

**COMPENDIO DI**

**INFERMIERISTICA COMUNITARIA E DI**

**FAMIGLIA**

**Dott. Gerardo SPENNATO**

# INDICE

1.1	Definizione .....	
1.2	Le politiche della Salute per Tutti .....	
1.3	L'assistenza sanitaria di base in Italia .....	
1.4	Gli obiettivi di salute del Piano Sanitario Nazionale. ....	
1.5	La Medicina Generale .....	
2.1	La famiglia nel contesto di Salute21 .....	
2.2	L'approccio sociologico .....	
2.2.1	La struttura delle famiglie italiane .....	
2.3	I modelli dello sviluppo .....	
2.4	L'approccio psicologico .....	
2.4.1	La teoria dei sistemi .....	
2.5	L'approccio infermieristico .....	
2.5.1	Il concetto di famiglia nelle teorie infermieristiche. ....	
2.5.2	Un quadro concettuale per l'infermieristica di famiglia .....	

3.1 L'infermiere di famiglia nel contesto di Salute21 .....	
3.2 Il Profilo Professionale dell'infermiere ed il Codice Deontologico Italiano .....	
3.3 Ipotesi di attività dell'infermiere di famiglia .....	
3.3.1 Gli ambiti e la natura delle attività .....	
3.3.2 Caratteristiche della relazione professionale .....	
3.3.3 L'identificazione dei bisogni di salute .....	
3.3.4 La promozione della salute e le attività di carattere educativo e preventivo .....	
3.3.5 Le attività di natura curativa, palliativa e riabilitativa .....	
3.3.6 I rapporti professionali con colleghi e altri operatori sanitari e sociali .....	
	Il Chronic Care Model, il sistema salute va verso il paziente
3.4 La formazione .....	

Secondo me la missione delle cure infermieristiche in definitiva è quella di curare il malato a casa sua...

intravedo la sparizione di tutti gli ospedali e di tutti gli ospizi.....

ma a che serve parlare ora dell'anno 2000?

Florence Nightingale – Pasqua 1889

# INTRODUZIONE

## **Introduzione**

La raccolta dei diversi lavori prodotti in parte dagli studenti del corso di laurea in infermieristica si propone di fornire un'aggiornata panoramica sul ruolo, i valori, i problemi e il contributo che l'infermiere può dare al fine di implementare l'infermieristica di comunità e di famiglia . Destinato in primo luogo agli studenti dei corsi di laurea in Scienze Infermieristiche, la raccolta affronta i temi istituzionali dell'infermieristica. Dall'aspetto legislativo socio-sanitario ai fondamenti teorici dell'assistenza infermieristica come disciplina. Inoltre si è fatta una disamina delle elaborazioni teoriche che più ne hanno caratterizzato lo sviluppo. Particolare risalto è stato dato agli aspetti metodologici di approccio con i servizi territoriali e sull'orientamento delle dimissioni dei pazienti difficili. Il volume è rivolto anche a chi abbia già concluso la formazione di base, in quanto vengono offerti significativi spunti di riflessione per riconsiderare in modo più consapevole e competente il contributo che può dare la professione allo sviluppo dell'assistenza territoriale.

Il concetto tutela della salute pubblica è stato definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come: “La scienza e l'arte che permette di prevenire malattie, prolungare la vita e promuovere la salute mentale e fisica e il buon utilizzo delle risorse attraverso gli sforzi collettivi organizzati. Si può considerare che la salute pubblica sia costituita dalle strutture e dai processi che permettono di comprendere, di preservare e di favorire la salute delle popolazioni grazie agli sforzi organizzati della società”<sup>(i)</sup>.

Essa prevede, perciò, la messa in atto di attività multidisciplinari a vantaggio della salute e del benessere della comunità e tendenti a prolungare la vita delle persone e a ridurre le disuguaglianze in termini di salute.

Fu Florence Nightingale che, concentrando la sua attenzione sul concetto di ambiente, diede il primo importante contributo della Disciplina Infermieristica al miglioramento della salute pubblica. Ancora oggi, molti fattori giustificano la richiesta di apporto che gli Infermieri possono dare in quest'ambito. E' un dato di fatto, ad esempio, che la nostra società negli ultimi decenni abbia prodotto cambiamenti capaci di causare un forte impatto sulla salute pubblica come ad esempio:

- l'aumento della popolazione anziana;
- l'aumento delle malattie croniche e degenerative;
- la configurazione di una società multirazziale.

Ed è propria che a questa nuova realtà che l'infermiere deve dimostrare di essere professione in grado di dare risposte adeguate, flessibili e competenti. La competenza degli infermieri nell'educare e promuovere la salute fornisce una possibile risposta, che va ad aggiungersi a

quelle offerte, in un'ottica multisettoriale, da altre discipline, ai nuovi bisogni sanitari che da tali cambiamenti derivano.

Operando nell'ambito della salute pubblica si può agire sul piano locale, regionale o nazionale, mettendo in atto interventi i cui destinatari sono rappresentati dai singoli individui, dalle famiglie o dalle comunità. Perseguire obiettivi di salute pubblica può comportare, allora, la necessità di sviluppare un orientamento alla comunità nell'erogare assistenza infermieristica, centrando quest'ultima maggiormente sugli aspetti di prevenzione ed educazione alla salute.

Al termine comunità possiamo attribuire diversi significati: una località geografica, una rete sociale, un insieme di relazioni amicali o parentali, o una struttura organizzata; qualunque accezione vogliamo darle, essa coincide con i luoghi in cui la salute si viene a determinare, ovunque, cioè, essa viene guadagnata o perduta nella vita di tutti i giorni, nell'ambiente in cui viviamo, attraverso le nostre relazioni e in base all'influenza della nostra cultura. La comunità costituisce, dunque, l'ambiente in cui più d'ogni altro si sperimentano salute e malattia, dove, spesso, avviene la riabilitazione e dove molte persone scelgono di morire. Essa rappresenta, infine, il luogo in cui la maggior parte dell'assistenza sanitaria è prestata e ciò, molto spesso, non grazie all'opera di medici o infermieri, bensì grazie all'impegno di genitori, figli, parenti o amici.

L'infermieristica di comunità rappresenta un'area di specializzazione professionale in grado di potenziare l'integrazione tra servizi ospedalieri ed assistenza sanitaria di base<sup>1</sup> con funzione di collegamento tra i servizi esistenti nella rete assistenziale, non solo sanitari ma anche sociali, in grado di

<sup>1</sup> il concetto di assistenza sanitaria di base rientra nell'ambito della Salute Pubblica ed è stato definito chiaramente nel corso della Conferenza Internazionale sull'Assistenza sanitaria di base ad Alma-Ata nel 1978, di cui si tratterà nel paragrafo 1.

favorire dimissioni precoci e protette, particolarmente in quei casi che richiedono maggiore attenzione come cronicità, maternità, geriatria. Al suo interno si potrebbe delineare una figura professionale inserita nella comunità, con una profonda conoscenza dei meccanismi che la regolano, in grado di stabilire una relazione di fiducia con gli individui che la compongono e capace di far leva su quest'elemento per promuovere la salute pubblica e permettere agli individui di raggiungere il massimo grado di benessere possibile.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha proposto, per l'Europa, un nuovo modello di infermiere di comunità, l'infermiere di famiglia professionista con potenzialità in grado anche di concretizzare un nuovo modello organizzativo del sistema salute permettendo l'istituzione di una sanità d'iniziativa in sostituzione a quella d'attesa attivando il Chronic Care Model.

## Obiettivo e struttura

L'obiettivo principale di questo lavoro è quello di definire in modo generale l'infermieristica di comunità e il ruolo dell'Infermiere di Famiglia, per verificare teoricamente gli strumenti e i metodi da adottare per implementare l'infermieristica di comunità e se tale figura può trovare una sua collocazione nel panorama dell'assistenza sanitaria italiana, cercando di evidenziarne le possibili attività e di capire quali potrebbero essere i vantaggi riguardo, soprattutto, alla salute delle persone. Il lavoro, pertanto, è strutturato come segue.

Nella prima parte, al primo capitolo, viene analizzato il concetto di assistenza sanitaria di base, definendolo dal punto di vista delle politiche sanitarie internazionali e nazionali. In particolare, viene evidenziato il contributo che tale settore può apportare alla salute del Paese e viene sommariamente descritto il ruolo del medico di famiglia come importante figura



professionale con cui l'infermiere di famiglia dovrebbe collaborare strettamente.

Il secondo capitolo mira a identificare il ruolo svolto dalla famiglia per garantire la salute dei suoi membri. Si è, perciò, esaminato questo istituto da un punto di vista sociologico, psicologico e, per ciò che ci riguarda più strettamente, infermieristico.

Sono state prese in esame alcune teorie generali sulla famiglia, sviluppate partendo dai diversi approcci disciplinari, che possono, comunque, interessare l'infermiere influenzando il processo di assistenza.

Sono state prese in esame, inoltre, teorie strettamente infermieristiche che considerano la famiglia come unità, cliente specifico dell'assistenza. Sotto questo aspetto è opportuno precisare che l'attività dell'infermiere di famiglia, così come individuata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, si rivolge sia agli individui, sia alle famiglie, sia alla collettività. La

famiglia, in questo quadro, assume un duplice ruolo e può costituire un contesto per l'individuo, sano o malato, oppure essere essa stessa cliente. In questo lavoro si è scelto di analizzare, in particolare, la famiglia come cliente, in quanto, a parere di chi scrive, il fulcro e la novità del ruolo dell'infermiere di famiglia consistono specialmente nella sua capacità di favorire nella famiglia lo sviluppo di potenzialità latenti in termini di salute. Ciò non toglie che sia l'individuo sia la comunità debbano essere oggetto, di volta in volta, dell'attenzione dell'infermiere che ricopre questo ruolo.

La seconda parte del lavoro riguarda la definizione del ruolo dell'infermiere di famiglia .

Vengono prese in esame le prospettive per il suo sviluppo nel contesto italiano, partendo dal confronto del ruolo, così come è stato definito nell'ambito di Salute 21, con i principali riferimenti legislativi ed etici della professione infermieristica; sono stati considerati soltanto gli elementi principali e caratteristici del ruolo.

Occorre precisare, infine, che l'intero lavoro si basa su ipotesi conseguenti alle proposte presenti nel documento presentato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, suscettibili, peraltro, di interpretazioni diverse che scaturiscono dai diversi orientamenti sanitari, economici, politici o sociali, in cui il ruolo si potrebbe realmente esprimere.

# PARTE PRIMA

SALUTE 21

I 21 obiettivi dell'OMS Europa  
per il XXI° Secolo

Obiettivi, strategie, azioni, indicatori  
Primo ambito: Equità

Obiettivo 1: Solidarietà per la salute nella regione europea

Obiettivo 2: Equità nella salute

Obiettivo: Ridurre il gap di aspettativa di vita e di qualità di vita fra aree di residenza e gruppi di popolazione del 30% dell'attuale fra il terzo più avvantaggiato e il terzo più svantaggiato.

Strategia : individuare in una analisi multivariata i fattori che sono statisticamente significativi nell'influenzare:

- 1) la mediana di sopravvivenza
- 2) la qualità di vita
- 3) le cause di morte
  - a) traumatiche
  - b) neoplastiche
  - c) cardiovascolari
  - d) metaboliche
  - e) infettive
  - f) altre.

I fattori da analizzare sono:

- 1) Area geografica :
  - a) Regione
  - b) Residenza:
    - b1) grande città
    - b2) piccola città
    - b3) area rurale
    - b4) zona montana
- 2) Gruppi economici
  - a) reddito elevato
  - b) reddito medio
  - c) reddito basso
  - d) povertà
- 3) Istruzione
  - a) d'obbligo
  - b) scuola superiore
  - c) laurea

Azioni:

agire attraverso gli organi di governo e i servizi sanitari e sociali per correggere i fattori che risulteranno significativamente capaci di influenzare i parametri individuati come indicatori di durata e qualità di vita.

Le singole azioni verranno discusse nei successivi capitoli in rapporto all'età, alla situazione di vita e di lavoro della popolazione interessata.

Indicatori: Attesa mediana di vita alla nascita, Mortalità mediana per età, sesso e causa di morte, Incidenza percentuale di morbidità e invalidità, Distribuzione del reddito, Percentuale di disoccupati, Percentuale di adulti con livello di istruzione, primaria, secondaria e con laurea, Percentuale di persone in stato di povertà.

Secondo ambito: Una migliore salute per gli 870 milioni di abitanti della Regione Europea

Obiettivo 3: Inizio sano della vita

**Obiettivo:** migliorare la salute delle madri e dei bambini in età prescolare, riducendo la mortalità infantile al di sotto di 10 casi per 1000, riducendo la prevalenza di disabilità da cause congenite o perinatali, dimezzare la mortalità e l'invalidità per violenze o incidenti, ridurre di almeno il 20% la proporzione di neonati con peso inferiore a 2500 g.

**Strategie:** investimenti per sostenere la famiglia, facilitare la pianificazione familiare, attivare campagne di educazione sanitaria, informare sui progressi delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche in campo genetico e di assistenza al parto e alle relative implicazioni etiche, tutelare la salute delle gestanti non solo per quanto concerne il lavoro.

**Azioni:**

- a) opuscoli illustrativi sulla pianificazione familiare, sui fattori di rischio per le gestanti e per i bambini e sulle strutture di supporto disponibili (consultori famigliari) con indicazione del referente per ogni azienda sanitaria, da distribuire al momento del matrimonio a tutte le coppie a cura dei Comuni e al momento della diagnosi di gravidanza a cura dei ginecologi.
- b) Segnalazione da parte dei Comuni ai consultori di tutte le nuove coppie che prendono residenza nel territorio di loro competenza perché questi possano inviare una lettera offrendo i servizi a disposizione.
- c) Impegno dei medici di famiglia a sorvegliare la salute della gestante, a fornire consigli sull'alimentazione, sulla necessità di evitare sostanze tossiche (fumo, droghe, alcolici), cooperando strettamente coi servizi consultoriali, gli altri servizi sanitari e sociali e le strutture pubbliche, e a illustrare i servizi di tutela materno infantile.
- d) Impegno dei reparti di ostetricia e neonatologia per favorire l'allattamento materno.
- e) Sostegno delle gestanti in condizioni disagiate da parte dei servizi sociali.
- f) Sorveglianza da parte dei servizi sociali delle problematiche famigliari con attivazione di uffici di mediazione familiare.

**Indicatori:** Mortalità perinatale, neonatale e infantile, Mortalità per tutte le cause esterne da 0 a 4 anni, Percentuale di neonati di peso superiore a 2500 grammi, Incidenza di malformazioni o malattie congenite, Percentuale di bambini allattati al seno a 6 mesi, Copertura vaccinica, Percentuale di bambini sottoposti a abusi fisici, sessuali e mentali, Mortalità materna per parto.

**Obiettivo 4: salute dei giovani**

**Obiettivo:** migliorare la salute dei giovani e renderli più capaci di svolgere il proprio ruolo nella società acquisendo una maggior capacità di fare scelte sane, riducendo l'uso di droghe, alcool e tabacco, riducendo di almeno il 50% la mortalità e l'invalidità per violenza e/o incidenti e di almeno il 30% le gravidanze delle minorenni.

**Strategie:** Rafforzare il senso di appartenenza allo Stato, alla Società alla Comunità locale e alla famiglia; richiedere coerenza fra idee e comportamenti; fornire informazioni e sostegno per le problematiche relative al sesso, allo sport e al lavoro; rendere più facile l'accesso riservato ai servizi

consultoriali, sanitari e sociali; contrastare i comportamenti pericolosi; evitare l'emarginazione.

#### Azioni:

- 1) Istituire corsi per animatori di educazione civica di ogni età fra i 6 e i 18 anni, da inserire nelle scuole.
- 2) Affidare a tali animatori la costituzione in ogni classe di gruppi per la drammatizzazione scenica di specifici comportamenti, organizzando competizioni fra classi e fra scuole sul tema dell'educazione civica.
- 3) Introduzione nelle scuole della "ora della pubblicità" in cui si proiettano spot televisivi presenti in tale periodo sulle reti nazionali e si discute il messaggio, spesso occulto, che essi vogliono far passare, indipendentemente dal prodotto e se ne verifica la gli obiettivi di salute.
- 4) Introduzione nelle scuole della "ora della coerenza" in cui si discutono articoli di giornale verificando la coerenza dei comportamenti di organizzazioni o di esponenti politici, amministrativi, dello spettacolo e dello sport con le loro affermazioni di principio e coi principi etici della convivenza civile.
- 5) Creazione nelle scuole di Clubs di studenti centrati su attività sportive, culturali, manuali o organizzative.
- 6) Istituzione nelle scuole della "edicola della esperienza" in cui siano presenti ad orari settimanali prestabiliti, esperti per incontri singoli o di gruppo su qualsiasi problema che i giovani possano sentire e che siano in grado di indirizzare ai servizi consultoriali, sanitari, sociali o di altro genere, opportuni, con la necessaria riservatezza.
- 7) Istituzione dei "collegio dei leaders" di scuola costituiti dagli studenti che emergono in qualsiasi ambito scolastico, purché si mettano a disposizione dei compagni per almeno due ore alla settimana per aiutarli e dimostrino capacità di animare un gruppo.
- 8) Istituzioni di gruppi di auto-mutuo-aiuto fra studenti e fra studenti e famigliari guidati da un membro dei Collegio dei leaders.
- 9) Momenti di incontro di studenti, genitori e insegnanti su problematiche evidenziate dal Collegio dei leaders con eventuale presenza di esperti.
- 10) Verifiche periodiche dell'operato con incontri a livello di distretto scolastico dei rappresentanti dei Docenti e dei leaders.
- 11) Istituzione degli "educatori di strada" che contattino i giovani nei loro luoghi di incontro e in particolare nelle discoteche confrontandosi sui comportamenti pericolosi ( droghe, alcool, guida spericolata).
- 12) Promozione a livello dei servizi sociali di ludoteche e di doposcuola e invio di operatori sul territorio per contattare i minori emarginati ( extracomunitari, disabili) e portarli alla scuola e nei luoghi di incontro dei giovani.
- 13) Verifica annuale dei seguenti indicatori.
  - A) Negativi:
    - a) Episodi di comportamento asociale di minorenni
    - b) Reati commessi da minorenni

- c) Mortalità per violenza o incidenti in giovani
- d) Percentuale di parti e di aborti di minorenni
- e) Percentuale di fumatori nella popolazione giovanile
- f) Consumo di alcool nei giovani
- g) Consumo di droghe psicotrope nei giovani

B) positivi:

- a) Numero dei Leaders
- b) Numero di Club scolastici
- c) N. di “edicole dell’esperienza” costituite
- d) Grado di soddisfazione delle famiglie, dei giovani e dei docenti
- e) Numero di giovani contattati dagli “educatori di strada”
- f) Numero di extracomunitari o di disabili che hanno superato l’emarginazione.

**Indicatori:** Conoscenze sulla salute, Mortalità dei giovani per ogni causa esterna di lesioni o avvelenamento, Suicidi nei giovani, Percentuali di nati vivi da madri sotto i 18 anni, Frequenza dell’aborto provocato su 1000 parti al di sotto dei 18 anni, Percentuale di fumatori abituali fra i giovani, Consumo di alcool fra i giovani, Consumo di droghe fra i giovani

Salute degli adulti

**Obiettivo:** migliorare la salute delle persone in età lavorativa e permettere a ciascuno di godere del massimo benessere possibile sul lavoro, a casa e nelle comunità

**Strategie:** Ridurre il numero dei disoccupati, ridurre l’insicurezza del lavoro in particolare per le categorie a rischio (stranieri, minoranze etniche, lavoratori più anziani, donne con bambini piccoli), migliorare la sicurezza dei luoghi di lavoro, garantire una maggiore tutela alle lavoratrici madri; migliorare l’ambiente di vita, aumentando gli spazi ricreativi e le attività per il tempo libero; migliorare i servizi pubblici; fornire una maggiore protezione dai crimini; migliorare i servizi di medicina primaria.

Azioni:

- A) Politiche per ridurre la disoccupazione e l’insicurezza del lavoro
  - a) Informazione a tutta la popolazione del costo sociale (vale a dire per ogni cittadino) del lavoro in nero,
  - b) Sanatoria totale penale e fiscale sul pregresso per tutti coloro che hanno dato o prestato lavoro in nero a patto che tutte le situazioni vengano regolarizzate per il futuro,
  - c) Consistenti sgravi fiscali per i primi tre anni per chi, dopo

- aver denunciato e dimostrato di aver dato lavoro in nero negli anni precedenti, regolarizzi la posizione dei prestatori d'opera,
- d) Deducibilità dall'imponibile fiscale dell'IVA pagata dalle persone fisiche ad artigiani e commercianti per qualsiasi servizio o oggetto acquistato, dietro presentazione delle fatture quietanzate,
  - e) Deducibilità dall'imponibile fiscale del 30% di ogni parcella o notula pagata a professionisti debitamente quietanzate.
- B) Politiche per la casa
- a) deducibilità dall'imponibile fiscale per gli inquilini del 30% dell'affitto pagato se documentato da ricevuta quietanzata.
    - b) Deducibilità dall'imponibile fiscale per i proprietari del 30% degli affitti percepiti se corrispondenti a quelli indicati come equi da opportune commissioni.
    - c) Garanzia da parte dei Comuni del pagamento dell'affitto e di copertura assicurativa per eventuali danni per alloggi affittati a prezzi concordati a persone riconosciute a disagio sociale (extracomunitari, disabili, disoccupati).
  - C) Politiche per le madri lavoratrici:
    - a) Istituzione di servizi di nido di fabbricato o di quartiere gestiti da volontari col solo rimborso spese sotto il controllo degli uffici di vigilanza delle ASL e dei Servizi sociali.
    - b) Istituzione dei "nonni di quartiere" per il babysitteraggio sotto il controllo della vigilanza delle ASL e dei Servizi sociali.
    - c) Gruppi di auto-mutuo-aiuto sostenuti da assistenti sociali per le giovani madri.
  - D) Politiche per la sicurezza degli ambienti di lavoro:
    - a) sorveglianza per l'attuazione della Legge 626
  - E) Politiche per la sicurezza dell'ambiente:
    - a) impegno degli Organi competenti per migliorare la viabilità, fornire spazi ricreativi sani e favorire la fruizione del tempo libero,
    - b) sorveglianza della contaminazione ambientale causata dal traffico.
  - F) Politiche dei trasporti:
    - a) garantire trasporti pubblici a prezzi accessibili e con orari adeguati a quelli di lavoro.
  - G) Pubblica sicurezza:



- a) istituzione dell'agente di quartiere
  - b) riorganizzazione della Giustizia per garantire una lotta efficace e immediata alla microcriminalità.
- H) Servizi sanitari:
- a) Riorganizzazione del sistema delle cure primarie con affidamento di tutte le attività nell'area del Distretto sanitario ai medici di famiglia che ne fanno parte con funzioni anche di educazione sanitaria e di prevenzione e copertura del servizio tramite turni 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 e con l'impegno di incontri settimanali per la discussione dei casi e l'aggiornamento scientifico e professionale.

#### Obiettivo 5: Invecchiare in modo sano

Obiettivo: ottenere un aumento del 20% dell'aspettativa di vita e della vita senza invalidità per la fascia di ultrasessantacinquenni attualmente con aspettativa e qualità di vita peggiori e del 50% delle persone ultra ottantenni in grado di restare al proprio domicilio godendo di autonomia, autostima e riconoscimento sociale.

Strategie: Promuovere una progressiva diminuzione dell'impegno lavorativo e concomitante progressivo aumento del ruolo sociale per le persone di mezza età in modo che al momento della cessazione del lavoro retribuito e dell'inizio del godimento della pensione possa divenire esclusivo l'impegno sociale senza discontinuità: inserimento degli anziani in reti sociali e potenziamento del loro ruolo in attività che migliorino la qualità di vita e il benessere loro e delle loro famiglie attraverso alla partecipazione all'attività formativa dei minori. Riduzione delle depressione per perdita del ruolo lavorativo e del ricorso a farmaci per correggerla e per curarne le somatizzazioni.

#### Azioni:

- 1) Disincentivazione della prosecuzione di attività lavorative retribuite dopo il pensionamento attraverso la preclusione del cumulo della retribuzione per attività lavorative con la pensione.
- 2) Introduzione nelle Aziende di sezioni con funzioni sociali (ad esempio tutela dei lavoratori e della loro salute) in collegamento con le istituzioni, in cui far svolgere parte della loro attività ai lavoratori più anziani.

- 3) Creazione nei Comuni e nei quartieri delle Città maggiori servizi affidati ad anziani con finalità sociali ( ad esempio nonni di quartiere).
- 4) Promozione di gruppi di auto-mutuo-aiuto per anziani,
- 5) Offerta di spazi per attività ricreative possibilmente aperti ad anziani e minori,
- 6) Promozione della cultura della domiciliarità fornendo tramite i Servizi sociali (ADEST) un sostegno agli anziani soli al pari che alle famiglie che hanno al loro interno o che ospitano un anziano bisognoso di assistenza,
- 7) Allestimento presso le strutture residenziali per anziani di posti per ricovero temporaneo (di sollievo) per consentire alla famiglie che mantengono al loro interno un anziano di potersi allontanare per le ferie e quando le necessità dei figli lo rendono opportuno senza essere bloccati dalla necessità di accudire all'anziano. Si noti che la preoccupazione di tale possibile blocco è una delle cause maggiori di richiesta di ammissione in strutture residenziali degli anziani.
- 8) Allestimento di Centri diurni per anziani ove l'anziano, in particolare se non autosufficiente, possa passare le ore in cui i suoi famigliari sono al lavoro per cui resterebbe solo in casa, svolgendo attività che stimolino la sua mente oppure ricevendo prestazioni fisioterapiche ,
- 9) Attivazione dei servizi di telesoccorso per dare sicurezza all'anziano solo di essere aiutato in caso di necessità,
- 10) Fornitura all'anziano di tutti gli strumenti protesici (dentiera, apparecchi acustici, lenti, protesi d'anca, ecc.) necessari per migliorare la qualità di vita e il benessere dell'anziano correggendo i difetti sensoriali e motori inerenti all'età.
- 11) Introduzione di corsi centrati sui bisogni degli anziani nel curriculum formativo dei medici e degli infermieri,
- 12) Richiesta ai medici di famiglia di attivare programmi specifici , integrati coi servizi sociali (ADI), per gli anziani e di dedicare agli anziani stessi orari di ambulatorio nei tempi a loro più convenienti, che non coincidono con quelli utilizzati dai lavoratori,
- 13) Promozione della figura dell'infermiere di distretto che interviene a domicilio degli anziani per eseguire le manovre terapeutiche prescritte dal medico e per monitorare la salute degli anziani,
- 14) Attivare Centri di riabilitazione per anziani, sia all'interno delle strutture residenziali che nei Centri diurni.
- 15) Attivare un sistema di trasporto per anziani in grado di portare

gli utenti dal loro domicilio ai Centri diurni e agli ambulatori e alle Unità sanitarie diagnostiche e terapeutiche e viceversa senza aggravii per i famigliari o costi per gli anziani al di sotto di un determinato reddito

- 16) Verificare ogni anno i seguenti indicatori:
- a) aspettativa di vita per gli ultrasessantacinquenni;
  - b) grado di autosufficienza degli ultra ottantenni;
  - c) percentuale di soggetti che restano al proprio domicilio per le tre fasce di età da 66 a 75 anni, da 76 a 85 anni e oltre gli 85 anni;
  - d) percentuale di soggetti depressi nelle tre fasce di età;
  - e) prevalenza delle varie cause di morte nelle tre fasce di età;
  - f) grado di soddisfazione percepito dagli anziani.

Indicatori: Aspettativa di vita a 65 anni, Aspettativa di autosufficienza a 65 anni, Mortalità per sesso e per causa di morte fra 65 e 8° anni e sopra gli 80 anni, Frequenza di invalidità e di morbilità oltre i 65 anni, Incidenza della frattura del femore dopo i 65 anni, Percentuale di persone trattate per depressione oltre i 65 anni, Percentuale di persone che valutano la propria salute come buona o molto buona dopo i 65 anni, Valutazione della qualità di vita in rapporto alla salute.

Terzo Ambito – Prevenire e controllare malattie e lesioni

Obiettivo 6: Migliorare la salute mentale

Obiettivo: migliorare il benessere psicosociale della popolazione, ridurre il numero dei suicidi in particolare nelle due fasce di età a maggior rischio, diciottenni e ultra ottanta cinquantenni, e rendere disponibili e facilmente accessibili servizi onnicomprensivi per le persone con problemi mentali.

Strategie: Spezzare il circolo vizioso emarginazione- depressione- turbe psichiche, emarginazione, superare la visione della malattia mentale come situazione incurabile, creare un ambiente più accogliente per i soggetti a rischio.

Azioni:

- 1) Promozione nelle scuole di attività che coinvolgono tutte gli studenti, rafforzando il senso di appartenenza e l'esigenza di

- coerenza ( vedi traguardo 4),
- 2) Riconoscere in ogni ambito di vita e di lavoro le persone che tendono ad emarginarsi e cercare di coinvolgerle con gruppi di auto-mutuo-aiuto,
  - 3) Fornire ai medici di famiglia una formazione specifica in campo psichiatrico che li renda in grado di riconoscere precocemente i problemi di salute mentale anche quando sono mascherati da somatizzazioni, fornendo loro strumenti diagnostici ( tipo il questionario % dell'OMS) da applicare in tutti i casi,
  - 4) Rendere coscienti i medici di famiglia che la quota capitaria da essi percepita per ogni assistibile implica il superamento dell'atteggiamento di attesa del cliente, ma richiede la tutela del benessere di tutti le persone che l'hanno scelto, attraverso un atteggiamento attivo di contatto con gli assistibili che non si fanno vedere, periodico e a campione,
  - 5) Creare servizi proiettati sul territorio per la tutela sociale delle persone in difficoltà e la loro pubblicizzazione attraverso i mass media,
  - 6) Rigorosa indagine scientifica sulla storia clinica, sociale, familiare e lavorativa di tutti i casi di suicidio e di tutti gli individui che richiedono l'intervento dei servizi psichiatrici per riconoscere i fattori predisponenti, di rischio e scatenanti,
  - 7) Impegno dei servizi psichiatrici a controllare e curare i pazienti con problemi di salute mentale anche se cronici e/o anziani sia a domicilio che in strutture residenziali,
  - 8) Compartecipazione della sanità ai costi dell'assistenza prestata dai servizi sociali a pazienti con problemi mentali anche se cronici ed anziani,
  - 9) Interventi anche di natura economica a favore delle persone a rischio di emarginazione (anziani, extracomunitari, disabili).

Indicatori: Frequenza di suicidi, Incidenza e prevalenza di turbe psichiche quali schizofrenia, depressione grave, psicosi alcolica, sequele psichiche post-traumatiche, Pazienti psichiatrici in ospedale al 31 dicembre, Pazienti psichiatrici ricoverati da oltre un anno, Qualità di vita stimata.

Obiettivo 7: Ridurre le malattie contagiose

Obiettivo: ridurre il misura rilevante gli effetti dannosi delle malattie contagiose sulla salute pubblica.

Strategie: rigorosa applicazione dei programmi mirati alla eradicazione, eliminazione o controllo delle malattie contagiose.

Azioni:

- 1) Intensificazione dei programmi di vaccinazione per le malattie individuate come eradicabili attraverso:
  - a) una vaccinazione supplementare per le poliomielite nei soggetti ad alto rischio,
  - b) vaccinazione per il morbillo nel 95% della popolazione,
  - c) potenziamento del controllo delle gestanti e delle pratiche ostetriche nelle zone in cui persistono casi di tetano neonatale,
- 2) Estensione dell'immunizzazione per il controllo delle malattie contagiose non eradicabili:
  - a) vaccinazione generalizzata dei bambini al di sotto di 12 anni e mirata degli adolescenti a rischio, in particolare di sesso femminile, per difterite, tetano, rosolia, pertosse, Haemophilus influenzae,
  - b) vaccinazione di almeno il 75% degli ultrasessantacinquenni per l'influenza,
- 3) Controllo di altre malattie contagiose:
  - a) AIDS ed altre malattie a trasmissione sessuale:
    - promozione di stili di vita che conducano a un comportamento sessuale sano e alla esclusione delle droghe,
    - chiara informazione sulle modalità per evitare il contagio,
    - programmi di scambio di siringhe per i tossico-dipendenti,
    - ampia disponibilità di preservativi.
  - b) Tubercolosi:
    - coinvolgimento dei medici di famiglia in programmi di terapia a breve termine direttamente osservati (DOTS) secondo le linee-guida dell'OMS,
    - fornitura regolare dei farmaci antitubercolari,
    - sistemi di monitoraggio e valutazione dei trattamenti,
    - servizi proiettati all'esterno per immigrati, poveri, portatori di infezione da HIV e altri gruppi a rischio.
  - c) Malattie diarroiche:
    - promozione dell'igiene personale,
    - controllo degli impianti di sanificazione,
    - fornitura in tutte le case di acqua potabile sicura,
    - confezioni di sali per la reidratazione orale a disposizione dei medici di famiglia.
  - d) Malaria:

- informazione puntuale per i viaggiatori in zone a rischio,
- controllo delle persone provenienti di zone malariche.

Indicatori: Nuovi casi di malattie contagiose ( Morbillo, Malaria, Difterite, Tetano, Pertosse, Sifilide congenita, Rosolia congenita, Tetano neonatale, Rosolia, Parotite, Tubercolosi, Epatite (A,B, altre) Sifilide, Gonorrea, Numero di nuovi casi di infezione da HIV, Numero totale di persone HIV positive, Nuovi casi di AIDS clinicamente diagnosticato, Percentuale di bambini vaccinati per la difterite, il tetano, la rosolia, il morbillo, la poliomielite, la tubercolosi, l'Haemophilus influenzae e tipo b, l'epatite B, la parotite, la rosolia a un anno di età o quando dovuto, Mortalità da malattie acute

respiratorie o diarroiche nei bambini, Mortalità per tubercolosi, malaria e AIDS.

Obiettivo 8: Ridurre le malattie non contagiose

Obiettivo: Ridurre al massimo la morbilità, l'invalidità e la mortalità prematura a causa delle principali malattie croniche.

Strategie: Creare nei cittadini la coscienza dell'importanza dello stile di vita e dell'esposizione a fattori ambientali per la prevenzione e il controllo delle più importanti malattie croniche, nei politici, negli amministratori, negli imprenditori e negli educatori la conoscenza del ruolo che ad essi compete per prevenire le principali malattie croniche e negli operatori sanitari la consapevolezza delle possibilità di prevenzione e di cura a loro disposizione e del loro ruolo per la diagnostica tempestiva della situazioni di rischio e delle malattie in fase iniziale.

Azioni:

- 1) Azioni finalizzate alla prevenzione nella popolazione generale:
  - a) programmi televisivi sugli stili di vita con personaggi dello spettacolo come testimonials
  - b) interventi sulla viabilità per favorire l'esercizio fisico:
    - creazione di grandi zone pedonali nelle città,
    - pedaggi per l'ingresso delle auto in ampie zone delle città,
    - grandi parcheggi alla periferia delle città con servizi di navetta sino ai margini della zone pedonali
    - parcheggi degli stabilimenti ad almeno 500 metri dagli

ingressi,

- promozione di passeggiate ecologiche e di maratone non competitive.
- c) tassazione delle sostanze pericolose (tabacco, superalcolici, insaccati grassi) non conglobato nel prezzo, ma specificata sui listini e sugli scontrini come costo aggiuntivo con la dizione “Tassa per la correzione del danno alla salute causato da questo prodotto”,
- d) impegno dei medici di famiglia ad essere testimoni di stili di vita sani e a svolgere compiti di educazione sanitaria come parte integrante del proprio lavoro.
- 2) Interventi specifici per le malattie cardiovascolari:
  - a) controllo dello stress sui luoghi di lavoro,
  - b) controllo gratuito del peso corporeo in numerosi locali pubblici,
  - c) controllo gratuito della pressione nelle farmacie e negli studi medici,
  - d) costituzione di una rete di interventi urgenti nel campo delle coronaropatie (unità coronariche) e delle vasculopatie cerebrali (stroke units).
- 3) Interventi specifici per i tumori:
  - a) eliminazione dei cancerogeni nei luoghi di vita e di lavoro,
  - b) eliminazione del fumo dai luoghi aperti al pubblico, screening del tumore mammario con mammografia ogni 2 anni nelle donne fra 5° e 70 anni,
  - c) esecuzione del pap test ogni 3 anni nelle donne fra 25 e 64 anni,
  - d) inclusione dell’esplorazione rettale nella procedura di visita degli uomini di età medio-avanzata,
  - e) predisposizione di linee guida per gli iter diagnostici e terapeutici per i principali tipi di tumori.
- 4) Interventi specifici per il diabete:
  - a) riconoscimento delle persone a rischio genetico e controllo glicemico periodico,
  - b) impegno dei medici di famiglia a controllare periodicamente la glicemia dei loro assistibili con peso corporeo del 20% superiore al peso ideale,
  - c) impegno dei medici di famiglia di far presente ai propri pazienti diabetici i rischi di complicanze vascolari, renali e oculari richiedendo periodici esami

strumentali, e a curare con attenzione le lesioni e le ulcerazioni cutanee.

- 5) Prevenzione delle carie dentali:
  - a) campagne nelle scuole per la corretta igiene orale
  - b) controllo delle carie al momento dell'inizio dell'anno scolastico in tutti i bambini fra 6 e 12 anni da parte di dentisti scolastici,
  - c) rimozione della placca dentaria nei bambini , quando necessario, da parte di tutti i dentisti che dovrebbero essere obbligati a dedicare 30' al giorno a tale attività per essere autorizzati a gestire uno studio dentistico.

Indicatori: Mortalità per le principali malattie non contagiose (Cardiovascolari, neoplastiche, insufficienza respiratoria cronica, diabete, altre) per gruppi di età, Incidenza e prevalenza delle principali malattie non contagiose, sopra indicate, compresa l'asma e le malattie reumatiche croniche, Incidenza delle complicanze diabetiche, Dimissioni ospedaliere le principali malattie non contagiose, Prevalenza dei maggiori fattori di rischio nella popolazione, ad es. ipertensione, ipercolesterolemia, mancanza di attività fisica, fumo, alimentazione inadeguata, Carie, otturazioni e denti mancanti a 12 anni, Percentuale di bambini di 6 anni senza carie.

Obiettivo 9: Ridurre le lesioni per violenza o incidenti

Obiettivo: ridurre in modo significativo e costante il numero di lesioni, invalidità o morti per incidenti o violenza.

Strategie: creare la coscienza del ruolo che ognuno riveste nella prevenzione degli incidenti col proprio comportamento individuale e professionale (geologi, urbanisti, imprenditori, costruttori, architetti, educatori, uomini di spettacolo, giornalisti, magistrati, responsabili della pubblica sicurezza, politici) e costruire reti per affrontare rapidamente e in modo efficace le emergenze.

Azioni:

- 1) Prevenzione generale:
  - a) riconoscimento, pubblicizzazione e sorveglianza dei fattori di rischio,
  - b) campagne pubblicitarie con drammatizzazione sulla responsabilità individuale nella prevenzione degli incidenti,
  - c) costituzione di reti di assistenza sul territorio per il pronto



intervento in casi di emergenza.

- 2) Incidenti domestici:
  - a) normative sulle strutture pubbliche e sugli impianti domestici che tengano conto del tipo di utenza,
  - b) informazione capillare dei rischi presenti nelle strutture domestiche
  - c) pubblicizzazione dei dispositivi disponibili per ridurre i rischi per i bambini,
  - d) eliminazione delle barriere architettoniche nei locali destinati ad anziani e disabili,
  - e) fornitura agli anziani soli di servizi di telesoccorso per richiesta di aiuto in caso di bisogno e per il loro controllo periodico a distanza.
- 3) Incidenti sul lavoro:
  - a) sorveglianza sulla piena osservanza del DL 626/94,
  - b) potenziamento delle attività di prevenzione e vigilanza da parte degli organismi istituzionali interessati
  - c) analisi epidemiologica degli infortuni per il riconoscimento dei fattori di rischio strutturali e comportamentali,
  - d) rigoroso controllo sull'uso degli alcoolici e della droghe sui luoghi di lavoro ( in particolare nei cantieri edilizi).
- 4) Incidenti stradali:
  - a) analisi della dinamica degli incidenti per il riconoscimento dei fattori di rischio,
  - b) miglioramento della visibilità sulle strade con eliminazione degli incroci pericolosi, delle curve cieche, dei dossi e della cunette e protezione dei tratti esposti a raffiche di vento e a gelo,
  - c) rigoroso controllo dell'applicazione delle norme di sicurezza ( guida dopo uso di alcoolici, uso del casco, cinture di sicurezza, seggiolini per bambini, numero dei passeggeri,
  - d) controllo dell'affidabilità dei sistemi di sicurezza con periodiche revisioni degli automezzi più vecchi e a campione di quelli più giovani,
  - e) potenziamento della rete dei servizi pubblici, per disincentivare l'uso dei mezzi privati.
- 5) Violenza privata:
  - a) controllo sul consumo degli alcoolici e delle droghe e attenzione alla sfera dell'emarginazione
  - b) sportello sociale per il riconoscimento della violenza sulle donne e sui bambini e verso le fasce deboli ( anziani, disabili, minoranze etniche),
  - c) controllo e prevenzione da parte della pubblica sicurezza della

violenza negli

stadi e nei luoghi di incontro di grandi masse di giovani,

- d) attività di educazione civica con drammatizzazione nelle scuole ( vedi traguardo 4),
  - e) repressione di ogni forma di teppismo,
  - f) condanna dei responsabili di violenze a pene che producano il completo risarcimento del danno.
- 6) Disastri:
- a) sorveglianza dell'assetto geologico del Paese,
  - b) negazione o ritiro della licenza edilizia per costruzioni che non rispettino le misure di sicurezza in rapporto all'area geografia ed eventuale loro demolizione,
  - c) rete di osservazione metereologica, sismica e geologica,
  - d) rete di intervento rapido per lo spegnimento degli incendi boschivi, riconoscimento delle loro cause e provvedimenti conseguenti per la prevenzione e sospensione della concessione edilizia per le aree interessate sino al definitivo accertamento di eventuali responsabilità e comunque per almeno 10 anni,
  - e) costituzione di una rete di protezione civile per le emergenze e il coordinamento permanente delle attività di volontariato.

Indicatori: Mortalità da cause traumatiche esterne o avvelenamento, Casi di incidenti stradali con lesioni, Incidenza di lesioni da incidenti stradali, domestici o sul lavoro, Mortalità da incidenti sul lavoro, Casi di violenza sessuale Casi di abuso sui bambini, Stima delle invalidità da traumi.

Quarto ambito: Strategie multisettoriali per creare salute sostenibile

Obiettivo 10: Un ambiente fisico sicuro e salubre

Obiettivo: creare un ambiente fisico più sicuro con riduzione dell'esposizione a contaminanti pericolosi per la salute a livelli che non superino quelli concordati su scala internazionale.

Strategie: Stabilire i livelli di gas contaminanti ammissibili nell'aria e controllarne l'osservanza; garantire l'approvvigionamento di acqua potabile in tutte le case, regolamentare lo smaltimento dei liquami organici e delle scorie tossiche sorvegliando la

contaminazione della falda idrica e delle acque superficiali.

Azioni:

1) Aria

- individuare l'origine dei contaminanti presenti nell'aria e ridurre l'emissione tassando i procedimenti che li producono in misura sufficiente a rendere non economicamente vantaggiose le lavorazioni e l'uso di macchine più contaminanti.
- Eseguire controlli dei fumi emessi nell'industria e della quantità di gas tossici nelle zone a rischio per presenza di stabilimenti potenzialmente inquinanti o per traffico veicolare più intenso.
- Tassare la produzione di energia da combustibili fossili e promuovere l'uso sicuro dell'energia nucleare.

2) Acque

- monitorare le acque superficiali per riconoscere i contaminanti presenti e la loro possibile provenienza ed eseguire analisi a campione sulle acque profonde nelle zone agricole e cultura intensiva
- provvedere che tutte le abitazioni siano provviste di acqua da acquedotto ed esaminare a campione il grado di contaminazione di queste.
- Potenziare gli impianti di trattamento dei liquami.
- Sottrarre le aree vicine a scarichi di acque contaminate all'utilizzo abitativo e alla costruzione di impianti di estrazione idrica.

3) Rifiuti solidi

- ridurre la quantità di rifiuti solidi domestici pro-capite riducendo il volume delle confezioni
- modificare i cassonetti fornendoli di orifizi di ingresso apribili con tessera magnetica personale dell'utente, che consenta solo l'introduzione di sacchetti standardizzati e con contatore del numero di sacchetti introdotti per calcolare a tariffa l'effettiva richiesta di smaltimento di rifiuti urbani,
- promuovere l'adozione e la diffusione di apparecchi per tritare e compattare i rifiuti per ridurre il volume ( e quindi la tariffa di raccolta),
- potenziare i sistemi di riciclaggio delle scorie industriali in situ,
- privilegiare i sistemi di trattamento dei rifiuti solidi basati sulla

compattazione in materiali per edilizia rispetto alla combustione,

- vietare il commercio delle scorie solide , in particolare di quelle considerate pericolose, fra Stati e Regioni.

Indicatori: Percentuale di persone con adeguata fornitura idrica in casa, Percentuale di persone con adeguati impianti sanitari, Epidemie di malattie batteriche di origine

alimentare e numero di persone affette, Emissioni di anidride solforosa da combustibili fossili.

Obiettivo 11: Modalità di vita più sane

Obiettivo: Favorire l'adozione di comportamenti di vita più sani e renderli possibili per tutta la gente.

Strategie: Migliorare la disponibilità, la distribuzione e l'accessibilità economica da parte di tutti di alimenti sani e sicuri. Creare condizioni che portino ad aumentare l'esercizio fisico. Fornire una migliore conoscenza dei problemi del sesso che consenta scelte più sane e sicure.

Azioni:

1) Alimentazione

- Gare gastronomiche largamente pubblicizzate con regole di partecipazione che comportino la preparazione di menù che rispettino l'esigenza di fornire un apporto calorico di 11-12 MJ con 2/3 di vegetali e 1/3 di proteine animali.
- Tasse sulle carni e salumi grassi e detassazione dei prodotti ittici e delle verdure e frutta,
- Largo uso di verdure , frutta e cereali nelle mense scolastiche a partire dall'asilo, curando l'appetibilità del cibo e verificando il gradimento degli utenti e delle loro famiglie,
- Facilitazioni al commercio al minuto di frutta e verdura.

