile, cronica, non autosufficiente lungo tutta la filiera dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali. In tale prospettiva andrebbe valorizzata la trasformazione digitale del SSR per un uso appropriato delle tecnologie preventive, diagnostiche e riabilitative. L'AIT potrebbe integrarsi nelle piattaforme digitali esistenti nei modelli gestionali di presa in carico della persona:

- **Sistemi informativi per il monitoraggio e la documentazione dell'intero processo assistenziale:** il **Sistema Atlante** è uno strumento informatico presente in regione, che ha lo scopo di creare una rete che collega tra di loro i vari attori (MMG, specialisti, infermieri ecc.) per gestire i pazienti regionali afferenti a vari tipologie di servizi territoriali (ADI, cure palliative, disabilità). Il sistema consente, anche la raccolta ordinaria dei dati relativi alle caratteristiche degli assistiti e alle attività erogate per consentire la produzione dei flussi e il suo monitoraggio per ciascun *setting* assistenziale.
- **Sistemi di Telemedicina:** strumento in grado di rispondere in maniera più efficace e personalizzata ai bisogni peculiari degli assistiti, favorendo anche la collaborazione interdisciplinare e interprofessionale. A livello Regionale è stato avviato il "Progetto regionale di Telemedicina" con DGR n.227 del 17 Marzo 2017, che potrebbe essere ampliato e esteso alla gestione assistenziale degli AIT;
- **Sistemi integrati avanzati di diagnosi strumentale:** effettuabili sul territorio e a domicilio (prestazioni radiologiche, ortottiche ecc.);

## Percorsi di accesso dell'utente all'Ambulatorio Infermieristico

Per facilitare l'accesso degli utenti alle prestazioni infermieristiche si deve definire un percorso di accesso specifico. Tale percorso può essere sintetizzato nella seguenti fasi:

A. Accesso dell'utente all'ambulatorio infermieristico:

- Accesso diretto, con o senza prenotazione e/o richiesta del medico di base, in relazione alla prestazione da erogare. La richiesta medica si rende necessaria per la somministrazione di farmaci;
- Presa in carico del paziente sulla base della valutazione del bisogno/problema di salute;

B. Le prenotazioni saranno anche gestite direttamente dal centro CUP in base all'agenda Ambulatoriale stilata;

## Tariffazione prestazioni infermieristiche

Ai fini della gestione delle prenotazioni CUP si deve, nella nostra azienda, prevedere la necessità di tariffare le prestazioni infermieristiche ambulatoriali, come eseguito in altre Regioni e/o Aziende, tenendo conto delle tariffe del prontuario infermieristico Nazionale e integrando il nomenclatore Regionale. Si deve definire una procedura di accesso al pagamento del ticket presso tutti i CUP Aziendali.

## Modalità di presa in carico

La valutazione del bisogno/problema infermieristico, l'intervento attuativo e la valutazione di risultato avverrà mediante l'attivazione del processo di assistenza. L'intero processo assistenziale, verrà registrato nella cartella infermieristica nella quale sarà riportato tutto il percorso assistenziale dell'assistito. Nella "Presa in Carico" dei pazienti viene considerato il motivo dell'accesso tramite una valutazione iniziale e l'identificazione del problema di salute.

## Prestazioni erogabili

Le prestazioni erogabili, saranno evidenziate all'interno di ogni procedura operativa elaborata per operare nelle diverse tipologie di Ambulatori a gestione Infermieristica.

## Audit e Miglioramento Continuo

Gli Audit Interni relativi ai singoli ambulatori infermieristici presenti in ASM, sono uno strumento di particolare efficacia per mantenere un adeguato controllo sullo stato del Sistema di Gestione dell'Ambulatorio. Gli audit vengono svolti con spirito costruttivo, in un'ottica di miglioramento continuo, allo scopo di evidenziare ed eliminare le carenze, nonché di sensibilizzare e responsabilizzare il Personale che insiste nel sistema "Ambulatorio".

## Requisiti strutturali

Quanto ai requisiti strutturali, impiantistici tecnologici, la dotazione minima per attività ambulatoriali deve rispondere ai contenuti della normativa Regionale vigente (Legge Regionale n.28 del 5 Aprile del 2000). L'argomento sarà oggetto di approfondimento attraverso la stesura di procedure e protocolli operativi, da elaborare con l'apertura degli Ambulatori Territoriali.

Unità Operativa Semplice Dipartimentale

**Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali**

Dirigente: Dott. Vito Petrara

Dirigente: Dott.ssa Angela Braia

Segreteria: Tel 0835.253540 - Fax 0835.253617 - e-mail: [s.professionisanitarie@asmbasilicata.it](mailto:s.professionisanitarie@asmbasilicata.it)

## CONCLUSIONI

A fronte di un sistema di salute caratterizzato da un'ampia variabilità, è necessario svincolarsi da un'organizzazione infermieristica assistenziale rigida e settoriale, per sviluppare modelli organizzativi attenti alla mappatura dei bisogni di salute della popolazione ed in particolare delle persone fragili, al contesto socioeconomico e politico e ai risultati.

La riorganizzazione del territorio rappresenta l'unico percorso possibile per accedere ad una sanità migliore. Ciò permette alla professione infermieristica di espletare le proprie capacità professionali, con competenza ed autonomia, nel gestire la salute dell'individuo ma soprattutto di dimostrare come l'équipe possa contribuire allo sviluppo di una politica sanitaria, fondata sul concetto di "Welfare community" in grado di farsi carico dei problemi della collettività, e di renderla partecipe alle decisioni inerenti la propria salute.