2) Attività fisica:

- interventi sulla viabilità per favorire l'esercizio fisico (vedi Obiettivo 8 sezione 1b)
- valorizzazione nel curriculum scolastico delle attività sportive,

3) Salute sessuale:

- Introduzione dell'educazione sessuale nei programmi scolastici,
- Potenziamento dei consultori famigliari, con orari di accesso

che tutelino la riservatezza per i giovanissimi.

- Fornitura capillare a prezzi accessibili di preservativi.
- Serietà nell'approccio politico giudiziario al problema della prostituzione, con chiara definizione della liceità o meno della prostituzione stessa e non solo del suo sfruttamento e conseguente normativa di controllo sanitario se considerata esercizio di una condizione professionale lecita o per contro, se considerata illecita, incriminazione di tutti i clienti per favoreggiamento e revoca del permesso di soggiorno e espulsione immediata di tutte le persone dedite a tale attività.

Indicatori: Kilocalorie totali disponibili pro capite al giorno, Percentuale dell'energia totale disponibile fornita da grassi, proteine e carboidrati, Disponibilità di cereali, verdure e frutta e loro derivati, Livello di attività fisica per migliorare la salute

Obiettivo 12: Ridurre la dipendenza da alcool, droghe e tabacco

Obiettivo: Ridurre i danni prodotti da sostanze che inducono dipendenza o agiscono sulla psiche e dimezzare nel prossimo decennio il numero di morti legate all'uso di tali sostanze.

Strategie: Intervenire su tutte le cause di emarginazione, compensata con l'uso di droghe e abuso di alcool e tabacco, e trasmettere ai giovani una visione di perdita di valore degli utenti di tali sostanze in contrapposizione all'attuale visione dell'uso di tali sostanze come segno di emancipazione.

Azioni:

- 1) Attribuzione di maggiori responsabilità e di maggiore valore ai giovani nelle scuole in attività di gruppo in cui diventi il leader il più capace,
- 2) Rinuncia alla demonizzazione controproducente di sostanze, il cui uso fa parte da secoli della nostra cultura e delle quali sono chiaramente diversi gli effetti dell'uso e dell'abuso, chiaramente determinata dalle mode e da interessi di parte in vista delle enormi somme in gioco, con promozione della cultura della responsabilità che superi l'equivoco manicheo dell'esistenza di classi distinte di cose buone e cose cattive in favore di una visione della necessità di fare scelte responsabili e di usare tutte le cose in modo corretto e vantaggioso per se e per gli altri,
- 3) promozione nella scuola e attraverso i mezzi di informazione

del primato della intelligenza sulla forza, possesso, bellezza fisica o potenza sessuale, quale elemento specifico qualificante l'uomo nei confronti degli altri esseri viventi e del conseguente rifiuto dell'uso non terapeutico di sostanze capaci di modificare l'attività intellettuale,

- 4) Formazione dei giovani alla assunzione delle responsabilità e alla capacità di decidere criticamente e autonomamente al di fuori dei condizionamenti manovrabili della pubblicità e dei mass media.
- 5) Chiarezza nell'approccio giudiziario o sanitario al problema delle tossicodipendenze: se le droghe vengono considerate illegali anche il loro uso costituisce reato e tutti coloro che ne fanno uso devono essere incriminati; se il ricorso alle droghe è considerato un problema sanitario, configurandosi una patologia a contagio sociale, le persone affette devono essere sottoposte a quarantena e a procedure di disintossicazione, sotto controllo dei medici di famiglia in collegamento coi Servizi per le tossicodipendenze abilitati anche a fornire le droghe a scopo terapeutico

Indicatori: Mortalità da malattie epatiche croniche, cirrosi ed altre patologie alcool- correlate, Numero di morti annuali per droghe illecite, Numero annuale di primi ricoveri in centri di disintossicazione, Consumo annuo di sigarette. Percentuale di persone che fumano oltre 20 sigarette al dì, Percentuale di fumatori abituali nella popolazione al di sopra di 15 anni, Percentuale di fumatori al di sotto di 15 anni, Consumo annuale di alcool pro capite, Prevalenza di consumo di alcoolici nelle persone di meno di 15 anni, Incidenti stradali connessi all'uso di alcoolici, Ricoveri per trattamento di psicosi alcoolica

Obiettivo 13: Ambiente per la salute

Obiettivo: Fornire a tutta la popolazione la possibilità di vivere in un ambiente fisico e sociale sano sia a casa che nella scuola, nei luoghi di lavoro e nelle comunità locali.

Strategie: Migliorare la sicurezza di tutti i luoghi in cui la gente vive o lavora attraverso provvedimenti urbanistici, pianificazione edilizia rispondente ai bisogni sociali, attuazione scrupolosa delle norme di sicurezza degli impianti e abbattimento delle barriere architettoniche nelle strutture a cui possono dover accedere disabili; migliorare l'ambiente sociale con interventi

a favore delle fasce di disagio.

Azioni:

- 1) Casa
  - a) attivazione di un efficiente catasto edilizio collegato coi Comuni, annualmente aggiornato anche per quanto riguarda lo stato di conservazione e la presenza di servizi a norma e con i dati personali e famigliari di chi li utilizza, con un sistema di tassazione che incentivi una buona manutenzione e la messa a norma degli impianti e una giusta proporzione fra locali a disposizione e numero di occupanti;
  - b) progettazione urbanistica che favorisca la costruzione di reti sociali e l'attività fisica;
  - c) norme edilizie che garantiscano un efficace isolamento acustico.
- 2) Luoghi di lavoro:
  - a) Individuazione di programmi cogestiti dai lavoratori per rendere più vivibili gli ambienti di lavoro;
  - b) Responsabilizzazione dei lavoratori oltre che dei datori di lavoro nell'osservanza dei regolamenti per la prevenzione degli incidenti;
  - c) Valutazione dell'impatto sulla salute dei prodotti dell'azienda.
- 3) Asili e scuole:
  - a) gruppi di lavoro costituiti da studenti, genitori e insegnanti per elaborare programmi che promuovano stili di vita sani e per valutarne la corretta realizzazione e i risultati;
  - b) Attività intra ed extra scolastiche che mettano i giovani a contatto delle problematiche sociali della comunità in cui la scuola è situata e che rendano coscienti dei pericoli per la salute legati a povertà, emarginazione e comportamenti pericolosi.
- 4) Città e Comunità locali:
  - a) pianificazione urbanistica centrata sui bisogni fisici e sociali degli abitanti;
  - b) creazione di ampie zone pedonali;
  - c) potenziamento dei trasporti pubblici e creazione di grandi parcheggi periferici dai quali si possa raggiungere il centro facilmente con mezzi pubblici;
  - d) impegno capillare della forza pubblica per garantire la sicurezza dei cittadini;
  - e) promozione di iniziative che favoriscano la conoscenza reciproca, il dialogo e l'integrazione fra persone abitanti nello stesso quartiere per superare il rischio di isolamento ed

- emarginazione;
- f) affidamento ai cittadini della responsabilità di mantenere pulita e ordinata la città e libera la viabilità con attribuzione a gruppi di volontari degli strumenti e dell' autorità per realizzare l'obiettivo;
  - g) attivazione presso tutti i Comuni e nelle Città in tutti i quartieri di uffici per le relazioni con il pubblico con il compito di osservatorio dei bisogni e del disagio dei cittadini.

Indicatori: Incidenza e mortalità per lesioni da incidenti domestici, Incidenza e mortalità per incidenti sul lavoro, Incidenza e mortalità per malattie professionali documentate, Bambini traumatizzati per incidenti a scuola o all'asilo, Metratura abitativa media per persona e numero di persone per stanza nelle abitazioni.

#### Obiettivo 14: Responsabilità multisetoriale per la salute

Obiettivo: Creare la consapevolezza della corresponsabilità di tutti nel garantire una vita sana alla Comunità.

Strategie: Richiesta a tutti i settori di attività a livello della Nazione, delle Regioni e delle Comunità locali, di una analisi dell'impatto sulla salute generale, degli utenti e dei lavoratori coinvolti, del loro operato, quale prerequisito per ottenere autorizzazioni ad operare e finanziamenti, e impegno da parte dei Parlamenti nazionale e regionali di valutare e pubblicizzare in modo chiaro e diffuso l'impatto sulla salute delle politiche adottate in campo di energia, trasporti, industria, commercio, agricoltura, turismo, giustizia e servizi sociali e sanitari.

Azioni:

- 1) Inclusione non solo dei costi vivi di produzione, ma anche di quelli di compensazione per la perdita di salute ad essa conseguenti nella definizione delle tariffe per l'erogazione di energia e dei costi dei materiali energetici (benzina, carbone, ecc.);
- 2) Minore tassazione per le sorgenti di energia rinnovabili rispetto a quelle non rinnovabili,
- 3) Potenziamento dei servizi di trasporto pubblico, in particolare ferroviario, marittimo e fluviale che provocano minore contaminazione ambientale;
- 4) Provvedimenti per garantire la riservatezza della



comunicazione informatica e potenziamento delle metodiche di videoconferenza per minimizzare le necessità di spostamento delle persone per discussioni, trattative e confronti in tutti i campi;

- 5) Obbligo per le industrie di indicare i materiali utilizzati e la loro provenienza, le sedi di lavorazione, le caratteristiche della mano d'opera impiegata, le scorie di lavorazione prodotte e le modalità per il loro smaltimento per ottenere la certificazione dei loro prodotti e l'ottenimento di eventuali incentivi;
- 6) Inclusione obbligatoria nel prezzo dei prodotti dell'industria e dell'agricoltura dei costi per la compensazione della perdita di salute e per le procedure di decontaminazione;
- 7) Premi annuali da attribuire in ogni ambito dell'industria manifatturiera alle aziende che maggiormente promuovano la salute sia dei lavoratori che della comunità;
- 8) Divieto assoluto di esportazione in altri Paesi di prodotti il cui uso è vietato nel Paese di produzione;
- 9) Divieto di coltivazioni che richiedano fertilizzanti chimici per una zona sufficientemente estesa intorno agli impianti di estrazione idrica e alle aree ricreative;
- 10) Incentivi fiscali per la sperimentazione e l'adozione di modelli di agricoltura e allevamento del bestiame con minore impatto sull'ambiente;
- 11) Promozione del turismo come incentivo alla tutela delle risorse naturali ed artistiche quali patrimonio comune e strumento per la reciproca conoscenza, e presa d'atto della corresponsabilità di tutti nel consentire a tutti di godere delle bellezze e della risorse del mondo in cui viviamo;
- 12) Potenziamento dei servizi sociali attraverso:
  - costruzione di reti che coinvolgano politici, amministratori, operatori sociali e sanitari,
  - sostegno delle famiglie da parte di tutta la comunità per garantire i diritti dei minori, dei disabili e degli anziani.

Indicatori: Non vi sono indicatori statistici per cui ci si deve limitare a una valutazione

qualitativa soggettiva.

Quinto ambito: Un sistema sanitario orientato ai risultati

Obiettivo 15: Un sistema sanitario integrato

Obiettivo: Fornire a tutti i cittadini un sistema di cure primarie facilmente accessibile, orientato alla famiglia, inserito nella comunità locale e sostenuto da un sistema ospedaliero flessibile e capace di rispondere a tutti i bisogni.

Strategie: Superare la visione della sanità come sistema autocentrato che fornisce un servizio agli utenti, a favore di una visione della salute come diritto ed interesse primario di tutti i cittadini alla cui tutela sono interessati i cittadini stessi e gli operatori sanitari e sociali che devono cogliere i bisogni e rispondervi nell'ambito delle loro specifiche competenze coordinate in un sistema flessibile centrato sul malato e le famiglie.

Azioni:

- 4) Indagine su base anagrafica dei bisogni obiettivi educativi, assistenziali e sociali delle singole persone e delle famiglie nella comunità locale e indagine epidemiologica delle patologie prevalenti sul territorio,
- 5) Ristrutturazione del distretto sanitario con superamento del rapporto esclusivo del medico coi propri assistibili a favore di una integrazione di tutti i medici del distretto per assicurare con turni la copertura del servizio 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, con discussione collegiale periodica obbligatoria dei casi problematici ( Clinical conferences) e sessioni di aggiornamento sulla letteratura medica ( Journal Club);
- 6) Contatto diretto dei medici di famiglia coi medici dell'ospedale per concordare i ricoveri e per il follow up durante dopo il ricovero con adozione di una scheda personale di ogni paziente in cui vengano registrati tutti i dati salienti della storia clinica e gli esami eseguiti;
- 7) Affidamento ai medici di famiglia dei compiti di educazione sanitaria e prevenzione nell'ambito del distretto, in collegamento con le scuole, i servizi sociali e i luoghi di lavoro;
- 8) Stretta integrazione fra distretto sanitario e unità minime dei servizi sociali per potenziare le azioni sociali (assistenza ai disabili, ai minori e agli anziani) come prevenzione all'insorgenza delle patologie acute e per evitare ricoveri e istituzionalizzazioni;
- 9) Provvedimenti politici ed amministrativi per combattere la povertà, l'inadeguatezza dell'abitazione, l'assenza di adeguata fornitura idrica e di sanizzazione e di nutrizione sufficiente quali principali cause di cattiva salute;

- 10) Preparazione da parte delle Società scientifiche di linee guida per i percorsi diagnostici e terapeutici per le patologie più impegnative e loro diffusione negli ospedali e nei distretti sanitari;
- 11) Attivazione di sistemi informatici per il monitoraggio delle terapie praticate in Ospedale e a domicilio, con retroinformazione sui risultati ai medici curanti per migliorare la qualità delle cure ed eliminare trattamenti dimostratisi inefficaci o svantaggiosi in rapporto al costo rispetto ad altri disponibili per la stessa patologia;
- 12) Audits negli ospedali per verificare la congruità dei percorsi diagnostici e terapeutici, la validità scientifica delle terapie innovative attuate in rapporto alle terapie standard e il corretto utilizzo delle giornate di ricovero;
- 13) Verifica della funzionalità dei day hospitals con eliminazione di tutti gli accessi non necessari per prestazioni eseguibili in ambulatorio;
- 14) Attivazione dell'ospedalizzazione a domicilio come forma integrata di assistenza fra personale medico e infermieristico ospedaliero e dei distretti;
- 15) Potenziamento dei servizi infermieristici territoriali per l'assistenza domiciliare integrata e per creare servizi proiettati all'esterno di sostegno delle famiglie e per contattare periodicamente gli utenti che si sospettano tenderà all'emarginazione.

Indicatori: percentuale di medici e di infermiere che lavorano nell'ambito delle cure primarie e in ospedale, Numero di operatori sanitari nelle cure primarie in rapporto alla popolazione, Numero medio di accessi alla cure ambulatoriali per persona e per anno, Numero di ospedali e di day-hospitals, Numero di letti ospedalieri ( totale, psichiatrici, in case di cura, per acuti, privati), Ammissioni e dimissioni ospedaliere totali e per principali gruppi di patologie, Degenza media, Indice di occupazione dei letti, Consumo di cure, di servizi e di farmaci, Numero di medici e infermieri formati per le cure di famiglia.

Obiettivo 16: Gestire la qualità delle cure

Obiettivo: Garantire che la gestione della sanità, dalla programmazione territoriale alle cure cliniche individuali, sia orientata ai risultati in termini di salute.

Strategie: esplicitare nei programmi di gestione i risultati attesi in termini di salute e affidarne la valutazione di qualità a esperti sanitari tenuti ad utilizzare indicatori di risultato prefissati, a confrontare i risultati ottenuti con quelli riportati nella letteratura internazionale e a valutare il grado di soddisfazione degli utenti.

Azioni:

- 4) Affidamento a comitati di esperti la preparazione di linee-guida diagnostiche e terapeutiche per le singole patologie,
- 5) Certificazione dei laboratori di analisi abilitati a ricevere le prenotazioni per via informatica e ad eseguire gli esami, in base a periodici controlli di qualità,
- 6) Predisposizione di apparecchiature per la prenotazione informatica degli esami sia dagli studi medici che dalle farmacie,
- 7) Codifica delle patologie sospettate (massimo tre) e del grado di urgenza da inserire nella prenotazione degli esami per permettere la verifica della congruità della richiesta,
- 8) Predisposizione di schede informatiche individuali dei pazienti per la registrazione dei sintomi, degli esami, delle diagnosi e delle cure,
- 9) Valutazione annuale a livello di distretto o di ospedale dell'esito delle terapie per singole patologie scelte a campione risultanti dalle schede individuali; analisi dei dati comparativamente a quelli degli altri medici del distretto o degli altri analoghi reparti ospedalieri e ai dati della letteratura e retroinformazione ai singoli medici,
- 10) Discussione collegiale dei dati aggregati per patologie a livello di distretto o di ospedale per progettare nuove strategie,
- 11) Promozione di dibattiti pubblici sui diritti e doveri dei malati e del personale sanitario, sugli aspetti etici delle cure,
- 12) Istituzione di comitati indipendenti per la verifica della eticità delle cure e sull'informazione ai pazienti,
- 13) Attribuzione ai Comitati Etici ospedalieri del compito non solo di verificare il soddisfacimento delle norme stabilite per la sperimentazione di nuove misure diagnostiche e terapeutiche o di nuovi farmaci, ma anche del rapporto costo- benefici dei risultati ottenuti in confronto alle tabelle standard,
- 14) Accredimento di singoli medici o di unità operative ospedaliere in base alla verifica dei risultati in termini di salute e di criteri di efficacia in confronto al costo,
- 15) Definizione di indicatori di risultato per le singole patologie e inclusione fra questi della qualità di vita misurata in base a

- parametri predeterminati facilmente accertabili,
- 16) Valutazione del grado di soddisfazione degli utenti attraverso la somministrazione di questionari a livello di ospedali e distretti e con audits pubblici,
  - 17) Sorveglianza sui gruppi di auto-mutuo-aiuto per singole patologie per sfruttare le potenzialità favorevoli ai pazienti evitando improprie pressioni a prediligere gruppi di pazienti a scapito di altri politicamente meno forti.

Indicatori: Mortalità per singole patologie , quali appendicite, ernia, ostruzione intestinale, effetti dannosi dei farmaci e altre cause di morte evitabili, Frequenza di infezioni delle ferite chirurgiche, Incidenza delle complicanze diabetiche, Frequenza delle autopsie nei deceduti in ospedale in rapporto al totale delle morti, Livello di soddisfazione degli utenti per la qualità del servizio, Misurazione di indicatori traccianti dei cambiamenti di qualità

delle cure

Obiettivo 17: Finanziamento dei servizi sanitari e allocazione delle risorse

Obiettivo: Attivare un sistema di finanziamento e di allocazione delle risorse per i sistemi sanitari basato sui principi dell'accessibilità per tutti, efficienza in rapporto ai costi , solidarietà e qualità ottimale.

Strategie: Superare i sistemi di finanziamento su base assicurativa che è contrario alla solidarietà in quanto impone il carico finanziario maggiore alle persone a maggior rischio che sono le più deboli, a favore di un finanziamento basato sulla tassazione che consente l'accesso a tutti e favorisce la fasce più deboli, ma con una rigorosa sorveglianza sulla sostenibilità della spesa , stabilendo una scala di priorità, evitando ogni abuso e spreco responsabilizzando gli utenti chiamati a partecipare alla spesa in rapporto alle loro possibilità e creando competizione fra i fornitori di cure e stipulando alleanze con altri settori per ridurre il carico di malattie.

Azioni:

- 1) Individuazione dei fattori responsabili di cattiva salute,
- 2) Richiesta ai vari settori ( scuola, pubblica amministrazione,

- industria, ecc.) di investire nella prevenzione,
- 3) Tassazione di tutti i prodotti potenzialmente nocivi in proporzione alla spesa prevedibile per riparare il danno prodotto con attribuzione di tali fondi alla società,
  - 4) Analisi dei costi per la produzione dei servizi e determinazione delle tariffe che il pubblico e il privato possono richiedere per i servizi offerti, con meccanismi che incentivino la competizione,
  - 5) Accredimento degli erogatori di servizi sanitari in base al rapporto qualità/costi dei servizi forniti,
  - 6) Allocazione dei finanziamenti pubblici solo alle strutture pubbliche accreditate e competitive rispetto alle private o alle private in grado di offrire servizi migliori agli stessi prezzi del pubblico accreditato,
  - 7) Diversa strutturazione della retribuzione per i medici del sistema di cure primarie con
- 4 componenti: una proporzionale al numero di assistibili, una in rapporto alle prestazioni fornite, una legata ai risultati ottenuti e alla soddisfazione degli utenti e una legata alla funzionalità e ai risultati raggiunti dal distretto di cui fa parte,
- 8) Determinazione a priori di un budget per le aziende sanitarie e sua ripartizione fra i responsabili delle unità operative con incentivazioni degli operatori sulla base del rapporto risultati/costi.

Indicatori: Spesa sanitaria totale (come percentuale del prodotto interno lordo) e percentuale di questa impiegata per: spese di sanità pubblica, spesa ospedaliera corrente, investimenti in conto capitale in attrezzature sanitarie, spesa destinata alle cure sanitarie locali, spesa farmaceutica.

Obiettivo 18: Sviluppare le risorse umane per la salute

Obiettivo: Assicurare che gli operatori sanitari e i professionisti di altri settori coinvolti abbiano conoscenze, attitudini e capacità per tutelare e promuovere la salute.

Strategia: Introdurre gli obiettivi e i criteri della salute per tutti nell'agenda politica perché gli ordinamenti scolastici e la normativa sulla formazione professionale continua e l'abilitazione professionale e l'accredimento allo svolgimento di specifiche funzioni rispondano alle esigenze della promozione e tutela della salute per tutti,

#### Azioni:

- 1) Valutare il fabbisogno di professionalità per il soddisfacimento delle esigenze di salute e pianificazione del numero delle persone che possono essere ammesse alle facoltà universitarie,
- 2) Istituzione delle scuole di medicina gestite pariteticamente dai Ministeri della Pubblica Istruzione e della Sanità, includendo fra le sedi formative una rete di ospedali di insegnamento,
- 3) Introduzione nel curriculum formativo di tutte le facoltà la valutazione dell'impatto sulla salute delle azioni al cui compimento la facoltà prepara i discenti e delle possibilità di prevenzione del danno,
- 4) Affidamento di compiti di didattica formale a tutti i dirigenti di II livello degli ospedali di insegnamento e di compiti di tutoraggio a tutti i dirigenti medici degli stessi ospedali e di altri non classificati di insegnamento ma accreditati per la formazione, come parte integrante del loro lavoro,
- 5) Attivazione di scuole di formazione per medici di famiglia impostate sul lavoro di gruppo sotto tutoraggio da parte dei dirigenti medici ospedalieri e dei direttori dei distretti sanitari,
- 6) Valutazione annuale della capacità didattica dei tutor sulla base dei risultati di formazione ottenuti dagli allievi, con sospensione dell'accREDITAMENTO per coloro che fossero risultati insufficienti,
- 7) Partecipazione obbligatoria dei medici e degli infermieri delle strutture pubbliche a due incontri settimanali di formazione nell'ambito della struttura in cui operano, rispettivamente per la discussione di casi clinici ( al bisogno con presenza di esperti) e per l'aggiornamento sulla letteratura pertinente il loro campo di lavoro,
- 8) Definizione di indicatori della produttività delle singole strutture sanitarie e all'interno di queste dei singoli operatori con retribuzioni differenziate in rapporto alla produttività e possibilità di risoluzione del rapporto di impiego o convenzionale al di sotto di un certo livello,
- 9) Audits periodici a livello regionale e provinciale sullo stato di salute del territorio per evidenziare i problemi e promuovere interventi di prevenzione e di tutela della salute coinvolgenti tutte le figure professionali interessate,
- 10) Costituzione a livello di aziende sanitarie e ospedaliere di un fondo vincolato alla formazione permanente a all'aggiornamento con verifica annuale della ricaduta in termini di qualità.

Indicatori: Percentuale di fornitori di cure nella popolazione, Percentuale di operatori sanitari con formazione post-universitaria in a) salute pubblica, b) cure primarie, Numero di programmi di formazione centrati sulla a) salute pubblica, b) cure primarie, Numero di operatori sanitari che lavorano nel sistema sanitario ( medici, infermiere diplomate, dentisti, farmacisti, personale ausiliario, ostetriche), Numero di operatori sanitari (vedi categorie sopra elencate) che si laureano, Numero di operatori nelle cure primarie.

Sesto ambito: politiche e meccanismi per gestire il cambiamento

Obiettivo 19: Ricerca e conoscenze per la salute

Obiettivo: Promuovere sistemi di ricerca sanitaria, informazione e comunicazione che promuovano maggiormente l'acquisizione, l'effettivo utilizzo e la diffusione di conoscenze in sostegno alla salute per tutti.

Strategie: Sviluppare una politica orientata alla ricerca sanitaria capace di prevedere e provvedere ai bisogni e agli sviluppi futuri, adottare meccanismi in grado di verificare la base scientifica dei servizi offerti e di innescare un processo di apprendimento attraverso l'esperienza, provvedere a diffondere l'informazione sanitaria in forma accessibile al pubblico in generale oltre che ai politici, ai gestori e ai professionisti della sanità.

Azioni:

Progettazione politica di programmi di ricerca orientati agli obiettivi della salute per tutti con un ben definito equilibrio fra ricerca di base e applicata.

Cooperazione su basa nazionale e internazionale al fine di privilegiare la ricerca cooperativa su ampia base e di scoraggiare studi mirati più al prestigio personale dei ricercatori che all'utilità per la popolazione,

Verificare l'applicazione delle nuove acquisizioni in campo di salute da parte degli operatori e delle strutture pubbliche interessate e richiedere la retroinformazione relativa all'impatto sulla salute



di tali acquisizioni,

Promuovere campagne di educazione sanitaria per rendere coscienti tutti i cittadini del loro ruolo per promuovere la salute e per fare un uso corretto dei vari servizi offerti,

Utilizzo di tutti i mezzi di comunicazione sociale per informare i cittadini sui servizi sanitari loro offerti e sui risultati da questi ottenuti, onde evitare speculazioni sulla salute e viaggi della speranza e comportamenti irrazionali creati dalla disinformazione.

Indicatori: Spesa per la ricerca sanitaria e lo sviluppo come percentuale della spesa sanitaria totale, Spesa per la ricerca sanitaria come percentuale della spesa o del budget disponibile per la ricerca.

Obiettivo 20: Reclutare partners per la salute.

Obiettivo: Coinvolgere individui, gruppi e associazioni pubbliche e private e in generale tutta la società civile in una alleanza per promuovere la salute.

Strategie: Focalizzare l'interesse sui determinanti della salute in modo da far emergere quale possa essere il ruolo di figure professionali e di strutture solitamente non considerate come interessate nella promozione della salute per la confusione esistente fra salute e sanità e richiedere a tutti di operare nell'ambito della propria competenza per realizzare la salute per tutti.

Azioni:

Costituzione a livello di governo nazionale e regionale di un consiglio per la salute formato da rappresentanti autorevoli dei vari ministeri e assessorati col compito di individuare i rispettivi ambiti di competenza per condurre una efficace politica di salute per tutti,

Richiesta ai candidati alle cariche politiche di definire chiaramente nel proprio programma elettorale le azioni che si intendono intraprendere per promuovere la salute per tutti,

Inclusione dei principi dell'educazione sanitaria e della tutela della

salute nei curricula formativi degli operatori sanitari e periodica verifica della loro attuazione nella loro attività professionale,

Richiesta agli insegnanti delle scuole di ogni ordine e grado di includere nei programmi didattici i principi della correttezza, dell'equità, della condivisione e della sostenibilità della azioni intraprese, aiutando gli allievi a scegliere stili di vita sani, a valutare criticamente le sollecitazioni esterne sia da parte dei mezzi di comunicazione sociale che dei coetanei, resistendo alle proposte svantaggiose per la salute, e ad acquisire la capacità di fronteggiare lo stress e le difficoltà,

Esigenza che tutti coloro che rivestono ruoli di guida per la popolazione (educatori, medici, politici, giornalisti) adottino stili di vita sani,

Richiesta agli Ingegneri, architetti e urbanisti di aver ben presente l'impatto sulla salute dei singoli e della comunità dei loro progetti, privilegiando quelli capaci di promuovere l'attività fisica, la creazione di reti sociali e di modelli abitativi in cui tre generazioni si trovino a mutuo contatto,

Impegno degli economisti a non considerare solo i costi economici ma anche quelli sociali e a valutare i risultati prodotti in termine di salute quando vengono discussi i finanziamenti per le infrastrutture, gli insediamenti residenziali e i sistemi sanitari,

Richiesta ai giornalisti di tenere presente nel loro lavoro l'impatto dell'informazione fornita sui comportamenti delle persone, evitando allarmismi, critiche immotivate e non costruttive e favorendo il dibattito politico sui problemi della salute per tutti,

Coinvolgimento delle organizzazioni non governative nei programmi di tutela della salute, richiedendo loro di non contrapporsi ma di integrarsi coi servizi pubblici per favorire una assistenza migliore agli utenti,

Promozione nelle aziende produttive di un patto fra datori di lavoro, lavoratori e servizi di

medicina del lavoro per creare ambienti di lavoro sani, fornitura di prodotti sani e sostegno ai programmi a favore della salute delle comunità in cui sono collocate in cambio ad incentivazioni fiscali,

Coinvolgimento del maggior numero possibile di persone nelle reti operativa dell' OMS: scuole che promuovono la salute, ospedali che promuovono la salute, città sane, luoghi di lavoro sani, regioni sane, ecc.

Indicatori: Non vi sono indicatori statistici e la valutazione deve essere fatta solo su criteri qualitativi

Obiettivo 21: Politiche e strategie per la salute per tutti.

Obiettivo: Avviare ad ogni livello politiche mirate a realizzare la salute per tutti sostenuta da adeguate infrastrutture, processi gestionali e direzione innovativi.

Strategie: Formalizzazione di obiettivi a corto, medio e lungo termine, individuazione di indicatori e di scale di priorità con monitoraggio regolare dei risultati ottenuti.

Azioni:

Stesura di un documento discusso e sottoscritto da tutti i partners che in qualche misura sono coinvolti nel processo di creare un ambiente e una società più sane,

Creazione della consapevolezza dei determinanti della salute e del ruolo che i singoli componenti della società possono svolgere per agire su di essi,

Ricerca del consenso dei singoli professionisti e della società in generale per la realizzazione delle azioni illustrate nei capitoli precedenti finalizzate a creare salute per tutti,

Individuazione di traguardi il cui raggiungimento possa essere facilmente verificato e che rappresenti la via per la costruzione di una politica organica di salute per tutti,

Trasparenza di ogni procedura che consenta la verifica dell'impegno di ognuno,

Creazione di nuove alleanze per il raggiungimento di obiettivi e loro formalizzazione che fornisca legittimazione al loro operare,

Istituzione di procedure di audit pubblico per la valutazione dell'impatto sulla salute delle azioni intraprese.

Indicatori: Non vi sono indicatori statistici e la valutazione deve essere fatta solo su criteri qualitativi.

## OBIETTIVI REGIONALI DELLA SALUTE PER TUTTI

Adottati dal Comitato Regionale OMS per l'Europa nella sua 48° Sessione Copenaghen, Settembre 1998

## SOLIDARIETÀ ED EQUITÀ NELLA SALUTE

Obiettivo 1 – Solidarietà per la salute nella Regione Europea: per il 2020, l'attuale differenza nello stato di salute fra gli Stati Membri della Regione Europea dovrebbe ridursi di almeno un terzo.

Obiettivo 2 – Equità nella salute: per l'anno 2020, la differenza di salute fra gruppi socioeconomici all'interno dei singoli Paesi dovrebbe essere ridotta di almeno un quarto in tutti gli Stati Membri, innalzando sostanzialmente il livello di salute dei gruppi svantaggiati.

## MIGLIOR SALUTE PER LA GENTE DELLA REGIONE EUROPEA DELL'OMS

Obiettivo 3 – Inizio sano della vita: per l'anno 2020, tutti i neonati, gli infanti e i bambini in età prescolare nella Regione dovrebbero godere di migliore salute, garantendo loro un sano inizio della vita.

Obiettivo 4 – Salute dei giovani: per l'anno 2020, i giovani della

Regione dovrebbero essere più sani e meglio in grado di adempiere il loro ruolo nella società.

Obiettivo 5 – Sano invecchiamento: per l'anno 2020, le persone ultrasessantacinquenni dovrebbero avere la possibilità di godere il proprio pieno potenziale di salute e di svolgere un ruolo sociale attivo.

Obiettivo 6 – Migliorare la salute mentale: per l'anno 2020, il benessere psicosociale della gente dovrebbe essere migliorato e dovrebbero essere disponibili e accessibili alle persone con problemi mentali servizi migliori e più comprensivi.

Obiettivo 7 – Ridurre le malattie contagiose: per l'anno 2020, gli effetti dannosi sulla salute delle malattie contagiose dovrebbero essere sostanzialmente diminuiti attraverso programmi sistematicamente applicati per eradicare, eliminare o controllare le malattie infettive importanti per la salute pubblica.

Obiettivo 8 – Ridurre le malattie non-contagiose: per l'anno 2020 la morbilità, invalidità e mortalità prematura dovute alle principali malattie croniche dovrebbero essere ridotte al minor livello possibile in tutta la Regione.

Obiettivo 9 – Ridurre le lesioni da violenza e incidenti: per l'anno 2020 vi dovrebbe essere una diminuzione significativa e sostenibile delle lesioni, invalidità e morti dovute a incidenti o a violenza nella Regione.

## UNA STRATEGIA MULTISETTORIALE PER LA SALUTE SOSTENIBILE

Obiettivo 10 – Un ambiente fisico sano e sicuro: per l'anno 2015 la popolazione della Regione dovrebbe vivere in un ambiente fisico più sicuro, con esposizione a contaminanti pericolosi per la salute a livelli che non superino standard concordati internazionali

Obiettivo 11 – Una vita più sana: per l'anno 2015, la gente in tutta la società dovrebbe aver adottato modelli di vita più sani.

Obiettivo 12 – Ridurre il danno da alcool, droghe e tabacco: per

l'anno 2015, gli effetti

dannosi da consumo di sostanze che danno dipendenza come il tabacco, l'alcool e le sostanze psicoattive dovrebbe essere significativamente ridotto in tutti gli Stati Membri.

Obiettivo 13 – Ambienti per la salute: per l'anno 2015 la popolazione della Regione dovrebbe avere maggiori possibilità di vivere in ambienti fisici e sociali sani a casa, nella scuola, nei posti di lavoro e nella comunità locale.

Obiettivo 14 – Responsabilità multisetoriale per la salute: per l'anno 2020, tutti i settori dovrebbero aver riconosciuto e accettato la propria responsabilità per la salute.

#### CAMBIARE LA FOCALIZZAZIONE:

#### UN SETTORE SANITARIO ORIENTATO AI RISULTATI

Obiettivo 15 – Un settore sanitario integrato: per l'anno 2010 la popolazione della Regione dovrebbe avere un accesso molto migliore a cure primarie orientate alla famiglia e alla comunità, sostenute da un sistema di ospedali flessibile e rispondente.

Obiettivo 16 – Gestire per la qualità delle cure: per l'anno 2020, gli Stati Membri dovrebbero assicurare che la gestione del settore sanitario da programmi sanitari rivolti alla popolazione alla cura dei singoli pazienti a livello clinico, sia orientata verso risultati di salute.

Obiettivo 17 – Finanziare i servizi sanitari e allocare le risorse: per l'anno 2010 gli Stati Membri dovrebbero avere meccanismi di allocazione delle risorse e di finanziamento sostenibili per sistemi sanitari basati sui principi della equità nell'accesso, dell'efficacia in rapporto ai costi, della solidarietà e della qualità ottimale.

Obiettivo 18 – Sviluppare le risorse umane per la salute: per l'anno 2010 tutti gli Stati Membri dovrebbero avere garantito che gli operatori sanitari e le figure professionali di altri settori abbiano acquisito conoscenze adeguate, attitudini e capacità per proteggere e promuovere la salute.

## GESTIRE IL CAMBIAMENTO PER LA SALUTE

Obiettivo 19 – Ricerca e conoscenze per la salute: per l'anno 2005, tutti gli Stati Membri dovrebbero avere sistemi di ricerca, informazione e comunicazione che sostengano meglio l'acquisizione, l'effettiva utilizzazione e la diffusione di conoscenze per sostenere la salute per tutti.

Obiettivo 20 – Mobilizzare partners per la salute: per l'anno 2005 l'implementazione delle politiche per la salute per tutti dovrebbe impegnare individui, gruppi ed organizzazioni attraverso i settori pubblico e privato, e la società civile in alleanze e compartecipazioni per la salute.

Obiettivo 21 – Politiche e strategie per la salute per tutti: per l'anno 2010, tutti gli Stati Membri dovrebbero essersi dotati e implementato politiche di salute per tutti a livello di Stato, regioni e comunità locali, sostenute da appropriate infrastrutture istituzionali, processi manageriali e conduzione innovativa.

## 1.1 Definizione

Nel 1977 l'Assemblea Mondiale della Sanità dell'Organizzazione Mondiale della Sanità adottò due importanti risoluzioni.

La risoluzione WHA 30.43, nota come "Salute per tutti entro l'anno 2000", individuava l'obiettivo principale dei Governi e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per le decadi a venire nel raggiungimento per tutti i cittadini del Mondo, entro l'anno 2000, di un livello di salute tale da permettere loro di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva, di lavorare e di partecipare alla vita sociale della collettività.

La seconda risoluzione, la WHA 30.48, riconosceva l'importanza degli Infermieri nell'assistenza sanitaria di base richiedendo agli Stati Membri di studiarne ruoli e funzioni e di stabilire un piano per favorirne razionalmente la crescita numerica coerentemente ai bisogni specifici di ogni paese in tema di assistenza sanitaria di base.

Nel 1978 la Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria di base, riunitasi ad Alma Ata, in accordo con le risoluzioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, riaffermò alcuni concetti tra i quali:

- il diritto fondamentale per l'essere umano alla salute <sup>2</sup> ;

<sup>2</sup> il concetto di Salute va inteso, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, come stato di completo benessere fisico mentale sociale e non soltanto come assenza di malattie e infermità.



- l'inaccettabilità delle diseguaglianze in termini di salute tra Nazioni sviluppate e nazioni in via di sviluppo e all'interno dello stesso Paese;
  - la promozione e la tutela della salute delle popolazioni come conditio sine qua non per un reale progresso economico, sociale e come contributo in termini di pace nel mondo;
- la partecipazione individuale e collettiva degli esseri umani alla pianificazione e all'attuazione delle misure sanitarie che li riguardano.

Nel riconoscere come obiettivo principale dei Governi, degli Organismi Internazionali e dell'intera Comunità Internazionale il raggiungimento della "salute per tutti entro l'anno 2000", la Conferenza elaborò una Dichiarazione che individuava nell'assistenza sanitaria di base lo strumento che avrebbe consentito di raggiungere i fini proposti, facendo di essa una delle priorità dell'azione politica futura. L'assistenza sanitaria di base venne perciò definita dalla Dichiarazione di Alma Ata come:

"...un tipo di assistenza essenziale, fondata su metodi e tecnologie pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile a tutti gli individui e a tutte le famiglie della comunità, che vi partecipano in modo totale, con costi che la collettività stessa e il Paese possano sostenere in ogni fase del loro sviluppo, in uno spirito di auto-responsabilizzazione e di auto-determinazione. L'assistenza primaria è parte integrante di ogni sistema sanitario nazionale, del quale rappresenta la funzione e il contesto più importanti, nonché dello sviluppo sociale ed economico della collettività. Rappresenta il primo punto di contatto dei singoli individui, delle famiglie e della collettività con il sistema sanitario nazionale di cui è l'aspetto più vicino alla vita personale e professionale degli individui e rappresenta il primo elemento di un processo di assistenza sanitaria permanente."

Secondo tale definizione, l'assistenza sanitaria di base non possiede caratteristiche univoche ma è lo specchio delle condizioni economiche e delle caratteristiche socioculturali di ogni paese, e la sua precisazione deve essere basata sull'evidenza di risultati derivanti dalla ricerca biomedica, sociale, dallo studio dei servizi sanitari esistenti e in particolare di quelli di sanità pubblica. La conferenza si limitò, pertanto, a definirne l'oggetto, individuato in tutti i problemi della comunità risolvibili assicurando servizi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione. Tali servizi consentono:

- educazione sanitaria sui problemi concreti e sui metodi di prevenzione e di lotta;
  - promozione di buone condizioni alimentari e nutrizionali;
- sufficiente approvvigionamento di acqua potabile e adeguate misure di risanamento ambientale;
  - tutela materno infantile e pianificazione familiare;
  - vaccinazioni per le grandi malattie infettive;
  - prevenzione e lotta alle endemie locali;
  - cura delle malattie e degli incidenti più comuni;
  - distribuzione dei farmaci essenziali.

La dichiarazione di Alma Ata vede questo tipo di assistenza direttamente correlato allo sviluppo economico e sociale dei diversi Paesi, pertanto, nella sua attuazione essa coinvolge tutti i settori che a tale progresso concorrono (agricoltura, zootecnia, industria, produzione alimentare, istruzione, lavori pubblici, comunicazioni, edilizia), in uno sforzo coordinato che prevede anche la partecipazione responsabile dei singoli individui e della comunità intera. A questo riguardo la dichiarazione pose l'accento sulla necessità di mobilitare le risorse locali attraverso opportune iniziative educative, con il coinvolgimento, in particolare, degli operatori sanitari (medici, infermieri, ostetriche, ausiliari e operatori di comunità) opportunamente addestrati e formati a lavorare in équipe e a rispondere ai bisogni di salute

espressi dalle comunità in cui sono inseriti.

## Le politiche della Salute per Tutti

In Europa la volontà di rafforzare l'assistenza sanitaria di base divenne evidente nel 1980 grazie a un documento emanato dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa e inviato all'attenzione dei Governi degli Stati Membri (raccomandazione R 80 15). In quel documento si esprimevano alcune raccomandazioni di seguito riportate:

“(...) Punto1. Definire una politica sanitaria ispirata ai seguenti principi:

mettere a disposizione della popolazione una gamma completa di servizi socio sanitari facilmente accessibili, efficaci e con un costo ragionevole;

realizzare una integrazione o una coordinazione dei servizi socio sanitari in una Unità Locale che favorisca il decentramento delle cure e la razionalizzazione delle strutture;

trasferire alle Unità Locali parte delle responsabilità incumbenti attualmente

sugli ospedali, ricorrendo a formule di ospedalizzazione a domicilio, assistenza a domicilio e auto-trattamento sotto sorveglianza medica;

accordare una priorità all'assistenza extraospedaliera almeno per tutte le fasi croniche delle malattie e per i periodi di convalescenza e rieducazione; evitare ogni forma di ospedalizzazione ingiustificata....;

Punto 2: tenere conto del fatto che educazione sanitaria e rieducazione sono parti integranti dell'assistenza primaria e possono contribuire, con più o meno lunga scadenza, a ridurre il costo del trattamento e, in particolare, la durata dell'ospedalizzazione;

Punto 7: dare un orientamento nuovo alla formazione di tutti i professionisti sanitari mettendo l'accento sulla prevenzione, l'educazione sanitaria, l'assistenza dispensata nella collettività e il lavoro in équipe multidisciplinari. (...).”

Alcuni anni dopo, nel 1985, l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità formulava, nell'ottica della politica mondiale dell'Organizzazione, la sua

personale strategia di cambiamento, individuando quattro aree di intervento prioritario come base per la politica sanitaria della Regione e degli stessi Stati Membri:

- stili di vita e salute,
- fattori di rischio minaccianti la salute e l'ambiente,
- riorientamento dei sistemi sanitari,
- politiche, management, tecnologie, personale, ricerche e quant'altro necessario per supportare il cambiamento.

Venivano adottati, infine, 38 obiettivi di salute, specifici regionali, supportati da sei principi guida:

- equità;
- promozione della salute;
- partecipazione della comunità;
- cooperazione multisettoriale;
- focus su assistenza sanitaria di base;
- cooperazione internazionale.

In effetti, l'ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, profondamente convinto del potenziale contributo dell'assistenza sanitaria primaria alla salute per tutti, definì l'obiettivo 28 che così recitava:

“Entro l'anno 2000, l'assistenza sanitaria primaria in tutti gli stati membri dovrà essere in grado di rispondere ai bisogni primari nel campo della salute, attraverso l'erogazione di un'ampia gamma di servizi di promozione della salute, di cura, di riabilitazione e di supporto, e sostenendo attivamente le iniziative di autoaiuto degli individui, delle famiglie e dei gruppi”.

La strategia globale, concordemente definita dai 51 Paesi Membri della Regione Europea, non ha avuto carattere temporaneo ma si è evoluta nel tempo. Essa è stata sistematicamente oggetto di un monitoraggio attento a riflettere i cambiamenti sociali, culturali, economici e politici avvenuti sia

all'interno della Regione, sia nei singoli Paesi. In alcuni casi, tali cambiamenti, hanno prodotto veri e propri stravolgimenti sul piano politico, sociale e civile con pesanti ricadute sulla salute dei cittadini.

In un'ottica di adeguamento periodico degli obiettivi perseguibili, sono stati vagliati anche i progressi della ricerca, le innovazioni in ambito tecnico – scientifico e tutto quanto può influire sui bisogni di salute degli 870 milioni di persone che vivono nella Regione.

Anche a livello mondiale la politica di “Salute per tutti” ha subito un processo di revisione, lanciato nel 1995 come risposta all'incalzante processo di globalizzazione, per assicurare che gli individui, i Paesi e le Organizzazioni fossero preparati ad incontrare le sfide del 21° Secolo.

I bisogni sanitari dei cittadini sono ancora al centro della politica adottata per il nuovo secolo e ciò che in passato non aveva prodotto benefici in termini di salute è stato eliminato o revisionato.

Nuove ottiche hanno permesso di rilevare bisogni di salute prima misconosciuti, con particolare riguardo alle differenze tra i sessi, e di aprire la possibilità a collaborazioni per il governo della salute nella società civile impensabili solo 20 anni prima.

Il sistema di valori su cui si basava precedentemente “Salute per tutti” è stato revisionato nel maggio 1998, quando è stata elaborata la “Dichiarazione Mondiale della Sanità”. Questo importante documento è stato adottato da tutti gli Stati Membri, ed è entrato a far parte della Costituzione<sup>3</sup> dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Sostanzialmente, con la dichiarazione Mondiale della Sanità si sottolinea maggiormente la correlazione tra salute, come

<sup>3</sup> articoli 29, 30 e 31

diritto umano fondamentale, e sviluppo umano e sociale. Questo rapporto reciproco comporta un maggiore e più rigoroso impegno etico nell'affrontare questioni che coinvolgono l'aspetto sanitario ma anche quello sociale, economico ed organizzativo.

In particolare, diviene un elemento indispensabile, per assicurare equità, solidarietà e giustizia sociale, l'impegno a "rafforzare, adattare e riformare" i sistemi sanitari, le funzioni e i servizi essenziali di salute pubblica, tra cui figura anche l'assistenza sanitaria di base. Questo impegno è stato affermato con tale forza da divenire, ora, Valore Costituzionale.

L'indicazione a realizzare questa politica attraverso strategie sanitarie individuate a livello regionale e nazionale figura all'interno della Dichiarazione Mondiale di Sanità.

Nel 1999, la risposta della Regione Europea, in revisione delle precedenti strategie si è tradotta nella pubblicazione del nuovo documento "Salute21. Politica quadro della salute per tutti nella Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità"<sup>iii</sup>.

I punti chiave contenuti in Salute21 sono diversi.

Innanzitutto è presente uno scopo costante di fondo, rappresentato dalla promozione di condizioni che permettano a ciascun individuo la realizzazione del proprio potenziale di salute.

Si ritrovano poi, al suo interno, due obiettivi principali:

- "promuovere e proteggere la salute degli individui per tutto il corso della loro vita;
  - ridurre l'incidenza delle patologie e dei traumi maggiori, e alleviare la sofferenza che ne deriva".

L'aspetto etico di Salute 21 si rifà, inoltre, a tre valori di base:

- "la salute come diritto umano fondamentale di ogni essere

umano;

- l'equità in materia di salute e la solidarietà di azione tra i diversi paesi, al loro interno e tra i rispettivi abitanti;
- la partecipazione e la responsabilità degli individui, dei gruppi, delle istituzioni e delle popolazioni per uno sviluppo sanitario continuo.”

Gli obiettivi principali devono essere perseguiti secondo quattro strategie d'azione:

- “strategie multisettoriali nell'affrontare i fattori determinanti della salute considerandone l'aspetto fisico, sociale, economico, culturale e quelli legati alle differenze di sesso, garantendo l'utilizzo della valutazione dei risultati ottenuti;
  - programmi e investimenti basati sui risultati per lo sviluppo della salute e dell'assistenza clinica;
- assistenza sanitaria di base integrata e focalizzata sulla famiglia e sulla collettività, supportata da un sistema ospedaliero flessibile e capace di rispondere alle situazioni più diverse;
  - processo di sviluppo sanitario partecipativo, che comprenda partner specificamente interessati alla salute, in ambito familiare, scolastico, lavorativo sia a livello locale sia nazionale, e che promuova la compartecipazione ai processi decisionali, realizzativi e all'assunzione delle responsabilità”.

Infine, nel documento europeo sono stati individuati 21 obiettivi per la salute che, rispondendo a specifici bisogni della regione europea, costituiscono le linee guida per sviluppare politiche nazionali non soltanto sanitarie e ne costituiscono, contemporaneamente, il criterio di valutazione.

In quest'ambito, gli obiettivi 15 e 18 fanno specifico riferimento alla figura professionale dell'infermiere di famiglia; ne verrà affrontata l'analisi nel terzo capitolo di questo lavoro.

## L'assistenza sanitaria di base in Italia

Sulla scia delle politiche sanitarie mondiali ed europee dell'Organizzazione Mondiale della Sanità delineatesi a partire dalla conferenza di Alma Ata, molti Paesi europei si sono impegnati, negli ultimi anni, nella riforma del loro sistema sanitario. La riorganizzazione dell'assistenza sanitaria primaria ha rappresentato una peculiarità di questi processi e, tali politiche, sono state recepite e attuate anche in Italia.

La legge 833 ha istituito, nel 1978, il Servizio Sanitario Nazionale, soppiantando il sistema mutualistico precedente. Quest'ultimo non si era dimostrato, per sua natura, in grado di realizzare nessuno degli interventi preventivi né di promozione della salute che, oramai, si auspicavano.

La riforma si ispira a criteri di universalità, uguaglianza e globalità di tutela della salute e trasforma la soddisfazione dei bisogni di salute da interesse individuale a interesse pubblico.

Il concetto di servizio sanitario, con la Legge 833/78, veniva assunto in veste di attività diretta sia all'erogazione dell'assistenza sanitaria, sia all'esercizio di altri compiti e funzioni attinenti alla tutela della salute umana e, quindi, di indirizzo delle funzioni legislative collocate anche in campi coinvolti nel settore sanitario solo da un punto di vista indiretto (igiene, sanità pubblica, sicurezza sul lavoro, inquinamento ambientale....).

In accordo coi principi introdotti dalla conferenza di Alma Ata, un punto qualificante della riforma fu l'organizzazione territoriale del servizio realizzata attraverso la creazione delle Unità Sanitarie Locali (Usl). Queste venivano, a loro volta, articolate in distretti sanitari di base "quali strutture tecnico funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento".



Queste strutture tendevano a realizzare livelli uniformi delle condizioni di salute su tutto il territorio nazionale assicurando quelle prestazioni minime individuate dalla conferenza e altre al di là dell'assistenza sanitaria di base stessa:

- educazione sanitaria;
- igiene dell'ambiente;
- prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche;
  - protezione sanitaria materno infantile, assistenza pediatrica e tutela del diritto alla procreazione cosciente e responsabile;
  - igiene e medicina scolastica;
  - medicina dello sport e tutela sanitaria delle attività sportive;
- assistenza medico generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale;
  - assistenza medico specialistica e infermieristica, ambulatoriale e domiciliare per le malattie fisiche e psichiche;
  - assistenza ospedaliera per le malattie fisiche e psichiche;
  - riabilitazione;
  - assistenza farmaceutica e vigilanza sulle farmacie;
- igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e delle bevande;
  - profilassi e polizia veterinaria;
  - prestazioni medico legali.

Il fallimento delle politiche di gestione, di finanziamento e di spesa individuate nella legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale fu, però, causa di gravi difficoltà per la sanità italiana che indussero la revisione del sistema.

Il riordino del Servizio Sanitario Nazionale è avvenuto grazie ai Decreti Legislativi n. 502/92 e n. 517/93 e, recentemente, n. 229/99. Esso ha introdotto alcuni criteri fondamentali nella gestione della sanità improntati all'aziendalizzazione, alla privatizzazione, alla

responsabilizzazione e al decentramento. Tali criteri mirano oggi ad obiettivi precisi costituiti, in sintesi, dall'aumento dell'efficacia, efficienza e produttività del sistema. Il nuovo approccio ha significato un differente atteggiamento verso il concetto di tutela della salute che oggi, pur rispettando ancora i principi di universalità e uguaglianza derivanti dal precetto costituzionale sul diritto alla salute<sup>4</sup>, ha visto ridimensionata la portata dei concetti di globalità e gratuità intesi non più come diritto assoluto illimitato e globale, ma come un diritto condizionato dalla disponibilità di risorse finanziarie o, per meglio dire, un diritto costituzionalmente vincolato<sup>iv</sup>.

La riforma ha confermato l'assicurazione di livelli assistenziali uniformi ai cittadini, individuati sulla base di una programmazione triennale nazionale e regionale, miranti ad equilibrare l'obiettivo di tutela con i finanziamenti disponibili.

Con le ultime leggi di riforma si è cercato di favorire la partecipazione dei cittadini e delle associazioni no profit nell'impostazione della programmazione e nella verifica dei risultati sia a livello regionale, sia aziendale, sia distrettuale realizzando il coinvolgimento delle risorse locali nella definizione delle politiche sanitarie. È stato, inoltre, introdotto il concetto di una sussidiarietà attenuata dello Stato, il quale dovrebbe sì intervenire come regolatore delle ingiustizie sociali ma dovrebbe, contemporaneamente, lasciare spazio a una pluralità di soggetti economici di competere nell'offerta di servizi sanitari di qualità<sup>(v)</sup>.

La definizione di livelli minimi essenziali di assistenza si delinea, quindi, per la prima volta con l'approvazione del Piano Sanitario Nazionale 1994/96 e, successivamente, di quello 1998/2000. Con quest'ultimo strumento l'attenzione si sposta sul mantenimento della salute delle persone e sull'integrazione socio

<sup>4</sup> art. 32 Costituzione Italiana

assistenziale, nel tentativo di realizzare nuove forme di assistenza sanitaria più vicine ai bisogni dei cittadini.

Tale documento programmatico ha cercato di migliorare sia l'accessibilità ai servizi sanitari, superando le barriere geografiche, sia le modalità operative del sistema coinvolgendo in un "Patto di solidarietà per la salute" tutti i soggetti direttamente o indirettamente interessati: istituzioni, operatori, cittadini, produttori di servizi sanitari, volontariato, il mondo della produzione, organi di comunicazione, comunità europea e internazionale. Ancora una volta ciò è avvenuto nell'ottica di una collaborazione intersettoriale, come richiamato dalle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, e di una integrazione a livello sociosanitario.

In relazione ai livelli assistenziali il decreto così recita:

“Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 individua nei livelli essenziali di assistenza l'ambito delle garanzie che il Servizio Sanitario Nazionale si impegna ad assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale alla totalità dei cittadini. Sono definiti essenziali i livelli di assistenza che, in quanto necessari (per rispondere ai bisogni fondamentali di promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute della popolazione) ed appropriati (rispetto sia alle specifiche esigenze di salute del cittadino sia alle modalità di erogazione delle prestazioni), debbono essere uniformemente garantiti su tutto il territorio nazionale e all'intera collettività, tenendo conto delle differenze nella distribuzione delle necessità assistenziali e dei rischi per la salute<sup>(vi)</sup>.”

La definizione di livelli minimi di assistenza rappresenta un'operazione complessa, continuamente influenzata da fenomeni come l'innovazione tecnologica o il progresso scientifico, e compete, quindi, al Piano Sanitario Nazionale indicarne i macrolivelli e gli obiettivi a cui uniformarsi per ognuno di essi.

Inizialmente, per il triennio 1994/96 <sup>(vii)</sup>, vennero definiti sei livelli assistenziali:

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
  - assistenza sanitaria di base;
  - assistenza specialistica semi residenziale e territoriale;
  - assistenza ospedaliera;
- assistenza sanitaria residenziale a non autosufficienti e lungo degenti stabilizzati;
  - attività di supporto all'organizzazione assistenziale.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria di base, ne fu individuato l'obiettivo nella promozione della salute attraverso attività di educazione sanitaria, medicina preventiva individuale, diagnosi, cura, riabilitazione di primo livello e pronto intervento.

In base al decreto del 1994, l'assistenza sanitaria di base si articola in tre sotto livelli analitici:

- Medicina generale,
- Assistenza farmaceutica,
- Assistenza territoriale domiciliare.

La Medicina generale comprende l'assistenza medica di base (medico di famiglia, di cui si tratterà nel paragrafo 1.5, e pediatra di libera scelta), e il servizio di Guardia Medica. Quest'ultimo garantisce l'assistenza medica di base a domicilio per situazioni che rivestono carattere di urgenza e che si verificano nelle ore notturne o nei giorni festivi o prefestivi.

L'assistenza farmaceutica riguarda l'erogazione di farmaci, nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente, attraverso la rete delle farmacie convenzionate e i presidi delle Aziende Unità sanitarie locali.

L'assistenza territoriale domiciliare è costituita dal trattamento individuale, domiciliare, di pazienti non deambulanti e anziani e comprende sia l'assistenza domiciliare programmata

sia quella integrata. La prima è rivolta a pazienti non deambulanti con un programma di accessi concordato col Distretto e può essere, occasionalmente o stabilmente, supportata da interventi infermieristici e/o consulti specialistici e trattamenti riabilitativi. L'Assistenza Domiciliare Integrata è destinata, invece, a pazienti con patologie gravi che si trovano in condizioni di notevole dipendenza sanitaria e che possono necessitare anche della soddisfazione di bisogni sociali. Questi pazienti richiedono interventi ad elevata intensità assistenziale prestata da diversi professionisti che operano in maniera integrata sulla base di un programma definito, anch'esso, a livello distrettuale.

Attualmente, con il Piano Sanitario Nazionale 98/2000, si è attuata una ridefinizione dei livelli garantiti di assistenza, (illustrati in appendice nella tavola 9 livelli di assistenza sanitaria – Psn 1998/2000), e, di conseguenza, la riclassificazione delle attività e delle prestazioni in essi comprese, in tre grandi macro aree, riferite a:

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro;
- assistenza distrettuale;
- assistenza ospedaliera.

L'esigenza di tale riorganizzazione deriva da una logica dipartimentale, introdotta nel 1985 con la legge 595.

Si è cercato di dare maggiore enfasi alle attività del Dipartimento di prevenzione, nonostante nel testo della legge venga riconosciuto il ruolo svolto nell'ambito della prevenzione primaria e secondaria dall'assistenza distrettuale e da quella ospedaliera; in secondo luogo si è ritenuto opportuno raggruppare i livelli 2, 3 e 5, definiti dal Psn 94/96, tra cui figura l'assistenza sanitaria di base, per conferire una precisa identità al Distretto all'interno dell'azienda unità sanitaria locale in modo da facilitare coordinamento e integrazione di attività tra loro fortemente correlate; in ultimo si è deciso di accorpare assistenza ospedaliera

e attività di supporto all'organizzazione in quanto quest'ultima non deve essere considerata un'entità separata ma, viceversa, strettamente funzionale alle altre.

Il Piano Sanitario Nazionale individua il Distretto come uno dei tre macrolivelli di assistenza in cui si articola l'attività delle Aziende sanitarie. Esso costituisce una struttura operativa dell'Azienda Usl, dotata di autonomia gestionale e di spesa, un centro di servizi e prestazioni, che permette di dare risposte unitarie e globali, in termini di salute, definite da programmi stabiliti nei Piani per la salute redatti di comune intesa tra l'azienda e le amministrazioni comunali e con la partecipazione di cittadini, delle loro organizzazioni e associazioni.

Al distretto vengono attribuiti il coordinamento e l'integrazione delle attività assistenziali territoriali, inoltre i distretti organizzano i servizi di assistenza primaria (con l'integrazione dei medici di famiglia, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale ecc.), ambulatoriale e domiciliare; provvedono al sostegno alle famiglie, agli anziani, ai soggetti malati di AIDS e gestiscono le attività sanitarie e sociosanitarie delegate loro dai Comuni, coordinandosi con l'assistenza ospedaliera.

Un aspetto molto importante, riguarda la funzione primaria del distretto, consistente nell'analisi dei bisogni di salute e delle specificità delle risorse nelle diverse aree territoriali, nonché la promozione e lo sviluppo della collaborazione con la popolazione e le sue forme associative.

Da quanto detto emerge un ulteriore compito molto importante consistente, nelle intenzioni del legislatore, nella promozione e valorizzazione dell'integrazione tra servizi sanitari e rete sociale di solidarietà del territorio, sia essa formale o

informale<sup>5 (viii)</sup>, consolidando le possibili forme collaborative. Nel piano sanitario elaborato per il triennio 1999/2001 dalla Regione Emilia Romagna<sup>(ix)</sup>, a questo proposito, si fa specifico riferimento alla valorizzazione e al sostegno del ruolo della famiglia in relazione allo sviluppo di nuove forme di assistenza domiciliare che, dall'assistenza agli anziani, possano ad esempio estendersi ad altri gruppi di popolazione con problemi sanitari specifici.

Lo stato di attuazione dell'articolazione distrettuale è al momento, estremamente diversificato. Nella regione Emilia Romagna circa metà dei distretti fa riferimento a una popolazione approssimativa di 70.000 assistiti, alcune aziende coincidono col distretto mentre altri distretti si rivolgono a bacini di utenza più o meno grandi. Le dimensioni del distretto dovrebbero essere definite sulla base delle caratteristiche del territorio, degli insediamenti umani e degli insediamenti produttivi presenti, mentre il suo profilo organizzativo viene stabilito in relazione al numero di processi assistenziali e al tipo di prestazioni che gli vengono attribuite dalle specifiche strategie aziendali in base alla programmazione regionale. Il Piano sanitario regionale dell'Emilia Romagna, attualmente, prevede per ogni 100.000 abitanti un'articolazione del distretto di questo tipo:

- “100 medici di medicina generale e 15 pediatri di libera scelta, con in media 1 o 2 punti di guardia medica, notturna e festiva. (...);
- attività di Assistenza Domiciliare, che ha in carico giornalmente 46 persone in Assistenza Domiciliare Integrata, 82 in Assistenza domiciliare sociale a carico del Servizio Sanitario Nazionale ed eroga assegni di cura a 180 famiglie;
- 3 Presidi ambulatoriali polispecialistici, di cui uno per

<sup>5</sup> la sociologia distingue il gruppo formale da quello informale sulla base dell'esistenza di uno statuto o regolamento esplicito in vista di certi scopi o se la sua nascita è stata spontanea senza che siano state fissate regole precise.

prestazioni di media/elevata complessità, con la presenza settimanale media di un numero variabile fra 10 e 18 specialisti e due presidi dedicati ad attività di bassa complessità, con la presenza contemporanea di 4 specialisti. (...);

- 6 consultori pediatrici e 4 consultori familiari;
- 13 strutture residenziali e 9 semiresidenziali (RSA, case protette, centri diurni, etc.), (...);
- servizi sociosanitari rivolti alle persone disabili ed ai minori in situazione di disagio nelle quantità giustificate dai bisogni oggettivati;
- servizi amministrativi relativi all'accesso ai servizi e ai rimborsi per spese direttamente sostenute dai cittadini (protesi, presidi medico-chirurgici, etc.), (...). Accanto a questi servizi propriamente territoriali, trovano inoltre collocazione in ambito distrettuale le articolazioni organizzative del Dipartimento di prevenzione con particolare riferimento ai servizi sanitari e medico legali rivolti alle persone; le articolazioni distrettuali, territoriali e residenziali del Dipartimento di salute mentale e del SERT, le unità operative di neuropsichiatria infantile; i servizi sociosanitari rivolti alla popolazione portatrice di handicap ed ai minori.”

Il Piano sanitario regionale individua il Dipartimento delle Cure Primarie, costituito a livello distrettuale o sovradistrettuale, il quale rappresenta lo strumento organizzativo, che realizza la separazione delle responsabilità tecnico gestionali da quelle di programmazione strategica e garantisce la funzione di produzione dell'assistenza primaria relativamente a:

- assistenza medica di base (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, guardia medica);
  - assistenza specialistica ambulatoriale extraospedaliera;
- assistenza domiciliare (Assistenza Domiciliare Integrata, Assistenza Domiciliare Programmata, assistenza sociale, assistenza a malati oncologici e a persone con infezione da HIV);



- assistenza extra-ospedaliera, residenziale e semiresidenziale;
  - assistenza consultoriale, familiare e pediatrica.

Il Dipartimento delle Cure Primarie organizza la produzione sia delle funzioni sanitarie e sociosanitarie aziendali, sia di quelle socio assistenziali delegate dai Comuni. Le sue funzioni sono:

- fornire assistenza sanitaria di primo livello a tutta la popolazione del territorio di riferimento attraverso sia i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, sia gli specialisti ambulatoriali. I primi assicurano l'assistenza medica di base in forma singola o associata presso i propri studi e al domicilio dell'assistito, anche attraverso l'intervento in forma integrata di altre figure professionali, sia dell'ambito sanitario che sociale. I secondi garantiscono le attività diagnostiche, terapeutiche e riabilitative previste dal Piano Annuale di Attività presso strutture pubbliche o private accreditate;
  - assicurare servizi sanitari, socio assistenziali e di prevenzione per funzioni orientate a specifici problemi di salute o di fasce di età (disagio psichico, anziani, handicap, percorso nascita, dipendenze patologiche, salute donna-infanzia);
  - concorrere alla elaborazione dei programmi di attività distrettuali definendo il fabbisogno di prestazioni e di servizi in armonia con la programmazione aziendale e nell'ambito del Piano Annuale di Attività, avvalendosi anche della collaborazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

LEGGE 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", essenza ed applicazioni fino ad oggi e leggi che hanno permesso l'emanazione della legge 328.

#### LEGGI QUADRO (o LEGGI CORNICE)

E' innanzitutto importante considerare che nel diritto italiano, le LEGGI QUADRO (o LEGGI CORNICE), sono leggi della Repubblica Italiana aventi validità sull'intero territorio statale. Contengono i principi generali entro cui può esprimersi la funzione legislativa delle Regioni a statuto ordinario. Se pur dopo la riforma costituzionale, la categoria delle leggi quadro formalmente non esiste più, sono comunque vigenti numerose leggi

quadro emanate prima del 2001, come quella in argomento.

### SCOPO E OBIETTIVO

La Legge 8/NOV/2000, n.328 è stata progettata per assistenza e per promozione di interventi sociali, assistenziali e socio-sanitari con intenzione di garantire aiuto tangibile a persone e famiglie in difficoltà. Peculiarità della legge è, oltre la fondamentale assistenza del singolo individuo, anche il sostegno della persona all'interno del proprio nucleo familiare. Viene messa a fuoco la qualità della vita, la prevenzione, la riduzione e l'eliminazione delle disabilità, il disagio personale e familiare e il diritto alle prestazioni che sono gli obiettivi essenziali della Legge 328. Con questa innovativa legge viene istituito per la prima volta un fondo nazionale per le politiche e gli interventi sociali, aggregando e ampliando i finanziamenti settoriali esistenti per destinarli alla programmazione regionale e degli enti.

### DESTINATARI

Hanno diritto di usufruire delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali i cittadini italiani e, nel rispetto degli accordi internazionali, anche i cittadini di Stati appartenenti all'Unione europea ed i loro familiari, nonché gli stranieri, individuati ai sensi del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 art.41.

Ai profughi (persona che per motivi bellici, calamità, persecuzioni, ecc. sia stata costretta ad abbandonare il proprio luogo di residenza), agli stranieri ed agli apolidi (chi non è cittadino di alcuno stato) sono garantite le misure di prima assistenza.

La legge 328/2000 intende superare ulteriormente il concetto assistenzialistico dell'intervento sociale, nel senso che considera il cittadino non come passivo fruitore, ma come soggetto attivo e in quanto tale portatore di diritti, a cui devono essere destinati interventi mirati alla rimozione di situazioni di disagio psico-sociale e di marginalità ed abbandono.

### SERVIZI PREVISTI

Il capo III della legge in oggetto elenca le disposizioni relative alla realizzazione di particolari interventi sociali con particolare attenzione al soccorso delle persone disabili, anziani non autosufficienti e famiglie.

Sono infatti previste diverse misure:

Progetti individuali per le persone disabili: i comuni, d'intesa con le aziende unità

sanitarie locali (USL), predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto di assistenza individuale multidisciplinare ed integrato.

Il progetto di assistenza individuale multidisciplinare - integrato comprende:

- o valutazione diagnostico-funzionale;
- o prestazioni di cura e di riabilitazione a spese del Servizio sanitario nazionale (SSN);
- o servizi alla persona a cui provvede il comune, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale;
- o strategie economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale.

Nel progetto di assistenza individuale multidisciplinare - integrato sono definiti gli eventuali sostegni a favore del nucleo familiare. L'interessato indicherà nella tessera sanitaria, con modalità stabilite con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, i dati relativi alle condizioni di non autosufficienza o di dipendenza per accedere ai servizi ed alle prestazioni sociali.

Sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti: il Ministro per la solidarietà sociale, con proprio decreto, emanato in accordo con i Ministri della sanità e per le pari opportunità, determina annualmente la quota da riservare ai servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, al fine di promuoverne l'autonomia e quindi sostenere il nucleo familiare nell'assistenza domiciliare alle persone anziane che ne fanno richiesta e ne necessitano effettivamente. Una quota dei finanziamenti è riservata ad investimenti e progetti integrati tra assistenza e sanità, realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nel più confortevole e gradito ambiente familiare secondo le direttive indicate dalla presente legge.

Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari: il sistema integrato di interventi e servizi sociali riconosce e sostiene il peculiare ruolo delle famiglie valorizzandone i molteplici fondamentali compiti che le famiglie svolgono sia nei momenti critici e di disagio, sia nello sviluppo della serena vita quotidiana.

Inoltre, al fine di migliorare qualità ed efficienza degli interventi, gli operatori coinvolgono e responsabilizzano, rendendole partecipi e soggetti attivi, le persone bisognose e le rispettive famiglie nell'ambito dell'organizzazione dei servizi.

Nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali sono inoltre previsti i seguenti servizi:

- a) erogazione di assegni di cura e altri interventi a sostegno della maternità e della paternità responsabile, da realizzare in collaborazione con i servizi sanitari e con i servizi socio - educativi della prima infanzia;
- b) politiche di conciliazione tra il tempo di lavoro e il tempo di cura;
- c) servizi formativi ed informativi di sostegno alla genitorialità, anche attraverso la promozione del mutuo aiuto tra le famiglie;
- d) prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare, anche con benefici di carattere economico, in particolare per le famiglie che assumono compiti di accoglienza, di cura di disabili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani;
- e) servizi di sollievo, per affiancare nella responsabilità del lavoro di cura la famiglia, ed in particolare i componenti più impegnati nell'accudimento quotidiano delle persone bisognose di cure particolari oppure per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro;

f) servizi per l'affido familiare, per sostenere, con qualificati interventi e percorsi formativi, i compiti educativi delle famiglie interessate. Per sostenere le responsabilità individuali e familiari e agevolare l'autonomia finanziaria di nuclei monoparentali, di coppie giovani con figli, di gestanti in difficoltà, di famiglie che hanno a carico soggetti non autosufficienti con problemi di grave e temporanea difficoltà economica, di famiglie di recente immigrazione che presentino gravi difficoltà di inserimento sociale, i comuni, in alternativa a contributi assistenziali in denaro, possono concedere prestiti sull'onore, consistenti in finanziamenti a tasso zero secondo piani di restituzione concordati con il destinatario del prestito. I comuni possono prevedere, altresì, agevolazioni fiscali e tariffarie rivolte alle famiglie con specifiche responsabilità di cura e deliberare ulteriori riduzioni dell'aliquota dell'imposta comunale sugli immobili (ICI) per la prima casa, nonché tariffe ridotte per l'accesso a più servizi educativi e sociali.

#### CONDIZIONI DI APPLICABILITA' DELLA LEGGE

La legge annuncia che per realizzare i servizi sociali in modo unitario e integrato gli enti locali, le Regioni e lo Stato, ognuno nell'ambito delle proprie competenze, provvedano alla programmazione degli interventi e delle risorse: seguendo i principi di coordinamento ed integrazione tra gli interventi sanitari e dell'istruzione e le politiche attive del lavoro ma la legge aggiunge che tale programmazione deve essere fatta coinvolgendo anche il Terzo settore. La legge di riforma dell'assistenza ha tra i suoi punti di forza il coinvolgimento di soggetti pubblici e privati nell'erogazione dei servizi sociali. Per poter trovare applicazione, la legge stabilisce che l'autorizzazione è indispensabile per qualsiasi soggetto privato che voglia fornire servizi alla persona, anche se non è interessato a entrare nel circuito dell'assistenza pubblica;

se invece vuole diventare un "fornitore di servizi" dell'amministrazione pubblica, e quindi far parte del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, oltre ad essere un ente autorizzato deve anche essere accreditato. Ai Comuni è assegnato il compito di autorizzare e di accreditare i soggetti privati sulla base di un insieme di requisiti stabiliti dalle leggi regionali. Le Regioni definiscono tali requisiti raccogliendo, ed eventualmente integrando, i requisiti minimi fissati dallo Stato con decreto ministeriale del ministro della Solidarietà sociale.

**N.B. DEFINIZIONE TERZO SETTORE:** Il terzo settore è quel complesso di istituzioni che all'interno del sistema economico si collocano tra lo Stato e il mercato, ma non sono riconducibili né all'uno né all'altro; sono cioè soggetti organizzativi di natura privata ma volti alla produzione di beni e servizi a destinazione pubblica o collettiva (cooperative sociali, associazioni di promozione sociale, associazioni di volontariato, organizzazioni non governative, ONLUS, ecc.).

Il terzo settore (TS) si differenzia dal Primo, lo Stato, che eroga beni e servizi pubblici, e dal Secondo, il mercato o settore forprofit, che produce beni privati, e va a colmare quell'area tra Stato e Mercato nella quale si offrono servizi, si scambiano beni relazionali, si forniscono risposte a

bisogni personali o a categorie deboli secondo approcci che non sono originariamente connotati dagli strumenti tipici del mercato, né da puro assistenzialismo.

#### SOGGETTI EROGATORI

Programmazione, organizzazione ed erogazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e della presente legge. Stato, Regioni e Comuni svolgono compiti indispensabili nell'applicazione della legge e fruibilità dei servizi ad essa riconducibili:

lo Stato fissa un Piano sociale nazionale che indichi i livelli uniformi e di base delle prestazioni, stabilire i requisiti che devono avere le comunità-famiglie e i servizi residenziali nonché i profili professionali nel campo sociale ed infine ripartire le risorse del Fondo sociale nazionale e controllare l'andamento della riforma;

le Regioni dovranno programmare e coordinare gli interventi sociali, spingere verso l'integrazione degli interventi sanitari, sociali, formativi e di inserimento lavorativo, stabilire i criteri di accreditamento e vigilare sulle strutture e i servizi sia pubblici che privati, costituire un albo dei soggetti autorizzati a svolgere le funzioni indicate dalla normativa, stabilire la qualità delle prestazioni, determinare i livelli di partecipazione alla spesa da parte degli utenti, finanziare e programmare la formazione degli operatori;

In ultima analisi, i Comuni sono gli organi amministrativi che gestiscono e coordinano le iniziative per realizzare il "sistema locale della rete di servizi sociali integrati". A tal fine, i Comuni devono coinvolgere e cooperare con le strutture sanitarie, con gli altri enti locali e con le associazioni dei cittadini.

Dai Comuni dipende:

- o determinazione dei parametri per la valutazione delle condizioni di povertà, di limitato reddito e di incapacità totale o parziale per inabilità fisica e psichica, e le relative condizioni per usufruire delle prestazioni;
- o autorizzazione, accreditamento e vigilanza sui servizi sociali e sulle strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private;
- o garantire il diritto dei cittadini a partecipare al controllo di qualità dei servizi rendendoli parte attiva.

Le azioni, gli obiettivi e le priorità degli interventi comunali sono definiti nei Piani di

Zona. I Comuni devono anche realizzare ed adottare la Carta dei servizi sociali che illustra le opportunità sociali disponibili e le modalità per accedervi.

I Comuni, Regioni e Stato dovranno, infatti, coinvolgere e responsabilizzare il settore non-profit. I soggetti del Terzo settore sono inseriti tra gli "attori" della legge sia nella programmazione e organizzazione del sistema integrato (art. 1 comma 4) sia nell'erogazione dei servizi (art. comma 5).

#### COMMENTO DELLA LEGGE

Prima dell'approvazione della legge n. 328 del 2000, sull'assistenza sociale, il settore era ancora disciplinato dalla legge 17 luglio 1890, n. 6972 "legge Crispi". La prima riforma delle politiche sociali si è focalizzata sulla base di alcuni presupposti e principi di fondo, come riorganizzazione del territorio in ambiti territoriali adeguati, programmazione degli interventi in base alle caratteristiche ed ai bisogni della popolazione, integrazione tra servizi sanitari e sociali e partecipazione attiva nei servizi degli utenti e dei cittadini. In questo contesto, il ruolo dei Comuni è divenuto sempre più importante: sono i Comuni che realizzano, organizzano e gestiscono i servizi sociali, secondo le indicazioni elaborate a livello regionale. La "Carta europea delle autonomie locali", sottoscritta a Strasburgo il 15 ottobre 1985 e tradotta nella legge n.439/89, rappresenta la base fondamentale per lo sviluppo delle successive politiche sociali: introducendo principi basilari quali sussidiarietà, cioè la necessità di rispondere ai bisogni delle collettività locali; cooperazione, intesa come la capacità degli enti locali di associarsi fra loro per la tutela e la promozione dei loro comuni interessi e per la gestione associata dei servizi; auto-organizzazione, nel senso di capacità propria per la scelta della struttura amministrativa più idonea allo svolgimento delle funzioni. L'art.1 della legge n. 328 del 2000 affida, infatti, in posizione paritaria, agli enti locali, alle regioni ed allo Stato programmazione ed organizzazione dei servizi e degli interventi sociali.

Nell'intento di valorizzare al massimo grado il principio di sussidiarietà, le regioni dovranno riconoscere ed agevolare il ruolo di tutti i soggetti sociali, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, compreso quello degli enti riconosciuti dalle confessioni religiose, con cui lo Stato ha stipulato intese nell'organizzazione e nella gestione dei servizi sociali.

Sempre nel medesimo articolo, al comma 5, viene enunciato un altro importantissimo principio: alla gestione ed all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni ed altri organismi privati, in qualità di soggetti attivi nella progettazione, nell'organizzazione e nella gestione dei servizi e degli interventi sociali. La presente proposta di legge intende anche rispondere alle sollecitazioni contenute nella legge 28 agosto 1997, n. 285, recante disposizioni per la promozione di diritti, tutela ed opportunità per l'infanzia e l'adolescenza, nella parte in cui auspica il coinvolgimento degli enti locali, delle istituzioni pubbliche e private per la promozione dei diritti, la qualità della vita, lo sviluppo, la realizzazione individuale e la socializzazione dell'infanzia e dell'adolescenza, privilegiando l'ambiente a loro più consono, in attuazione dei principi della Convenzione sui diritti del fanciullo, resa esecutiva con

legge 27 maggio 1991, n.176.

#### ALTRE OSSERVAZIONI

La legge in esame prevede e promuove attività socio-assistenziali da parte di associazioni di cittadini: Onlus (Organizzazione non lucrativa di utilità sociale), cooperative sociali, organizzazioni di volontariato, enti di promozione sociale e fondazioni. Questi organismi possono offrire e gestire alcuni ulteriori servizi, alternativi a quelli degli enti pubblici, rivolti ai cittadini che ne hanno bisogno. Inoltre, rappresentanti di tutte le associazioni concorrono alla programmazione, organizzazione e gestione del sistema integrato dei servizi sociali insieme con la collaborazione delle istituzioni pubbliche. Le Regioni devono definire i requisiti necessari dei servizi offerti e devono controllare la qualità del loro operato, anche tramite l'istituzione di registri regionali delle organizzazioni autorizzate all'esercizio dei servizi socio-assistenziali.

## Gli obiettivi di salute del Piano Sanitario Nazionale.

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 si pone come obiettivo principale la promozione della salute. Nell'ambito del Progetto nazionale per la salute, contenuto al suo interno, questo macro obiettivo viene scomposto in cinque sottobiettivi particolari:

- promuovere comportamenti e stili di vita per la salute;
- contrastare le principali patologie;
- migliorare il contesto ambientale;
- rafforzare la tutela dei soggetti deboli;
- portare la sanità italiana in Europa.

Per ciascuno di questi traguardi il piano individua mete più specifiche da raggiungere e azioni da privilegiare negli interventi che saranno sviluppati successivamente in sede regionale e aziendale.

Il Progetto nazionale per la salute si estende lungo un arco temporale che va oltre l'anno 2000, in effetti nonostante il periodo di validità del piano sia ormai trascorso, esso coincide con la prima fase di un percorso di miglioramento dei livelli di salute che, pur non esaurendo tutti i bisogni sanitari del Paese, si propone traguardi realizzabili nel medio e lungo periodo.

Gli obiettivi specifici di salute del progetto sono riassunti in appendice nella tavola 10. Obiettivi del PSN 1998/2000 tratta dal Piano Sanitario Nazionale.

Gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale coinvolgono in misura più o meno importante i servizi di assistenza sanitaria di base.

Con l'obiettivo I il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 intende promuovere l'adozione di comportamenti e stili di vita in grado di favorire la salute. Si deve, infatti, riconoscere che



condizioni di morbosità, disabilità e mortalità prematura possono essere prevenute attraverso modelli comportamentali positivi e socialmente condivisi, in grado di ridurre l'impatto dei fattori di rischio, soprattutto con riguardo ai gruppi sociali più svantaggiati.

Ciò deve essere perseguito attraverso azioni concernenti in particolare programmi di educazione alimentare miranti all'adozione di standard nutrizionali sani, programmi di educazione sanitaria volti alla moderazione del consumo di alcool e tabacco e adozione di misure preventive e di disassuefazione, indirizzati alle diverse fasce della popolazione e particolarmente alle donne gravide, campagne di educazione sanitaria indirizzate all'adozione di adeguati regimi di attività fisica nelle diverse fasce di età.

L'obiettivo II si propone di contrastare le principali patologie che colpiscono la popolazione italiana e provocano il maggior carico di morte e disabilità o malattia prevenibili attraverso interventi di prevenzione primaria e/o secondaria.

Le aree di intervento sono state individuate in base all'importanza della patologia, ai dati epidemiologici riguardanti mortalità prematura, malattia e/o disabilità evitabile, e in base alla disponibilità di interventi efficaci di prevenzione primaria o di diagnosi precoce. Esse riguardano:

- malattie cardio e cerebrovascolari,
  - tumori,
  - malattie infettive,
  - incidenti e malattie professionali,
- altre patologie di particolare rilievo sociale (es.: diabete mellito, malattie reumatiche croniche, malattie dell'apparato cardio-respiratorio, con particolare riguardo all'asma bronchiale e alla bronchite cronica, malattie del sistema nervoso centrale, sia acute sia cronico degenerative, nefropatie, malattie dell'apparato digerente, specificamente nelle forme croniche e, in particolare, le

epatopatie di origine virale.

Si dovrà, inoltre, migliorare la qualità di vita della popolazione colpita, effettuare campagne di vaccinazione e di controllo e informazione sulle principali malattie infettive, predisporre programmi intersettoriali volti a favorire l'adattamento degli spazi domestici alle condizioni di disabilità e di ridotta funzionalità dei soggetti a rischio sviluppando campagne finalizzate all'informazione e alla sensibilizzazione nei confronti dei rischi presenti negli spazi domestici.

L'obiettivo III è stato individuato considerando che la valutazione dei fattori di salute ambientali, in particolare la qualità dell'aria, dell'acqua, degli alimenti e dell'ambiente, riveste un ruolo determinante per il mantenimento della salute. Essi dipendono in larga parte dai modelli di vita e dalle attività produttive sul territorio e, quindi, occorre raccogliere informazioni sulle correlazioni esistenti tra tali elementi, quando questi costituiscono fattori di rischio, e lo stato di salute della popolazione. Inoltre, in questo particolare ambito, si prospettano approcci multisettoriali, non limitati al solo campo sanitario, da attuare nel medio e lungo termine.

I soggetti deboli costituiscono l'oggetto dell'obiettivo IV. In questa denominazione vengono compresi tutti coloro che, trovandosi in condizioni di bisogno, vivono situazioni di particolare svantaggio e sono costretti a forme di dipendenza assistenziale e di cronicità.

In particolare, quindi, si fa riferimento ai disabili con un reddito al di sotto della soglia di povertà, agli immigrati, ai tossicodipendenti, ai malati psichici, con un particolare riguardo a quanti si trovano in fasi particolari della vita: nella vecchiaia, nella fase terminale o nell'adolescenza e infanzia. I gruppi sociali più svantaggiati sono illustrati alla Error! Reference source not found. (Fonte Istat).

Obiettivo fondamentale del Psn 1998-2000 è introdurre nel sistema sanitario condizioni di maggiore equità nella erogazione dei servizi. Ciò è possibile mediante l'attività del distretto e l'integrazione tra le professioni in modo da produrre valutazioni multidimensionali, dare risposte appropriate alle diverse condizioni di bisogno, tenendo conto del livello di autosufficienza e della disponibilità di risorse (economiche, personali, familiari, comunitarie o di altra natura).

L'obiettivo V del Piano individua, infine, le aree che richiedono, più di altre, uno sforzo di adeguamento al contesto ed al livello dell'Unione Europea:

- trapianti d'organo,
- riabilitazione,
- innovazione tecnologica,
- sorveglianza delle patologie rare,
- autosufficienza del sangue e degli emoderivati,
- sanità pubblica veterinaria,
- sistema informativo sanitario.

Nei primi mesi di quest'anno, l'allora Ministro della Sanità, Umberto Veronesi, ha presentato la relazione 2000 sullo stato sanitario del Paese<sup>(x)</sup>. Essa fa il punto sullo stato di attuazione del Piano e mette a confronto la salute dell'Italia con quella degli altri paesi Europei.

Da questo confronto è emersa l'immagine di un paese che si può considerare il più vecchio del mondo, da un punto di vista demografico; infatti l'indice di vecchiaia<sup>6</sup> italiano è attualmente il 122% (1999)<sup>7</sup> e corrisponde al più alto d'Europa. L'analisi delle cause mette in evidenza due fattori che concorrono in diversa maniera a determinare questo risultato.

<sup>6</sup> ottenuto dividendo la popolazione di 65 anni o più per la popolazione compresa tra 0 e 14 anni e rapportando il valore a 100.

<sup>7</sup> L'annuario Istat 2000 riporta 124,8% quale dato st

imato per l'anno 2000.

Da un lato si riscontra un dato favorevole che consiste nell'allungamento della vita. In particolare le aspettative di vita sia alla nascita sia valutate all'età di 65 anni risultano incrementate rispetto alle medie europee. Tale maggiore longevità è associata, in particolare alla diminuzione della mortalità per malattie cardiovascolari e alla minore mortalità prematura per cancro delle persone con età inferiore a 65 anni registrate negli ultimi 30 anni. Pur rimanendo la maggiore causa di morte per popolazione fino a 64 anni di età, le malattie cardiovascolari, e in particolare le malattie ischemiche cardiache, hanno registrato una diminuzione superiore alla media europea. Parimenti la mortalità maschile e femminile per tutti i tipi di cancro, e in particolare per il cancro al polmone nei maschi, risulta in diminuzione. Ciò si registra anche per le malattie respiratorie croniche dove, tra l'altro, i tassi di mortalità italiani risultano al di sotto della media europea.

Un dato importante riguarda l'attesa di vita priva di disabilità; all'età di 65 anni un italiano maschio ha una possibilità di vita esente da disabilità di 12 anni contro 10 di un francese e 8 di un inglese, mentre una donna italiana ne ha 14 contro rispettivamente 12 e 9. Questo dato deve far riflettere specialmente se si considera che, se il trend rimarrà costante, la percentuale della popolazione italiana con età maggiore di 64 anni è destinata, secondo le statistiche, a raggiungere percentuali vicine al 30% della popolazione totale rispetto all'attuale 16,8%.

Il secondo fattore, meno favorevole, che condiziona l'invecchiamento della popolazione riguarda la diminuzione della natalità.

Il tasso di natalità in Italia è attualmente il più basso nel mondo, anche il tasso di fertilità è diminuito drasticamente fino a valori attuali di 1,2 bambini per donna in età fertile. Accanto a questi dati si registra una positiva diminuzione del tasso di

mortalità infantile che si attesta al 6‰ dei nati vivi per i maschi e 5,2 ‰ per le femmine,(la media del 1980 era 8,2‰). Tale dato risulta parecchio al di sotto dell'obiettivo di salute per tutti posto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità anche se la media non rispecchia in pieno la distribuzione territoriale italiana in quanto vi sono aree in cui la mortalità infantile è ancora attorno all'8‰.

Per quanto riguarda le malattie infettive in Italia risultano eradicata la poliomielite e il tetano neonatale mentre esistono malattie che hanno registrato solo casi rarissimi negli ultimi 10 anni (rosolia congenita, difterite, malaria endogena). Risultano nella media europea le tossinfezioni alimentari e i dati relativi all'antibiotico resistenza, mentre i dati relativi all'incidenza<sup>8</sup> della tubercolosi sono tra i più bassi. Sono diminuiti rispetto al 1991 anche i dati riguardanti l'incidenza (del 32,8%) e soprattutto quelli riguardanti la prevalenza<sup>9</sup>, che è passata dal 30% al 15%, delle infezioni conclamate da HIV.

Malattie infettive che, invece, richiedono un particolare impegno dei servizi sanitari con un'intensificazione delle misure di controllo e di prevenzione sono, in particolare, morbillo, parotite, pertosse, meningiti da *Haemophilus influenzae*, epatiti A e B ed epidemie da malattie respiratorie come quelle indotte dal virus influenzale o dal pneumococco.

Infine un ultimo settore che registra annualmente un elevato numero di morti e un ancor maggiore numero di disabilità riguarda quello degli infortuni e degli incidenti domestici, stradali e sul lavoro. In particolare questi ultimi nel nostro paese fanno registrare i dati più elevati a livello europeo per quanto riguarda la mortalità.

<sup>8</sup> rapporto tra il numero di nuovi casi di una malattia manifestatisi in un dato periodo di tempo e la popolazione esposta.

<sup>9</sup> rapporto tra tutti i casi di malattia esistenti in un dato tempo e la popolazione esposta.

## La Medicina Generale

È necessario definire la Medicina Generale - o di famiglia , di base, del territorio, generica , come si vede non esistono criteri univoci di denominazione: differenze sociali, storiche, linguistiche e politiche hanno generato una proliferazione di termini ai quali si sono aggiunti confini legislativi e burocrazia.

Le diverse denominazioni attribuite a quest'area professionale, in realtà, mascherano diverse concezioni del sistema sanitario che si sono succedute nel Paese.

La disciplina della Medicina Generale trae fondamenti dalle aree delle dinamiche famigliari, delle relazioni interpersonali, del counselling e della psicoterapia ma la base rimane, comunque, clinica e privilegia soprattutto l'assistenza medica prestata all'uomo malato e all'uomo sano.

La medicina di famiglia consiste in quel complesso di funzioni, compiti ed abilità, rivolte alla prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione ed assistenza alle persone, all'interno del loro sistema sociale e familiare, posto dopo il livello dell'auto - cura e prima dei livelli ospedaliero e specialistico. "L'auto - cura implica la capacità dei genitori di gestire le malattie dei figli e quella degli individui di agire responsabilmente nei confronti della propria salute <sup>(xi)</sup> ." Il medico di medicina generale è il primo professionista a cui il paziente si rivolge una volta presa la decisione di chiedere un parere al medico. Data la natura stessa della medicina generale, i problemi che vengono sottoposti al medico presentano caratteristiche profondamente diverse tra loro sia dal punto di vista medico che dal punto di vista sociale. Il compito del medico consiste, perciò, nell'analisi del problema che gli viene sottoposto e, soprattutto nell'identificazione di tutti gli aspetti del problema, che possono anche essere latenti, ma che sovente sono significativi per elaborare una risposta adeguata e

coinvolgere, di volta in volta, altre figure professionali. In questo caso al medico di medicina generale resta il compito di coordinare gli interventi e contemporaneamente, quello di spiegare al paziente il significato della diagnosi, le procedure necessarie, le alternative terapeutiche disponibili.