La sperimentazione e l'attivazione dell'Ambulatorio Infermieristico presso la nostra azienda, rappresenta il cambiamento organizzativo ed assistenziali tale da definire risposte appropriate in termini di qualità e efficacia delle prestazioni ed integrazione tra i vari professionisti della salute.

Infatti, nella nostra regione, l'istanza di garantire percorsi di cura in grado di offrire risposte appropriate verso la cronicità, ha fatto emergere nuovi modelli gestionali che guardano al territorio come setting ove sviluppare risposte efficaci. Tali modelli prevedono la valorizzazione delle competenze sempre più avanzate che l'infermiere ha saputo maturare, anche grazie a nuovi percorsi formativi.

L'auspicio è che le nuove soluzioni organizzative valorizzino sempre di più la figura infermieristica come protagonista nel raggiungimento di outcome di salute, attraverso un riconoscimento delle competenze professionali e non come risorsa a minor costo. D'altro canto la sfida degli infermieri di oggi e di domani, sarà nel cogliere tale opportunità, per mettere a disposizione del sistema le proprie competenze in sinergia e non in antagonismo con le altre figure professionali impegnate nei percorsi di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione di tutti i cittadini.

È in questo nuovo scenario che si rende necessaria un'attenta riflessione in merito all'implementazione e diffusione sul territorio nazionale di nuovi modelli organizzativi e/o strutture intermedie a gestione infermieristica, capaci di accogliere quella estesa percentuale di popolazione che, per la presenza di problematiche assistenziali sociosanitarie non trattabili a domicilio ma il cui livello di bisogno non configuri il ricorso all'ospedale (luogo che deve agire in acuzie), possa prevedere la presenza e l'utilizzo di strutture (quali, ad esempio, Nurse-led clinics, Low care, ambulatori infermieristici) gestite e organizzate completamente da infermieri.

## BIBLIOGRAFIA

- D. Orem, *Nursing, Concetti di pratica professionale*, Ed. Summa, Padova, 1992;
- Cantarelli M. – Il 1 modello delle prestazioni infermieristiche, Masson, Editore, Milano 1996;
- RODRIGUEZ D., *la responsabilità, condizione dell'assistenza: i doveri dei professionisti, i diritti dei cittadini*, in Foglio Notizie n. 5, settembre/ottobre 1999, pp. 55-56;
- BOZZI M., ORTOLANI S., Abolizione del mansionario: dalla “norma” alla “appropriatezza”, in *Emergency Oggi*, 2000, pp. 38-41;
- L. Benci. *Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing*. Mc Graw-Hill, Milano, 2000;
- Mucchielli R., “*Apprendere il counseling. Manuale di autoformazione al colloquio di aiuto*”, Ed. Erikson, Trento, 2000;
- M. D’Innocenzo (2002) – Nuovi modelli organizzativi per l’assistenza infermieristica “*L’ambulatorio infermieristico territoriale*” Casa Editrice Centro Scientifico Editore;
- Auxilia F. “*Cure Primarie: ruolo e modello assistenziale*” in prospettive Sociale e Sanitarie n°11 – Giugno 2003;
- Annamaria Ferraresi, Roberto Gaiani, Monica Manfredini, “*Educazione Terapeutica*” – Metodologia e applicazioni: *Carocci Editore 2004*;
- Artioli G., Montanari R. e Saffiotti A., *Counselling e professione infermieristica*, Carocci Faber, Roma, 2004;
- Wagner E.H.: “*Chronic disease care*”, *British Medical Journal*, 328 – 2004;
- Empowerment del cittadino utente, Seminario di Salisburgo, Piche Care 2, 2005;
- Pisacane A, Panico S. *Evidence-based nursing. Manuale per infermieri e altri operatori della sanità*. Roma: Carocci Editore, 2005;
- OMS – “*Prevenire le malattie croniche, un intervento vitale*” 2005;
- Marcolongo R. e al., *Curare “con” il malato. L’educazione terapeutica come postura professionale*, Change, Torino, 2006;

Unità Operativa Semplice Dipartimentale  
Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali

Dirigente: Dott. Vito Petrara

Dirigente: Dott.ssa Angela Braia

Segreteria: Tel 0835.253540 - Fax 0835.253617 – e-mail: s.professionisanitarie@asmbasilicata.it

- Maciocco G.: “*Cure Primarie: storia e prospettive*”, Prospettive sociali e sanitarie n.3, 2008;
- Domenico Antonelli , L’infermiere di Famiglia e cure primarie, by Piccin Nuova Libraria S.p.A. Padova 2017
- Cline C M, Israelsson B Y, Willeheimer R B et al. Cost effective management programme for heart failure reduces hospitalization. Heart.1998 Nov;8'(5):442-6
- Piano Nazionale della Cronicità ( 2016). Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria
- Piano Nazionale Cronicità del 2016 (Ministero della Salute, 2016).
- Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 (Ministero della Salute, 2014).
- Profilo dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità predisposto da AIFeC nel 2018 (AIFeC).
- Piano Regionale Sociosanitario 2018-2020 –Regione Basilicata.
- Position Statement L’Infermiere di Famiglia e di Comunità - Empowering nurses– elaborato dalla FNOPI Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche .
- Mislej M. L’infermiere di comunità. Salute Territorio. 2017; 212:50–3.
- Organizzazione Mondiale della Sanità. Dichiarazione di Alma Ata. 1978.
- D.L. del 19 Maggio 2020 n. 34.
- Decreto Ministeriale del 2 Aprile 2015 N.70
- Legge regionale n.28 del 5 Aprile del 2000
- “Tavolo tecnico scientifico della professione infermieristica in relazione alla nuova domanda di salute” Ministero della Salute 2016