La cura rappresenta la funzione più ovvia della medicina generale. I medici quotidianamente sono chiamati ad affrontare una gamma di disturbi e malesseri più o meno gravi: infezioni delle alte vie respiratorie, dolori di varia localizzazione, febbre, eritemi cutanei, disturbi gastrointestinali..... Questi disturbi spesso rappresentano condizioni autolimitanti che non necessitano di terapia. La capacità di valutare correttamente una situazione e di fornire un consiglio medico adeguato in ogni singola circostanza rappresenta una delle peculiarità del medico di medicina generale.

Anche le opportunità di prevenzione nella medicina generale sono numerose e si traducono in programmi di immunizzazione, educazione sanitaria, screening per individuare pazienti a rischio tra gli assistiti, valutazione periodica di parametri come colesterolemia e ipertensione. Una indagine recentemente compiuta in Europa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità sul profilo professionale del medico di medicina generale <sup>(xi)</sup> ha rilevato che, in media, un medico italiano effettua 26 visite ambulatoriali, fornisce 10 pareri telefonici al giorno e 17 accessi domiciliari settimanali, con percentuali di pazienti che lo consultano almeno una volta nel corso dell'anno che superano il 78%. Ciò si traduce in un numero di contatti medico paziente molto elevato.

La medicina generale si rivolge, quindi, soprattutto a persone sane o con malattie acute e croniche di elevata prevalenza e incidenza nella popolazione. Le principali caratteristiche della medicina generale sono <sup>(xii)</sup>:



- la generalità in quanto non esclude alcuna categoria di popolazione né alcun tipo di patologia;
  - la continuità in quanto si basa su una relazione interpersonale di lunga durata tra paziente e medico e interessa l'assistenza sanitaria agli individui per lunghi periodi della loro vita;
  - la globalità in quanto riguarda promozione integrata della salute, prevenzione delle malattie, terapia, riabilitazione, supporto psicologico e sociale;
- il coordinamento in quanto il medico di medicina generale ha in carico la responsabilità delle cure in relazione ad altri operatori della salute;
  - la collaborazione in quanto opera con altri professionisti in un rapporto multidisciplinare di team;
- l'orientamento alla famiglia in quanto l'individuo è considerato nella sua situazione familiare, socioculturale e lavorativa;
  - l'orientamento alla comunità in quanto gli individui sono visti nel contesto della vita della comunità locale.

Le condizioni che permettono al medico di medicina generale di erogare servizi di qualità sono rappresentate da condizioni strutturali organizzative e professionali quali:

- utenza ben definita;
- servizio a tutta la popolazione;
- ambiente di lavoro facilmente accessibile;
- sistema di consulto, collaborazione, scambio di informazioni;
- sistema retributivo equilibrato tra retribuzione fissa, quota capitaria e notula in modo da incoraggiare una varietà di servizi e qualità;
  - cartelle cliniche complete e orientate al problema;
  - lavoro in team;
  - organizzazione dell'ambulatorio (strutture, apparecchiature,

personale ausiliario);

- formazione di base, specialistica e permanente;
  - possibilità di ricerca;
  - valutazione della qualità;
- organizzazioni professionali in grado di identificare le esigenze professionali e promuoverne lo sviluppo<sup>10</sup>.

L'assistenza di medicina generale, insieme a quella infermieristica, specialistica ambulatoriale, domiciliare, farmaceutica, residenziale e semi residenziale, pediatrica e consultoriale rientra nelle forme di assistenza garantita dal Dipartimento di Cure Primarie (DPC) attraverso l'emanazione dei Nuclei per le Cure Primarie (NCP), vero braccio sul territorio. È, infatti, a livello del NCP che si realizza l'integrazione professionale e operativa delle varie figure, indipendentemente e nel rispetto delle strutture organizzative di appartenenza, siano esse articolazioni del Servizio Sanitario Nazionale o dei Comuni.

Il rapporto fra il Servizio Sanitario Nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, è disciplinato da apposite convenzioni nazionali sulla base delle quali vengono stipulati Accordi Collettivi Nazionali e Regionali che possono dar luogo a modelli organizzativi differenti nelle varie Regioni Italiane.

L'accesso alle funzioni di medici di medicina generale è disciplinato secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti di un attestato di formazione in medicina generale o di un titolo equipollente, prevedendo altresì che la graduatoria evidenzii i medici forniti dell'attestato, per poter riservare loro una percentuale predeterminata di posti in sede di copertura delle

<sup>10</sup> A livello nazionale esistono organizzazioni sindacali e accademiche di diversa impostazione; a livello internazionale esiste, ad esempio, l'Organizzazione Mondiale dei College e delle Accademie dei medici generalisti e di famiglia (WONCA).

zone carenti <sup>(xiii)</sup> .

La maggioranza delle attività di Medicina Generale si realizza nei NCP sia come attività ambulatoriale sia domiciliare. L'organizzazione distrettuale, infatti, deve garantire alla popolazione di riferimento l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale – pur nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni – fra i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di guardia medica e della medicina dei servizi, anche sviluppando forme di associazionismo professionale <sup>(xiv)</sup> .

Può essere utile analizzare, a questo punto, i vari modelli organizzativi, (peraltro già sperimentati in alcune aziende del Servizio Sanitario Nazionale), elencati dal più semplice e vicino alla realtà , a quello maggiormente complesso <sup>(xv)</sup> .

Il medico singolo Gatekeeper. Tale modello sostanzialmente si sovrappone al modello dominante la medicina di base in Italia è, infatti, il medico di medicina generale che lavora da solo nel proprio ambulatorio senza sostanziali rapporti né con le strutture distrettuali né con i colleghi.

Il modello organizzativo di TEAM. Consiste in un legame funzionale tra i medici di medicina generale che si suddividono in gruppi omogenei per discutere tra pari problematiche cliniche ed organizzative. Il TEAM costituisce il fulcro del sistema di programmazione e controllo in quanto il sistema di budget individua come centro di responsabilità, con cui negoziare obiettivi e risorse, il TEAM stesso.

Il TEAM non costituisce una formula associativa vera e propria ma un meccanismo organizzativo per condividere obiettivi e risorse, per permettere ai medici di medicina generale di dialogare tra loro. Dal punto di vista organizzativo, i TEAM potrebbero costituire anche un legame tra una o più medicine di

gruppo o di più medicine in rete o entrambe queste due soluzioni, rappresentando il TEAM nel suo complesso un centro di responsabilità del sistema di programmazione e controllo.

La medicina in Rete. Questo modello organizzativo rappresenta una formula di passaggio verso l'associazionismo medico: il singolo medico rimane ancora ad operare individualmente nel proprio ambulatorio, ha gli obiettivi di budget condivisi con i colleghi della rete, analogamente a quanto avviene nella medicina in TEAM, ma condivide alcuni fattori produttivi ed elementi organizzativi comuni a tutti i membri della rete. Questo assetto presuppone la connessione in rete dei medici di medicina generale che devono essere, quindi, informatizzati.

Medicina di Gruppo. Prevede che vi sia la condivisione degli ambulatori da parte dei medici di medicina generale aderenti, garantendo importanti livelli di continuità assistenziale diurna. All'interno delle medicine di gruppo vi è da parte dei medici la possibilità di sostituirsi a vicenda, senza che i pazienti possano revocare il proprio medico a favore di un collega (vige il blocco delle scelte in base alla Convenzione).

Medici di medicina generale inseriti nelle Strutture Distrettuali. Questo modello prevede la possibilità per i medici di medicina generale di operare all'interno del Distretto collaborando con i professionisti dell'azienda unità sanitaria locale presenti sul territorio e utilizzando le infrastrutture e le tecnologie a disposizione. In altri termini i medici di medicina generale utilizzano spazi aziendali operando in gruppo, sia esso un TEAM, una Rete o medicina di Gruppo. Questo modello presuppone un forte sforzo culturale di collaborazione e di coordinamento reciproco tra distretto e medici di medicina generale e prevede coinvolgimento e partecipazione nella gestione delle politiche sanitarie distrettuali che può essere a vario livello.

I medici di medicina generale possono operare fisicamente nel distretto senza però dividerne alcun fattore produttivo, contando solo sul vantaggio della contiguità con le strutture amministrative e specialistiche. I medici di medicina generale possono condividere, oltre agli spazi, alcuni fattori produttivi (personale infermieristico, amministrativo, tecnologie biomedicali, servizi di prenotazione, di pulizie ecc...) con livelli di integrazione più espliciti. Infine, essi possono essere coinvolti direttamente nella gestione del distretto, attraverso comitati consultivi o di direzione, partecipando direttamente all'impostazione delle principali politiche sanitarie (organizzazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata, raccordo con assistenza ospedaliera ecc...). In questo caso il centro di responsabilità che si prefigura in una logica di budget aziendale, relativamente alla medicina nel distretto, sarà correlato al livello di integrazione realizzato.

Le Cooperative di medici di medicina generale. Sono realtà molto importanti e rappresentative in alcune regioni italiane. Pur non contrastando affatto con i modelli organizzativi presentati, esse non vengono inserite tra di loro in quanto, più che uno strumento di integrazione tra medici di medicina generale e distretto, costituiscono uno strumento gestionale e di raccordo tra i medici stessi favorendone il dialogo e la condivisione di obiettivi, di linee guida e di strumenti di lavoro.

Ricapitolando, il ruolo del medico di medicina generale consiste nella fornitura di un servizio di assistenza sanitaria che sia universalmente disponibile per tutti, continua, focalizzata alla persona, olistica, particolarmente attenta alla famiglia, collegata agli altri aspetti della sanità e organizzata all'interno di un'appropriata struttura amministrativa.

## LE DIMISSIONI DIFFICILI: INTEGRAZIONE OSPEDALE E TERRITORIO IL VUOTO DOPO LE DIMISSIONI

La fase delicata che segue le dimissioni dall'ospedale può comportare disagi per i soggetti più deboli che necessitano di assistenza particolare. La dimissione può rappresentare un aspetto critico per il paziente, la sua famiglia, gli operatori che dimettono e quelli che accolgono; essa costituisce un diritto della persona assistita.

Nel caso di pazienti con bisogni assistenziali complessi, i criteri di dimissibilità che devono necessariamente essere soddisfatti sono i seguenti:

- la tipologia di cure erogate non è più adeguata ai bisogni della persona;
- la decisione è stata assunta in modo multidisciplinare e sono state valutate le necessità della persona dopo la dimissione;
- esiste un servizio (anche il domicilio) verso cui la persona possa essere dimessa in modo sicuro e tale servizio è informato/ disponibile alla presa in carico;
- la persona/ famiglia è stata informata e possiede le competenze necessarie;
- la persona/ famiglia si sente pronta ad affrontare il passaggio.

In riferimento alla persona è necessario tener conto che essa va considerata in tutte le sue dimensioni ( fisica, psicologica, socio-culturale, spirituale, ecc..), ma anche in quanto facente parte di sistemi più ampi ( famiglia e comunità ), i quali possono, a loro volta, essere valutati tenendo conto di tutte le loro dimensioni. Persone, famiglie e comunità devono essere viste come "intere".

La creazione di una dimissione "concordata", attraverso un processo di negoziazione tra l'infermiere e la persona/ famiglia, prevede quattro fasi: 1) sviluppo di un progetto dettagliato, 2) raggiungimento di un accordo, 3) realizzazione del piano, 4) dimissione della persona.

La comunicazione tra i professionisti di un ospedale per acuti e le strutture territoriali è lacunosa, poiché scarsa è la diffusione o la completezza di strumenti quali la lettera di dimissione.

La lettera di dimissione infermieristica dovrebbe caratterizzarsi per un linguaggio scientifico ma condiviso, la descrizione della situazione al momento dell'ammissione, della situazione attuale e di quella prevedibile nel futuro, la descrizione degli interventi , anche educativi, effettuati.

In realtà la lettera di dimissione infermieristica presenta dei problemi:

- mancanza di modelli infermieristici comuni;
- tempo per la stesura;
- necessità per chi accoglie di avere conoscenze specialistiche;
- scarsa conoscenza circa le funzioni dei colleghi dei servizi diversi;
- precisa individuazione del destinatario delle informazioni ( infermiere o persona/ famiglia assistita?).

## INTEGRAZIONE DELLE CURE:

### AMBITI DI RESPONSABILITÀ DELL' INFERMIERE

Alcuni articoli del nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere mettono in evidenza il ruolo dell'infermiere, che oggi è legato al concetto di salute pubblica e sviluppo della comunità, oltre che al mondo dell'infermieristica di famiglia.

Articolo 7: "L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile anche quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità".

Articolo 19: "L'infermiere promuove stili di vita sani e la diffusione del valore e della cultura della salute e della tutela ambientale ; a tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori".

Articolo 21: "L'infermiere rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con la comunità e con le persone per lui significative, coinvolgendole nel piano dell'assistenza".

Articolo 27: "L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi".

Articolo 32: "L'infermiere si impegna promuovere la tutela degli assistiti che si trovano in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni".

L'attività assistenziale erogata dagli infermieri dovrebbe essere percepita da questi, come parte integrante di un progetto globale relativo alla persona. Integrare vuol dire rendere qualcosa completo o più valido, più efficace aggiungendovi ulteriori elementi. Dal punto di vista professionale, integrare implica garantire un approccio multidisciplinare per leggere il bisogno in modo unitario, ma anche assicurare un approccio continuo, non episodico, considerando "intera" l'assistenza.

Il PSN 2003/2005 indica la necessità che si costituisca una rete integrata dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali. E' fondamentale il passaggio culturale che vede contrapposti non più assistenza ospedaliera ed extraospedaliera, bensì assistenza territoriale ed extraterritoriale. Il distretto sanitario rappresenta, quindi, il luogo dell'assistenza primaria, dell'integrazione e della continuità assistenziale. E' necessario, perciò, favorire l'integrazione tra MMG e Pediatri di libera scelta (PLS) e altri professionisti del territorio e completare l'offerta dei servizi di cure intermedie (se possibile, ospedale di comunità). Le cure intermedie possono essere definite come "area dei servizi integrati, sanitari e sociali, residenziali e semi-residenziali, finalizzata a garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera, a favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti".

L'Ospedale di comunità (Country Hospital) è una "struttura residenziale e semi-residenziale intermedia, risponde ai bisogni di salute di coloro che non necessitano, secondo il MMG, della complessità del secondo livello assistenziale (Ospedale per acuti) ma che, nel contempo, non possono vedere

risolti i loro problemi socio-sanitari attraverso l' Assistenza Domiciliare Integrata o le Residenze Sanitarie Assistenziali a indirizzo soprattutto riabilitativo. Vi è la gestione diretta dei posti letto da parte del MMG”.

#### DIMISSIONE “DIFFICILE” E CONTINUITA’ ASSISTENZIALE

La dimissione “difficile” propria dei cosiddetti pazienti “complessi”, rappresenta un problema clinico, organizzativo e sociale, sempre più frequente e grave, la cui risoluzione non può che risiedere in una maggiore integrazione fra ospedale e territorio. Ciò significa miglior utilizzo di tutte le opzioni organizzative, ospedaliere e territoriali, disponibili, in un’ottica di “rete”, cioè di comunicazione ed interazione continua tra tutti gli attori della catena assistenziale.

I pazienti “complessi”, che necessitano maggiormente di continuità delle cure sono:

- pazienti post-acuti dimessi dall’ospedale che corrono rischi elevati, ove non adeguatamente assistiti, di ritorno improprio all’ospedale. Essi necessitano di competenze cliniche ed infermieristiche, con l’affidamento ad un case manager, in una struttura dedicata o a domicilio;
- pazienti cronici, stabilizzati sul territorio, con elevati bisogni assistenziali e rischio di ricoveri inappropriati ove non adeguatamente assistiti. Il percorso di cura richiede una forte integrazione tra team multidisciplinari di cure (medico, infermiere ed assistente sociale), con luogo di cura il domicilio del paziente o una struttura protetta;
- pazienti cronici complessivamente in buone condizioni di salute che hanno come obiettivo il monitoraggio del loro stato di salute, risiedono al domicilio e hanno le caratteristiche necessarie per essere educati all’autocura e al self empowerment (asma, diabete).

La continuità assistenziale ha, infatti assunto significati diversi nella medicina di base, nella salute mentale, in riferimento ai pazienti cronici o in condizioni specifiche. In tutte le discipline viene comunque riconosciuto che per un’assistenza di alta qualità sono fondamentali 3 tipi di continuità: quella informativa, quella gestionale e quella interpersonale o relazionale.

La continuità assistenziale può essere definita come un concetto multidimensionale che racchiude in sé due elementi fondamentali: un’esperienza assistenziale vissuta dal paziente con il suo provider (tutte le figure che forniscono servizi di salute) e un’assistenza protratta nel tempo. Per essere considerata tale, la continuità assistenziale deve essere vissuta come connessa e coerente e deve comprendere in sé il significato di:

- a) raccolta organizzata di informazioni mediche e sociali prontamente disponibili per qualsiasi operatore coinvolto nella cura (continuità informativa);
- b) erogazione di servizi tempestivi e puntuali all’interno di un piano di gestione condiviso (continuità gestionale o organizzativa);
- c) relazione continua tra pazienti e operatori caratterizzata dalla fiducia del paziente e dalla personale responsabilità dell’operatore. Il contatto



prolungato tra professionista e paziente rappresenta il connettivo che collega l'assistenza nel tempo (continuità interpersonale e relazionale).

Uno dei principali obiettivi del SSN è garantire la continuità delle cure:

- tra i diversi professionisti intra ed extarospedalieri, in modo che la frammentazione nata dallo sviluppo di competenze ultraspecialistiche si integri in un quadro unitario (lavoro in team, elaborazione ed implementazione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi etc.);
- tra i diversi livelli di assistenza soprattutto nel delicato confine tra ospedale e territorio, il post dimissione, che il paziente a volte si vede costretto ancora ad affrontare da solo, al di fuori di un percorso conosciuto e condiviso;
- del trattamento terapeutico quando necessario.

Il modello assistenziale orientato alla continuità delle cure prevede il disegno di appositi percorsi e la presa in carico costante nel tempo da parte di un team caratterizzato da competenze sociali e sanitarie, nonchè il monitoraggio mediante adeguati strumenti di valutazione di appropriatezza, anche tenuto conto di quanto reso disponibile attraverso il Sistema Tessera Sanitaria, delle fasi di passaggio tra i vari setting assistenziali.

Una modalità organizzativa atta a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali è il Punto Unico di accesso (PUA), che opera attraverso la raccolta di segnalazione, orientamento e gestione della domanda, attivazione di prestazioni per bisogni semplici, oltreché avvio della valutazione multidimensionale (UVM) per i bisogni complessi, migliorando la collaborazione e il coordinamento tra le diverse componenti, pubbliche e non, sanitarie e sociali, impegnate nel percorso di cura, al fine di garantirne l'unitarietà. Per gli assistiti che vengono dimessi dall'ospedale e presi in carico sul territorio la continuità delle cure deve essere garantita, già durante il ricovero, da un'attività di valutazione multidimensionale che prenda in esame sia le condizioni cliniche sia quelle socio assistenziali del paziente ai fini di definire, in accordo con il MMG e durante il ricovero stesso, il percorso assistenziale più idoneo in compatibilità con la rete dei servizi sociali e distrettuali esistente.

Anche nella gestione integrata delle cronicità il MMG è il principale referente e corresponsabile della presa in carico e del percorso diagnostico terapeutico più appropriato per il paziente stesso.

Istruzioni precise su dove e come, ricevere assistenza continuativa sono essenziali per garantire risultati di cura ottimali e soddisfacimento di tutti i bisogni sanitari. L'ospedale instaura rapporti con gli erogatori di prestazioni socio-sanitarie presenti sul territorio, fornisce le istruzioni al paziente e, dove opportuno, ai suoi familiari, in maniera semplice e comprensibile.

E' previsto un processo per dimettere il paziente in modo appropriato oppure indirizzarlo ad altra struttura. L'invio di un paziente presso un altro professionista o un'altra struttura assistenziale esterni all'ospedale oppure le dimissioni presso il domicilio o la famiglia si fondano sullo stato di salute del paziente e sulla necessità di proseguire il trattamento. Il medico curante, oppure il soggetto responsabile della cura del paziente, stabilisce quando il

paziente è pronto per la dimissione. E' necessario un percorso organizzato per garantire che la continuità dei bisogni del paziente sia soddisfatta da professionisti sanitari idonei o da soggetti esterni appropriati come ad esempio l'assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale. Laddove opportuno, l'ospedale comincia a pianificare i bisogni di continuità prima possibile, già durante il processo di cura. I familiari sono coinvolti nel processo di pianificazione delle dimissioni in funzione dei bisogni del paziente.

Preso atto della situazione clinica, deve essere precocemente attivata l'Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM) del territorio/ASL della persona al fine di organizzare il rientro domiciliare protetto. L'UVM provvede alla valutazione sociale e psicologica del nucleo familiare, all'analisi del domicilio, al supporto per gli adattamenti necessari e, inoltre, alla definizione del programma personalizzato socio-assistenziale. Il bisogno clinico-assistenziale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionali ( scheda SVAMA o BRASS). Da qui inizia il percorso dell'integrazione, della cosiddetta unità di valutazione multidimensionale, composta da diversi professionisti tra i quali, l'infermiere. E' l'avvio della presa in carico della persona, con la costruzione di un progetto di assistenza individualizzato (PAI) per ciascun paziente. Successivamente, il Distretto, attraverso il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI):

- coinvolge il MMG del soggetto;
- informa i familiari sui servizi territoriali forniti;
- identifica il case-manager in base alle competenze necessarie ai bisogni prioritari ed al percorso del paziente;
- forma i familiari ed il care-giver;
- stabilisce un'alleanza terapeutica con il familiare/care-giver.

Inoltre il Distretto fornisce gli ausili ed i sussidi ritenuti indispensabili dall'UVM. La valutazione del paziente deve essere ripetuta periodicamente al fine di aggiornare il piano terapeutico-assistenziale.

Le cure domiciliari vengono articolate in base

- alle prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, anche ripetute nel tempo, che non richiedono la presa in carico della persona con la valutazione multidimensionale. Ci troviamo di fronte a cure domiciliari di tipo prestazionale. Queste sono avviate dal MMG o dal PLS ( pediatra di libera scelta) o da altri servizi distrettuali.

- Cure domiciliari integrate di primo e secondo livello. Nel primo livello le prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, di assistenza farmaceutica si rivolgono a persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale con programmi articolati sino a 5 giorni ( I° livello) o su 6 giorni (II° livello) in relazione alla complessità del caso.

- Nel terzo livello troviamo condizioni più difficili da gestire. Riguardano persone con patologie che presentano un elevato livello di complessità con

sintomi di difficile controllo; richiedono una continuità assistenziale ed interventi programmati e articolati sui 7 giorni.

La responsabilità clinica è sempre affidata al MMG o al PLS oppure al medico competente per la terapia del dolore, secondo gli indirizzi regionali.

### OBIETTIVI DIMISSIONE OSPEDALIERA PROTETTA (DOP)

L'obiettivo generale è garantire la continuità assistenziale nel percorso ospedale – domicilio – RSA – RSSA , Residenza protetta , Hospice.

Gli obiettivi specifici sono i seguenti:

1. adottare funzioni, responsabilità, criteri e strumenti per individuare in modo chiaro ed immediato i pazienti fragili, che necessitano di percorsi di continuità assistenziale;
2. migliorare e sviluppare il processo di continuità assistenziale attraverso l'attuazione di modalità di comunicazione sistematica e verificabile fra i servizi coinvolti;
3. promuovere un ruolo attivo del familiare e, se possibile, della persona/paziente, nel percorso di cura;
4. promuovere e diffondere una più adeguata conoscenza dei servizi ospedale-territorio da parte dei cittadini che ne sono fruitori;
5. facilitare l'accesso e la fruibilità delle risorse attivabili nel passaggio dall'ospedale al territorio, con particolare riferimento all'assistenza a domicilio, sia di competenza sanitaria, sia sociale;
6. migliorare l'efficacia della fase di dimissione ospedaliera, favorendo, contrastando, tra l'altro, il fenomeno dei ricoveri ripetuti per la medesima patologia.

### SOGGETTI COINVOLTI NELLA DOP

Come parte attiva all'interno del protocollo di dimissioni protette sono coinvolti:

I pazienti

L'Azienda Ospedaliera

Gli Ambiti Socio Assistenziali

I Medici di medicina generale

Le Aziende pubbliche di servizi alla persona, Case di Riposo, Residenze Polifunzionali

Le Associazioni e le cooperative che gestiscono servizi di volontariato.

I familiari/caregiver

### DESTINATARI DOP

Soggetti che costituiscono la popolazione di riferimento del protocollo possono essere distinti in tre diversi livelli di complessità; essi corrispondono a tre livelli individuati dalla scala "Brass" come a "basso", "medio" ed "alto rischio":

1. pazienti che al momento della dimissione sono in grado di raggiungere in autonomia i luoghi di erogazione dei servizi, cognitivamente orientati e con una rete familiare presente; sono in grado di gestire, in autonomia o

supportati dal caregiver, l'assunzione della terapia; sono capaci di mantenere e sviluppare relazioni significative con le persone basso rischio della scala Brass;

2. pazienti che hanno difficoltà a gestire autonomamente la cura di sé, del proprio ambiente di vita, le proprie relazioni sociali, con funzioni cognitive dubbie, autonomia limitata e impossibilità/difficoltà a raggiungere autonomamente i luoghi di erogazione delle cure; in difficoltà nell'assunzione autonoma della terapia, con assente o insufficiente compensazione della rete familiare e che necessitano, al momento delle dimissioni, del supporto di servizi sociali e sanitari a domicilio medio rischio della scala Brass;

3. pazienti per i quali è necessario effettuare una approfondita valutazione multidisciplinare, quali: persone non autosufficienti o con grave disabilità che presentano un elevato grado di dipendenza e che, in assenza o in situazioni di grave inadeguatezza della rete di aiuto familiare, necessitano di essere assistite e sostenute nelle funzioni elementari della vita (cura di sé, del proprio ambiente di vita, relazioni sociali) e/o abbisognano di prestazioni sociali e sanitarie continuative, che comportano l'attivazione della complessa rete dei servizi sociali e sanitari alto rischio della scala Brass.

I destinatari del percorso di dimissioni – protette/continuità assistenziale appartengono alle due ultime categorie ed in particolare alla terza.

## FASI DEL PERCORSO DOP

Partendo dal presupposto che il momento del ricovero é cruciale per la buona riuscita di un percorso di dimissioni protette, è necessario individuare tre fasi: degenza in ospedale per acuti, dimissione e presa in carico dal distretto, ammissione.

Per ognuna di queste fasi si individua l'operatore incaricato e responsabile di metterla in atto, le modalità e gli strumenti per farlo, i tempi massimi, i criteri di valutazione del risultato e relativi indicatori.

### FASE di DEGENZA IN OSPEDALE

L'ICA (infermiere di continuità assistenziale) prosegue nella valutazione dei bisogni del paziente, aggiornando eventualmente la classificazione già effettuata, dandone tempestiva comunicazione al PUA distrettuale utilizzando la scheda di continuità assistenziale.

Mantiene i rapporti con il paziente ed i suoi familiari assumendo la funzione di persona di riferimento per la preparazione della fase di dimissione protetta. L'ICA comunica la situazione del paziente e la data presunta di dimissione al PUA che a sua volta lo comunicherà al MMG.

Il medico di reparto, in casi particolari in cui lo ritenga necessario, comunicherà al MMG la situazione del paziente e la data di dimissione, per favorire la continuità clinica delle cure.

Il medico specialista, per la propria relativa competenza, predisponde le prescrizioni di eventuali presidi ed ausili necessari al momento del rientro a

domicilio o dell'accoglimento in residenza protetta del paziente.

Il servizio fisiatrico ospedaliero si impegna a incaricare un operatore di prendere contatto settimanalmente con l'ICA per verificare e valutare le persone per le quali è necessario un progetto riabilitativo in fase estensiva.

Il PUA socio-sanitario si impegna ad alimentare un fascicolo personalizzato per i pazienti segnalati, fornendo un feedback agli operatori del reparto su ogni sviluppo delle conoscenze acquisite e sulla programmazione messa in atto nei confronti dei casi in attesa di dimissione.

Si considerano le successive diverse evenienze:

- se il paziente è già conosciuto dal servizio distrettuale si rivaluta la situazione alla luce dei nuovi elementi emersi con il ricovero, si scambiano informazioni utili fra ICA e coordinatore PUA del distretto di competenza (telefonicamente e/o face to face attraverso accesso dell'infermiere territoriale in reparto); si verifica la necessità di approntare variazioni e/o sostanziali cambiamenti al progetto assistenziale individualizzato (PAI) precedentemente avviato nei confronti del paziente;

- se il paziente non è conosciuto, il PUA socio sanitario distrettuale si attiva per valutare la situazione della persona per diversi aspetti (ricognizione relativa a condizione abitativa, rete familiare, ecc.), predispone un piano assistenziale post dimissione e scambia informazioni utili sull'utente con l'ICA.

L'ICA terrà costantemente aggiornati i vari servizi attivati, rispetto alle variazioni sul singolo caso e gestisce le comunicazioni con il paziente e i suoi parenti (informazioni sullo sviluppo della malattia e sulle conseguenze, addestramento alla gestione dei problemi emergenti del paziente, alle modalità di accesso ed all'utilizzo di farmaci e presidi) comunicando ad essi tempestivamente la data di dimissione.

Responsabile delle azioni in fase di degenza:

1. ICA : raccordo comunicativo con operatori PUA dei distretti e con il paziente e i suoi familiari;

2. medico specialista ospedaliero: prescrizione dei presidi, ausili o medicinali speciali, da fornire tempestivamente al paziente al momento della dimissione, certificazioni necessarie per le istanze di riconoscimento dell'invalidità civile e dello stato di handicap; comunicazione al MMG, in casi particolari in cui lo ritenga necessario, relativamente ad eventuali aspetti clinici necessari al proseguimento delle cure mediche dopo la dimissione e comunicazione della data presunta di dimissione;

3. fisioterapista ospedaliero per valutazione fabbisogno di progetto riabilitativo (comprensivo di dotazione di presidi, ausili e protesi);

4. Infermiere e assistente sociale del P.U.A.: recepimento della segnalazione dal reparto, apertura ed alimentazione di un dossier relativo ai problemi ed alle risorse del paziente e della sua famiglia, pianificazione di un primo intervento di assistenza post dimissione (PPD).

Strumenti:

1. schede di valutazione del grado di autonomia raggiunta dal paziente/caregiver rispetto alle problematiche assistenziali della persona;

2. materiale educativo/informativo sulle problematiche assistenziali;
3. prescrizione medico specialista per farmaci speciali, presidi, ausili o protesi;
4. eventuali certificazioni mediche (per inv. civile o stato di handicap; per esenzione ticket);
5. scheda di segnalazione conclusiva per i soggetti valutati in classe di rischio “medio” alla scala Brass;
6. scheda di continuità assistenziale per i pazienti valutati in classe di rischio “grave” alla scala Brass, comprensiva di eventuale progetto riabilitativo;
7. fascicolo personale con dossier problemi/risorse presso PUA;
8. Piano di assistenza post dimissione (PPD) presso PUA.

#### FASE di DIMISSIONE e PRESA IN CARICO DAL DISTRETTO

Il paziente rientra a domicilio, o viene accolto in RSA o in struttura residenziale protetta per anziani, dove si attiva immediatamente il piano di assistenza post dimissione (PPD) e sono concluse, o in fase avanzata di attivazione, le forniture di farmaci e presidi. Il paziente ed i suoi familiari sono pronti ed in grado di provvedere, per quanto nelle loro possibilità, ai nuovi bisogni di assistenza e cura. Sono anche disponibili a sottoporsi ad un'ulteriore fase di addestramento alla gestione della persona e degli eventuali presidi (cateteri, stomie, ecc.).

Responsabili delle azioni:

- 1) Medico e infermiere di reparto per la consegna della lettera di dimissione, della scorta di farmaci per il primo ciclo di cure (o primi giorni) e le eventuali prescrizioni farmacologiche.
- 2) Medico del distretto, MMG, Infermiere e assistente sociale del PUA; infermiere di comunità e assistente sociale del Comune di residenza.
- 3) Eventualmente fisioterapista del distretto, medico specialista (es. palliativista o fisiatra), coordinatore Servizi SAD incaricati dall'Ambito socio-assistenziale.

#### FASE DI AMMISSIONE

Responsabile della segnalazione:

Infermiere di Continuità Assistenziale (ICA) all'interno del reparto o, fino alla sua istituzione o in sua assenza, il coordinatore infermieristico del reparto o l'infermiere che accoglie il paziente.

Modalità/azioni:

1. Prima classificazione dei casi secondo i livelli 1, 2, 3 sopra delineati alla scala Brass.
2. Verifica dei servizi attivi (sociali, sanitari, MMG).
3. invio segnalazione al Punto Unico d'Accesso socio sanitario dei distretti (PUAD)

Strumenti:

1. Scala di BRASS, che indentifica il livello di complessità del paziente come “basso rischio” (livello 1), “medio rischio” (liv. 2), “alto rischio” (liv.3).
2. scheda di segnalazione da inviare dal reparto ospedaliero al PUA, per i

casi a “medio” ed “alto rischio”: informativa sul paziente per il distretto da parte dell’ICA (allo scopo di un adeguato passaggio di informazioni).

## **Linee guida Regione Puglia**

Il Piano Regionale delle Politiche Sociali 2004-2006, approvato con DGR del 4 agosto 2004, n. 1104, già conteneva, nell’allegato atto d’indirizzo, alcuni importanti indirizzi operativi in materia di integrazione sociosanitaria e forniva prime indicazioni e orientamenti in tema di organizzazione della PUA, funzionamento dell’UVM e contenuti del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI).

Nel corso del 2006 sono stati fissati i principi generali di riferimento del sistema regionale dei servizi sociali e sanitari, dalla legge 10 luglio 2006, n. 19 “Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne ed uomini in Puglia” e dalla legge 3 agosto 2006, n. 25 “Principi ed organizzazione del Servizio Sanitario Regionale”. 1

Con DGR n. 107 del 15 febbraio 2005 la Regione Puglia ha formalmente adottato la S.Va.M.A. quale strumento per la valutazione multidimensionale dell’adulto e

dell’anziano.

Nel corso del 2007 la Regione è intervenuta in sede di attuazione della legge regionale 19/2006 con l’approvazione del **regolamento n. 4 del 18 gennaio 2007**, che, all’art. 3, disciplinava le modalità e gli strumenti per l’accesso unico al sistema integrato dei servizi.

Con la **DGR n. 1984 del 28 ottobre 2008**, *Linee guida regionali per le non autosufficienze*, la Giunta Regionale confermava l’obiettivo di implementare il sistema delle PUA e delle UVM, nell’ambito del potenziamento delle prestazioni e dei servizi a favore delle persone non autosufficienti, definendo le funzioni della PUA e dell’UVM come strategiche al fine di sostenere e migliorare l’integrazione funzionale, professionale e gestionale tra ASL e Comuni e di garantire l’appropriatezza della presa in carico degli utenti dei servizi sociosanitari.

La **L.R. 19 settembre 2008, n. 23** ha approvato il **Piano Regionale di Salute 2008**

- **2010** individuando, tra l’altro, l’integrazione sociosanitaria tra i principali obiettivi della riorganizzazione della rete di assistenza territoriale (§ 2.4).

Nello stesso piano si ribadisce il ruolo della **PUA** come strumento di raccordo organizzativo e funzionale dei diversi percorsi di accesso alle prestazioni e ai servizi sociosanitari e viene confermata la **Valutazione Multidimensionale** e il Progetto Assistenziale Individualizzato - **PAI** per la definizione del percorso di cura in un’ottica di integrazione e continuità assistenziale.

Le medesime indicazioni sono state fornite, sul versante sociale, con il secondo **Piano regionale delle politiche sociali, approvato con DGR 13 ottobre 2009, n. 1875**, che adottando la strategia degli obiettivi di servizio, individua la necessità di articolare in modo omogeneo, su base territoriale, le funzioni della PUA e dell'UVM.

Ancor più recentemente il tema del welfare d'accesso e della valutazione multidimensionale è stato ripreso dall'art. 4, dalla **L.R. n. 2 del 25 febbraio 2010** "*Istituzione del fondo regionale per il sostegno delle persone non autosufficienti e loro nuclei familiari*", che richiama nuovamente l'obiettivo dell'elaborazione di apposite linee guida regionali per il funzionamento delle PUA e delle UVM, per il consolidamento della SVAMA e per la definizione dei percorsi di presa in carico integrata, con i relativi protocolli operativi.

**La L.R. n. 4 del 25 febbraio 2010**, "*Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali*", infine, è intervenuta sulla composizione della unità di valutazione multidimensionale, modificandola come indicato all'art. 27<sup>2</sup>.

## LA PORTA UNICA DI ACCESSO E L'UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

### Principi generali

È opportuno, in questa sede, richiamare alcuni principi generali di riferimento, utili per la corretta attivazione e funzionamento della PUA e della UVM, in modo da orientare al meglio la programmazione locale e verificare la coerenza delle scelte organizzative e delle procedure adottate sul territorio rispetto alle finalità comuni.

a) **Semplificazione.** La PUA e l'UVM devono produrre una rilevante semplificazione delle modalità di accesso alla rete dei servizi, facilitando le procedure, migliorando la comunicazione tra i servizi e tra servizi e cittadini, garantendo unitarietà e coerenza del percorso assistenziale.

b) **Appropriatezza.** Lo sviluppo della PUA e dell'UVM deve produrre maggiore efficacia ed efficienza del sistema, promuovendo il miglior utilizzo possibile dell'offerta assistenziale e la razionalizzazione delle risorse impegnate; l'utilizzo della valutazione multidimensionale rappresenta l'elemento centrale per migliorare l'appropriatezza del regime assistenziale e della continuità delle cure.

c) **Continuità.** Va garantita la continuità assistenziale, la linearità e la consequenzialità del percorso di cura offerto al cittadino utente, attraverso il coordinamento organizzativo delle diverse unità operative coinvolte nel processo. Ciò presuppone lo sviluppo delle capacità di lavoro in équipe, il rispetto dei protocolli diagnostico-terapeutici, la raccolta e la registrazione standardizzate dei dati clinici, la trasmissione corretta e regolare delle informazioni tra gli operatori.

d) **Integrazione.** E' necessario che le istituzioni coinvolte e i singoli professionisti sviluppino al meglio la coesione istituzionale e professionale, vale a dire la capacità di lavorare insieme per il perseguimento di un



obiettivo condiviso nel rispetto della professionalità di ciascuno, delle specificità, dei ruoli e delle persone. Tutto ciò richiede un consistente investimento tale da orientare il cambiamento e la crescita culturale. Occorre, in altre parole, investire sulle persone, risorsa critica del sistema, al fine di condividere strategie, azioni ed obiettivi.

### La Porta Unica di Accesso (PUA)

La definizione di Porta Unica di Accesso (PUA), esprime bene in maniera figurata, attraverso l'immagine della porta, l'idea dell'ingresso nella rete dei servizi integrati sociali e sanitari.

La Porta Unica di Accesso (PUA) è la funzione che garantisce l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari, promuovendo la semplificazione delle procedure, l'unicità del trattamento dei dati, l'integrazione nella gestione del caso, la garanzia per l'utente di un tempo certo per la presa in carico.

L'individuazione di un punto unico e di una procedura unitaria di accesso al sistema facilita il perseguimento di alcuni obiettivi di efficacia della risposta assistenziale del servizio pubblico, a cominciare dal superamento della frammentarietà della risposta, della semplificazione dell'accesso, della corretta ed appropriata valutazione del bisogno.

La PUA è chiamata a svolgere i seguenti compiti:

- a) fornisce informazioni ai cittadini sui diritti e le opportunità sociali, sui servizi e gli interventi del sistema locale dei servizi sociosanitari, nel rispetto dei principi di semplificazione, trasparenza e pari opportunità nell'accesso;
- b) decodifica il bisogno e attiva gli altri referenti territoriali della rete formale per un approfondimento della richiesta dell'utente;
- c) accoglie la domanda di assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale, a gestione integrata e compartecipata, proveniente dalla rete formale (MMG/PLS, Medici della continuità assistenziale, Distretti Sociosanitari, Strutture sovradistrettuali, Ospedali, Servizio Sociale Professionale, Uffici dei Servizi Sociali dei Comuni singoli e/o associati);
- d) verifica i requisiti di ammissibilità per la predisposizione del progetto personalizzato, nei casi ad elevata integrazione sociosanitaria;
- e) garantisce il raccordo operativo con la UVM, attraverso la gestione dell'agenda, l'organizzazione dei lavori e la calendarizzazione delle sedute della stessa convocate dalla Direzione del Distretto.

E' evidente che alla PUA competano sia funzioni di front office che di back office.

Il front office della PUA assicura le funzioni di prima accoglienza, di informazione di primo livello e di orientamento; il back office della PUA, funzionalmente collocato in staff alla direzione di distretto, assicura l'unitarietà delle procedure, garantendo il necessario raccordo tra tutti i soggetti direttamente e/o indirettamente coinvolti nella presa in carico dell'utente: .

La PUA nelle scelte organizzative già adottate in modo diffuso sul territorio regionale si configura come una rete di punti di accesso che, sia pure con le specificità professionali e funzionali del caso, sono presenti sia presso i Comuni, operando in stretto raccordo con i Servizi Sociali professionali, sia presso il Distretto Sociosanitario, operando in staff alla Direzione del Distretto per favorire il governo della domanda.

Quale che sia l'assetto gestionale prescelto – risorse umane interne, convenzione con risorse umane esterne, gestione mediante affidamento a terzi – non può venir meno il coordinamento diretto della PUA e dei singoli punti di accesso da parte del Distretto e dei Comuni associati in Ambito territoriale, né l'indipendenza delle risorse umane impiegate rispetto ai soggetti gestori dei servizi sociosanitari, quando diversi dagli stessi enti pubblici.

L'unitarietà della PUA riguarda, in modo particolare, il raccordo funzionale tra i nodi principali del sistema di accesso alla rete dei servizi sociosanitari distrettuali (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta) e alla rete dei servizi sociali di ambito (Segretariato Sociale e Servizio Sociale Professionale).

Come indicato dal regolamento regionale n. 4/2007, la funzione esercitata dalla PUA attraverso i compiti di orientamento e d'informazione è connessa alla tutela dei diritti delle persone. L'assunzione di questo paradigma qualifica lo strumento in modo preciso, individuando le sue caratteristiche peculiari nella completezza dell'informazione, nella trasparenza delle procedure, nella capacità di accoglienza delle persone, nelle competenze comunicative e nella semplificazione dell'accesso.

La PUA, in quanto front-office dell'intero sistema sociosanitario, va progettata con particolare attenzione, in modo da rispondere alle esigenze di riconoscibilità che un tale compito richiede.

Ciò vale per l'individuazione delle sedi più appropriate, nel senso della facilità di accesso per gli utenti, per la dotazione di strumenti e tecnologie adeguate, per la formazione e la preparazione professionale degli operatori a essa assegnati.

Nella organizzazione della PUA occorre mantenere ben distinte le attività di front-office vero e proprio (lo sportello di accoglienza) e l'attività di back-office.

L'attività di front-office rappresenta il primo contatto con il cittadino, capace di fornire risposte dirette a bisogni semplici.

L'attività di back-office, riferibile ad un bisogno di tipo complesso, rappresenta l'inizio della presa in carico, sostanzialmente avviata attraverso il colloquio, l'istruttoria tecnica della domanda, la decodifica e la prima valutazione del bisogno, funzioni proprie, in prevalenza, del Servizio Sociale professionale.

Questa distinzione fornisce un valido orientamento al funzionamento delle Porte Uniche di Accesso, garantendo la linearità delle procedure e la scelta diversificata degli operatori con competenze adeguate.

Così che mentre le attività di back-office sono esercitate di norma da figure professionali in possesso delle competenze specifiche necessarie alla lettura e alla decodifica del bisogno specifico (assistenti sanitari e assistenti sociali, ad esempio, ma anche infermieri o altro personale sanitario che collaborano con la PUA), l'attività di sportello può anche essere svolta da altre figure professionali, purché in possesso di specifiche competenze relazionali e di una adeguata conoscenza del sistema organizzato dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari.

Il secondo Piano Regionale delle Politiche Sociali per il triennio di attuazione 2010- 2012 (approvato con Del. G.R. n. 1875/2009) definisce quale Obiettivo di Servizio vincolante ai fini dell'approvazione dei Piani Sociali di Zona l'attivazione di almeno una PUA per Ambito Territoriale Sociale/Distretto Socio Sanitario e vincola a questo obiettivo di servizio quota parte del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza, ripartito agli Ambiti Territoriali per il finanziamento dei Piani Sociali di Zona 2010 - 2012.

Tale indicazione di ordine programmatico ha rappresentato, senza dubbio, un incentivo per il sistema territoriale, tanto che tutti gli ambiti territoriali hanno allocato risorse finanziarie e programmato l'acquisizione di risorse umane dedicate per il funzionamento della PUA di Ambito/Distretto.

Per garantire la piena ed effettiva attuazione di quanto previsto dai documenti di

programmazione regionale è necessario che, entro 60 giorni dalla data di pubblicazione sul BURP della Delibera di approvazione delle presenti Linee Guida, ciascuna ASL adotti (ove non già adottato o adeguato), con Delibera del Direttore Generale, sentita la Conferenza dei Sindaci, apposito Regolamento per il funzionamento e l'organizzazione delle PUA (secondo lo schema allegato sub "A" alle presenti Linee Guida).

A livello territoriale, in ossequio a quanto previsto in ciascun Piano Sociale di Zona e relativo Accordo di Programma con la ASL di riferimento, i Comuni, associati in Ambito Territoriale, e i/il Distretto/i sociosanitario/i corrispondente/i provvederanno a recepire i contenuti del Regolamento aziendale concordando e sottoscrivendo un Protocollo operativo che definisca, nel dettaglio, le funzioni ed i compiti che si intendono assegnare alla PUA, nonché le specifiche modalità di funzionamento.

Le questioni da definire nell'ambito di tale protocollo operativo sono le seguenti:

1. Finalità e obiettivi del Protocollo (deve essere individuato l'ambito di operatività e puntualmente definiti gli obiettivi che i sottoscrittori intendono perseguire con la sottoscrizione del protocollo e l'approvazione dello schema di regolamento);

2. Funzioni della PUA (devono essere esplicitate le funzioni che la PUA è chiamata a presidiare anche e soprattutto in termini di raccordo con gli altri punti di accesso – segretariati sociali, antenne sociali, centri unici di prenotazioni, uffici distrettuali e sovradistrettuali – al sistema dei servizi sociosanitari territoriali);
3. Compiti della PUA (devono essere indicati, nel dettaglio, i compiti della PUA e le attività specifiche che la stessa è preordinata a svolgere);
4. Articolazione territoriale e sede degli uffici (devono essere esplicitate le modalità di raccordo della PUA con tutti gli altri servizi per l'accesso. Deve essere chiaramente individuata la sede fisica dell'ufficio);
5. Personale (deve essere individuato il personale dedicato stabilmente alla PUA, la provenienza ed il relativo inquadramento);
6. Rapporti con la rete dei servizi e delle funzioni per l'accesso (Segretariati Sociali – CUP – Unità di Valutazione Multidimensionale);
7. Orari di apertura e modalità di accesso degli utenti (devono essere esplicitati gli orari di apertura al pubblico e gli orari in cui si svolge l'attività di back office, devono essere definite le modalità di accesso ai servizi per i quali è essenziale l'operatività della PUA);
8. Procedure di accesso ai servizi per tipologia di servizio (devono essere condivise le procedure per l'accesso a tutti i servizi sociosanitari territoriali).

## Le risorse umane della PUA

Un'attenzione particolare va riservata alle risorse umane che devono garantire la funzionalità della PUA. La PUA, infatti, è il luogo privilegiato nel quale si realizza il livello professionale dell'integrazione sociosanitaria.

Nella PUA interagiscono professionalità diverse che, pur nella specificità dei contesti organizzativi da cui provengono e nei quali continuano ad operare (Servizi Sociali comunali e Servizi Sanitari distrettuali) devono assicurare tutto il necessario

apporto di informazioni e competenze diversificate al fine della prima decodifica del bisogno e del primo orientamento del cittadino.

Pur non essendo possibile codificare le figure professionali sociali e sanitarie da assicurare per il funzionamento di tutti i nodi della PUA è, tuttavia, possibile sancire la necessità che le scelte organizzative adottate dai Comuni e dal Direttore del Distretto tengano conto della necessità che alla PUA siano assicurate:

- competenze amministrative
  - competenze comunicative di base (primo contatto, informazioni, ecc..)
  - competenze tecnico-sanitarie (figure infermieristiche)
  - competenze tecnico-sociali (figure di assistenti sociali)
- che è possibile distribuire anche in relazione alle attività tipiche del front-

office e del back-office.

Laddove le risorse umane impiegate per il funzionamento della PUA siano risorse esterne alle dotazioni organiche dei Comuni e del Distretto, è necessario che il coordinamento sia assicurato comunque dai Comuni e dal Distretto per le rispettive competenze. Dovrà, inoltre, essere garantita la multiprofessionalità degli operatori impegnati, nonché la necessaria autonomia da ciascun soggetto gestore di servizi “acquistati” dal Distretto e dai Comuni.

### L'Unità di Valutazione Multimensionale (UVM)

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), costituita ai sensi dell'art. 27 della

L.R. n. 4/2010, quale organismo in staff alla Direzione del Distretto, è un'équipe multiprofessionale di tipo funzionale, nella quale è previsto anche il contributo dello specialista o degli specialisti competenti in relazione alle patologie della persona da valutare.

L'UVM assolve essenzialmente alle seguenti funzioni:

- valuta i bisogni sanitari - sociosanitari complessi;
- fornisce le risposte a detti bisogni elaborando il Progetto Assistenziale Individualizzato;
- funge da filtro per l'accesso alla rete dei servizi sanitari - sociosanitari di natura domiciliare, semiresidenziale e residenziale extraospedaliera a carattere integrato;
- esercita attraverso la presa in carico, la funzione di committenza, propria della Direzione del Distretto.

L'UVM si configura, pertanto, come un'équipe multiprofessionale, a composizione variabile in relazione al bisogno della persona, alla quale partecipano: il Direttore del Distretto Socio-Sanitario o suo delegato, il responsabile del Servizio Sociale Professionale del Distretto, il Medico di Medicina Generale o, nel caso di minori, il Pediatra di Libera Scelta di riferimento dell'assistito, il medico specialista di riferimento (geriatra, neurologo, fisiatra, psichiatra, neuropsichiatra infantile, ecc.), l'assistente sociale del Comune o dell'Ambito Territoriale di residenza dell'assistito, l'infermiere professionale, il terapeuta della riabilitazione, o altre figure dell'area clinica in rappresentanza delle strutture sovradistrettuali (Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, Struttura Sovradistrettuale della Riabilitazione) eventuali altre figure professionali che dovessero rendersi necessarie in relazione al bisogno specifico della persona.

Considerate le diverse interpretazioni che sono state data alla norma (art. 27 della

L.R. 4/2010) nelle prassi avviate in numerosi Distretti pugliesi e l'individuazione, non sempre univoca, dei professionisti da coinvolgere per

la valutazione, in questa sede, è opportuno ribadire e chiarire, in via definitiva, che l'UVM ha una composizione variabile di tipo funzionale, nella quale il contributo di ciascun professionista (medico, infermiere, assistente sociale, terapeuta) è richiesto esclusivamente in riferimento al bisogno specifico del paziente.

Sono comunque componenti irrinunciabili il Direttore del Distretto o suo delegato, il Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta e l'Assistente Sociale dell'Ambito Territoriale/Comune di residenza della persona, che interviene per la valutazione all'accesso di servizi sociosanitari. L'UVM, secondo quanto previsto dal "Piano Regionale di Salute" di cui alla L.R. n. 23/2008, dal "Piano Regionale delle Politiche Sociali" e dall'art. 4 della L.R. n. 2/2010, svolge i seguenti compiti:

- a) effettua la valutazione multidimensionale, utilizzando gli strumenti di valutazione e le procedure previste a livello regionale ed altre ritenute necessarie in relazione alla specificità del caso trattato;
- b) verifica la presenza delle condizioni socio-economiche, abitative e familiari di ammissibilità ad un determinato percorso di cura e assistenza per garantire

l'appropriatezza della presa in carico;

- c) elabora il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI), che deve essere condiviso e sottoscritto dall'utente e/o dal suo nucleo familiare e dal MMG/PLS dell'assistito;
- d) individua il care giver, il case manager e il responsabile clinico del caso (cd. care manager);
- e) definisce i tempi e le modalità per la verifica e l'aggiornamento del PAI;
- f) verifica periodicamente l'andamento del PAI, al fine di aggiornarlo e/o prorogarlo;
- g) procede alla dimissione protetta, programmata e concordata.

Compito generale dell'UVM è quello di leggere le esigenze dei pazienti con bisogni sanitari e sociali, valutare la complessità e fungere da filtro per l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari di natura domiciliare, semiresidenziale e residenziale a gestione integrata e partecipata.

Entro 60 giorni dalla pubblicazione sul BURP della Delibera di approvazione delle presenti Linee Guida, ciascuna ASL, con Delibera del Direttore Generale, sentita la Conferenza dei Sindaci, dovrà provvedere ad adottare (ove non già adottato e/o adeguato) apposito Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'UVM, conforme allo schema allegato sub "B" alle presenti Linee Guida, avente ad oggetto la disciplina dell'attività di valutazione multidimensionale per l'accesso alla rete dei servizi Sociosanitari residenziali, semiresidenziali e domiciliari.

Ciascun Distretto, d'intesa con il Servizio Sociale Professionale del Comune

e/o dell'Ambito territoriale di riferimento, sentita la conferenza dei Sindaci del Distretto, provvederà a recepire i contenuti del Regolamento aziendale, approvando apposito Protocollo operativo per la costituzione ed il funzionamento dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), Nel protocollo operativo dovranno essere declinate: le funzioni, i compiti, la composizione ed il ruolo di coordinamento, i tempi, i luoghi e le modalità della valutazione, gli indirizzi e i criteri operativi che orientano l'attività di valutazione, le metodologie di lavoro, gli strumenti di raccordo con la PUA. Nell'ambito della definizione del protocollo, inoltre, è necessario determinare le specifiche modalità di funzionamento della UVM, al fine di garantirne tempestivamente la piena funzionalità, prestando particolare attenzione alle seguenti procedure operative:

a) Attivazione della UVM

Il corretto funzionamento dell'UVM presuppone uno stretto raccordo funzionale tra tutti i servizi sociosanitari del Distretto e quelli dell'Ambito territoriale sociale di riferimento; detti servizi potranno pertanto richiedere l'attivazione della UVM per la valutazione multidimensionale di un bisogno complesso, tramite segnalazione formale da inviare alla PUA.

b) Convocazione dell'UVM

La PUA deputata alla gestione dell'"agenda di lavoro" della UVM convoca la stesa una volta terminata l'istruttoria del caso in esame. Le modalità di convocazione vengono definite di concerto dal Direttore del Distretto e dal Responsabile del Servizio Sociale Professionale dell'Ambito territoriale ed

esplicitamente indicate nel protocollo. Per l'espletamento di queste attività deve essere assicurata la maggior semplificazione possibile.

c) Periodicità degli incontri dell'UVM

L'UVM, di norma, si riunisce due volte la settimana e, comunque, con una periodicità che deve consentire la conclusione degli adempimenti di competenza entro il termine massimo di 20 giorni dalla segnalazione del caso. Il protocollo deve disciplinare, operativamente, i casi di urgenza, garantendo in ogni caso la celerità d'accesso alle prestazioni sociosanitarie, con le modalità indicate all'art. 3 del regolamento regionale 4/2007.

L'équipe multi professionale della UVM svolge, di norma, le attività connesse alla valutazione multidimensionale dei casi in agenda negli orari ordinari d'ufficio, essendo tale attività parte integrante delle funzioni ordinarie assegnate alla struttura, nonché attività essenziale per l'esigibilità dei LEA a carattere sociosanitario.

d) Competenza territoriale dell'UVM

Nel caso in cui l'UVM, d'intesa con il paziente e la sua famiglia, definisca un ricovero presso struttura residenziale operante in un territorio diverso da quello di provenienza, le eventuali attività di aggiornamento e verifica previste dal Progetto Assistenziale Individualizzato vengono svolte dalla UVM del territorio nel quale opera la struttura. E' compito del Direttore del Distretto presso il quale opera l'UVM inviante segnalare tempestivamente al

collega Direttore del Distretto presso il quale ha sede la struttura residenziale la necessità di provvedere all'attivazione della UVM, al fine di programmarne efficacemente l'attività di aggiornamento e verifica prevista, garantendo al contempo tutta la collaborazione necessaria per l'inoltro della documentazione e lo scambio di informazioni.

Le direzioni distrettuali competenti valutano l'opportunità del potenziamento della dotazione di risorse umane assegnate alle UVM, anche in via temporanea, con riferimento agli eventuali carichi di lavoro aggiuntivi che si dovessero rendere necessari a fronte della quantità di richieste di aggiornamento e verifica del Progetto Assistenziale Individualizzato pervenute.

e) Responsabilità nella gestione e alimentazione dei flussi informativi  
L'UVM svolge un ruolo essenziale anche nell'implementazione dei flussi informativi relativi ai servizi sociosanitari, con riferimento particolare a quelli previsti, nell'ambito del NSIS, dai decreti ministeriali del 17 dicembre 20083 e, nell'ambito dell'intesa Stato-Regioni per il Fondo per la Non Autosufficienza, dalla sperimentazione SINA – Sistema Informativo per la Non Autosufficienza.

La Direzione del Distretto, nella sua funzione di coordinamento dell'UVM, collegata alla PUA, deve dedicare particolare attenzione al processo di costruzione e gestione del dato informativo relativo all'intero processo di presa in carico e valutazione del paziente, oltre che della definizione del programma assistenziale specifico e del suo periodico aggiornamento;

3 Si tratta di norme che istituiscono il sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza residenziale e semiresidenziale e il sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (Gazzetta Ufficiale n. 6 del 9 gennaio 2009).

f) Esempificazione dei “casi” per i quali è necessaria la convocazione dell'UVM e la valutazione multidimensionale

Ferma restando la funzione di filtro che deve svolgere la PUA, la quale attiva l'UVM nelle sole ipotesi in cui sia necessario effettuare una valutazione multidimensionale e “multiprofessionale” del caso, nel regolamento di funzionamento dell'UVM dovranno essere almeno esemplificati i casi in cui non si può prescindere dalla valutazione multidimensionale per l'elaborazione del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI);

g) Indicazione dei criteri per l'individuazione delle strutture deputate ad assicurare le risposte appropriate al PAI

Nel rispetto del principio di libera scelta della persona e della sua famiglia, l'UVM nella definizione del PAI provvede ad individuare una rosa di almeno 3 strutture riconducibili alla tipologia individuata per l'appropriatezza della risposta al bisogno, per le quali sia già attiva apposita convenzione ovvero apposito accordo contrattuale, tenendo conto dei



seguenti elementi: eventuali liste di attesa, qualità delle prestazioni sanitarie e dell'accoglienza sociale e alberghiera, delle condizioni economiche più vantaggiose praticate e dalla maggiore vicinanza possibile alla residenza della persona e del suo nucleo familiare.

Il Progetto Assistenziale Individualizzato – PAI – dovrà essere elaborato seguendo lo schema regionale in corso di definizione da parte del “Tavolo della Sanità Elettronica” e che sarà approvato con successivi provvedimenti. Detto schema di PAI è da considerarsi vincolante in termini di contenuto minimo, poichè contiene il set minimo di informazioni necessario per alimentare i flussi informativi del SISR (Sistema Informativo Sanitario) e, pertanto, potrà essere eventualmente integrato con le informazioni che ciascun servizio territoriale riterrà opportuno aggiungere, ai fini della efficace e completa definizione del percorso assistenziale.

### La valutazione multidimensionale

Un'attenzione particolare merita la valutazione multidimensionale. La valutazione multidimensionale ha l'obiettivo di definire in modo complessivo lo stato di salute di una persona ed è rivolta a valutare, cioè ad analizzare con accuratezza, le capacità funzionali e i bisogni della persona nelle sue diverse dimensioni:

- dimensione biologica e clinica (stato di salute, segni e sintomi di malattia, livelli di autonomia, ecc.);
- dimensione psicologica (tono dell'umore, capacità mentali superiori, ecc.);
- dimensione sociale (fattori ambientali, condizioni relazionali di convivenza, situazione abitativa, economica, ecc.),
- dimensione funzionale (disabilità ovvero la capacità di compiere uno o più atti quotidiani come lavarsi, vestirsi, salire le scale, ecc.).

Si caratterizza inoltre per l'approccio non solo multidimensionale ma anche multiprofessionale e multidisciplinare ai bisogni assistenziali complessi.

Detto approccio necessita di metodologie e di strumenti operativi adeguati ed

efficaci, che tengano insieme il set di competenze specialistiche necessario alla elaborazione di un progetto di cura e di assistenza personalizzato.

Per questa ragione l'orientamento scientifico prevalente è ormai concorde nel ritenere che la valutazione multidimensionale rappresenti la modalità di approccio sociosanitario alla persona o al nucleo familiare che più di ogni altra garantisce l'appropriatezza della risposta.

La valutazione multidimensionale è definibile come il “processo globale e dinamico interdisciplinare volto a identificare e descrivere la natura e l'entità

dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale, relazionale e ambientale di una persona”.

In altre parole attraverso la Valutazione Multidimensionale si definisce l'individuazione e attuazione della migliore soluzione possibile (principio di appropriatezza) per la persona riconosciuta in stato di bisogno socio sanitario, che incontri il gradimento della stessa e ne rispetti la libertà di scelta.

Per compiere la valutazione del bisogno si ricorre a scale e strumenti scientificamente validati.

La Regione Puglia, con la Del. G.R. 25 febbraio 2005, n. 107, ha formalmente adottato la scheda S.Va.M.A., quale strumento ormai consolidato e riconosciuto anche dal Ministero della Salute, per la valutazione multidimensionale degli adulti e degli anziani non autosufficienti.

Si è, tuttavia, più recentemente diffusa la necessità di spostare l'attenzione dalla menomazione ai fattori limitanti le capacità e performance, dai fattori strutturali ai fattori ambientali, da un approccio assistenziale ad un approccio basato sulla presa in carico e sul progetto di vita, e quindi di utilizzare l'approccio valutativo proprio dell' ICF "Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità", piuttosto che la misurazione delle abilità di base per vivere da soli (Activities of Daily Living cd. ADL). E' il caso delle persone disabili non autosufficienti, e specificamente minori o adulti non in età avanzata, per i quali occorre guardare non alle autonomie funzionali residue nell'esercizio degli atti della vita quotidiana, ma occorre piuttosto indagare la capacità di attività e di partecipazione alla vita quotidiana in relazione al contesto di vita (secondo l'approccio che vede concorrere le capacità e le performance). In questi casi la S.Va.M.A. ha mostrato segni di elevata inadeguatezza che stanno orientando la Regione Puglia, al pari di altre Regioni italiane (si cita, tra tutte, le Regione Veneto che da anni sta lavorando su questi temi) ad avviare, al più presto, una sperimentazione per la implementazione di altri strumenti di valutazione espressamente orientati alla disabilità (cfr. S.Va.M.Di. e altri strumenti di valutazione costruiti secondo l'approccio dell'ICF).

## Adempimenti e procedure attuative

Al fine di assicurare l'efficace implementazione delle funzioni di accesso secondo i criteri e gli orientamenti definiti nelle presenti Linee Guida e di garantire la piena operatività delle PUA e delle UVM, le Direzioni Generali Aziendali provvedono a:

- approvare, entro 60 giorni, con le modalità e i tempi previsti dalle presenti Linee Guida, i regolamenti di organizzazione e funzionamento della PUA e dell'UVM;
- effettuare, di concerto con le Direzioni Distrettuali, un censimento

puntuale delle risorse umane in servizio;

- segnalare tempestivamente e in forma scritta ai competenti uffici regionali dell'Assessorato alle Politiche per la Salute eventuali criticità connesse all'organizzazione di PUA e UVM.

In sede di programmazione delle attività aziendali dovranno essere rappresentate e dettagliate le eventuali criticità connesse all'implementazione di questa funzione di accesso.

### **Percorso della dimissione protetta e continuità assistenziale**

## Il ruolo della famiglia per la salute

### 2.1 La famiglia nel contesto di Salute21

I mutamenti di carattere demografico, e non solo, intervenuti negli ultimi decenni in Italia, come nel resto dell'Europa, richiamano l'esigenza di organiche politiche di sostegno alle famiglie che sappiano valorizzarne le capacità organizzative e le risorse che già producono o sarebbero, potenzialmente, in grado di produrre. Appare evidente, quindi, come la strategia politica di Salute21 punti nettamente al rafforzamento della famiglia, considerata come l'unità di base della società, la prima "cellula" atta a consentire sviluppo e promozione della salute. Salute21 sostiene che gli operatori sanitari devono essere consapevoli del peso che gli aspetti psicologici e sociali possono avere sui bisogni di salute, diversamente "alcuni sintomi insorgenti possono venire interpretati in maniera non corretta ed i problemi non riconosciuti non vengono curati. Ne possono risultare procedure di diagnosi e cura non necessarie che aumentano i costi senza contribuire ad indirizzare i problemi reali"<sup>(iii)</sup>.

La famiglia deve, allora, divenire partner di chi la assiste dal punto di vista sanitario e, per questo motivo, in questo capitolo la si prende in considerazione sotto i punti di vista evidenziati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e cioè quello sociologico, quello psicologico e quello infermieristico.

## L'approccio sociologico

La Sociologia definisce la famiglia come un nucleo sociale, cioè il primo elemento di aggregazione della società, che ha carattere di istituzione in quanto “...essa agisce secondo valori normativi che ne regolano in modo durevole i rapporti sia interni sia esterni.”<sup>(xvi)</sup>

La famiglia costituisce, inoltre, un gruppo sociale al cui interno si sviluppano modelli di comportamento orientati al soddisfacimento di specifici bisogni, che danno origine a meccanismi di controllo sociale destinati a diffondersi nello spazio e nel tempo.

Come istituzione sociale, la famiglia si caratterizza per essere un elemento durevole e programmato per la soddisfazione di bisogni rilevanti per l'intera società. Questo compito è svolto attraverso comportamenti che, fissati nei diversi ruoli<sup>11</sup> (xvii), tendono a ripetersi a lungo nel tempo. Essa è collegata, inoltre, a tutte le altre istituzioni sociali e presenta una struttura basata sull'organizzazione, cioè sul modo in cui i suoi membri si comportano e sul modello delle relazioni che questi instaurano fra di loro: moglie/marito, padre/figlio ecc..... Grazie a questi ruoli definiti, chi osserva è in grado di stabilire chi fa cosa e chi prende quali decisioni e, in base alle caratteristiche di rigidità o flessibilità che la struttura presenta, può capire come essa influenzi, in maniera più o meno importante, la capacità dei suoi membri di svolgere le proprie funzioni e di far fronte agli stressori<sup>12</sup>.

Nonostante sia abitualmente definita come un gruppo, la famiglia si configura come “l'unità sociale elementare e

<sup>11</sup> il ruolo è uno schema di comportamento che si impara e poi si tende a seguire.

<sup>12</sup> questo concetto verrà sviluppato nel paragrafo 2.3

fondamentale della società”<sup>(xvi)</sup>, infatti, le sue funzioni indicano ciò che essa fa e le strategie che mette in atto, nel tentativo di perseguire un obiettivo generale ed essenziale come il mantenimento della società. Ciò avviene sotto una duplice prospettiva di seguito descritta.

Attraverso la procreazione e l’assegnazione dei ruoli vengono assicurate la continuità e la trasmissione di comportamenti ritenuti socialmente utili in ambienti diversi (ad esempio l’autorità<sup>13 (xvi)</sup> viene riprodotta in ambiente lavorativo); per garantire questo aspetto la famiglia richiede di essere formata da almeno due persone di sesso diverso e gode di misure di tutela normativa e di protezione da parte del sistema (come la tutela Costituzionale<sup>14</sup> o la disciplina del diritto di famiglia).

Attraverso la cooperazione economica, dettata dal rapporto di mantenimento e dalla messa in atto di attività miranti al comune beneficio, la famiglia produce ricchezza e contribuisce allo sviluppo della società: “(...) il lavoro è, in un certo modo, la condizione per rendere possibile la fondazione di una famiglia poiché questa esige i mezzi di sussistenza (...) e ognuno diventa uomo , fra l’altro, mediante il lavoro, e quel diventare uomo esprime appunto lo scopo principale di tutto il processo educativo. (...) infatti la famiglia è al tempo stesso una comunità resa possibile dal lavoro e la prima interna scuola di lavoro per ogni uomo”<sup>15</sup>.

Il sistema familiare presenta, quindi, due aspetti<sup>(xvi)</sup>.

<sup>13</sup> “l’autorità riguarda relazioni nelle quali sono previsti diritti di dare ordine e doveri di ubbidire, considerati legittimi da entrambi gli attori. (...) è un modo di incanalare l’energia per i bisogni di funzionamento della società. Relazioni di autorità (...) si ritrovano in gruppi primari come la famiglia. I genitori esercitano autorità sui figli in modo diffuso, perché diffuso è il loro ruolo; un capufficio, invece, esercita autorità su un impiegato in modo specifico, solo per ciò che lo sc

hema organizzativo prevede e non su aspetti della sua vita privata”.

<sup>14</sup> articoli 29,30 e 31.

<sup>15</sup> Giovanni paolo II, “Laborem exercens”, ed. Paoline, Roma, 1981, in Bonino R., Manuale di Sociologia, Edises, 1993.

Il primo aspetto, definito primario, deriva dalla nostra eredità ancestrale e riguarda i rapporti affettivi, informali, intimi, i rapporti sessuali, la procreazione, il nutrimento, lo stare insieme e il mutuo aiuto. Questi contribuiscono in modo rilevante a stabilizzarne l'esistenza e a mantenere divisi i ruoli al suo interno. L'avvento delle società industriali e il progressivo espandersi delle funzioni dello Stato ha contribuito a spogliare l'istituto familiare di molte delle sue antiche funzioni, oggi affidate ad altre istituzioni sociali, si pensi alle funzioni assistenziali, o all'educazione e istruzione della prole. Di pari passo la famiglia ha acquisito nuove funzioni legate al soddisfacimento di bisogni soggettivi, definiti dalla sociologia "della sfera privata", come i desideri di realizzazione, di soddisfazione personale, di equilibrio interiore che solo nella famiglia possono trovare l'energia, il sostegno e la solidarietà per essere soddisfatti. Sotto questo aspetto essa costituisce la più importante istituzione della sfera privata e si affianca alle istituzioni religiose, a quelle legate a hobby e tempo libero e ad associazioni private di varia natura.

Il secondo aspetto è quello culturale, civilizzante, collettivo che vede la famiglia come una organizzazione sociale inserita in un sistema contemporaneamente politico, religioso, economico, e giuridico. Effettivamente, intesa come organizzazione, la famiglia assolve numerosi compiti che la fanno individuare tra le "istituzioni sociali maggiori". Tali compiti si possono individuare tra i seguenti:

- fungere da regolatore dei modi di pensare e di agire del singolo per favorirne l'inserimento nella società;
- fissare dei modelli comportamentali e di ruolo, in cui ogni membro si identifichi fuori dalla famiglia (ad esempio nel lavoro) per misurare le aspettative sociali nei suoi confronti;
  - fungere da strumento di equilibrio e stabilità della cultura sociale imponendo il giusto e accettabile modo di agire;



- far comprendere ai singoli l'utilità di adeguarsi alle istituzioni sociali evitando comportamenti devianti;
- sviluppare la democrazia.

In sostanza si può sostenere che in famiglia si impara a conoscere e a vivere la società.

I due aspetti fin qui esaminati si influenzano reciprocamente e ciò è evidente se consideriamo la tendenza attuale. Sotto l'influenza del mercato capitalistico, con la progressiva e crescente globalizzazione, quote crescenti di famiglie italiane si stanno trasformando da unità di produzione a unità di consumo. Questo fenomeno sembra imputabile al processo di privatizzazione della famiglia italiana avviatosi attorno agli anni 50' e 60', quando il boom economico del dopoguerra introdusse nuovi modi di vivere in famiglia. L'estromissione dal cuore della famiglia - impresa delle attività produttive tradizionali le indusse a rivolgersi su se stesse in una sorta di solidarietà interna finalizzata all'ascesa sociale e all'autorealizzazione dei suoi membri. Questo meccanismo ha prodotto una famiglia inizialmente di tipo acquisitivo, rivolta all'accumulazione di capitale e di denaro e, in seguito, trasferendo l'acquisività alla ricerca di gratificazioni e ricompense individuali, a una famiglia cosiddetta carrieristica, progressivamente, sempre più orientata al consumismo legato alla ricerca di benessere e di un alto livello di vita<sup>16</sup>.

Le conseguenze di questa trasformazione sono state sia positive sia negative. La semplificazione delle strutture e dei ruoli all'interno delle famiglie ha favorito, da un lato in positivo, fenomeni emancipatori giovanili e femminili dall'autoritarismo maritale e paterno, e dall'altro, ha consentito una maggiore e più immediata gratificazione emozionale tra i coniugi e tra questi e i

<sup>16</sup> Donati P., Famiglia e politiche sociali, ed. F. Angeli, Milano, 1985, in Bonino R., Manuale di Sociologia, Edises, 1993.

loro figli. Contemporaneamente ha prodotto, in negativo, una cultura familiare instabile, soprattutto riguardo alla direzione dei valori che la sostengono, che è, sovente, causa di fenomeni come frustrazioni, disorganizzazione, propensione all'anomia<sup>17</sup> (xviii) e alla demoralizzazione.

Accanto a questi aspetti si verificano, anche, controazioni sulla società da parte delle famiglie e degli altri gruppi primari alla logica della modernizzazione. Queste vedono nascere nuovi gruppi in cui sia possibile perpetrare, attraverso legami operanti di parentela, vicinato o amicizia, valori simbolici di solidarietà alternativa ai moderni valori acquisitivi (xvi).

Le principali funzioni della famiglia all'interno della società sono, quindi, rivolte all'uomo, se guardiamo a funzioni fondamentali come la procreazione, la sessualità e la socializzazione, e rivolte al macrocosmo sociale se consideriamo le funzioni secondarie come quella giuridica<sup>18</sup> ed economica (xix).

All'interno delle funzioni fondamentali possiamo considerare il raggiungimento di sotto obiettivi, come ad esempio la risoluzione dei conflitti tra i membri, la comunicazione, l'allevamento dei figli, l'utilizzo di risorse interne ed esterne alla famiglia ecc., e tra questi figurano, quindi, le relazioni sociali e di sostegno psicologico, elementi che diventano molto importanti nelle situazioni critiche che, rendendo la famiglia vulnerabile, richiedono interventi di supporto, come, ad esempio, la condizione di malattia di uno dei suoi membri.

<sup>17</sup> E' uno dei concetti chiave espressi dalla sociologia di Durkheim per spiegare la correlazione tra forme di devianza, il particolare il suicidio, e la mancanza di solidarietà sociale (...) "mancanza di norme che diano una chiara direzione e uno scopo alle azioni individuali".

<sup>18</sup> "La famiglia assolve la sua funzione giuridica

quando un suo atto interno ha i suoi effetti che segnano direttamente l'ordinamento normativo dell'intera società. Un esempio può essere costituito dalla traduzione delle regole interfamiliari della sessualità nella tutela giuridica del matrimonio”.

## La struttura delle famiglie italiane

La statistica demografica vede la famiglia “...costituita dall’insieme delle persone che coabitano legato da vincoli affettivi o di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela. Il nucleo è l’insieme delle persone che formano una coppia con figli celibi o nubili, una coppia senza figli o un genitore solo con figli. Una famiglia, quindi, può coincidere con un nucleo, può essere formata da un nucleo più altri membri aggregati, da più nuclei o può non avere un nucleo se le persone sono sole, o convivono con fratelli o figli divorziati o vedovi”<sup>(xx)</sup>.

Anche la sociologia, dal suo punto di vista, si serve di parametri come forma e dimensione per misurare la famiglia, valutando il numero di persone che la compongono e il numero dei gradi di parentela al suo interno. La tavola 1 tipi di famiglia descrive sommariamente le principali tipologie famigliari<sup>(xxi e xvi)</sup>.

tavola 1 tipi di famiglia

Famiglia nucleare (o naturale): è composta da marito, moglie e loro figli biologici. Si parla di famiglia cogestita quando entrambi i coniugi svolgono una propria attività professionale con superamento della specializzazione dei ruoli e della divisione sessuale del lavoro. La presenza di figli influenza le risorse economiche e il tempo libero. L’assenza di figli può condurre i coniugi a cercare consulenza e assistenza.
Famiglia mista Comprende genitori, figli biologici e figli nati da precedenti relazioni che convivono. La natura delle situazioni di vita e lo stress di adattamento al
Famiglia unipersonale è composta da singoli (studenti, anziani, impiegati). Rappresenta il tipo di famiglia con il più alto turnover e durata limitata nel tempo dato l’alto costo dei servizi privati e la carenza
Famiglia estesa È composta da marito, moglie, figli, nonni e altri parenti,

<p>almeno tre legami di parentela.          Offre più facilmente sostegno emotivo, assistenza ai bambini e aiuto economico finanziario.          Frequentemente è legata alla cultura contadina</p>
<p>Famiglia estesa modificata:          formata da diverse famiglie nucleari ubicate in distinte abitazioni, che tra loro intrattengono vari rapporti;          le famiglie sono legate da diversi vincoli di parentela verticale e orizzontale;</p>
<p>Famiglia monogenitoriale          Famiglie con uno o più figli e un solo genitore conseguenti a divorzio, morte o abbandono di un coniuge.          Le circostanze della separazione influenzano l'impatto sulla famiglia. Risorse finanziarie ridotte influenzano la salute.</p>
<p>Famiglia comunitaria          È composta da più coppie e dai loro figli che vivono in comunità pur non avendo necessariamente legami di parentela per motivazioni religiose, economiche, ideologiche o altro.          La stabilità delle relazioni può influenzare la salute.</p>
<p>Altri tipi di famiglia          Coppie omosessuali possono convivere con figli nati da precedenti relazioni eterosessuali.</p>

adattato da: Potter P.A., Perry A.G., Basic Nursing. Theory and Practice, Mosby Year Book, St. Louis (Missouri - U.S.A.), 1991, e da: Bonino, R., Manuale di Sociologia, Edises, 1993.

A partire dalla fine della seconda guerra mondiale vari fenomeni come l'emigrazione, o il passaggio da una società rurale a quella industriale e il parallelo processo di modernizzazione, hanno, quindi, condotto la famiglia italiana da una forma tradizionale ed estesa, comprendente genitori, almeno una coppia di figli e nonni o zii, a una vera polverizzazione familiare che, accompagnata a un ridimensionamento numerico, ha prodotto moltissime piccole famiglie nucleari. Molti di questi nuclei, a loro volta, si sono scomposti in diverse unità abitative unipersonali, principalmente a causa di spinte autonomistiche da parte dei giovani che, per ragioni di studio o lavoro, tendono

spesso a lasciare l'ambiente di origine o a causa del prolungarsi della vita media che conduce frequentemente gli anziani a ritrovarsi soli.

Accanto alla tipologia cosiddetta convenzionale nucleare (o molecolare), ancora la più frequente, si diffondono, oggi, forme monogenitoriali, unipersonali, famiglie miste o coppie senza figli; nella tavola 2 viene illustrata la percentuale di famiglie per tipologia e ripartizione geografica al 1998 in Italia <sup>(xxii)</sup>.

tavola 2 percentuale di famiglie per tipologia e ripartizione geografica al 1998

IT AL	21,7	75,	70,8	19,6	43,9	7,3	4,3	1,1	2,6	0,7	1,2
Nord	24,4	73,	69,6	22,5	39,9	7,3	3,6	1,1	2,0	0,6	0,6
Nord-	22,6	73,	68,3	20,1	40,4	7,7	5,2	1,4	3,2	0,5	1,6
Nord	23,7	73,	69,1	21,5	40,1	7,5	4,3	1,2	2,5	0,6	1,0
Centr	23,8	72,	66,7	20,3	39,9	6,6	5,6	1,4	3,4	0,8	1,9
Meri	17,1	79,	75,6	16,4	52,2	7,1	3,9	0,8	2,5	0,6	1,3
Isole	18,6	79,	76,2	16,8	50,9	8,5	3,0	0,6	1,4	0,9	0,7
Sud	17,6	79,	75,8	16,5	51,8	7,5	3,6	0,7	2,2	0,7	1,1

Tipologia di famiglia	Una persona sola	Famiglia con un nucleo	Un nucleo senza figli	Coppie senza figli	Coppie e con figli	Un solo genitore	Un nucleo con altre persone	Coppie con figli	Coppie con figli e altre persone	Un solo genitore con altre persone	Un nucleo con altre persone	Famiglie con due o più nuclei
-----------------------	------------------	------------------------	-----------------------	--------------------	--------------------	------------------	-----------------------------	------------------	----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Negli ultimi anni, anche la struttura delle reti di sostegno familiare, in particolare di quelle collegate alla promozione e allo sviluppo della salute, è stata notevolmente influenzata dai cambiamenti demografici che hanno fortemente inciso sulla struttura della famiglia tradizionale. Nella tavola 3 viene illustrata la composizione delle famiglie italiane al 31 dicembre 2000 e nelle tavole successive le variazioni medie nel numero di componenti negli anni 1995/1998 suddivise per regioni geografiche (fonte Istat, 1998).

tavola 3 Popolazione residente per sesso, famiglie anagrafiche e numero medio di componenti per famiglia al 31 dicembre 2000 in Italia.

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE

Nord-ovest	7.343.209	7.809.841	15.153.050	2,4	6.385.195
Nord-est	5.193.367	5.487.866	10.681.233	2,5	4.260.701
Centro	5.388.773	5.770.810	11.159.583	2,6	4.310.909
Sud	6.894.206	7.231.201	14.125.407	2,9	4.860.307
Isole	3.275.302	3.449.442	6.724.744	2,8	2.409.003

Italia	28.094.857	29.749.160	57.844.017	22.226.115
	2,6			



tavola 4 Numero medio di componenti per famiglia per ripartizione geografica dal 1995 al 1998.

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	1995	1996	1997	1998
Nord-Ovest	2,5	2,5	2,5	2,5
Nord-Est	2,7	2,6	2,6	2,6
Nord	2,6	2,6	2,6	2,5
Centro	2,7	2,6	2,6	2,6
Meridione	3,0	3,1	3,0	3,0
Isole	2,9	2,9	2,8	2,9
Sud	3,0	3,0	3,0	3,0
ITALIA	2,7	2,7	2,7	2,7

tavola 5 composizione percentuale di famiglie per numero difigli e ripartizione geografica 1998

Numero di figli	1	2	3	4	5	6 e più	Totale
Ripartizioni Geografiche							
Nord-Ovest	24,4	29,0	24,9	17,8	3,2	0,7	100,0
Nord-Est	22,6	27,5	26,6	17,4	4,5	1,4	100,0
Nord	23,7	28,4	25,6	17,7	3,7	1,0	100,0
Centro	23,8	26,4	22,8	20,8	4,8	1,4	100,0
Meridione	17,1	22,4	20,0	26,5	10,7	3,2	100,0
Isole	18,6	23,1	21,5	25,4	8,6	2,9	100,0
Sud	17,6	22,6	20,5	26,1	10,0	3,1	100,0
ITALIA	21,7	26,1	23,4	21,1	6,0	1,8	100,0

Fonte: ISTAT 1998

I dati raccolti da una recente indagine ISTAT <sup>(xxiii)</sup> hanno confermato alcune tendenze:

- l'aumento della speranza di vita, che ha prodotto un incremento del numero di individui in età avanzata e la sovrapposizione nella rete parentale di generazioni sempre più distanti tra loro;
  - il calo del tasso di fecondità che ha ridotto il numero di giovani e bambini;
- la crescente partecipazione delle donne al mercato del lavoro;
- la sempre forte asimmetria di genere nella divisione dei ruoli in famiglia.

Possiamo definire queste trasformazioni “sociodemografiche” in quanto, se da un lato hanno indebolito alcuni legami, dall'altro hanno contribuito a ristrutturare le reti di solidarietà rafforzando le relazioni di sostegno reciproco e di assistenza in caso di malattie o disabilità. Secondo l'indagine, le recenti dinamiche demografiche hanno generato una situazione contrastante causando, accanto a questo fenomeno, quella che è stata definita la “compressione delle generazioni intermedie”, illustrata nella tavola 6, cioè il prodursi di una generazione costretta a prendersi cura sia dei figli non ancora cresciuti sia degli anziani che hanno ora una aspettativa di vita migliore.

tavola 6 fenomeno di compressione delle generazioni  
intermedie

- aumento dell'età media femminile alla nascita del primo figlio da 26,9 a 28,1 anni;
- le coppie giovani con età della donna fino a 34 anni sono passate da 25,7% a 20,5% con diminuzione del loro peso del 5%;
- le famiglie con anziani ultra sessantacinquenni sono passate dal 30,3% al 34,5%;
- diminuzione del tasso di fecondità che ha prodotto: diminuzione valori assoluti delle coppie con figli, aumento percentuale delle coppie con un figlio solo, diminuzione delle coppie con tre o più figli;
- il 58,5% dei giovani tra 18 e 34 anni (nel 90 il 51, 8%) rimane in famiglia.

Fonte ISTAT 1998

Oggi, secondo lo studio multiscopo <sup>(xx)</sup>, una donna di 40 anni, con un figlio di 14, potrebbe, potenzialmente, dividere il carico familiare con cinque adulti mentre venti anni fa avrebbe goduto dell'aiuto di nove persone. Le nuove tipologie familiari rappresentano, inoltre, configurazioni in cui la solidità dei legami è sovente più debole e gli individui sono costretti ad elaborare strategie più complesse che coinvolgono, frequentemente, reti sociali esterne: altri familiari, amici, associazioni di volontariato o strutture pubbliche. Nella Error! Reference source not found. viene presentata in forma grafica la percentuale di famiglie che hanno usufruito di almeno un aiuto gratuito da persone non conviventi, meglio illustrata nel dettaglio alla Error! Reference source not found., nelle settimane precedenti l'indagine Istat.

Nonostante ciò, oggi, “le famiglie italiane vengono a caratterizzarsi sempre più per le risorse, capacità e opportunità differenziate che esse posseggono in relazione ai processi di sviluppo economico e alle garanzie di benessere e sicurezza sociale offerte dalle istituzioni pubbliche”<sup>19</sup>.

Ora, la famiglia pare riuscire meglio, rispetto al passato, ad organizzare le sue capacità per produrre salute e benessere per i suoi membri. Migliorando le risorse culturali ed economiche, essa incrementa la sua cultura della salute, in termini di prevenzione e abitudini di vita sane, e anche la sua capacità di riconoscere gli eventi morbosi che è capace di affrontare autonomamente dalle situazioni in cui deve ricorrere all’aiuto di un professionista. Riguardando poi prestazioni specificamente assistenziali, come la cura, l’alimentazione, o l’igiene delle persone inferme, queste funzioni delle famiglie necessitano, oggi, di maggiore orientamento e consiglio. Per questo diventano indispensabili la competenza e la capacità di professionisti come l’infermiere, in grado di indirizzare e guidare il processo di emancipazione ed empowerment<sup>20</sup>, in ambito sanitario, fornendo tutte le indicazioni, nozioni e informazioni che gli individui richiedono.

Non tutte le famiglie sono, però, in grado di mobilitare le

<sup>19</sup> Donati P., *Famiglia e politiche sociali*, ed. F. Angeli, Milano, 1985 in Bonino, *Manuale di sociologia*, Edises, 1993

<sup>20</sup> letteralmente dall’inglese «favorire l’acquisizione di potere». Termine mutuato dalla psicologia di comunità per indicare i processi attraverso i quali l’individuo svantaggiato acquisisce maggior potere partecipando ad associazioni. Alcuni autori ne hanno dato varie definizioni. Rapaport (1981): «accrescere la possibilità dei singoli e dei gruppi di controllare attivamente la propria vita». Levine e Perkins (1987): «un percorso essenziale

e del cambiamento nella forma diaumentato accesso alle risorse per le persone a rischio, una di queste risorse è l'informazione (conoscere strategie necessarie per adattarsi all'ambiente), l'altra è l'organizzazione sociale (maggior coinvolgimento e partecipazione nel definire i problemi e nel prendere decisioni). Kiefer (1982): «il raggiungimento di abilità politiche, di saper fare e di conoscenze, che costituiscono la capacità di partecipare con competenza».

proprie risorse. Esistono contesti in cui la rete familiare, per diverse ragioni, può essere debole e non in grado di assicurare una adeguata protezione ai suoi membri. Situazioni conflittuali, relazioni patologiche, povertà e indigenza, come, a volte, disabilità e malattie croniche gravi, sono circostanze che possono facilmente portare a un disagio sociale impedendo un equo accesso alle risorse sanitarie, particolarmente quando si presentano insieme. La competenza della famiglia a contenere e gestire al suo interno queste situazioni, si verifica solo se essa può usufruire di reti di sostegno sufficientemente forti e organizzate, se può usufruire di volontariato o associazionismo, se ha la possibilità di ricorrere a servizi privati e, infine, se può contare, ancora una volta, su professionisti che, nel momento opportuno, si mostrano in grado di individuare e coordinare l'intervento dei servizi più appropriati, tra tutti quelli disponibili, e di orientare le scelte della famiglie in difficoltà.

## I modelli dello sviluppo

Alcuni modelli concettuali sviluppati in campo sociologico possono costituire una guida utile per organizzare e comprendere le informazioni che riguardano la famiglia. Molto utilizzati in quest'ambito sono i modelli che riguardano lo sviluppo.

Tutte le famiglie, come gli organismi biologici, si evolvono e crescono e nel tempo subiscono uno sviluppo che le porta a differenziarsi attraverso fasi accomunate da similarità nelle esperienze e negli obiettivi. Durante ognuna delle fasi di questo percorso, la famiglia ha compiti precisi da svolgere che le permetteranno di proseguire nel suo ciclo di vita.

Il percorso inizia quando l'individuo adulto si allontana dalla famiglia di origine, continua nel matrimonio, e prosegue attraverso fasi che possono riguardare la nascita dei figli, la loro crescita, il loro ingresso nella scuola, l'adolescenza, per terminare nel momento in cui i componenti della famiglia sperimentano gli

ultimi cambiamenti di ruolo avvicinandosi alla vecchiaia.

Possiamo parlare, allora, dell'esistenza di veri e propri "modelli dello sviluppo" che possono aiutare l'infermiere e gli altri operatori sanitari ad individuare gli aspetti chiave che accompagnano ogni evento importante della vita familiare e i traguardi da raggiungere ogni volta necessari all'adattamento e al superamento di ogni fase.

In base a questi aspetti, comuni a tutti ma che ognuno vive in modo individuale, e adattando i modelli alle diverse tipologie di famiglia, è possibile promuovere comportamenti adeguati al raggiungimento degli obiettivi specifici di un preciso momento dello sviluppo familiare. Uno dei modelli meglio conosciuti è quello elaborato da Evelyn Duvall nel 1977 in cui la famiglia è vista come un sistema sociale caratterizzato da ruoli e posizioni correlate e interdipendenti, confini relativamente chiusi e obiettivi prefissati. Il modello illustra i comportamenti attesi, in tutte le famiglie, in otto momenti del loro ciclo vitale. Tali differenti stadi si caratterizzano in base all'età del figlio più grande e possono anche sovrapporsi quando nella famiglia sono presenti più figli con età molto diverse. Ad ogni stadio Duvall ha associato un obiettivo di base al quale la famiglia deve tendere. Tali obiettivi sono evidenziati nella tavola 7.

Questo modello può servire da guida nella fase di accertamento e nella pianificazione dell'assistenza a famiglie nucleari con figli in crescita, per stabilire l'appropriatezza degli obiettivi di base che si possono spiegare come illustrato di seguito.

Sostentamento fisico: la famiglia si preoccupa di provvedere riparo, abiti adeguati, nutrimento sufficiente, sicurezza e risorse adeguate ai suoi membri.

Allocazione delle risorse: i bisogni dei membri della famiglia vengono soddisfatti attraverso l'impiego delle risorse e il

lavoro per procurare beni materiali, spazio, occasioni di crescita e attraverso le relazioni interpersonali per condividere autorità e rispetto.

Divisione del lavoro: i membri decidono chi si assumerà determinate responsabilità come provvedere alle risorse, curarsi della casa, assistere i figli o gli anziani.

Socializzazione: i membri si assumono responsabilità, nei confronti dei figli, per guidare lo sviluppo di modelli di comportamento sociale maturi e accettabili riguardo l'alimentazione, l'eliminazione, il riposo, l'aggressività, la sessualità e l'interazione con gli altri.

tavola 7 Stadi di sviluppo familiare e obiettivi di base secondo Duvall

1) Nuove famiglie, coppie dopo il matrimonio	Sostentamento fisico; stabilire una relazione coniugale soddisfacente	dei bambini; coping
2) Prima gravidanza, fino al 30° mese di età del figlio	Sostentamento fisico; stabilire una relazione coniugale soddisfacente	
3) Famiglie con figli in età prescolare	Allocazione delle risorse; adattamento al ruolo genitoriale. Divisione del lavoro; adattarsi ai bisogni e interessi dei bambini; coping nei	



nei

nei

- 4) Famiglie con figli in età  
scolare
- 5) Famiglie  
adolescenti
- confronti della diminuzione  
confronti della diminuzione  
di energie e di privacy  
Socializzazione dei membri  
della famiglia
- Riproduzione, acquisizione  
di nuovi membri, e  
di nuovi membri, e  
allontanamento di vecchi.

<sup>21</sup> cfr. paragrafo 2.3, pg. 57.

6) Famiglie come punto di lancio dei figli che lasciano la casa	Mantenimento dell'ordine
7) Famiglie di mezza età	Collocamento dei membri nella società
8) Famiglie anziane	Mantenimento della motivazione e del morale

Tratto da: Christensen P., Kenney J.- "Nursing Process. Application of Conceptual Models", Mosby inc., 1995, Missouri.

Riproduzione: riguarda l'acquisizione e l'allontanamento di membri familiari come accade con la gravidanza, l'allevamento o l'adozione dei figli così come l'accoglimento di nuovi elementi, cognati, suoceri, fratellastri, nuore, matrigne o patrigni, ospiti o amici.

Mantenimento dell'ordine: avviene attraverso l'esibizione di comportamenti socialmente accettabili.

Collocamento dei membri nella società: avviene attraverso le relazioni sociali in organizzazioni e istituzioni. La famiglia si assume anche l'onere di proteggere i membri da influenze esterne indesiderate.

Mantenimento della motivazione e del morale: i membri, ormai anziani, si cercano reciprocamente grazie al sentimento di attaccamento e soddisfano i bisogni individuali di accettazione, incoraggiamento e affetto. Ciò permetterà al singolo e all'unità familiare di far fronte ai momenti di crisi.

Nel 1980 questo modello è stato adattato da Carter e McGoldrick per riflettere i cambiamenti della nostra epoca e renderlo applicabile anche a famiglie di divorziati <sup>(xxiv)</sup>.

Un altro modello che si è occupato di descrivere le fasi dello sviluppo familiare è quello descritto da Joanne Stevenson

nel 1977 che presenta quattro tipologie famigliari delineate in base al numero di anni di matrimonio dei coniugi e alla loro età approssimativa.

Famiglie emergenti. Vengono così definite le famiglie a partire dal matrimonio e durante i primi sette o dieci anni. Si perseguono due obiettivi principali: indipendenza dalla famiglia di origine e sviluppo di un nuovo senso di responsabilità nei confronti della vita familiare (economica, emotiva e socioculturale). Gli obiettivi riguardano la propria emancipazione e la conquista di ruoli appropriati e di posizione sociale, l'impostazione di uno stile di vita personale, l'adattamento a un rapporto coniugale eterosessuale, lo sviluppo di un comportamento genitoriale, l'integrazione dei valori personali con lo sviluppo della carriera e i vincoli socioeconomici.

Famiglie fossilizzate. I genitori sono nei primi anni della media età con figli adolescenti e nuove responsabilità emergenti relative alla crescita e allo sviluppo dei membri famigliari. I genitori si trovano compressi tra le giovani e le vecchie generazioni che accudiscono senza esercitare un controllo su di loro. Gli obiettivi comprendono il consolidamento dello sviluppo socioeconomico, la valutazione della propria occupazione alla luce del personale sistema di valori, il supporto ai giovani per divenire essere umani integrati, il miglioramento o la ricostruzione del rapporto matrimoniale, l'assunzione di una posizione di responsabilità nel lavoro, nella società, nella collettività, nelle organizzazioni, il mantenimento o l'incremento di forme di proprietà come la casa, l'utilizzo del tempo libero in modo creativo e soddisfacente, l'adattamento a eventuali cambiamenti del sistema personale o biologico.

Famiglie interagenti. Sono composte da genitori negli ultimi anni della media età e da figli già cresciuti con i loro figli più o meno piccoli di cui si occupano i più anziani; il rapporto tra

lavoro e tempo libero cambia. Le responsabilità riguardano ora la sopravvivenza ed il contributo allo sviluppo della società. Gli obiettivi sono mantenere opinioni flessibili riguardo le proprie posizioni lavorative, politiche, religiose e sociali, rimanere aggiornati sui cambiamenti politici, culturali e scientifici più importanti, sviluppare una mutua relazione di supporto con la discendenza e gli altri membri delle generazioni più giovani, rilanciare la relazione con il coniuge o adeguarsi alla sua perdita, aiutare i genitori anziani nell'ultima fase della loro vita, trarre soddisfazione dall'accresciuto tempo libero, prepararsi al pensionamento, adattarsi all'invecchiamento.

Famiglie realizzate. Formate da coppie anziane nuovamente sole impegnate a attribuire nuovi significati alla loro vita. Accettano il processo di invecchiamento e la morte, alla quale si preparano rivisitando la loro vita e mettendo ordine nei loro affari. Gli obiettivi adesso riguardano nuovi interessi, hobbies, attività sociali, l'apprendimento di nuove competenze, la condivisione della saggezza del passato con gli altri, i bilanci sulla vita passata guardando successi e fallimenti obiettivamente, progresso verso la propria morte o quella delle persone significative.

Stevenson vede in tutte le fasi dello sviluppo obiettivi comuni a tutte le famiglie, come mantenere il senso della famiglia, crescere i figli, trovare svaghi e lavori soddisfacenti, sostenere modelli appropriati di salute, provvedere al mutuo supporto e all'acculturazione dei membri della famiglia. Ogni singolo momento di sviluppo vedrà poi obiettivi specifici correlati alle criticità della fase che la famiglia vive. Per esempio una coppia nel quarto stadio si vedrà impegnata nel tentativo di dare nuovi significati alla sua esistenza, accettare il processo di invecchiamento e l'avvicinarsi della morte.

Anche questo modello si riferisce alla famiglia nucleare e

tiene conto dell'interazione con le organizzazioni esterne e la comunità.

### L'approcciopsicologico

Un approccio di tipo psicologico porta, a questo punto, a considerare le interazioni e le relazioni all'interno delle famiglie, le dinamiche attraverso le quali esse contribuiscono alla costruzione della personalità individuale e, in particolare, l'effetto che eventi come la malattia, le esperienze di lutto o la nascita di un figlio possono indurre.

Per prima cosa dobbiamo chiederci quale sia la natura del legame che, con una terminologia popolare definiamo "di sangue".

I primi legami che si sviluppano alla nascita tra il bambino e la madre sembrano costituire la base sia della relazione genitori - figli, sia di quella tra coniugi sia, in prospettiva intergenerazionale, della relazione tra gli adulti e la famiglia di origine <sup>(xxv)</sup>.

John Bowlby, negli anni '50 fu il primo a ipotizzare che, oltre alle pulsioni primarie già descritte da Freud e legate a sessualità e cibo, ve ne fosse un'altra che egli definì attaccamento. Sistemizzando numerosi studi precedenti sulla relazione madre - bambino, tra cui quelli di Lorenz sull'imprinting, quelli di Spitz sulle reazioni dei bambini in orfanotrofio, e gli esperimenti di Harlow sulle scimmie, arrivò ad affermare che: "il comportamento di attaccamento è quella forma di comportamento che si manifesta in una persona che consegue o mantiene una prossimità nei confronti di un'altra persona, chiaramente identificata, ritenuta in grado di affrontare il mondo in modo adeguato. (...) la funzione biologica che gli

viene attribuita è quella della protezione. Rimanere nelle vicinanze e avere facile accesso a un individuo familiare che sia pronto e disponibile a venire in nostro aiuto in caso di emergenza è chiaramente una buona polizza di assicurazione – qualunque sia la nostra età”.

L’attaccamento alla figura materna deriva da un graduale spostamento dell’energia libidica<sup>22</sup> del bambino dal proprio corpo a quello della madre. Attraverso il riconoscimento della madre, il bambino acquista, gradualmente, l’identità personale separando il sé dall’ambiente circostante. Lentamente, anche il legame con la madre cambia, da simbiotico diviene un legame a distanza, ma ogni volta che il bambino sperimenta nuove capacità che lo allontanano dalla madre, (muoversi a carponi, posizione eretta, linguaggio) egli acquista nuove insicurezze, che derivano dalla coscienza sia dei suoi limiti sia della separazione stessa dalla madre. Ciò produce angoscia. Man mano che il controllo sulla realtà aumenta, questa angoscia di separazione diminuisce. La qualità del legame con la madre influenza la costituzione dell’identità personale e le caratteristiche che tale legame assumerà al termine del percorso di individuazione influenzeranno le successive relazioni di attaccamento. Bolwby afferma: “cure attente e amorose permetteranno al bambino di sapere che gli altri lo aiuteranno quando ne avrà bisogno e di diventare sempre più fiducioso in se stesso e ardito nell’esplorazione del mondo, collaboratore con gli altri e anche in grado di provare comprensione e di prestare aiuto a coloro che soffrono. (...)”

Bolwby considera la dipendenza come una componente della personalità anche dell’adulto, per il quale vissuti e meccanismi che caratterizzano le fasi della separazione dalla

<sup>22</sup> Nella teoria freudiana è l’energia che alimenta i comportamenti motivati di tipo costruttivo ed assimilativo (la sessualità, la procreazione, l’alimentazione, ecc. . . ) ( xxi x ) .

simbiosi si possono trovare nel dualismo tra autonomia e soggezione nei confronti di un oggetto, persona o situazioni. Questo alternarsi di bisogni di vicinanza e bisogni di separazione, bisogni di appartenenza e libertà individuale, può creare conflitti nel corso di tutta l'esistenza dell'individuo, per esempio nelle fasi di passaggio da uno stadio evolutivo all'altro (adolescenza, età adulta, maturità), o in caso di cambiamenti e separazioni che coinvolgono la famiglia (matrimonio, nascita, lutti...). La tensione tra desiderio e paura della separazione si verifica anche nei confronti di parti di sé quando l'individuo evolve la sua personalità e, parallelamente, anche quando i legami duraturi con persone significative si evolvono assieme a lui. Ogni cambiamento implica una separazione più o meno simbolica col ripetersi di questi conflitti che generano paura, angoscia, dolore o rabbia a seconda della qualità del legame relazionale sottostante.

Da ciò, secondo Eugenia Scabini <sup>(xxviii)</sup>, deriva che la regolazione

delle distanze tra gli individui è il processo fondamentale per lo sviluppo, la crescita e il benessere delle famiglie, si cresce in quanto in grado di separarsi mantenendo comunque una fiducia di base.

La configurazione della famiglia a cui l'individuo appartiene può contribuire sotto diversi aspetti alla determinazione dello stato di salute, rappresentando a volte una risorsa, a volte un elemento negativo. Essere parte di una famiglia comporta per l'individuo una certa quantità di costi e benefici. Studi sull'effetto degli stressori, come quelli pubblicati ad esempio da Holmes e Rahe nel 1967<sup>23</sup> o da Kanner nel 1981, hanno ampiamente dimostrato che una grossa quantità di questi accadimenti è direttamente collegata alla vita familiare (per

<sup>23</sup> Holmes e Rahe, ricercatori dell'Università di Washington, intervistarono oltre 5000 persone con disturbi di vario tipo interessandosi ad eventi che avevano comportato necessità di adattamento a nuove situazioni di diversa entità (lutti, cambiamenti di domicilio, nascite..). Compilarono una scala

di Valutazione del riadattamento Sociale composta da 43 voci alle quali assegnarono un punteggio in base allo sforzo adattivo richiesto da ogni situazione .



esempio il divorzio, il matrimonio, la nascita di un figlio o un problema di salute). Ciò fa capire come sia possibile che questi accadimenti possano direttamente influire sulla salute degli individui attraverso i meccanismi psichici e fisiologici indotti dallo stress con un rapporto diretto di causa/effetto. Una particolare situazione familiare determina uno specifico esito di salute. La perdita di un coniuge, ad esempio, potrebbe ipoteticamente esporre l'altro a una condizione di rischio, a lungo termine, per l'insorgenza di una sindrome depressiva o, peggio ancora, di un rischio, a breve, di suicidio o di infarto miocardico acuto.

D'altro canto, studi condotti a livello epidemiologico <sup>(xxvi)</sup> e psicosociale hanno messo in luce la correlazione, in termini positivi, tra le relazioni familiari e l'evoluzione di molte patologie che si esplica sia in modo diretto, agendo su fattori eziologici e sulla sintomatologia <sup>24</sup>, sia in modo indiretto accrescendo la condizione di benessere valutato sulle famiglie <sup>25</sup> intervistate. Una storia favorevole di relazioni con la persona di riferimento nella prima infanzia può, in effetti, determinare le condizioni necessarie a una buona capacità di coping <sup>26</sup> in età adulta. Gli studi hanno mostrato che, in generale, le persone sposate godono di un miglior stato di salute fisica e di una sensazione soggettiva di benessere più elevata rispetto a persone che o non sono mai state sposate o sono vedove o divorziate. Infatti, buoni legami familiari riducono la percezione della gravità degli eventi morbosi, la mortalità, le malattie, mentre la sofferenza fisica e psicologica

<sup>24</sup> Lynch, 1977; Berkman e altri, 1979; Dean, 1981; Reed e altri, 1983; Cohen and Syme, 1985; Verbrugge, 1979; Perlman and Rook, 1987; Bloom e altri, 1979; Gove, 1979.

<sup>25</sup> Wood e altri 1989 condussero una meta-analisi su 93 precedenti pubblicazioni che valutavano lo stato di benessere e felicità dichiarato dagli intervistati.

<sup>26</sup> Termine utilizzato in psicologia per indicare i

«tentativi che variano di continuo, sia intrapsichici che volti all'azione, per controllare eventi valutati come gravosi o superiori alle proprie risorse» ( Lazarus e Folkman, 1984) .

legate a patologie risultano più elevate nelle persone prive di relazioni familiari e sociali.

Questo aspetto si può spiegare se si considera che dalla famiglia originano relazioni di cura che ne fanno la protagonista assoluta nell'assistenza e nel recupero della salute dei suoi membri, pensiamo semplicemente alle cure prestate dalla madre in occasione delle malattie dell'infanzia. Tali cure, inoltre, vanno a vantaggio dell'intero sistema sanitario in quanto possono estendersi all'intera rete parentale e sociale considerando che i soggetti all'interno del sistema familiare sono persone che interagiscono continuamente le une con le altre e con altre persone esterne all'ambiente. Le relazioni tra i singoli producono, così, cambiamenti che a loro volta ne inducono altri e altri in un sorta di "risonanza" destinata a influenzare la reazione della famiglia alla salute e alla malattia producendo un continuo adattamento. Allora, un momento critico, come la malattia grave di un congiunto, può contribuire a evidenziare il meglio delle risorse disponibili, ad esempio tacitando situazioni di conflitto e ostilità o favorendo la cooperazione tra i membri. In altri casi può, invece, generare reazioni avverse e rendere la famiglia incapace di funzionare e di far fronte alla situazione di crisi. Anche comportamenti inadeguati e incoerenti nella famiglia possono contribuire a generare un impatto negativo sulla salute dei suoi membri, pensiamo per esempio a un genitore che spiega al proprio figlio che il fumo è nocivo e un attimo dopo si accende una sigaretta.

Il concetto di "famiglia sana" che viene ripreso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità <sup>(xxvii)</sup> rispecchia la relazione esistente tra le caratteristiche strutturali della famiglia e l'interazione tra i suoi membri. Il sociologo della famiglia Pierpaolo Donati, in un suo intervento durante un convegno tenutosi a Milano nel 1986, ha così elencato le caratteristiche di

famiglie sane e di famiglie a rischio:

“(...) le famiglie sane sono caratterizzate da legami flessibili, ma ben stabili, un’organizzazione tendenzialmente paritaria nella distribuzione dei compiti e del potere, con modalità comunicative trasparenti; nelle relazioni familiari verso l’esterno vengono evitati sia atteggiamenti di eccessiva chiusura sia di apertura (...).

Le famiglie a rischio sono caratterizzate invece da scarso sostegno e scarsa assistenza reciproca dei suoi componenti, con elevata conflittualità e rifiuto di autocontrollo, incapacità a relazionarsi con l’esterno<sup>(xxviii)</sup>.”

Alcuni studi furono compiuti negli anni 50 e 60 da psicologi della scuola di Filadelfia, partendo dall’applicazione di strumenti di derivazione psicoanalitica<sup>(xxix)</sup>.

In quegli anni, uno studioso di Filadelfia, Boszormenji- Nagy, propose la sua “teoria dei rapporti”. Concentrandosi sulla funzione svolta dalla famiglia nella determinazione del concetto di sé dei suoi membri, si preoccupò di analizzare il modo in cui dalle dinamiche relazionali del gruppo possono scaturire rapporti basati sullo scambio e sulla reciprocità. Il concetto di reciprocità<sup>(xxv)</sup>, secondo l’interpretazione psicosociale, ha la funzione di mantenere la coesione del gruppo in qualsiasi forma di aggregazione sociale; richiedendo una inibizione dell’aggressività, attraverso la cooperazione, la solidarietà e la comunione di intenti, la relazione di reciprocità tende a consentire il superamento di conflitti e fratture assicurando stabilità e protezione dai pericoli dell’ambiente circostante. Questo aspetto risulta fondamentale sia nella dinamica dei rapporti familiari, sia all’interno di altre organizzazioni sociali dove questo modello relazionale viene simbolicamente riproposto.

L’applicazione, negli anni 70, degli schemi concettuali ispirati all’approccio sistemico di von Bertalanffy, consente di

passare dal tentativo di individuare tipologie famigliari basate sulla singolarità dei vari componenti, a quello di individuare modelli di relazione più complessi.

### La teoria dei sistemi

Le diverse discipline fanno spesso ricorso al concetto di sistema per definire e caratterizzare l'oggetto dell'indagine. La teoria generale dei sistemi fu descritta per la prima volta in un contesto sociologico dal biologo von Bertalanffy<sup>27</sup> nel 1968 (xxiv) ed è stata poi utilizzata anche in campo psicologico. Essa descrive i rapporti esistenti tra le parti che costituiscono l'intero e individua alcuni elementi di base di validità generale:

- la presenza di un insieme di fenomeni definiti, descrivibili e classificabili;
- l'esistenza di connessioni tra i fenomeni che lo compongono che danno origine a relazioni;
- caratteristiche di funzionamento collegabili a risultati identificabili come finalità o obiettivi consapevoli.

Le proprietà di un sistema possono essere individuate nelle relazioni esistenti tra di esso e l'ambiente circostante, nelle articolazioni interne al sistema, i sottosistemi, nel suo funzionamento in termini di input e output, nei rapporti di tipo funzionale o causale tra le variabili del sistema e, infine, nella sua dinamica evolutiva<sup>(xxx)</sup>.

Dato che il sistema può mostrare diversi gradi di apertura nei confronti dell'ambiente, definibili tra i due poli aperto/chiuso, se applichiamo la teoria dei sistemi alla famiglia, essa può essere considerata come un sistema aperto, composto da una serie di elementi correlati tra loro, i sottosistemi, che interagiscono e scambiano informazioni e risorse, di grado variabile, con l'esterno, sulla base di stimoli continui. Tali relazioni possono

<sup>27</sup> von Bertalanffy «General System Theory» New York: George Braziller, Inc 1968.

essere intersistemiche, vale a dire con altri sistemi, ed è, inoltre, possibile identificare nell'ambiente, anche, soprasistemi di varia specie, come ad esempio la comunità<sup>28</sup>. Una famiglia sana, o funzionale, da questo punto di vista ha più scambi rispetto a una famiglia con problemi, o disfunzionale.

All'interno del sistema si generano effetti complessivi non sempre riconducibili all'insieme dei singoli sottosistemi componenti così che alcuni aspetti non possono spiegarsi come la sommatoria di proprietà delle singole parti, ma come effetti generati dall'intensa relazione che interviene tra di esse.

La teoria dei sistemi è una “teoria della globalità e totalità che si occupa di fenomeni non riconducibili ad eventi individuali e di interazioni dinamiche che si manifestano nei diversi comportamenti delle parti”<sup>(xxx1)</sup>; partendo da questa definizione si possono fare alcune considerazioni: innanzi tutto la conoscenza dei sottosistemi, i singoli individui, non consente di determinare le proprietà del sistema, la famiglia, il quale diventa, invece, conosciuto e riconoscibile solo se osservato al di là dei particolari. In secondo luogo, per le sue caratteristiche, il sistema è in continua e dinamica evoluzione.

Questi concetti sono stati utilizzati nella teorizzazione di Betty Neuman ..

Nel loro funzionamento molti tipi di sistema sono, quindi, osservati con riguardo alla presenza o meno di condizioni di equilibrio. Lo scopo del sistema familiare, in quanto dinamico, diventa quello di adattarsi al suo ambiente<sup>(xxxii)</sup>; ciò fa della ricerca di adattamento e conservazione gli elementi centrali dell'applicazione di questa teoria alla famiglia.

L'equilibrio o omeostasi, (capacità di conservare l'equilibrio tra i processi fisici o psichici che avvengono, reagendo alle tensioni eccessive o reprimendole) è collegato al concetto di feedback, (retroazione)<sup>(xxxii)</sup>. In quest'ottica quando il sistema è sotto stress prova ad autoregolarsi attraverso l'uso del feedback

inviando, cioè, segnali di output sotto forma di input al sistema stesso in modo da

riadeguare l'equilibrio perduto.

<sup>28</sup> Vedi paragrafo 2.2, L'approccio sociologico, pag. 33

Il migliore stato di salute si consegue, quindi, attraverso il mantenimento di un equilibrio dinamico tra i sistemi interagenti, ossia tra famiglia, individuo e ambiente in un processo circolare.

Nella Error! Reference source not found. è illustrato un modello sistemico basato sui concetti esposti.

**Anche il rapporto con i professionisti della salute si può inquadrare in questo approccio.** Il sistema aperto famiglia interagisce con altri sistemi all'interno di un contesto ambientale che, per quanto attiene l'argomento salute, è rappresentato anche dal sistema sanitario e, in particolare, dai suoi sottosistemi infermiere e medico di famiglia. La famiglia, nel perseguire l'obiettivo del sistema, si adatta all'intervento dei professionisti sanitari accettandone informazioni e orientamenti, e grazie a queste relazioni intersistemiche, l'equilibrio si modifica continuamente e viene influenzato dalla fase di sviluppo raggiunta dalla famiglia<sup>29</sup>.

Ritornando più in generale all'approccio sistemico, i primi studi basati su di esso, presero il via dal tentativo di verificare le caratteristiche delle relazioni familiari in relazione a forme di psicopatologia individuale come schizofrenia e autismo.

Watzlawick, studioso della scuola di Palo Alto, utilizzò la categorizzazione, proposta da Bateson, sulla comunicazione umana che individua tre categorie di relazione interpersonale, la simmetrica, la complementare e la reciproca, come descrittive della posizione che, in un rapporto diadico, un soggetto assume rispetto all'altro. In questo senso, secondo Watzlawick, classificando la famiglia in base alla modalità interattiva reciproca si individuerebbe un andamento flessibile del legame, caratterizzando una relazione normale e sana. Questa modalità relazionale individua, infatti, soggetti in grado di alternarsi nell'assunzione di posizioni sia complementari all'altro, e cioè di

<sup>29</sup> Vedi paragrafo 2.2.2 I modelli dello sviluppo.



completamento, sia simmetriche, cioè di uguaglianza, che, se mantenute rigidamente, sottolineano rispettivamente un disconoscimento del proprio sé adattandolo in funzione dell'altro o un rifiuto del sé del soggetto interagente.

Nel 1972 Virginia Satir <sup>(xxxiii)</sup> sviluppò anch'essa, per definire la famiglia sana, un modello di Famiglia Interazionale basato sui concetti di comunicazione, autostima, regole e collegamenti con la società.

Secondo questo pensiero la salute della famiglia interazionale dipende dalla sua abilità nel condividere e comprendere i bisogni, i sentimenti e i modelli comportamentali dei singoli membri. Il sentimento di autostima e fiducia in sé viene promosso dalla comunicazione tra i membri della famiglia e induce a sua volta comportamenti improntati all'integrità, all'onestà, alla responsabilità, alla compassione e all'amore. La famiglia nel suo complesso, risulta essere pervasa da un senso di fiducia e di curiosità nei confronti degli altri e della società che la porta ad operare per una crescita produttiva dei suoi membri. Le famiglie che hanno un inadeguato sentimento di autostima, al contrario, secondo Satir, vivono rinchiusi al di là di un muro di desolazione, solitudine e isolamento. La comunicazione, che per Satir comprende anche il non verbale (movimenti, postura, tono della voce....), in questa famiglia sana è aperta, chiara, diretta e onesta, ogni membro è abituato a valutare quello che gli altri hanno da dire supportandoli e incoraggiandoli nell'esprimersi. Nelle famiglie malsane vengono dati, al contrario, messaggi ambigui, non si ascoltano gli altri, comunicando messaggi svalutanti nei confronti dei singoli membri. Anche le regole che governano la suddivisione delle responsabilità, l'uso del denaro, lo svolgimento delle attività quotidiane, l'esistenza di speciali privilegi, l'espressione della sessualità, il linguaggio, la territorialità e l'autorità, influiscono sui comportamenti dei

membri di questa famiglia. Queste regole possono essere implicite o esplicite, possono essere poste in modo non chiaro, possono essere sorpassate o fuori luogo, oppure possono essere applicate troppo o troppo poco rigidamente. Infine nel suo modello Satir prende in esame i collegamenti con la società che si realizzano attraverso organizzazioni (scuola, chiesa, gruppi politici, gruppi ricreativi, club...) e amicizie collegate da interessi comuni. Le famiglie sane hanno molte relazioni, vivono la società come se avesse molto da offrire sfruttandone le opportunità per la crescita, il cambiamento e lo sviluppo. Nelle famiglie malsane, invece, si evitano i contatti con altri valori e il coinvolgimento in organizzazioni, preferendo, invece, l'isolamento.

L'approccio sistemico adottato a partire dagli anni 70 ha individuato, quindi, una famiglia collocata tra dinamiche individuali e dinamiche relazionali interpersonali e con l'ambiente esterno, in continuo divenire. Il principale problema diventa, come per ogni organismo vivente, mantenere un equilibrio che permetta, da un lato, di restare costante nei confronti delle variazioni dell'ambiente e, dall'altro, di adattarsi modificando le proprie regole di funzionamento.

Una teoria psicologica<sup>30</sup>, centrata sulla struttura e utilizzata per lo studio dei casi di disadattamento sociale, ha identificato due dimensioni che più di ogni altra permettono di valutare la capacità di adattamento al cambiamento<sup>(xxvi)</sup>. Adattabilità e coesione sono caratteristiche che indicano la capacità di modificarsi nei ruoli e nella struttura della famiglia e il grado dei vincoli di tipo emotivo e dei confini relazionali, che si frappongono alla indipendenza e all'autonomia dei soggetti. Queste caratteristiche classificano la famiglia in base a quattro

<sup>30</sup> Olson D.H., Russel C.S., Spink D.H. – The Circumplex Model of marital and family system II: empirical studies and clinical intervention – in L. J. Vincent ed., *Advances in Family Intervention, Assessment and theory* – Greenwich, CT: JAI,



parametri, “rigida”, “strutturata”, “flessibile” e “caotica” in termini di adattabilità; “invischiata”, “connessa”, “separata” e “disimpegnata” in termini di coesione.

Semplificando, la classificazione risultante permette di identificare le famiglie cosiddette “disfunzionali” che, posizionate agli estremi della scala, potrebbero manifestare difficoltà sia a mantenere un buon livello di funzionamento, sia nel soddisfare i bisogni di crescita personale dei loro membri. In particolare, adattando questo modello all’argomento che ci riguarda, per queste famiglie, le situazioni di forte stress possono avere conseguenze per la salute dei singoli membri, inoltre, anche la relazione con il personale sanitario può essere influenzata in maniera problematica da questi aspetti.

Le famiglie invischiate, sono caratterizzate dalla mancanza di chiari confini tra i membri i quali si identificano strettamente con la famiglia stessa al punto da avere uno scarso senso di identità individuale, gli spazi di autonomia dei singoli non vengono rispettati e spesso esiste confusione dei ruoli. In esse ogni tentativo di cambiamento da parte di un membro provoca un’immediata resistenza da parte degli altri e in occasione di serie malattie di un congiunto, tenderanno ad essere chiuse al mondo esterno e a guardare i professionisti che le avvicinano in maniera sospettosa. All’opposto le famiglie disimpegnate sono caratterizzate da membri che hanno scarso senso della famiglia, i singoli componenti appaiono indipendenti l’uno dall’altro, la distanza tra i famigliari appare eccessiva, mancano un senso di appartenenza e protezione mentre le relazioni complessive risultano molto debolmente interconnesse; queste famiglie tenderanno a scaricare su altri il peso e la responsabilità dell’assistenza ritenendo che è il professionista che deve occuparsene.

Sull’altro versante le famiglie rigide, in cui a ognuno è

assegnato un preciso ruolo e dove vigono disciplina, autorità e una struttura del potere inflessibile, non saranno in grado di adattarsi adeguatamente e continueranno a rispondere con gli stessi ruoli e comportamenti anche a nuove situazioni, ignorando ogni funzione evolutiva che possa essere connessa allo stato di crisi, il quale può allora innescare dinamiche conflittuali di diversa potenza. Anche le famiglie caotiche non avranno a disposizione modelli di interazione a cui riferirsi per risolvere questi problemi. Esse metteranno in atto interventi destinati a fallire, essendo i loro membri incapaci di agire congiuntamente già nelle situazioni normali, abituati a ruoli poco chiari, contraddittori e confusi e ad un uso del potere labile e arbitrario.

Le famiglie funzionali, secondo questa teoria, occupano le posizioni centrali di queste due scale, sia in termini di adattabilità sia in termini di coesione. Esse godranno di un adeguato senso della famiglia e ognuno avrà il senso del sé, i ruoli saranno chiari, ma flessibili e complementari, i suoi componenti perseguiranno obiettivi comuni, dimostreranno senso di solidarietà e saranno aperti all'esterno nell'accettare aiuto e consiglio. L'equilibrio omeostatico familiare, per utilizzare un termine preso a prestito dalla biologia, in questi casi sarà in grado di adeguarsi a ogni passaggio evolutivo, dalla nascita di un figlio alle varie fasi del suo percorso di crescita, e, anche in ogni momento di crisi, queste famiglie saranno in grado di ridefinire le proprie relazioni interne ed esterne e i propri ruoli facendo di un evento critico una occasione di crescita per tutto il nucleo. Inoltre, in ambito sanitario, saranno in grado di stabilire una comunicazione aperta ed efficace con gli operatori.

La filosofia dell'assistenza alla famiglia si fonda, secondo queste prospettive, sul presupposto dell'esistenza di un condizionamento di questa, delle cure e della guarigione ad opera dell'unità familiare stessa e delle dinamiche che si instaurano tra i

singoli.

## L'approccio infermieristico

I concetti più significativi e rilevanti che definiscono la disciplina infermieristica sono rappresentati da uomo/individuo, società/ambiente, salute e assistenza infermieristica. Si tratta di quattro concetti che, per loro stessa natura, non si prestano ad una descrizione univoca, anzi, il significato specifico, o meglio, la definizione che a loro è stata attribuita nelle varie teorie, ha orientato, di volta in volta, verso relazioni particolari tra di essi, dando origine a modi differenti di osservare i fenomeni. Sono, così, scaturite teorie diversamente orientate, ad esempio riguardanti le reazioni allo stress, o inerenti lo sviluppo umano oppure l'interazione tra i soggetti agenti.

In generale l'approccio dell'infermieristica alla persona è globale e prende in considerazione la persona intera come il risultato dell'interazione tra gli aspetti che la compongono: fisico, mentale, emotivo e spirituale. Proprio l'interazione è l'elemento che consente di aggiungere valore alla semplice somma di tutti questi aspetti. In questo approccio l'uomo è valutato, inoltre, come un essere inserito nell'ambiente in cui nasce, cresce, vive e muore, del quale subisce gli influssi e al quale deve adattarsi.

Per dare una definizione generale del concetto di persona, è possibile dire che esso identifica l'essere umano in quanto tale e in quanto membro della società, capace di agire sul mondo circostante, in grado di tessere relazioni con il suo contesto e, in funzione di tali relazioni, in grado di assumere numerosi ruoli diversi che, di volta in volta, possono interessare specificamente l'infermiere nel suo approccio con la persona stessa.

In quanto essere sociale, la persona costituisce, con gli altri, gruppi sociali più o meno grandi che possono dare luogo a

bisogni collettivi il cui soddisfacimento, ancorché interesse del singolo, corrisponde anche all'interesse della comunità.

Assistendo le famiglie si possono utilizzare diversi approcci, i quali dipendono direttamente, quindi, dal modello concettuale di riferimento a cui ogni professionista si ispira. Quando, ad esempio, nella sua attività, l'infermiere vede la famiglia come un contesto nel quale è inserito l'individuo, è quest'ultimo che rimane la prima sorgente di bisogni da soddisfare. In quest'ottica, tutto il processo assistenziale dovrà concentrarsi sullo stato di salute del singolo e la famiglia sarà utilizzata come eventuale fonte di assistenza aggiuntiva, solo e quando il professionista ne vedrà l'opportunità.

In alternativa, l'infermiere, potrà vedere la famiglia come una somma di individui. Egli comprenderà, allora, tutti i membri nel suo piano di assistenza, fornendo ad ognuno un'assistenza individualizzata, nella convinzione che la salute di ognuno equivale alla salute della famiglia intera non considerando, tuttavia, in un approccio sistemico, il potenziale di risorse per incrementare la salute del gruppo che deriva dall'interazione tra i singoli.

Infine, adottare la "famiglia come cliente" significa considerarla il centro dell'assistenza, a partire dall'accertamento, un sistema interattivo che ci obbliga a concentrarci anche sulle dinamiche relazionali, sulla struttura della famiglia, sulle sue funzioni via via mutevoli, così come sull'interdipendenza tra i membri e sulle interazioni con la comunità in cui essa è inserita. Tutte le relazioni che intercorrono nel determinarsi di salute e malattia, tra gli individui nella famiglia e tra questa e la comunità, devono essere identificate e incluse nello sviluppo di ogni piano di assistenza o di cura mirante a promuoverne il maggior benessere e salute possibili. L'infermieristica di famiglia, intesa in questo senso, aggiunge ai concetti base dell'assistenza il

concetto di famiglia, che si affianca e a volte sostituisce quello di persona.

Per esempio utilizzando una prospettiva famiglia/cliente nella valutazione iniziale della famiglia potremo porci domande del tipo: in che modo assistere continuamente un congiunto affetto da un malattia cronica o da una disabilità può essere causa di stress all'interno della famiglia? E a quali livelli? Quali meccanismi di coping possono essere previsti in occasione di una particolare crisi familiare? Su quali risorse individuali e collettive possiamo agire per rinforzare tali meccanismi? Sono disponibili reti sociali alternative di supporto? Quali modelli di comportamento adotterà la famiglia in occasione del ricovero del congiunto?....

Ad influenzare l'attività in una o l'altra di queste direzioni contribuisce anche l'organizzazione del Sistema sanitario in cui si opera che, più frequentemente, concentra la sua attenzione sull'individuo, non prevedendo figure in grado di supportare la famiglia come cliente. Quale sia l'approccio scelto, prestando assistenza infermieristica occorre, comunque, sempre tener conto che individui, famiglia e comunità si influenzano reciprocamente l'un l'altro sotto innumerevoli aspetti.

### Il concetto di famiglia nelle teorie infermieristiche.

Si è detto di come nell'ambito delle teorie infermieristiche i concetti propri della disciplina possano essere definiti ed in relazione fra loro in modo diverso.

Viene di seguito presentato uno schema che illustra come il concetto di famiglia sia stato definito in alcune teorie infermieristiche (xxxii) (xxxiii) (xxxiv).



**tavola 8 Il concetto di famiglia in alcune teorie  
infermieristiche**

Neuman	Un sistema all'interno della società.	Mantenersi in uno stato ottimale di salute.	Intervenire per ridurre i fattori di stress collegati allo stato di salute della famiglia.
Roy	Un sistema all'interno della società.	Mantenersi in uno stato ottimale di salute.	Intervenire per ridurre i fattori di stress collegati allo stato di salute della famiglia.
King	L'immediato ambiente sociale dell'individuo. Un sistema in grado di adattarsi.	Aiutare il sistema familiare ad adattarsi alla sopravvivenza, continuità e crescita.	Partecipare con la famiglia al processo di elaborazione e adattamento agli stimoli che condizionano il sistema familiare.
	Un sistema sociale ed un sistema interpersonale di interazione tra gli individui.	Influenzare i singoli nella crescita e nello sviluppo e contribuire al passaggio da una fase di dipendenza tipica del bambino ad una fase di indipendenza tipica dell'adulto.	Assistere le famiglie attraverso un processo di interazioni infermiere/famiglia per fornire informazioni, definire obiettivi, risolvere problemi di salute della famiglia.

Orem	<p>Unità di cura di soggetti dipendenti.</p> <p>Unità di cura di soggetti dipendenti.</p> <p>Una unità di servizio (insieme di persone a cui viene erogata assistenza infermieristica) strutturata e duratura che può essere anche fattore condizionante per le richieste terapeutiche e le capacità di cura di sé dell'individuo.</p>	<p>Funzioni che vanno oltre la necessità di soddisfare i requisiti di cura di sé di ogni individuo.</p>	<p>Promuovere lo sviluppo di:</p> <p>Promuovere lo sviluppo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- capacità della famiglia di considerarsi una unità strutturata e di operazione;</li> <li>- capacità essenziali di cura di sé o di un soggetto dipendente;</li> <li>- capacità di delineare le caratteristiche di interrelazione delle richieste terapeutiche di cura di sé dei suoi membri, di progettare un piano per soddisfare bisogni individuali e di gruppo, garantire e mantenere lo sforzo richiesto e le risorse materiali.</li> </ul>
Parse	<p>Sistema aperto, ma gli or e delle parti componenti, in reciproco e simultaneo</p> <p>Sistema aperto, ma gli or e delle parti componenti, in reciproco e simultaneo interscambio con l'ambiente, che sceglie tra le varie opzioni di cui si assume la responsabilità della scelta. Essa co-crea modelli specifici di relazione con l'ambiente e viene identificata da tali modelli.</p>	<p>l'utente.</p>	<p>Non definito nella bibliografia a disposizione.</p>
Carpenito	<p>Ogni persona o gruppo di persone che funge da sistema di supporto per</p>		<p>Non definito nella bibliografia a disposizione.</p>

Guidare la famiglia e accompagnare i ritmi	stabiliti affinché riferisca e chiarisca il significato della situazione, individui l'armonia nel contesto familiare vissuto e pianifichi	la modifica dei modelli di salute.	Assistere le persone nelle	attività che contribuiscono alla salute o al suo recupero; aiutare la persona a seguire la terapia prescritta e a rendersi indipendente dall'assistenza prima possibile.
--	---	------------------------------------	----------------------------	--

Il concetto di famiglia del modello dei sistemi di Neuman individua un sistema aperto in costante interazione con l'ambiente che lo circonda, una armoniosa relazione tra i membri della famiglia sta ad indicare il successo dei meccanismi di adattamento della famiglia all'ambiente. L'assistenza infermieristica è centrata sull'individuo come cliente, vede la famiglia come contesto e pone l'accento sullo stress e sulle reazioni di adattamento ad esso. Gli stressori possono essere intrafamigliari, interfamigliari o extrafamigliari a seconda che riguardino le interazioni tra l'individuo e i membri della famiglia, tra la famiglia e l'ambiente immediatamente circostante (altri parenti o amici) o tra questa e l'ambiente più esterno (politico o sociale o gruppi). Il processo di interazione e adattamento fa scattare linee di difesa, a vario livello, che hanno implicazioni biologiche, psicologiche, socioculturali spirituali e in termini di sviluppo, il cui impatto incide sul livello di stress familiare o dell'individuo. Ciò può dar luogo alla necessità di assistenza infermieristica la quale, a seconda che gli stressori siano sospettati o identificati, si attua a livello di prevenzione primaria, secondaria o terziaria.

Anche Roy, nel suo modello di adattamento, utilizza un approccio sistemico, che pone l'accento sull'adattamento a tre tipi di stimoli: focali (che agiscono direttamente sull'individuo), contestuali (tutti gli altri stimoli, interni ed esterni, misurabili o osservabili) e residui (difficilmente misurabili). Roy vede la famiglia come l'immediato ambiente sociale del cliente il quale è un essere che, nella sua interezza, interagisce con esso attraverso quattro modalità: l'adattamento della funzione fisiologica (ossigenazione, nutrizione, eliminazione, attività e riposo, integrità cutanea, sensi, fluidi ed elettroliti, funzione endocrina, funzione neurologica), del concetto di sé (immagine corporea, aspettative, valori, credenze, emozioni ecc..), della funzione di

ruolo<sup>31</sup> (maschio, femmina, madre, padre, fratello, moglie ecc...), e dell'interdipendenza (rapporti interpersonali individuali e di gruppo). Il ruolo dell'assistenza infermieristica è quello di aiutare la persona a potenziare le risposte di adattamento.

La teoria del conseguimento degli obiettivi elaborata da King vede al centro l'interazione tra infermiere e cliente all'interno di un approccio sistemico. La famiglia è descritta come un sistema aperto, un sistema sociale o un sistema interpersonale composto da un gruppo di individui che interagiscono e la salute della famiglia come il risultato delle esperienze dinamiche di vita e degli stressori ambientali ai quali la famiglia si adatta per raggiungere il suo massimo potenziale. Due o più individui costituiscono un sistema interpersonale che può essere compreso solo esplorando concetti come interazione, ruolo, comunicazione, transazione e stress. L'interazione è definita come "un processo di percezione e comunicazione tra persona e ambiente e tra persona e persona, rappresentato dai comportamenti verbali e non verbali, orientati per uno scopo". La transazione rappresenta questi comportamenti, diretti a uno scopo e osservabili, che derivano dall'interazione del soggetto con il suo ambiente.

I sistemi interpersonali formano sistemi più ampi come il sistema sociale il cui concetto è definito, invece, come "un sistema organizzato e delimitato di ruoli sociali, comportamenti e procedure sviluppati per mantenere valori e meccanismi regolatori di prassi e norme". I concetti connessi riguardano organizzazione, autorità, potere, status e presa delle decisioni. Le famiglie possono essere considerate sistemi interpersonali quando agiscono in qualità di piccoli gruppi, mentre vengono considerate sistemi sociali quando influiscono sul comportamento

<sup>31</sup> esecuzione di compiti che derivano da una determinata posizione nella società.

dell'individuo nella società.

Il modello di King vede l'infermiere interagire con il cliente attraverso la percezione e la comunicazione per ottenere transazioni, cioè comportamenti, che prevedono un obiettivo comune e implica, perciò, la partecipazione attiva del cliente.

La teoria generale di Orem fa riferimento a tre concetti interconnessi, la capacità di autoassistenza, il deficit di autoassistenza e i sistemi infermieristici, che entrano in gioco una volta stabilita la necessità di assistenza infermieristica, giustificata dallo squilibrio tra i primi due concetti. Per individuare le persone alle quali viene erogata assistenza infermieristica, Orem, utilizza il termine "unità di servizio". Essa può essere costituita da un individuo o da un gruppo di persone le cui relazioni sociali e interpersonali attirano l'interesse dell'infermieristica individuando il contesto con cui l'individuo è in relazione, nel primo caso, o considerando il gruppo come unità nel secondo caso. Le famiglie possono essere viste, pertanto, come un fattore condizionante per le richieste terapeutiche e per la capacità di cura di sé degli individui (se l'unità di servizio è il singolo), come agenti di cura per soggetti dipendenti, ad esempio i genitori con un figlio, oppure come unità strutturate e durature (se l'unità di servizio è il gruppo) <sup>(xxxv)</sup>.

Il ruolo dell'infermiere è quello di attivare uno dei tre tipi di sistema di assistenza (totalmente compensativo, parzialmente compensativo o educativo e di sostegno) in accordo col grado di intervento richiesto per promuovere di volta in volta:

- lo sviluppo delle capacità della famiglia di considerarsi una unità strutturata e di operazione;
  - la capacità di cura di sé o di un soggetto dipendente;
- la capacità di delineare le caratteristiche di interrelazione delle richieste terapeutiche di cura di sé dei suoi membri,
  - la capacità di progettare un piano per soddisfare bisogni,

individuali e di gruppo, di garantire e mantenere lo sforzo richiesto e le risorse materiali.

Anche la teoria uomo – vita – salute elaborata da Parse si basa su un approccio sistemico, ma essa considera la famiglia, intesa come le persone con cui ognuno ha rapporti stretti, una unità che coesiste con l'ambiente e crea con esso modelli reciproci di relazione nei quali si identifica in un mutamento simultaneo. Da questa interrelazione uomo ambiente si determina un processo aperto del divenire di costruzione della salute.

La responsabilità dell'assistenza infermieristica “è diretta verso l'illuminazione e la mobilitazione delle interrelazioni famigliari alla luce del significato attribuito alla salute e alle sue possibilità espresse linguisticamente nei modelli relazionali creati congiuntamente”. Parse descrive una situazione infermiere famiglia dove i membri del gruppo scambiandosi pensieri e sensazioni riguardo ai loro sforzi per raggiungere gli scopi personali, finiscono per rendere più chiaro il significato della situazione attribuendovi ognuno un nuovo aspetto il quale, di conseguenza, cambia per l'intera famiglia.

L'obiettivo dell'assistenza è, quindi, quello di potenziare la qualità della vita percepita dagli individui e dalle famiglie.

Carpenito individua nella persona un sistema aperto che interagisce continuamente con l'ambiente circostante creando modelli di interazione individuali dinamici che vanno ad influire con i processi vitali della persona. Quando questi modelli subiscono alterazioni, reali o potenziali, o quando la persona vuole migliorare il suo livello di salute, essa ricorre all'intervento dell'assistenza infermieristica. La famiglia in questo contesto costituisce un sistema di supporto per l'individuo <sup>(xxxvi)</sup>.



## Un quadro concettuale per l'infermieristica di famiglia

Per descrivere il ruolo dell'infermiere di famiglia da un punto di vista concettuale l'ufficio regionale europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha proposto tre teorie che si combinano tra loro <sup>(xxxvii)</sup>.

Tale quadro concettuale è illustrato nella Error! Reference source not found., e nella Error! Reference source not found., ed è applicato nell'analisi di alcuni casi assistenziali che vengono allegati in appendice al presente lavoro.

Le tre teorie sono rappresentate **dalla teoria dei sistemi che illustra una attività complessa come quella assistenziale, dalla teoria dell'interazione che prende in esame la rete dei rapporti infermiere/famiglia, infermiere/paziente, infermiere/altri professionisti con particolare riguardo ai concetti di partnership e team work e la teoria dello sviluppo, che indaga le fasi dello sviluppo dell'individuo e della famiglia in relazione ai principali eventi della vita.**

Vediamo ora come vengono definiti, nell'ambito di questo quadro concettuale, i concetti principali della disciplina infermieristica.

**Le famiglie, e con esse l'infermiere di famiglia, vengono considerate sistemi che agiscono all'interno di un contesto ambientale le cui sollecitazioni possono rafforzare o indebolire l'esistenza e l'integrità dei sistemi stessi.**

**L'ambiente è quindi rappresentato dall'insieme di tali sollecitazioni.**

**La salute costituisce un equilibrio dinamico tra i sistemi, famiglia o individuo e ambiente, i quali cambiano e si sviluppano continuamente nel tempo.**

**L'assistenza infermieristica è, allora, una attività interattiva, che prevede partnership tra infermiere e famiglie, il cui obiettivo è il mantenimento dell'equilibrio che individua lo stato di salute della famiglia attraverso l'evitare o l'adattarsi alle sollecitazioni e alle minacce per la salute.**

In quest'ottica, gli interventi infermieristici riguardano la prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Gli interventi di prevenzione primaria mirano a identificare e ad eludere la presenza di stressori e minacce per la salute, aiutando la famiglia a costituirsi risorse difensive appropriate e monitorando l'integrità del sistema. Riguardano la prevenzione secondaria il coinvolgimento attivo dell'infermiere nei programmi di vaccinazione e di screening insieme alle altre figure professionali. Riguardano la prevenzione terziaria la riabilitazione e la ricostruzione di risorse difensive qualora queste si incrinino e riguardano, infine, la cura, le cure palliative, il sostegno e gli interventi di assistenza diretta messi in atto quando le risorse difensive si spezzano, per esempio a causa di una malattia.

Nella Error! Reference source not found. viene illustrato un esempio, basato su uno degli scenari ipotizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità allegato in appendice, di come varia nel continuum assistenziale l'impegno dell'infermiere di famiglia.

Riguardo questo quadro concettuale non è stato possibile reperire ulteriore materiale bibliografico di approfondimento. È vero, però, che i concetti propri delle tre teorie sono presenti nei modelli infermieristici precedentemente trattati, quindi la scelta di uno o più di essi consente comunque di erogare assistenza infermieristica alla famiglia come cliente.

## PARTE SECONDA

# Prospettive per l'infermiere di famiglia nell'assistenza sanitaria di base in Italia

Una volta analizzati i riferimenti teorici relativi alla famiglia ed il contesto in cui collocare l'assistenza infermieristica alla famiglia è possibile cercare di definire il ruolo e le prospettive per l'infermiere in questo ambito. Il progetto maturato nell'ambito delle politiche di Salute 21 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità può essere letto alla luce dei provvedimenti legislativi recentemente adottati in Italia e dei quadri di riferimento che definiscono la Professione Infermieristica nel nostro paese.

## 3.1 L'infermiere di famiglia nel contesto di Salute21

In conseguenza delle politiche europee di salute per tutti, anche l'Unità per l'Infermieristica e l'Ostetricia dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità cominciò ad elaborare uno studio sull'Assistenza Infermieristica nell'intento di riorientare l'assistenza stessa, alla luce dei 38 obiettivi individuati, per rispondere in modo adeguato ai bisogni espressi dai cittadini della Regione Europea. Tale impegno sfociò nella prima Conferenza Europea sull'Infermieristica, che si tenne a Vienna nel 1988, durante la quale fu elaborata la "Dichiarazione di Vienna sull'Infermieristica in supporto degli obiettivi Europei per la Salute per tutti" e si definirono una serie di direttive.

I Ministri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità partecipanti alla Conferenza raccomandarono lo sviluppo di servizi infermieristici innovativi, centrati sullo sviluppo della Salute oltre che sulla malattia. Inoltre, secondo le direttive di Vienna, la pratica avrebbe dovuto essere basata sull'assistenza sanitaria di base.

Le raccomandazioni e la dichiarazione che scaturirono dalla Conferenza di Vienna, riguardavano nel loro complesso, tutte le funzioni dell'infermiere: assistenziale, organizzativa - gestionale, educativa e di ricerca. In particolare riguardo alla formazione professionale, si affermava l'opportunità di formare un "infermiere generalista", capace di operare sia in ospedale sia nella comunità, con una profonda e solida educazione di base che desse una forte enfasi alle tematiche dell'assistenza sanitaria primaria.

In pieno accordo con questa visione la rappresentativa di Infermieri dei 32 Paesi Membri di tutta la Regione Europea avviò un progetto teso ad aiutare i Governi a sviluppare programmi infermieristici in grado di formare infermieri capaci di erogare assistenza più adatta ai bisogni della gente e, contemporaneamente, a garantire una evoluzione della Professione ricca di attrattive e gratificante. L'impeto della Conferenza di Vienna continuò, perciò, nel progetto definito "Nursing in Action"<sup>(xxxviii)</sup>, elaborato nel 1993 e tendente a rafforzare l'infermieristica e l'ostetricia affinché fossero entrambe in grado di supportare la politica di salute per tutti. Questa strategia si indirizzava a due aspetti principali: leadership infermieristica e sviluppo della qualità nell'assistenza. Relativamente a quest'ultimo punto la strategia era diretta a sviluppare, nell'arco di sei anni, servizi innovativi orientati all'assistenza sanitaria di base, sensibili ai bisogni dell'utente, capaci di conseguire risultati in termini di qualità, efficacia ed

efficienza e garantire i principi di equità e appropriatezza stabiliti dalla politica di salute per tutti. L'infermieristica cominciava, così, ad elaborare, a livello europeo, risposte adeguate al quadro politico sanitario regionale delineato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

In tempi più recenti, nel 1999, nel contesto della politica di Salute21 <sup>(iii)</sup>, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito una nuova tipologia di infermiere, l'Infermiere di Famiglia.

Si tratta di un professionista chiave dei sistemi sanitari moderni che, assieme al Medico di Famiglia, dovrebbe costituire il perno su cui incentrare l'assistenza sanitaria di base, capace di fornire prestazioni che possano garantire il raggiungimento degli obiettivi di salute pubblica espressi nel documento.

Due dei 21 obiettivi di Salute21, gli obiettivi 15 e 18, definiscono insieme la specificità dell'Infermiere di Famiglia; il testo integrale è riportato in appendice.

Secondo quanto espresso nel testo di Salute21, le risorse umane costituiscono un elemento critico dei servizi sanitari poiché, giocando un ruolo indispensabile alla messa in atto delle politiche e delle programmazioni, permettono di garantire il principio di equità e la continuità assistenziale. Sempre secondo il documento, in tutti i moderni Stati dell'organizzazione, quando si registra carenza di personale sanitario adeguatamente formato, accade che il sistema si orienti prioritariamente verso la malattia, caratterizzandosi per la centralità dei servizi ospedalieri e concentrandosi, prevalentemente, su cure terziarie molto specializzate. La conseguenza di un tale atteggiamento è che componenti come la prevenzione della malattia e la promozione della salute e di stili di vita più sani, siano sovente sottovalutati e relegati in secondo piano.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sostiene che i diversi professionisti della sanità ricevono, ancora oggi, una

formazione insufficiente riguardo a contenuti indispensabili per mettere in atto interventi di promozione della salute sulla popolazione. Capacità di valutazione dei bisogni sanitari su base epidemiologica, conoscenza di principi e tecniche per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie o capacità di analizzare sistematicamente il proprio operato in termini di qualità vengono ritenuti requisiti fondamentali.

Tra le strategie da adottare per realizzare l'obiettivo 18, il documento individua la messa in atto di politiche miranti a migliorare le caratteristiche dei professionisti sanitari adeguandone il numero alle esigenze odierne e future, dotandoli di competenze e capacità in materia di assistenza, inserendo nella loro formazione i contenuti mancanti e fornendo, infine, i mezzi per un aggiornamento professionale continuo.

Particolare importanza viene riservata alla necessità di formare équipe multidisciplinari di professionisti che collaborino tra loro, dispensando cure sanitarie integrate anche nel settore dell'assistenza sanitaria di base. Una strategia multidisciplinare, o meglio interdisciplinare, è considerata, in questo documento, un requisito ormai irrinunciabile per un approccio alla salute basato sull'intero arco dell'esistenza il quale riflette le complesse interazioni tra eventi della vita, condizioni ambientali e sociali e rischi biologici.

È proprio in questo ambito che l'Organizzazione Mondiale della Sanità inserisce la figura dell'Infermiere di Famiglia, affermando:

l'Infermiere di Famiglia "...aiuterà gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica o nei momenti di stress, trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio dei pazienti e con le loro famiglie. Tali infermieri consigliano riguardo agli stili di vita ed ai fattori comportamentali di rischio ed assistono le famiglie in materia di



salute. Attraverso la diagnosi precoce, essi possono garantire che i problemi sanitari delle famiglie siano curati al loro insorgere. Con la loro conoscenza della salute pubblica, delle tematiche sociali, e delle altre agenzie sociali, possono identificare gli effetti dei fattori socioeconomici sulla salute della famiglia e indirizzare quest'ultima alle strutture più adatte. Possono facilitare le dimissioni precoci dagli ospedali fornendo assistenza infermieristica a domicilio ed agire da tramite tra la famiglia e il medico di famiglia, sostituendosi a quest'ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico”.

Tra i professionisti che giocano il ruolo centrale nella rete dei servizi sanitari, assieme al Medico di Famiglia, l'Infermiere è in grado di contribuire in modo importante al raggiungimento di almeno 20 dei 21 obiettivi di Salute21 come si afferma in successivi documenti pubblicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità<sup>(xxxvii)</sup>.

In Salute21 si delinea un professionista inserito nel sistema dell'assistenza sanitaria di base che accede a una larga fascia di popolazione e che costituisce il primo punto di incontro con il servizio sanitario. Egli si trova, così, in una posizione ideale per raccogliere dati e informazioni sullo stato di salute della popolazione, sui bisogni della comunità e può, inoltre, valutare il possibile impatto che possono avere sulla salute della famiglia fattori sociali, ambientali ed economici. Grazie a un prolungato contatto con le famiglie, l'infermiere, può instaurare uno stretto rapporto di fiducia con i singoli membri e su questo può fare leva per rinforzare la sua azione di promotore della salute. Può, infine, intervenire nelle situazioni svantaggiate per ridurre le ineguaglianze in termini di salute.

Il consigliere Regionale per l'infermieristica e l'ostetricia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, in occasione della recente Conferenza dei Ministri dell'Organizzazione Mondiale

della Sanità<sup>32</sup> sulle cure infermieristiche ed ostetriche tenutasi a Monaco di Baviera nel giugno 2000, ha così descritto questo nuovo ruolo:

“L’infermiere di famiglia lavora in associazione con gli individui e le famiglie per aiutarli a trovare le soluzioni ai loro bisogni di salute, aiutandoli a gestire le malattie e le disabilità croniche, e supportandoli nei momenti di stress. Ogni infermiere in associazione coi medici e le ostetriche agisce come una risorsa di salute fornendo consigli sugli stili di vita e sui fattori comportamentali a rischio, essi rappresentano il promotore chiave della salute nella comunità. Nella Regione si utilizzano correntemente molti differenti modelli di infermieristica di comunità, molti dei quali già contengono alcuni elementi del ruolo dell’infermiere di famiglia. Noi dobbiamo costruire su questi modelli...”

La Conferenza di Monaco ha contribuito, infatti, a non lasciare sulla carta le politiche dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, dando il via in 18 paesi europei a un progetto pilota di studio su questa figura.

Con l’elaborazione della “Dichiarazione di Monaco”, avvenuta anch’essa in questa occasione, si sottolinea la necessità di dare agli infermieri e ai medici l’opportunità di una formazione di base comune come elemento tendente a rafforzare questa visione interdisciplinare e a consentire la piena realizzazione dell’obiettivo 15 il quale esprime la necessità di realizzare un settore di sanità integrato

L’integrazione cui l’Organizzazione Mondiale della Sanità mira è duplice, e si realizza sia in senso verticale, cioè tra assistenza sanitaria primaria, secondaria e terziaria, sia in senso orizzontale e quindi tra i diversi professionisti che operano nel

medesimo settore.

Un elemento a favore di un sistema integrato di cure è costituito dal fatto che esso si dimostra più vantaggioso da un punto di vista sia economico, sia politico che sociale, quindi, con queste direttive l'Organizzazione Mondiale della Sanità tenta di mettere in pratica servizi meglio collegati tra loro e nei quali l'assistenza sanitaria di base possa essere in grado di risolvere il maggior numero di problemi trattabili direttamente al suo livello.

Salute21 indica le funzioni che i Servizi Sanitari Nazionali devono potenziare e organizzare. Esse vengono individuate nella valutazione dei bisogni sanitari della società, nella promozione della salute e della prevenzione delle malattie, nelle attività diagnostiche, nel trattamento e nella riabilitazione.

Da un punto di vista organizzativo si individuano strategie da mettere in atto per centrare l'assistenza sulla famiglia e sulla comunità, sviluppando le capacità di auto - assistenza dei singoli, le cure a domicilio, l'assistenza nelle scuole e nei luoghi di lavoro e un sistema di orientamento ai pazienti e di trasmissione delle informazioni tra i vari settori della sanità. In particolare, orientare i pazienti, secondo l'ottica dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, non comprende solamente la capacità di indirizzarli verso cure secondarie o terziarie più appropriate, significa, anche, dirigerli verso professionisti che operano in altri settori, non necessariamente sanitari, come ad esempio nel caso degli assistenti sociali.

Il ruolo centrale, l'anello di collegamento, di questa visione è affidato alle strutture di assistenza sanitaria di base che sono in grado, essendo collocate nel territorio, di mantenere il contatto tra membri delle équipes multidisciplinari, ONG<sup>33</sup> scuole, imprese, scuole, imprese, istituzioni e media che agiscono a livello locale, in modo da

<sup>33</sup> Organizzazioni Non Governative.

realizzare un valido approccio multisettoriale ai problemi sanitari.

Nel documento vengono evidenziati componenti del ruolo dell'infermiere come il rapporto di fiducia che egli crea con la popolazione assistita, la conoscenza delle famiglie e dell'ambiente in cui esse vivono, la continuità nelle cure assistenziali, la conoscenza dei servizi disponibili sul territorio. Sono questi i fattori che permettono ai professionisti che si occupano della famiglia di svolgere funzioni di agente, guida e consigliere nelle relazioni che i loro clienti instaurano con le altre istituzioni sanitarie, i servizi sociali o tutti coloro che interagiscono nel campo della salute. Questo concetto si rende evidente quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che, per essere efficace, l'azione dei medici e degli infermieri di famiglia, deve essere resa nei confronti di una popolazione specificamente definita da una zona geografica o da una lista di scelta la quale, in entrambi i casi, deve spettare in modo libero all'individuo. Questa relazione fiduciaria costituisce un elemento che facilita lo svolgimento delle funzioni e delle attività nell'ambito delle cure primarie e, inoltre, costituisce una garanzia di miglior efficacia e continuità nell'assistenza.

### 3.2 Il Profilo Professionale dell'infermiere ed il Codice Deontologico Italiano

Le recenti disposizioni legislative, che hanno interessato in modo più o meno esclusivo la professione infermieristica, hanno prodotto un clima favorevole al recepimento delle politiche sanitarie per l'Europa elaborate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Si possono citare, in particolare:

- il riordino del SSN;
- la definizione degli obiettivi del Piano sanitario Nazionale;
- l'accesso alla formazione Universitaria per l'infermiere;

- l'individuazione del Profilo Professionale;
- l'emanazione della legge 42/99 che ha definitivamente sancito l'abrogazione del mansionario;
  - l'elaborazione del Nuovo Codice Deontologico.

Per identificare le competenze, le responsabilità e le possibilità di sviluppo dell'infermiere di famiglia in Italia è indispensabile fare riferimento ai documenti che individuano e descrivono il ruolo e le funzioni dell'infermiere e precisamente al Profilo Professionale ed al Codice Deontologico, i quali assieme all'ordinamento didattico dei corsi di Diploma Universitario e dei corsi di formazione post base, laddove esistenti, ne identificano l'ambito specifico di attività.

Il decreto legislativo 502/92, con le sue successive modificazioni e integrazioni, all'articolo 6 comma 3 ha attribuito al ministero della Sanità il compito di individuare, in successivi atti regolamentari, i profili delle professioni sanitarie, tra i quali figura anche quello dell'infermiere definito grazie al decreto ministeriale 739/94. Lo stesso decreto ha dato indirizzi per definire, attraverso successivi decreti emanati dal Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica di concerto con il Ministero della Sanità, i percorsi didattici di base e post base.

Con il decreto ministeriale n. 739/94 si individua la "figura professionale dell'infermiere, operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica". L'articolo 2 definisce gli ambiti dell'assistenza infermieristica (preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa) e la natura della stessa (tecnica, relazionale educativa). In particolare, per quanto attiene all'argomento in oggetto, l'infermiere "partecipa all'identificazione dei bisogni di salute" (articolo 1.3 lettera a), ed "identifica i bisogni di assistenza infermieristica (...)

della persona e della collettività” (lettera b). L’infermiere, inoltre, “agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali” (alla lettera e) ed infine “svolge la sua attività professionale in strutture pubbliche o private, nel territorio e nell’assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero – professionale” (lettera g).

Il profilo professionale, inoltre, definisce le aree di formazione infermieristica post – base e fra queste figura anche l’area di sanità pubblica, al cui interno si può collocare la formazione specifica per questa figura professionale.

Disposizioni più recenti in materia di professioni sanitarie permettono di collocare la professione infermieristica in un ambito non più di professione ausiliaria, come sancito in passato dal regio decreto 1265 del 1934, ma, oggi, in un ambito di Professione Sanitaria grazie all’emanazione della legge n. 42 del 26/2/99.

La nuova collocazione dell’infermiere ha inevitabili riflessi anche per quanto concerne l’identificazione della natura e dell’ambito delle responsabilità derivanti dall’esercizio della professione infermieristica. Operando una comparazione con il precedente decreto del Presidente della Repubblica n. 225/74, il mansionario abrogato dalla Lg. 42/99, si possono evidenziare effetti ampliativi in materia di responsabilità che vengono sottolineati dalla legge 42/99 con l’eliminazione dell’appellativo “ausiliaria” il quale qualificava la precedente posizione. L’evoluzione della figura professionale dell’infermiere è stata, così, avviata su un percorso di maggiore autonomia del processo assistenziale.

Secondo alcuni autori, il termine autonomia deve essere considerato in relazione ai concetti di competenza e di responsabilità professionale, e consisterebbe nel potere di prendere decisioni, agire di conseguenza, e farsi carico delle

responsabilità che ne derivano. Altri autori sostengono che non sia possibile, per un infermiere, essere competente senza godere di autorità professionale cioè di un insieme di competenza tecnica, autonomia, responsabilità e leadership.

Tutti questi requisiti derivano, come indicato nell'articolo 3.1 del Codice Deontologico, dalla acquisizione di una profonda e solida formazione di base, che è sia pratica e sia teorica, capace di fornire conoscenze professionali e di sviluppare e potenziare nel tempo capacità e abilità personali. L'autonomia di un professionista, come previsto dagli articoli 3.2 e 3.3 del Codice Deontologico, non consiste nella mancanza di vincoli esterni, bensì nella capacità di stabilirsi i propri vincoli, in forza di limiti che derivano dal personale livello di competenza.

In un simile contesto, lo strumento a cui ogni professionista deve fare riferimento nell'operatività quotidiana, è rappresentato dal Codice Deontologico, un documento che, illustrando i valori e principi propri della professione infermieristica, regola l'attività e il comportamento professionale sotto l'aspetto etico - deontologico.

Esso costituisce una guida e un riferimento di principio per il professionista, condiviso dalla comunità professionale, che deve però essere contestualizzato ed adattato ad ogni singola situazione. Va a chiarire, sotto l'aspetto deontologico, l'ambito che le norme di legge di regolamentazione dell'esercizio professionale sul piano giuridico, come il profilo professionale, definiscono.

Il codice deontologico degli infermieri è preceduto da un patto infermiere – cittadino il quale sottende a un rapporto di partnership, tendenzialmente paritario, che vede entrambi gli attori protagonisti attivi del processo assistenziale <sup>(xxxix)</sup>.

Al patto seguono cinque articoli contenuti nella premessa che, riprendendo la definizione del profilo professionale,

dichiarano chi è l'infermiere, quale servizio eroga e con quale tipologia di interventi, le sue responsabilità generali, le funzioni del codice deontologico e lo scopo degli organi di rappresentanza professionale.

Le successive cinque parti riguardano diversi aspetti dell'attività professionale e sono rappresentate da:

- principi etici della professione;
- norme generali;
- rapporti con la persona assistita;
- rapporti professionali con colleghi e altri operatori;
- rapporti con le istituzioni.

La parte terminale del codice deontologico dichiara il carattere vincolante delle norme contenute nel codice e afferma l'impegno dei Collegi Ipasvi nel garantire la qualificazione dei professionisti.

Complessivamente si può affermare che il codice deontologico è una manifestazione di solidarietà tra i professionisti e tra questi e l'utente, di garanzia, verso il pubblico e verso ogni ammalato, dei livelli professionali e di condotta morale che la professione intende adottare e, infine, di presa di coscienza della responsabilità professionale. Al suo interno si fa riferimento ai diritti fondamentali dell'uomo e al riconoscimento di pari dignità di ogni essere umano, al riconoscimento della centralità della persona assistita realizzato attraverso il rispetto della sua autonomia, alla volontà di trasformare la professione in una risorsa per la società attraverso la tutela della salute e la partecipazione attiva alle scelte di politica sanitaria.



## Ipotesi di attività dell'infermiere di famiglia

Tutte le funzioni che emergono dalla definizione del ruolo dell'infermiere di famiglia si ritrovano nell'ambito dei contenuti della professione definiti all'interno del Profilo Professionale e del Codice Deontologico dell'infermiere italiano.

Di seguito viene presentata la descrizione di una ipotesi di attività dell'infermiere di famiglia nel contesto del nostro Paese, alla luce di tutti i contenuti fino ad ora esposti.

Per aiutare a capire il nuovo concetto di infermiere di famiglia e il suo scopo l'ufficio infermieristico per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha ipotizzato scenari assistenziali alcuni dei quali vengono allegati al presente lavoro per dare concretezza a quanto esposto.

### Gli ambiti e la natura delle attività

L'articolo 1, comma 2, del codice deontologico così recita: "L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa."

I destinatari dell'assistenza infermieristica sono identificati, come nel profilo professionale, nella persona (di cui si è già accennato nel paragrafo 2.4) e nella collettività.

È particolarmente in quest'ambito che si caratterizzano la specificità e la novità dell'infermiere di famiglia. Il titolo assegnatogli dall'Organizzazione Mondiale della Sanità può far supporre che l'oggetto dell'assistenza siano soltanto i membri delle famiglie comunemente intese, in realtà il ruolo è molto più ampio e comprende tutte le persone della comunità, sia che vivano sole o con altri in una casa, nonché la comunità stessa (xxxvii).

Identificare i bisogni di salute e di assistenza infermieristica

della persona e della collettività, come definito dal profilo professionale, significa considerare l'individuo come un essere umano in quanto tale e in quanto membro della società. Occorre tener presente che egli è in relazione con altre persone, specialmente con quelle che per lui sono significative, le quali costituiscono la sua famiglia e l'ambiente più ristretto in cui si svolge la sua vita. L'ambiente domestico rappresenta il contesto nell'ambito del quale nascono e si consolidano sia l'approccio alla salute e alla malattia, sia una cultura e un complesso di conoscenze, tradizioni, convinzioni e modelli comportamentali che l'infermiere non può ignorare nel suo approccio alle persone poiché influenzano la salute stessa.

In particolare, l'infermiere di famiglia deve prestare attenzione al fatto che le persone che il suo cliente considera significative, familiari, amici, colleghi, possono costituire una risorsa, quel sistema di sostegno, di cui si già è trattato, che va supportato specialmente nei momenti connessi ai cambiamenti che conseguono alla malattia. Accanto a questo aspetto egli deve prestare attenzione anche al fatto che la famiglia può presentarsi essa stessa come un cliente in condizione di necessità, quando tali cambiamenti coinvolgono direttamente le relazioni familiari alterandone i processi.

La famiglia rientra, come si è detto, anche nel concetto più ampio di comunità. Secondo la psicologia di comunità, esso va inteso come quell'ambiente e quel campo socio-psicologico nel quale si possono sviluppare un senso di appartenenza, un vissuto di reciproca condivisione e una rete di relazioni con altre persone <sup>(xxxix)</sup>. Alcuni elementi come lo spazio, l'ambiente o il territorio, sul quale è situato il gruppo di individui, l'identità di struttura economica, di stratificazione sociale, di abitudini o linguaggio e il senso di appartenenza a una entità astratta vissuto dai singoli e dai gruppi permettono di definirla una unità psico-

socio-territoriale.

All'interno della comunità, l'infermiere di famiglia riveste un ruolo molto significativo nel mobilitare risorse socio sanitarie di auto - aiuto, realtà ancora poco conosciuta nel nostro paese. I gruppi di auto - aiuto nascono generalmente attorno a problemi condivisi dal gruppo e si occupano di problematiche riguardanti alcolismo, AIDS, disabilità o fase terminale della vita fornendo sostegno emotivo oltre che pratico. L'attivazione di tali risorse deve fare parte del bagaglio di interventi dell'infermiere di famiglia che indirizzerà, quando opportuno, le famiglie al gruppo idoneo sostenendone la partecipazione.

L'assistenza a gruppi e collettività è allora il campo tipico dell'infermiere di famiglia, da affrontare con interventi che contribuiscano al raggiungimento di una migliore funzionalità collettiva, sviluppando conoscenze sulle tematiche sociali, economiche, ecologiche, epidemiologiche, tese a supportare bisogni riguardanti alimenti, alloggio, sicurezza, igiene dell'ambiente e rete di relazioni di supporto. Sotto questo aspetto l'infermiere di famiglia mantiene un doppio ruolo, operando direttamente come educatore e mantenendo e attivando una rete di rapporti tra servizi e operatori in grado di favorire attività informativo - educative realizzate anche da altri professionisti. Per questi motivi gli infermieri di famiglia devono conoscere la situazione in cui vivono le persone che assistono (la casa, la famiglia, il lavoro, l'ambiente fisico e sociale). In accordo con il profilo professionale, e con Salute21, essi operano "trascorrendo buona parte del loro tempo a lavorare a domicilio dei pazienti", nelle loro case che costituiscono il luogo "in cui i membri delle famiglie possono farsi carico insieme dei problemi di salute e creare il concetto di famiglia sana"<sup>(xxxvii)</sup>. Il domicilio è il quadro in cui le cure sanitarie sono più frequentemente fornite, ribadisce ancora Salute21, visite regolarmente condotte costituiscono un

elemento importante di promozione della salute e di prevenzione, ad esempio per seguire malati cronici o pazienti convalescenti favorendo la deospedalizzazione e le dimissioni precoci. Inoltre, quando si assistono persone affette da problemi di salute mentale o da disabilità, il domicilio diventa esso stesso oggetto dell'intervento infermieristico, per offrire un habitat protetto.

È per questi motivi che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha previsto che l'infermiere di famiglia sia responsabile di un gruppo di famiglie predefinito.

Riguardo la natura degli interventi infermieristici il codice deontologico, ne riprende dal profilo professionale la definizione affermando che essa è tecnica (attività manuali e/o intellettuali), relazionale (interventi non standardizzabili riferibili alla relazione d'aiuto) ed educativa. Questo attribuisce un carattere globale all'assistenza infermieristica.

Molti sono gli interventi infermieristici che l'infermiere di famiglia potrà mettere in atto autonomamente. Ad esempio, quelli attuati nelle situazioni legate a fasi della vita e allo sviluppo della famiglia, come l'arrivo del primo figlio, saranno principalmente di natura educativa, quelli messi in atto nell'assistenza alla persona allettata saranno di natura prevalentemente tecnica mentre quelli attuati in situazioni personali in cui occorra modificare il proprio stile di vita e mettere in atto strategie di potenziamento del coping saranno di natura relazionale ed educativa insieme.

Grazie, però, alla natura del suo ruolo, l'infermiere di famiglia sarà chiamato a mettere in atto anche interventi di tipo collaborativo, ad esempio gestendo a domicilio situazioni acute o di cronicità, o pianificando strategie rivolte alla comunità incentrate sulla promozione della salute e sulla prevenzione delle malattie o svolgendo la funzione di collegamento e coordinamento con altri servizi e altri professionisti.

Occorre, inoltre, sottolineare che il Codice Deontologico individua la salute come un bene fondamentale dell'individuo e un interesse della collettività (art. 2.2). Ciò obbliga a considerare la sua tutela un dovere sociale, da realizzarsi in un modo globale tenendo conto di tutti i fattori che concorrono a determinarla (costituzione genetica, stile di vita, servizi sociali e sanitari e ambiente nel quale la persona vive e opera) per sviluppare una comunità fatta di persone sane che impiega, quindi, le risorse destinate alla cura e alla riabilitazione nella maniera più produttiva possibile.

### Caratteristiche della relazione professionale

Il codice deontologico, all'articolo 1.3, afferma che la responsabilità dell'infermiere consiste nell'agire nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo. Questo esprime la gamma dei valori a cui l'agire professionale fa riferimento nella quotidianità: (...) la salute si promuove senza violare la libertà delle persone, la vita non è separata dalla qualità della vita la quale non può prescindere dalla libertà e dalla dignità; la dignità si realizza quando si garantisce il più possibile la vita e il benessere <sup>(xxxix)</sup>. Questi temi vengono ripresi nella parte del codice deontologico che definisce i principi etici della professione e rivolgendosi ai diritti riferiti alla salute attribuisce alla persona la possibilità di orientarsi nelle scelte che hanno a che fare con le cure sanitarie in sintonia coi propri valori, le proprie preferenze e la propria concezione di vita.

Ad esempio l'articolo 2.4 afferma che l'infermiere agisce tenendo conto dei valori religiosi, ideologici ed etici nonché della cultura, etnia e sesso dell'individuo mentre l'articolo 2.6 afferma che egli si impegna a non nuocere, orienta la sua azione all'autonomia e al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse anche quando questi si trova in condizione di disabilità o svantaggio.

Nella quotidianità l'infermiere è chiamato a compiere continuamente delle scelte: nell'utilizzo di protocolli terapeutici, nell'organizzazione del lavoro, nell'utilizzo di materiali e presidi, nella gestione di rapporti tra professionisti e coi clienti, rispetto ai loro valori culturali e morali. Entrando nello specifico dell'infermiere di famiglia, egli si impegna nell'orientare le scelte delle persone che assiste in materia di salute e assistenza. Ciò comporta una duplice responsabilità, che si realizza nei confronti del singolo e nei confronti del sistema sanitario. Le persone che hanno problemi di salute risultano, spesso, facilmente influenzabili e, anche quando esse si trovano nel loro ambiente, casa o comunità, sono esposte a una moltitudine di sollecitazioni diverse che influiscono sul loro modo di concepire la vita. Dall'altra parte anche il professionista subisce influenze interne ed esterne, dettate sia dalle sue convinzioni morali sia dai contesti ideologici, organizzativi e dalle disposizioni o dalle richieste degli altri professionisti della salute con cui si trova ad operare, che condizionano ma non determinano interamente il suo agire.

Partendo da un'etica incentrata sulla convinzione della fondatezza di alcuni principi di base, i diritti fondamentali dell'uomo ad esempio, il professionista deve procedere, allora, verso risposte che si concentrino sulla qualità dei risultati nell'interesse dell'utenza, nell'interesse dell'esercizio professionale e nell'interesse del sistema sanitario.

L'agire del singolo infermiere dipende molto, quindi, dalla sua maturità etica, essendo egli un agente morale che compie scelte di natura etica. Questo è un aspetto particolarmente vero se consideriamo che l'infermiere di famiglia, trovandosi al centro di una équipe multidisciplinare pronto a farsi carico della persona, della famiglia o della collettività e, soprattutto, a orientarne le scelte in termini di salute e benessere, diviene un gestore di risorse. In un sistema sanitario che privilegia la concorrenza tra

produttori di servizi sanitari, come avviene in quello italiano, in cui il finanziamento delle aziende avviene attraverso un sistema di pagamento determinato dal volume e dal tipo di prestazioni erogate, egli può costituire, in termini di economia sanitaria, un importante agente di marketing aziendale promuovendo il ricorso ai servizi sanitari offerti dall'azienda piuttosto che da altri produttori esterni. Egli si trova, inoltre, in posizione privilegiata per valutare la qualità degli stessi servizi quando i clienti ritornano a lui. Questi aspetti racchiudono in sé una inevitabile implicazione etico - deontologica che emerge quando egli si trova, al contempo, nella necessità di rispettare l'autonomia e la libertà decisionale dei suoi assistiti.

I principi etici di base, quindi, "servono come giustificazione di fondo per molte prescrizioni e valutazioni etiche particolari delle azioni umane. Tra quelli generalmente accettati nella nostra tradizione culturale, tre principi di base sono particolarmente rilevanti (...): il principio del rispetto delle persone, la beneficenza<sup>34</sup> e la giustizia" (xl). L'assistenza infermieristica prevede il coinvolgimento del cliente per aiutarlo a raggiungere il suo potenziale fisico, mentale e sociale nel contesto mutevole dell'ambiente in cui vive e lavora. In questo contesto l'operatore sanitario si deve adoperare per non nuocere, in primo luogo, ma anche per procurare il maggior bene possibile al cliente. Ciò richiede compliance alle prescrizioni da parte del cliente, ma questa richiesta deve essere posta senza interferire con la libertà di azione della persona assistita. Essa, tranne in casi specifici, è considerata adulta e responsabile e ha il diritto di assumere decisioni che riguardano la sua vita e la sua salute nella piena autonomia e nel rispetto dei suoi valori e dei suoi desideri.

Altre parti del codice deontologico, trattando dei rapporti

<sup>34</sup> principio secondo il quale oltre a non nuocere, l'operatore si preoccupa di far raggiungere il massimo bene possibile al paziente /cliente.

con la persona assistita, traducono queste norme in indicazioni più operative.

Un particolare riguardo si deve adottare, ad esempio, quando si assiste un minore, situazione inevitabile quando ci si rivolge alla famiglia. L'infermiere deve tener conto della sua opinione in relazione al suo grado di maturità (art. 4.11 del codice deontologico) e, soprattutto, utilizzare nei suoi confronti un linguaggio adeguato all'età in modo da ridurre l'asimmetria del rapporto.

L'infermiere di famiglia assume anche il ruolo di facilitatore nei confronti dei rapporti tra la comunità, i suoi clienti e le persone che stanno loro accanto.

Il concetto di rete è mutuato dalla sociologia <sup>(xli)</sup> e descrive i rapporti che legano l'individuo sia al macrosistema, (economico, politico ecc...), sia al microsistema, (famigliare, amicale, lavorativo ecc...). Ogni persona conosce un certo numero di altre persone, è a contatto con loro, le frequenta per motivi diversi, in modo più o meno sistematico. A loro volta, queste persone possono conoscersi ed essere in relazione tra loro oppure no e, in ogni caso, hanno a loro volta altre frequentazioni. Tale concetto viene utilizzato anche per descrivere l'assetto dei servizi esistenti per la persona e per la collettività. L'infermiere di famiglia se ne può servire per descrivere, come già altrove ricordato, l'insieme dei legami esistenti tra l'assistito e il suo sistema di supporto formale e informale o, contemporaneamente, i rapporti esistenti tra gruppi di utenti che, all'interno della comunità, presentano caratteristiche simili, risorse informali, come gruppi di auto aiuto o volontariato, e risorse formali, come le strutture pubbliche. In questo modo egli descrive l'insieme di rapporti tra servizi e operatori che attiva e mantiene, come indicato all'articolo 4.1 del codice deontologico, sviluppando capacità di gestione, coordinamento e integrazione. Gli articoli 4.2 e 4.3 del codice



deontologico fanno, inoltre, specifico riferimento al fatto che le persone significative indicate dal cliente debbano essere coinvolte nel piano di assistenza, anche se non rappresentano la sua famiglia nel senso tradizionale del termine, in virtù dei principi di autonomia e autodeterminazione che l'infermiere si impegna a rispettare.

Nella pratica il rispetto dell'autodeterminazione delle persone si traduce nel fornire le corrette informazioni alla persona e alla sua famiglia e negli aspetti riguardanti la raccolta del consenso informato alle cure sanitarie o, meglio, nel raggiungimento di una decisione consensuale tra cliente e operatore sanitario che dia la possibilità di individuare l'opzione a misura del cliente. Questo aspetto è richiamato all'art. 4.5 dove viene nuovamente sottolineato il ruolo di facilitatore dell'infermiere. L'infermiere di famiglia si trova nella posizione privilegiata, conoscendo bene il cliente, per rinforzare o modulare la comunicazione medica, ma non solo, su aspetti di natura clinica realizzando così, al contempo, una integrazione professionale anche in questo senso. Per quanto riguarda il campo d'azione strettamente infermieristico ciò riguarda la fissazione congiunta di obiettivi tra cliente e infermiere, ispirati dalla prospettiva etica della persona assistita, che l'infermiere deve perseguire e formalizzare nella stesura di un piano di assistenza concordato col cliente.

Un'altra faccia del concetto di autonomia riguarda l'autogestione e la cura di sé da parte di una persona che si assume la responsabilità della sua salute. Questo aspetto, che è stato adottato come fulcro dell'attività nella teorizzazione dell'infermieristica elaborata, ad esempio, da Orem, riguarda molte delle diagnosi e degli interventi infermieristici e viene ripreso all'interno di Salute21 all'obiettivo 15, come elemento da sostenere per realizzare un sistema di cure veramente integrato.

## L'identificazione dei bisogni di salute

Prestando assistenza alle famiglie e agli individui nelle loro case assume importanza l'approccio globale dell'attività infermieristica, soprattutto nella valutazione dei bisogni di salute e di assistenza infermieristica. Questo aspetto costituisce, anzi, una delle peculiarità di questa poliedrica figura.

Il profilo professionale dell'infermiere indica all'articolo 1.3, la sua partecipazione all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività. Anche Salute21 individua, tra le strategie proposte per un sistema di cure integrato, la valutazione dei bisogni di salute, che riguardano in particolare bambini, anziani e gruppi emarginati, attraverso metodi di epidemiologia applicata <sup>(iii)</sup>.

Essa consiste in un processo di raccolta sistematica di informazioni in grado di rendere capace il professionista sanitario, il team, o coloro che definiscono politiche sanitarie, di identificare, analizzare, stabilire priorità per incontrare i bisogni di salute di un individuo, di una famiglia o della comunità <sup>(xlii)</sup>.

L'identificazione dei bisogni di salute può essere compiuta a vari livelli di responsabilità, ad esempio quando si pianifica l'assistenza infermieristica al singolo individuo o alla famiglia, o quando si pianifica l'erogazione di servizi sanitari o programmi finalizzati a migliorare la salute dell'intera popolazione. Ad ogni livello essa costituisce, comunque, un elemento importante per promuovere equità, salute, efficacia dei servizi sanitari offerti e assicurare la partecipazione degli individui nel definire le politiche per la loro salute.

La valutazione sistematica dei bisogni degli individui, delle famiglie e delle comunità permette di identificare persone o gruppi che si trovano in condizioni di svantaggio e, inoltre, costituisce la base per pianificare e assegnare priorità allo sviluppo e all'erogazione dei servizi sanitari, consentendo una

efficace allocazione delle risorse quando queste sono limitate.

Valutare gli individui e le famiglie richiede una comprensione sia della dimensione psicosociale sia di quella fisica della salute e, quando i bisogni sono complessi, ciò può richiedere un intervento valutativo multidisciplinare. Bisogni complessi possono essere quelli che riguardano, ad esempio, famiglie con un figlio disabile, con un anziano affetto da demenza, o con problemi di dipendenza da sostanze. L'infermiere di famiglia può giocare un ruolo centrale in quest'ambito proprio perché ha la possibilità di accedere a una larga parte della popolazione per la quale rappresenta quotidianamente, con il medico di famiglia, il primo e il più facile contatto con i servizi sanitari. Attraverso l'intimo approccio con le famiglie è possibile per lui valutare l'impatto della povertà, della solitudine e del disagio economico e sociale sulla salute delle persone. L'infermiere di famiglia dovrà, quindi, acquisire le competenze, le conoscenze e le attitudini necessarie a sviluppare un processo di valutazione dei bisogni di salute sistematico e sostenuto da un interesse per la salute altrettanto forte quanto quello mostrato per la malattia. Il metodo che consente di identificare bisogni, stabilire priorità, pianificare azioni ed effettuare valutazioni consiste nel processo di assistenza, come ricordato dal profilo professionale, il quale può essere adattato all'oggetto della valutazione e applicato, quindi, sia all'individuo, sia alla famiglia, sia alla comunità. La priorità nei programmi di attività definiti attraverso la valutazione dei bisogni di salute, secondo Salute21, potrà essere data, allora a seconda dei casi, anche a interventi di promozione della salute e prevenzione delle malattie.

La promozione della salute e le attività di carattere educativo  
e preventivo

La promozione della salute è uno degli obiettivi principali di Salute21, e coinvolge l'infermiere di famiglia come risorsa

umana professionale fondamentale per il suo raggiungimento. Essa si rivolge principalmente all'uomo sano, e nella sua ottica si presta a una assistenza responsabilizzante per il cliente in quanto richiede la sua partecipazione autonoma e attiva. Tale assistenza, come già ricordato, pone attenzione globale alle persone e per questa caratteristica essa deve essere personalizzata in modo da porre attenzione agli scopi e agli stili di vita che cambiano da individuo a individuo e, anche, per lo stesso individuo nel tempo. In questo senso la promozione della salute praticata dall'infermiere di famiglia è biografica in quanto segue la persona lungo tutto l'arco della vita.

L'infermiere di famiglia agisce, specificamente, aiutando le famiglie e l'individuo ad adattarsi alla malattia, alla disabilità cronica e allo stress quando questo rappresenta causa potenziale di problemi di salute. L'obiettivo dell'assistenza infermieristica, in questo ultimo caso, è di mantenere e, se possibile, migliorare lo stato di salute o, meglio, lo stato di equilibrio dinamico <sup>(xxxvii)</sup> in cui si trovano i suoi clienti.

Si è già ricordato, in questo capitolo, come il profilo professionale individui la natura educativa dell'assistenza infermieristica dalla quale discendono interventi infermieristici specifici volti alla promozione, al mantenimento della salute e alla prevenzione della malattia.

Gli interventi di tipo preventivo che l'infermiere di famiglia metterà in atto appartengono a tre tipologie: prevenzione primaria, secondaria e terziaria, o riabilitazione.

Lo scopo della prevenzione primaria, che ha per oggetto le persone sane, è quello di identificare la presenza di fattori di stress nocivi o di minacce per la salute, intervenendo per evitare che questi possano produrre effetti dannosi sulle famiglie e sugli individui, e di contribuire all'empowerment delle famiglie con azioni educative o finalizzate al supporto, in modo da permettere

loro di rinforzare le proprie “risorse difensive”<sup>(xxxvii)</sup>. La prevenzione primaria si attua con interventi sull’ambiente fisico e sociale e sulle persone, per aumentarne la resistenza e per modificare stabilmente i comportamenti. La casa, innanzitutto, e poi il luogo di lavoro e gli ambienti di socializzazione saranno attentamente valutati e, inoltre, si collaborerà, con altre figure professionali, a campagne di vaccinazione o centrate sulla modifica degli stili di vita a rischio.

Nell’ambito della prevenzione secondaria, l’infermiere di famiglia, per ottenere la massima possibilità di guarigione o limitare il progresso delle patologie e migliorare la prognosi parteciperà a programmi di screening (pap-test, mammografie...) allo scopo di individuare precocemente l’insorgenza di patologie in fase asintomatica, sfruttando anche la conoscenza approfondita del nucleo familiare di cui si fa carico, viste le caratteristiche del rapporto stabilito, per individuare i soggetti più esposti e sensibilizzarli al problema.

Il codice deontologico riprende questi temi nei già citati articoli 1.2 e 2.2, e, in particolare all’articolo 4.1 che recita:

“l’infermiere promuove, attraverso l’educazione, stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute; (...).

L’Organizzazione Mondiale della Sanità definisce, nel glossario dei termini utilizzati in Salute21, l’educazione alla salute come “opportunità strutturate e sistematiche di comunicare per sviluppare le conoscenze e le abilità personali necessarie per la salute individuale e collettiva.”

Si tratta del principale strumento di promozione che consente di fornire informazioni sui fattori extrasanitari che contribuiscono a determinare la salute delle persone. Il documento dell’Organizzazione Mondiale della Sanità identifica anche il contributo che promozione della salute e prevenzione della malattia possono dare per mantenere la salute dell’individuo

durante tutto il ciclo di vita e vede, pertanto, il quadro delle cure primarie come il settore in cui questi servizi possono essere più facilmente integrati e dispensati. Le attività di promozione possono riguardare fattori personali, comportamentali, economici, sociali, lavorativi e ambientali. Gli interventi mirano a modificare stili di vita a rischio, in favore di stili di vita più sani, attraverso l'organizzazione di campagne educative destinate a particolari gruppi. Alcuni degli esempi possibili possono riguardare gli interventi rivolti agli anziani nell'intento di incrementarne l'attività fisica o gli interventi tesi a migliorare le abitudini alimentari dei bambini (la cultura della salute acquisita nella famiglia può condizionare anche per il futuro la capacità di un giovane di accogliere messaggi educativi), oppure quelli messi in atto nelle campagne di lotta contro il fumo. Nel quadro di un approccio educativo centrato sulla popolazione, l'infermiere di famiglia non deve, comunque, perdere le occasioni per fornire consigli individuali a tutti quelli che consultano i servizi di base per qualunque ragione. In particolare devono essere sistematicamente organizzate, lo ribadisce Salute21, attività tese a individuare condizioni predisponenti la malattia o gli eventuali stadi precoci con particolare riguardo alle patologie a maggiore incidenza, ad esempio in Italia cardiopatie e tumori.

Altri interventi educativi consistono in iniziative volte ad accrescere le conoscenze di carattere sanitario dei cittadini come può avvenire quando, ad esempio durante l'assistenza domiciliare finalizzata a gestire condizioni croniche o invalidanti, si agisce per rendere capaci le persone assistite, o i loro famigliari, di provvedere direttamente a compiti semplici come la determinazione quotidiana della glicemia.

L'intervento di natura educativa è possibile, per l'infermiere di famiglia, in quanto, oltre ad essere espressamente previsto dal profilo professionale, esso è parte integrante di ogni

processo di cambiamento e, perciò, di ogni processo assistenziale. Sotto questo aspetto diventa molto importante il processo di empowerment del quale l'infermiere di famiglia può farsi agente. L'obiettivo del processo diventa quello di rendere possibile "l'ampliamento (attraverso il miglior uso delle proprie risorse attuali e potenziali acquisibili) delle possibilità che il soggetto può praticare e rendere operative e tra le quali può, quindi, scegliere",<sup>35</sup>.

Il risultato permetterà alle persone di adottare i comportamenti autonomi e cooperativi che stanno alla base della loro responsabilizzazione per la propria salute. L'infermiere di famiglia si impegna, così, con misure attive anche nella formazione delle persone significative per i suoi clienti, per dar loro i mezzi idonei allo svolgimento del ruolo di sostegno; permette loro di esprimersi, di porre domande, fornisce loro tutte le informazioni e gli interventi educativi necessari ad un livello adeguato alla loro condizione di partenza (articolo 4.5 del codice deontologico).

L'infermiere di famiglia fornisce, quindi, una assistenza che coinvolge l'operatore, innanzitutto, sotto l'aspetto preventivo, ma anche sotto quello curativo, palliativo e riabilitativo.

### 3.3.5 Le attività di natura curativa, palliativa e riabilitativa

Il profilo professionale cita, al comma 2 dell'articolo 1, tra le funzioni dell'infermiere l'assistenza ai malati e ai disabili di tutte le età. Nel paragrafo precedente si è accennato ad un terzo tipo di prevenzione, quella terziaria. Nella prevenzione terziaria l'infermiere di famiglia si occupa di riabilitazione, impegnandosi nella ricostruzione delle "risorse difensive" (xxxvii) delle famiglie e degli individui. Questa necessita di continuità, dialogo e

<sup>35</sup> Brusciagioni M., La società liberata, Milano, Cortina, 1995 (Error! Bookmark not defined.).

perseveranza e costituisce una funzione rilevante a tutti i livelli di cura. Presenta, contemporaneamente, componenti sanitarie e sociali potendo riguardare, ad esempio, sia la riattivazione funzionale di arti, sia l'azione protettiva nei confronti del rischio di un secondo infarto miocardico, sia il reinserimento in un ambiente lavorativo dopo una lunga malattia. Per questo motivo, Salute21 indica i servizi di cure primarie, e in particolare al loro interno l'infermiere di famiglia, come il luogo di coordinamento naturale delle attività svolte dai servizi sanitari e sociali.

Un'altra modalità di intervento che l'infermiere di famiglia mette in atto riguarda il curare, diagnosi e terapia, e il prendersi cura, l'assistenza diretta, a persone malate o dimesse precocemente dall'ospedale, due funzioni contemporaneamente citate nell'articolo 1.3 del codice deontologico.

Da questa attività di cura trae origine la professione infermieristica stessa, nata come una attività di accudimento praticata inizialmente in modo non professionale alla quale si è via via aggiunto un atteggiamento connotato dall'interesse ad entrare in relazione con la persona. Il prendersi cura si propone, oggi, di valorizzare e mobilitare le risorse delle persone in crisi di adattamento permettendo loro di trovare la capacità terapeutica necessaria a raggiungere un nuovo livello di equilibrio omeostatico attraverso il supporto emotivo, il dare speranza o anche solo lo stare accanto. Il curare riguarda dimensioni collaborative nella diagnosi, che deve essere il più possibile precoce, e nella terapia, che entra in gioco per risolvere le fasi acute o che mira a controllare quelle croniche evitando o limitando la comparsa di ulteriori complicanze o esiti invalidanti.

Ambedue queste dimensioni fanno parte del ruolo dell'infermiere di famiglia in quanto elementi tradizionali del ruolo dell'infermiere. In particolare, egli può contribuire a limitare i ricoveri ospedalieri ingiustificati ed a favorire le



dimissioni precoci, cita Salute21, favorendo l'auto-presa in carico degli individui e dispensando cure a domicilio. Il significato del termine auto-presa in carico è puntualizzato da Salute21 che nel glossario del documento definisce con tale espressione "tutte le attività di cure sanitarie condotte dagli individui per loro stessi, e le loro famiglie, ciò comprende il mantenimento della salute, la prevenzione delle malattie, l'autodiagnostica e l'autotrattamento".

Curare e prendersi cura sono due dimensioni complementari che diventano particolarmente importanti nell'assistenza alla persona in condizioni di cronicità. Un altro aspetto della cronicità riguarda la sua rilevante incidenza sullo stile di vita delle famiglie, in questi casi, accanto all'assistenza di base, assume nuovamente importanza il sostegno emotivo oltre a quello necessariamente pratico. È essenziale, però, che le mete siano realistiche e che gli interventi prendano in considerazione tutti gli aspetti dell'essere umano.

Per quanto concerne le cure palliative e l'assistenza nelle fasi terminali della vita (articoli 4.14 e 4.15 del codice deontologico), alleviare i sintomi prevedibili, come ad esempio il dolore, è una precisa responsabilità infermieristica e, particolarmente quando questi sintomi hanno un carattere persistente e non sono eliminabili in toto con farmaci, l'infermiere deve favorirne la convivenza, quando possibile, attraverso l'autogestione e il riconoscimento precoce, utilizzando anche, afferma Salute21, trattamenti alternativi paralleli alle cure classiche (tecniche di rilassamento, massaggi ecc..).

Anche le fasi terminali della vita necessitano di supporto. Quando questo avviene in un contesto domestico le famiglie non possono essere lasciate sole a gestire situazioni veramente difficili sotto molti aspetti, il morente va sostenuto, mentre compie il suo percorso, attraverso la promozione del comfort

ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale. Questo aspetto, è probabilmente, molto problematico per l'infermiere di famiglia proprio a causa del tipo di rapporto e della conoscenza delle famiglie che il suo ruolo richiede. I rischi sono quelli di una grande sofferenza personale e di non aderire appieno al compito di sostegno verso la persona che muore e i suoi famigliari. È vero anche, però, che gestire l'evento morte nella casa insieme alla famiglia consente di soddisfare una delle più forti necessità espresse dagli individui che attraversano questa fase della loro esistenza.

### 3.3.6 I rapporti professionali con colleghi e altri operatori sanitari e sociali

In relazione agli interventi per la salute globale della persona e della famiglia che metterà in pratica, l'infermiere di famiglia dovrà avere la capacità di promuovere azioni interdisciplinari tese a risolvere i problemi di natura collaborativa che egli riconosce e tratta assieme al medico di famiglia e ad altri operatori sociali e sanitari, in vista di obiettivi comuni.

A questo proposito il codice deontologico evidenzia un particolare impegno etico dei professionisti nel riconoscimento reciproco per integrarsi in una équipe interdisciplinare, contemplata anche dal profilo professionale all'articolo 3, che viene vista come modalità organizzativa da privilegiare per risolvere più facilmente problemi complessi di salute dell'assistito (articoli 5.1 e 5.2 del codice deontologico):

“l'infermiere collabora con i colleghi e con gli altri operatori, di cui riconosce e rispetta lo specifico apporto all'interno dell'équipe.”

La traduzione letterale dal latino della parola collaborare significa “lavorare insieme”, il dizionario della lingua italiana

riporta, infatti: “lavorare insieme con un altro o altri a una stessa impresa, a una stessa opera<sup>36</sup>”.

In quest’ottica l’infermiere di famiglia diviene un vero e proprio strumento di integrazione, idealmente collocabile accanto ad altri strumenti, che provvede al raccordo del lavoro di più professionisti che perseguono il medesimo scopo.

Il lavoro in équipe prevede, oltre alla definizione della mission<sup>(xxxix)</sup> del gruppo, capacità e possibilità di comunicazione finalizzata a uno scambio di informazioni tra i professionisti che deve aver luogo attraverso riunioni periodiche e attraverso lo scambio e l’utilizzo di documentazione anche integrata appositamente predisposta e sviluppata.

Riassumendo le parole chiave del lavoro di squadra potremmo così elencarle: consapevolezza, obiettivi, ruoli, comunicazione, rispetto e valori. Occorre, infatti la consapevolezza di far parte di un gruppo in cui ogni membro svolge un ruolo specifico e suo proprio che esige rispetto vicendevole per raggiungere un unico obiettivo, condividendo i medesimi valori.

Attraverso la condivisione di esperienze e conoscenze, i punti di forza del team work, esso aiuta ad abbattere le barriere della diffidenza e a ridurre le rivalità tra i gruppi professionali, inoltre la varietà di esperienze e prospettive offre la possibilità di mettere in pratica modalità operative innovative e creative poiché diverse prospettive aiutano a superare le difficoltà che possono ostacolare l’operatività quotidiana e consentono un più ottimale ed efficace utilizzo delle risorse disponibili.

La raccomandazione di una migliore integrazione di questo aspetto nell’etica professionale è rintracciabile, d’altra parte, anche all’interno di Salute21 come una delle strategie proposte

<sup>36</sup> Dizionario della lingua italiana – Federico Motta Editore, Milano, 1978

per raggiungere l'obiettivo 15 già ricordato in questo lavoro<sup>37</sup>.

Il fulcro del team nasce indubbiamente intorno alla triade infermiere di famiglia, medico di medicina generale, cliente; attorno a questo nucleo possono figurare altre figure professionali di volta in volta differenti a seconda delle necessità del momento (fisioterapista, logopedista, psicologo, altri medici specialisti, assistente sociale, membri del volontariato, operatori sociali, ecc...).

Un aspetto importante riguarda la collaborazione con altri infermieri che potrebbe realizzarsi, ad esempio, in occasione dei passaggi in entrata o in uscita che riguardano l'ospedalizzazione degli individui. In queste situazioni l'infermiere di famiglia deve ricercare la collaborazione dei colleghi fornendo, al contempo, la sua. Questa collaborazione reciproca si realizza, ad esempio, favorendo il passaggio di informazioni attraverso la trasmissione di una scheda di invio o di dimissione predisposta allo scopo di garantire la continuità delle cure. Un'ulteriore modalità collaborativa potrebbe riguardare la richiesta di intervento di infermieri specializzati (ad esempio enterostomista, esperto in nutrizione enterale/parenterale, ecc...), qualora queste figure fossero disponibili, per trattare il modo specialistico specifiche situazioni.

Non dimentichiamo, infine, il ruolo, emerso più volte in questo lavoro, di raccordo nei confronti degli operatori sociali. Esso può riguardare l'attivazione di consulenti famigliari, di assistenti sociali, di servizi di supporto e di volontariato, grazie all'azione di monitoraggio continuo che l'infermiere svolge lavorando nell'ambiente domestico delle famiglie. È innegabile, infatti, che la condizione sociale sfavorevole abbia un impatto sullo stato di salute che si realizza sia attraverso la presenza di svantaggi che possiamo definire relativi, la cui intensità cresce

man mano che si scende lungo la scala sociale, sia attraverso condizioni di disuguaglianza di tipo assoluto che minacciano i gruppi più vulnerabili (bambini e anziani in povertà, immigrati, tossicodipendenti, disoccupati, ecc...) in modo diretto rispetto alla salute. Questo coinvolge uno degli aspetti più nuovi e qualificanti del ruolo e permette di realizzare in pieno una alleanza per la salute che interessa gli operatori sanitari e sociali da un lato e la famiglia e l'individuo dall'altro, fornendo un approccio realmente globale alla salute.

### La formazione

Per definire l'ambito di autonomia e le responsabilità dell'infermiere di famiglia è necessario infine descrivere l'iter formativo che, come accade per tutti gli infermieri, riguarda prima la formazione di base e comprende, in seguito, la formazione complementare e permanente.

Relativamente a quest'ambito, sono stati emanati provvedimenti legislativi che hanno preso il via dalla legge 341/90 e dal decreto legislativo 502/92. Questi provvedimenti hanno introdotto e definito la formazione Universitaria con l'istituzione dei Diplomi Universitari di 1°livello, dei Diplomi di Laurea (di 2°livello), dei Diplomi di Specializzazione e del Dottorato di Ricerca.

Il decreto ministeriale 24/7/96, in adeguamento all'articolo 9 della legge 341/90, ha introdotto l'ordinamento didattico attuale, con la tabella XVIII – ter, che ha rappresentato un punto di passaggio molto importante nel riconoscimento del valore disciplinare all'assistenza infermieristica.

Recentemente, le riforme del sistema Universitario Italiano concernente l'autonomia didattica degli Atenei, introdotta con la Legge 127/97, hanno modificato l'ordinamento

degli studi universitari determinando nuove tipologie dei titoli di studio rilasciati. A partire dall'anno accademico 2001/2002 le Università si sono adeguate a quanto disposto dal D.M. 509/99, regolamento attuativo della legge 127/97, che individua titoli di primo e di secondo livello rappresentati dalla Laurea e dalla Laurea Specialistica. Il decreto ministeriale definisce anche i diplomi di specializzazione post base e il dottorato di ricerca.

I Master Universitari prevedono moduli di competenza nelle aree definite dal Profilo Professionale che riguardano:

- salute mentale e psichiatria,
- geriatria,
- sanità pubblica,
- pediatria,
- area critica.

Per quanto riguarda la formazione nell'area di sanità pubblica, al suo interno il Comitato Centrale per la formazione della Federazione Nazionale dell'ordine degli infermieri ha strutturato un master di primo livello, relativo all'infermiere di famiglia. È possibile, comunque, farsi un'ulteriore idea del percorso formativo esaminando il documento che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha elaborato basandosi sulla definizione delle competenze dell'infermiere di famiglia, e che individua il curriculum

acquisibile attraverso sette moduli i cui contenuti riguardano diverse tematiche.

Il modulo 1, intitolato “Il corso per infermieri di famiglia, modulo introduttivo, concetti pratica e teoria”, è volto a presentare i concetti chiave del corso, costituiti dalla figura dell’infermiere di famiglia, dal concetto di competenza, problem solving, team work, formazione permanente. Lo scopo del modulo è quello di utilizzare esperienze professionali vissute in precedenza per cominciare a comprendere le nuove conoscenze che lo studente andrà ad acquisire

Il modulo 2, intitolato “Erogare assistenza: lavorare con le famiglie”, è rivolto ad identificare i vari fattori che influenzano l’assistenza infermieristica alla famiglia, la quale viene analizzata sotto diverse ottiche. Altri contenuti fondamentali riguardano tematiche professionali sul ruolo, responsabilità, funzioni e prospettive professionali legali ed etiche dell’infermiere di famiglia, sugli interventi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione, sul processo di assistenza per la famiglia.

Il modulo 3, “Il processo decisionale”, consentirà all’infermiere di ampliare le proprie conoscenze e le capacità riguardo il processo decisionale.

Il modulo 4, “Gestire l’informazione e la ricerca” ha lo scopo di aiutare l’infermiere a sviluppare conoscenze e capacità relativamente alla comunicazione, alla gestione dell’informazione, al sostegno della motivazione e alla ricerca. In particolare, viene data rilevanza alla documentazione infermieristica, alla riservatezza dei dati, all’utilizzo di sistemi informatici.

Il modulo 5, “Erogare assistenza 2: l’infermiere di famiglia –lavorare con le comunità”, analizza gli aspetti riguardanti la comunità come ad esempio i determinanti sociali della salute, l’epidemiologia, le malattie trasmissibili, tematiche riguardanti i

gruppi svantaggiati, la povertà, la discriminazione di razza, cultura o religione.

Il modulo 6, “Gestire le risorse”, riguarda gli aspetti gestionali che hanno ricadute sull’assistenza erogata in termini di qualità, efficacia ed efficienza e che interessano in prima persona l’infermiere di famiglia e i servizi sanitari, ad esempio teorie e processi di management, gestione delle risorse umane, controllo del budget, la famiglia come risorsa, il ruolo di coordinamento o tematiche riguardanti la valutazione della qualità assistenziale.

Il modulo 7, “Leadership e lavoro multidisciplinare”, coinvolge tematiche che caratterizzano il lavoro di équipe come teorie, processi e tecniche di leadership, ruoli, responsabilità e funzioni, dinamiche di gruppo, temi legali e professionali, la famiglia come membro dell’équipe.

L’infermiere di famiglia dovrà aver acquisito, al termine della formazione complementare, le componenti fondamentali del ruolo che riguardano:

- l’erogazione di assistenza;
  - il processo decisionale;
  - la comunicazione;
  - la leadership nell’ambito della comunità;
  - il management.

L’infermiere di famiglia dovrà, infatti essere efficace e ed efficiente nel:

- identificare e valutare lo stato di salute e i bisogni degli individui e delle famiglie nel loro contesto culturale e di comunità;
  - prendere decisioni basate sui principi etici;
- pianificare, iniziare e fornire assistenza alle famiglie che fanno parte del carico di casi definito;
- promuovere la salute degli individui, delle famiglie e delle comunità;



- applicare la conoscenza di diverse strategie di insegnamento ed apprendimento con i singoli, le famiglie e le comunità;
  - utilizzare e valutare diversi metodi di comunicazione;
  - partecipare alle attività di prevenzione;
- coordinare e gestire l'assistenza, compresa quella delegata ad altro personale;
  - documentare sistematicamente la propria pratica;
- creare, gestire ed utilizzare informazioni statistiche (dati) cliniche e basate sulla ricerca per pianificare l'assistenza e definire le priorità nelle attività relative alla salute e alla malattia;
  - sostenere ed incoraggiare gli individui e le famiglie ad influenzare e partecipare alle decisioni relative alla loro salute;
- definire standard e valutare l'efficacia delle attività infermieristiche di famiglia;
  - lavorare da soli o in seno ad una équipe;
- partecipare alla definizione delle priorità nelle attività relative alla salute e alla malattia;
  - gestire il cambiamento ed esserne agenti;
- mantenere relazioni professionali ed un ruolo collegiale di sostegno con i colleghi;
- mostrare l'evidenza di un impegno alla formazione continua ed allo sviluppo professionale.

È evidente che, data la complessità del ruolo, l'infermiere di famiglia debba essere considerato un infermiere specializzato ed avere seguito un corso riconosciuto e accreditato che gli permetta di acquisire le competenze necessarie.

## **Chronic Care Model, il sistema salute va verso il paziente**

Il **Chronic Care Model (CCM)** è un modello assistenziale che non porta più il paziente verso l'ospedale, ma il sistema salute verso il cittadino attraverso la ramificazione dei servizi sul territorio, l'impiego di strutture come le case della salute, la maggiore erogazione di prestazioni da parte dei distretti sanitari, la forte presenza di medici di base e l'introduzione di figure come l'infermiere di famiglia ed il case manager.

### **Sistema salute, la rivoluzione concettuale del Chronic Care Model**

Le **malattie croniche** costituiscono la principale causa di morte quasi in tutto il mondo. Si tratta di un ampio gruppo di malattie, che comprende le [cardiopatie](#), l'[ictus](#), il cancro, il [diabete](#) e le malattie respiratorie croniche (ss. [BPCO](#)).

L'innalzamento dell'età media e l'aumento delle aspettative di vita, il peggioramento dell'habitat naturale dovuto all'inquinamento e le cattive abitudini assunte dalla popolazione, hanno determinato negli ultimi decenni un'inversione di tendenza epidemiologica.

Si è assistito, di fatto, al passaggio da un sistema salute concentrato a gestire prevalentemente l'insorgenza di patologie infettive, ad un sistema che improvvisamente si è trovato a contrastare una vasta gamma di patologie a prevalenza cronico-degenerativa.

Il concetto di **sick role** così come inteso da Parsons, dove il paziente ha il "dovere" di guarire e la malattia è intesa come evento transitorio, è stato di conseguenza superato per lasciar spazio a nuovi paradigmi che possano comprendere le sfide proposte dalle patologie emergenti.

Dover garantire un'adeguata [assistenza ai pazienti cronici](#) non è facile e spesso questo rappresenta il tallone d'Achille dei sistemi sanitari, i quali vedono nella cronicità un'[emorragia di risorse economiche ed umane](#).

A causa del forte impatto economico e sociale che i pazienti cronici comportano per il sistema salute, sono stati proposti diversi modelli che hanno cercato di arginare il problema. Tra i modelli proposti vi è il **Chronic Care Model (CCM)**, ideato dal prof. Wanger et al presso il McColl Institute for Healthcare Innovation in California.

Il **CCM**, nella sua versione **Expanded**, prevede un approccio che garantisce una **relazione proattiva operatore-paziente**, che cerca di portare il sistema sanitario da un concetto di sanità d'attesa - e quindi di cura della malattia - ad un concetto di sanità di iniziativa - e quindi di prevenzione e formazione del paziente e dei caregivers.

Tutto ciò si traduce in un **enorme beneficio economico-sociale** che vede una netta diminuzione dei ricoveri nelle strutture ospedaliere e una maggiore qualità di vita per i pazienti cronici, a fronte di investimenti mirati e relativamente contenuti.

- **Chronic care model, l'esempio della Regione Toscana**

Come recitava uno spot di qualche anno fa (ma che sembra non essere mai passato di moda) prevenire è meglio che curare ed il Prof. Wanger lo sa bene, così come lo sanno bene anche gli amministratori della Regione Toscana, che in Italia è stata la prima Regione ad aver integrato il CCM nel suo Sistema Sanitario Regionale già nel PSR 2008-2010.

- **Evoluzioni del sistema salute con il Chronic Care Model**

Il CCM prevede diversi cambiamenti (che a questo punto preferiamo chiamare evoluzioni) nel sistema salute. Le evoluzioni coinvolgono tutti i processi di pianificazione, gestione ed erogazione delle prestazioni, ripensando totalmente l'approccio con gli utenti.

A livello di risorse viene valorizzata e regolamentata la collaborazione con le organizzazioni di volontariato presenti sul territorio, i gruppi di auto-aiuto e centri destinati alla terza età, garantendo di fatto quel fil rouge fortemente richiesto e sempre disatteso tra la cittadinanza e la stanza dei bottoni della salute.

Vengono destinati team di professionisti sul territorio, dedicati all'assistenza e all'[educazione dei pazienti](#) anche attraverso il supporto alle decisioni.

L'**empowerment** del paziente assume un'enorme importanza e si incardina al centro del CCM. Il concetto di auto-cura viene enfatizzato e favorito ed il paziente lontano dall'ambiente ospedaliero riprende in mano la propria vita.

L'informazione e l'educazione sono l'altro tassello fondamentale del CCM, e per questo motivo vengono previsti sistemi informativi che consentano di stabilire nuovi canali comunicativi più efficaci e in grado di raggiungere più facilmente gli utenti sul territorio.

Come è facile immaginare, si tratta di una **rivoluzione concettuale** che non porta più il paziente verso l'ospedale, ma **il sistema salute verso il cittadino** attraverso la ramificazione dei servizi sul territorio, l'impiego di strutture come le case della salute, la maggiore erogazione di prestazioni da parte dei distretti sanitari, la forte presenza di medici di base e l'introduzione di figure come l'[infermiere di famiglia](#) ed il [case manager](#).

A questi strumenti se ne aggiungono altri come i follow-up domiciliari e telefonici, che consentono di seguire il decorso del paziente in maniera puntuale e continuativa, evitando che i pazienti si sentano orfani del sistema salute.

In **Toscana**, dopo un parziale fallimento dovuto all'introduzione del modello in base alla patologia, la struttura del **Chronic Care Model** è cambiata introducendo il concetto di "**Target**". Con questo termine si intendono quelle stratificazioni della popolazione effettuate in base al rischio, comorbilità e livelli assistenziali necessari che entrano a far parte del sistema CCM. A tal proposito sono stati identificati tre target:

Primo Target	Secondo Target	Terzo Target
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistiti complessi, ad alto consumo di prestazioni sanitarie e ad alto rischio di <a href="#">eventi avversi</a> e ricoveri</li> <li>• Qualunque patologia cronica complessa o già complicata</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gli assistiti con alto rischio cardiovascolare, la riduzione del carico di malattia attribuibile a queste condizioni rappresenta una grande priorità di sanità pubblica</li> <li>• Ciò può essere ottenuto attraverso attività di cura e prevenzione indirizzate all'intera popolazione o ai gruppi ad alto rischio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gli assistiti con basso rischio cardiovascolare e/o basso rischio di evoluzione della condizione cronica attraverso un sistema di supporto all'autogestione.</li> <li>• Mentre per quanto riguarda la popolazione in generale (quella non malata), occorre sviluppare azioni che mirino a migliorare la qualità della vita (attività motoria, alimentazione, lotta al fumo) ovvero promuovere stili di vita salutari.</li> </ul>

Passando da un modello concentrato sulla patologia, ad un percorso integrato che prende in esame la persona nella sua complessità di malattie intercorrenti, storia personale e situazione sociale, si è costruita una rete a più livelli di interventi di promozione della salute e dei suoi determinanti.

Non più attenzione alla sola patologia, ma un'[assistenza olistica alla persona](#) e al suo universo personale. Un sistema che sembra, almeno dai primi risultati, garantire un approccio universale al paziente e che dona nuovamente speranze a chi, ormai, pensava di aver perso qualsiasi forma di fiducia verso l'apparato istituzionale della salute.

Una riorganizzazione in pieno [stile Lean](#), un elisir di lunga vita per il SSN, che oggi più di ieri si trova a dover garantire in isorisorse sempre più richieste e a fronteggiare attacchi mediatici spesso finalizzati a distogliere l'attenzione da ciò che di buono la sanità è in grado di proporre.



## CONCLUSIONI

Il ruolo e le funzioni dell'infermiere di famiglia, così come sono stati descritti in questo lavoro, contengono elementi che fanno già parte del ruolo di alcuni infermieri che lavorano nell'ambito della sanità pubblica o dell'assistenza primaria. Per citarne uno, possiamo pensare all'infermiere dell'assistenza domiciliare o ambulatoriale territoriale. Il concetto di infermiere che viene descritto in Salute 21 ci appare, però, diverso in quanto raggruppa elementi che non si ritrovano presenti contemporaneamente nei professionisti sopra citati.

Tali elementi si individuano, innanzitutto, nell'interesse centrato sulle famiglie, poi nel luogo principale di attività, la casa come ambiente domestico delle persone che assiste, e ancora l'interesse per l'ambiente di vita e di lavoro della comunità e poi nella continuità assistenziale, che, in questo lavoro abbiamo già definita "biografica", impostata, cioè, sull'intero arco della vita delle persone. Un ulteriore elemento riguarda la funzione di collegamento tra le diverse figure professionali della rete dei servizi finalizzata al raggiungimento di un obiettivo di maggiore integrazione.

La collocazione, lo abbiamo visto nell'introduzione, è prevista sotto l'ombrello della salute pubblica nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base. Le competenze che sono state esaminate fanno pensare a una figura per certi versi parallela e complementare a quella del medico di medicina generale con il quale l'infermiere di famiglia condivide alcuni degli elementi caratterizzanti, ad esempio la generalità, la globalità, la continuità o l'orientamento alla famiglia e alla comunità.

Alcuni aspetti appaiono, comunque, indispensabili perché il ruolo possa svilupparsi così come indicato nei documenti

dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Innanzitutto appare imprescindibile un rapporto stabile e duraturo nel tempo tra l'infermiere e le famiglie assistite. Questo è un elemento che differenzia questo ruolo da quello dell'attuale infermiere del territorio, e che può derivare solamente da una lista di iscritti e quindi da una libera scelta degli individui basata sulla fiducia e sull'accREDITAMENTO professionale. Solo così appare possibile acquisire quella conoscenza della famiglia auspicata, che si evolve, arricchendosi, di pari passo con il suo sviluppo. Inoltre, le possibilità dell'assistenza preventiva vengono ottimizzate dall'esistenza di un buon rapporto interpersonale tra chi assiste e i suoi clienti. Questo aumenta le probabilità che le persone recepiscano e mettano in pratica i consigli che vengono loro forniti modificando il proprio comportamento per la salute. La possibilità di fare prevenzione e promuovere la salute viene condizionata dalla modalità di accesso al servizio da parte delle persone. La libera scelta finisce per attribuire una responsabilità precisa all'operatore sanitario nell'erogazione di servizi preventivi e permette anche di verificarne i risultati in termini di qualità, efficacia ed efficienza. Se si vogliono attuare servizi sanitari rivolti alla prevenzione sulla base dell'iniziativa degli operatori, è necessario che chi ne ha la responsabilità possa disporre di un bacino di utenza ben definito. Questo aspetto condiziona anche il ruolo di collegamento all'interno della rete attribuito all'infermiere di famiglia in quanto, attraverso l'iscrizione dei clienti in apposite liste, si investirebbe l'infermiere dell'autorità necessaria. Anche la continuità assistenziale ne sarebbe influenzata dato che una relazione stabile si tradurrebbe inevitabilmente in una gestione più efficace dei problemi ricorrenti.

Resta da capire quale modello organizzativo sarebbe possibile adottare. Anche dal punto di vista dei sistemi di

compenso occorrerebbe stabilire le forme contrattuali più idonee a dare risultati di efficacia ed efficienza. Per realizzare obiettivi di promozione della salute occorre finanziare servizi di tipo preventivo alla famiglia piuttosto che servizi curativi all'individuo, pertanto questa figura dovrebbe entrare nella rete dei servizi a carico del SSN. Ciò si potrebbe realizzare, come già accade per i medici di medicina generale, attraverso accordi collettivi nazionali o regionali che prevedano una forma di accreditamento presso il SSN per una serie ben definita di prestazioni assistenziali in cambio di una quota capitaria. In questo caso l'infermiere di famiglia svolgerebbe attività libero professionale nei confronti delle Aziende Usl. Questa forma è, peraltro prevista dal C.D. all'art.5.4 e viene disciplinata in un apposito documento denominato "Norme di comportamento per l'esercizio autonomo della professione infermieristica"<sup>38</sup>.

Un altro aspetto che caratterizza il ruolo dell'infermiere di famiglia riguarda il lavoro in équipe multidisciplinare. Questo aspetto implica la conoscenza delle capacità e delle competenze degli altri professionisti e non costituisce una prerogativa solo dei professionisti che praticano all'interno delle medesime strutture. Esso si realizza anche con sistematici incontri tendenti a sviluppare obiettivi comuni e condivisi, e a valutarne il raggiungimento.

Purtroppo un sistematico e duraturo lavoro di gruppo non è facile da realizzare in quanto prevede notevole complessità organizzativa, sovente interferiscono differenze culturali storicamente radicate tra le diverse categorie di operatori, specie quando la formazione segue canali nettamente separati. Inoltre, possono esistere conflitti di interesse e rivalità tra gruppi professionali riguardo a questioni di compensi e trattamenti o,

<sup>38</sup> Documento del comitato centrale della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI presentato al Consiglio nazionale il 28 settembre 1996. Ai singoli Collegi provinciali è stata data la facoltà di modificare tale documento e di integrarlo.



peggio ancora, problematiche che coinvolgono l'identità professionale. Il rischio è quello che la collaborazione interdisciplinare rimanga episodica.

La multidisciplinarietà può riguardare, innanzitutto, la figura del medico di medicina generale, alla quale possono aggiungersi ostetriche, assistenti sociali, operatori sociali, fisioterapisti, psichiatri, psicologi, altri infermieri, personale sanitario ausiliario. Inoltre è necessario che esistano informazioni dettagliate sui servizi disponibili sia nell'ambito della sanità sia in quello delle organizzazioni di volontariato e dei gruppi di autoassistenza.

Nonostante i presupposti per lo sviluppo di questo ruolo professionale, a parere di chi scrive, siano quasi tutti presenti, appare difficile, al momento, che il settore sanitario pubblico italiano soddisfi le attese dell'Organizzazione Mondiale della Sanità in quest'ambito. Una possibile risposta potrebbe essere, temporaneamente, offerta dal settore privato attraverso l'esercizio autonomo della professione, svolto anche in associazione tra colleghi e prevedendo la partecipazione dei medici di famiglia attraverso contratti di collaborazione coordinata e continuativa. A questo proposito, il contratto dei medici di medicina generale attualmente in vigore prevede come incentivo ai medici che dotano il loro studio professionale della collaborazione di un infermiere un contributo minimo pro - assistito. È poco, ma potrebbe costituire l'inizio, una opportunità, per dimostrare l'utilità dell'infermieristica anche nell'assistenza sanitaria di base e superare certe resistenze. Consideriamo che i medici di famiglia non hanno, spesso, una "conoscenza" professionale degli infermieri così come avviene per i medici ospedalieri, quella conoscenza che deriva dal lavoro quotidiano fianco a fianco e che si traduce in rispetto delle reciproche competenze.

## Appendice – tavole

tavola 9 livelli di assistenza sanitaria – Psn 1998/2000

### ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

Profilassi delle malattie infettive e diffuse  
Tutela dei rischi connessi con l'inquinamento ambientale  
Tutela dei rischi connessi con gli ambienti di vita e di lavoro  
Sanità pubblica veterinaria  
Tutela igienico sanitaria degli alimenti

#### 1. ASSISTENZA DISTRETTUALE

Assistenza sanitaria di base  
Assistenza farmaceutica  
Assistenza specialistica ambulatoriale  
Assistenza territoriale e semi-residenziale  
Assistenza residenziale sanitaria

#### 2. ASSISTENZA OSPEDALIERA

Assistenza per acuti (emergenza, ordinaria e in day hospital)  
Assistenza post-acuzie (riabilitazione ordinaria e in day hospital e lungodegenza)

## tavola 10. Obiettivi del PSN 1998/2000

### ALIMENTAZIONE

Ridurre l'energia derivante dai grassi a non più del 30% dell'apporto calorico quotidiano. Ridurre l'energia derivante da grassi saturi a meno del 10% dell'apporto calorico quotidiano. Aumentare l'energia derivante da carboidrati ad almeno il 55% dell'apporto calorico quotidiano. Ridurre la quota di energia derivante dallo zucchero a meno del 10% dell'apporto calorico quotidiano. Ridurre la quantità quotidiana di sale da cucina a meno di 6 grammi. Ridurre la prevalenza di persone obese.

Ridurre l'energia derivante dai grassi a non più del 30% dell'apporto calorico quotidiano. Ridurre l'energia derivante da grassi saturi a meno del 10% dell'apporto calorico quotidiano. Aumentare l'energia derivante da carboidrati ad almeno il 55% dell'apporto calorico quotidiano. Ridurre la quota di energia derivante dallo zucchero a meno del 10% dell'apporto calorico quotidiano. Ridurre la quantità quotidiana di sale da cucina a meno di 6 grammi. Ridurre la prevalenza di persone obese.

### FUMO

Ridurre la prevalenza di fumatori di età superiore ai 14 anni a non più del 20% per gli uomini e del 10% per le donne. Ridurre a zero la frequenza delle donne che fumano in gravidanza. Ridurre la prevalenza di fumatori fra gli adolescenti. Ridurre il numero medio di sigarette fumate quotidianamente.

Ridurre la prevalenza di fumatori di età superiore ai 14 anni a non più del 20% per gli uomini e del 10% per le donne. Ridurre a zero la frequenza delle donne che fumano in gravidanza. Ridurre la prevalenza di fumatori fra gli adolescenti. Ridurre il numero medio di sigarette fumate quotidianamente.

### ALCOL

Ridurre del 20% la prevalenza dei consumatori che eccedono i 40 grammi/die di alcol per i maschi, e i 20 grammi/die per le donne. Ridurre del 30% la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche fuori pasto.

Ridurre del 20% la prevalenza dei consumatori che eccedono i 40 grammi/die di alcol per i maschi, e i 20 grammi/die per le donne. Ridurre del 30% la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche fuori pasto.

ATTIVITÀ  
FISICA

Aumentare del 10% la prevalenza di persone che praticano regolarmente attività fisico-sportiva nel tempo libero. Aumentare almeno del 10% la prevalenza di anziani che praticano regolarmente attività fisico-sportiva nel tempo libero.

Aumentare del 10% la prevalenza di persone che praticano regolarmente attività fisico-sportiva nel tempo libero. Aumentare almeno del 10% la prevalenza di anziani che praticano regolarmente attività fisico-sportiva nel tempo libero.

MALATTIE  
CARDIO  
CEREBRO  
VASCOLARI

Ridurre di almeno il 10% la mortalità da malattie ischemiche del cuore.  
Ridurre di almeno il 10% la mortalità da malattie cerebrovascolari.  
E Ridurre le diseguaglianze in termini di mortalità fra aree geografiche e fra gruppi sociali. Migliorare la qualità della vita del paziente affetto da patologie cardio e cerebrovascolari.

Ridurre di almeno il 10% la mortalità da malattie ischemiche del cuore.  
Ridurre di almeno il 10% la mortalità da malattie cerebrovascolari.  
Ridurre le diseguaglianze in termini di mortalità fra aree geografiche e fra gruppi sociali. Migliorare la qualità della vita del paziente affetto da patologie cardio e cerebrovascolari.

TUMORI

Ridurre la mortalità totale da tumori maligni del 10% per gli uomini e del 5% per le donne. Ridurre la mortalità da tumore del polmone del 10% per i maschi e stabilizzarla per le donne. Ridurre la mortalità da tumore della mammella del 5%. Ridurre la mortalità da tumore dello stomaco del 10%. Stabilizzare la mortalità da tumore del colon-retto. Ridurre la mortalità da tumore della cervice dell'utero del 10%. Ridurre le differenze di sopravvivenza relative ai tumori maligni all'interno del territorio nazionale. Ridurre le diseguaglianze fra classi sociali per i principali tumori in termini di incidenza, sopravvivenza e mortalità. Migliorare la qualità della vita del paziente oncologico.

Ridurre la mortalità totale da tumori maligni del 10% per gli uomini e del 5% per le donne. Ridurre la mortalità da tumore del polmone del 10% per i maschi e stabilizzarla per le donne. Ridurre la mortalità da tumore della mammella del 5%. Ridurre la mortalità da tumore dello stomaco del 10%. Stabilizzare la mortalità da tumore del colon-retto. Ridurre la mortalità da tumore della cervice dell'utero del 10%. Ridurre le differenze di sopravvivenza relative ai tumori maligni all'interno del territorio nazionale. Ridurre le diseguaglianze fra classi sociali per i principali tumori in termini di incidenza, sopravvivenza e mortalità. Migliorare la qualità della vita del paziente oncologico.

MALATTIE  
INFETTIVE

Raggiungere, oltre a quanto previsto in materia di vaccinazioni obbligatorie, almeno il 95% di copertura vaccinale per la popolazione di età inferiore ai 24 mesi, anche immigrata, per Morbillo, Rosolia, Parotite, Pertosse, Haemophilus influenzae. Raggiungere il 75% di copertura vaccinale contro l'influenza per la popolazione al di sopra dei 64 anni. Monitorare gli effetti indesiderati di tutte le vaccinazioni. Eradicare il virus della Poliomielite. Monitorare l'esito del trattamento della TBC. Ridurre l'incidenza delle infezioni ospedaliere di almeno il 25%.

Raggiungere, oltre a quanto previsto in materia di vaccinazioni obbligatorie, almeno il 95% di copertura vaccinale per la popolazione di età inferiore ai 24 mesi, anche immigrata, per Morbillo, Rosolia, Parotite, Pertosse, Haemophilus influenzae. Raggiungere il 75% di copertura vaccinale contro l'influenza per la popolazione al di sopra dei 64 anni. Monitorare gli effetti indesiderati di tutte le vaccinazioni. Eradicare il virus della Poliomielite. Monitorare l'esito del trattamento della TBC. Ridurre l'incidenza delle infezioni ospedaliere di almeno il 25%.

INCIDENTI E MALATTIE PROFESSIONALI  
I

Ridurre la mortalità da incidenti stradali del 20%. Ridurre la mortalità da incidenti stradali nella classe di età 15 – 24 anni di almeno il 20%.  
Ridurre le menomazioni gravi permanenti da incidenti stradali. Ridurre il numero di infortuni domestici, in particolare fra le categorie più a rischio.  
Ridurre la frequenza degli infortuni sul lavoro del 10%. Ridurre la frequenza degli infortuni sul lavoro nei settori produttivi a maggior rischio e per i casi più gravi. Ridurre il numero di malattie correlate al lavoro.

Ridurre la mortalità da incidenti stradali del 20%. Ridurre la mortalità da incidenti stradali nella classe di età 15 – 24 anni di almeno il 20%.  
Ridurre le menomazioni gravi permanenti da incidenti stradali. Ridurre il numero di infortuni domestici, in particolare fra le categorie più a rischio.  
Ridurre la frequenza degli infortuni sul lavoro del 10%. Ridurre la frequenza degli infortuni sul lavoro nei settori produttivi a maggior rischio e per i casi più gravi. Ridurre il numero di malattie correlate al lavoro.

ARIA	Migliorare la qualità dell'aria atmosferica.
ACQUA	<p>Aumentare la disponibilità di acqua potabile per abitante e la percentuale di popolazione servita da acquedotto. Incrementare l'avviamento alla depurazione dei carichi inquinanti depurabili non depurati. Ridurre la quantità dei reflui non depurati riversati direttamente nei corpi idrici.</p> <p>Aumentare la disponibilità di acqua potabile per abitante e la percentuale di popolazione servita da acquedotto. Incrementare l'avviamento alla depurazione dei carichi inquinanti depurabili non depurati. Ridurre la quantità dei reflui non depurati riversati direttamente nei corpi idrici.</p>
ALIMENTI	Ridurre l'incidenza delle malattie causate da e con alimenti e potenziare il sistema di sorveglianza continua.
RADIAZIONI	<p>Ridurre la concentrazione di radon nelle abitazioni e nei luoghi chiusi. Ridurre il rischio da esposizione a radiazioni ionizzanti da indagini cliniche di radiodiagnostica e medicina nucleare. Rilevare sistematicamente i dati di contaminazione radioattiva a seguito di incidenti nucleari. Ridurre il rischio connesso all'esposizione alle radiazioni ultraviolette. Prevenire gli effetti dei campi a 50 Hz e dei campi elettromagnetici a radiofrequenza e microonde. Informare correttamente la popolazione sulle problematiche delle radiazioni.</p> <p>Ridurre la concentrazione di radon nelle abitazioni e nei luoghi chiusi. Ridurre il rischio da esposizione a radiazioni ionizzanti da indagini cliniche di radiodiagnostica e medicina nucleare. Rilevare sistematicamente i dati di contaminazione radioattiva a seguito di incidenti nucleari. Ridurre il rischio connesso all'esposizione alle radiazioni ultraviolette. Prevenire gli effetti dei campi a 50 Hz e dei campi elettromagnetici a radiofrequenza e microonde. Informare correttamente la popolazione sulle problematiche delle radiazioni.</p>
RIFIUTI	Potenziare le attività mirate alla prevenzione dei danni.

**IMMIGRATI**

Garantire uniformità di accesso all'assistenza sanitaria in tutto il territorio nazionale, secondo la normativa vigente. Estendere la copertura vaccinale garantita alla popolazione italiana alla popolazione immigrata.

Garantire uniformità di accesso all'assistenza sanitaria in tutto il territorio nazionale, secondo la normativa vigente. Estendere la copertura vaccinale garantita alla popolazione italiana alla popolazione immigrata.

**TOSSICO-  
DIPENDENTI**

Ridurre la mortalità e la morbosità legate alla tossicodipendenza e/o all'abuso di sostanze. Aumentare la quota di consumatori in contatto con il sistema di assistenza e ridurre la durata media di uso di sostanze prima del contatto. Aumentare la quota di soggetti che iniziano e completano i trattamenti e recuperano un accettabile livello di integrazione sociale.

Ridurre la mortalità e la morbosità legate alla tossicodipendenza e/o all'abuso di sostanze. Aumentare la quota di consumatori in contatto con il sistema di assistenza e ridurre la durata media di uso di sostanze prima del contatto. Aumentare la quota di soggetti che iniziano e completano i trattamenti e recuperano un accettabile livello di integrazione sociale.



**OBIETTIVO 18 – SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE  
PER LA SALUTE.**

**DA QUI AL 2010, TUTTI GLI STATI MEMBRI DOVRANNO  
AVER FATTO IN MODO CHE I PROFESSIONISTI DELLA  
SANITÀ E I PROFESSIONISTI DI ALTRI SETTORI  
ABBIANO ACQUISITO CONOSCENZE, ATTEGGIAMENTI  
E CAPACITÀ ADEGUATE A PROTEGGERE E  
PROMUOVERE LA SALUTE.**

**IN PARTICOLARE:**

**LA FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI DELLA SANITÀ  
DOVRÀ POSARE SUI PRINCIPI DELLA POLITICA DELLA  
SALUTE PER TUTTI, PREPARARLI AD OFFRIRE SERVIZI  
DI PROMOZIONE DELLA SALUTE, DI PREVENZIONE, DI  
TRATTAMENTO E DI RIABILITAZIONE DI BUONA  
QUALITÀ E AIUTARLI A STABILIRE UN PONTE TRA LA  
PRATICA CLINICA E L'AZIONE IN MATERIA DI SANITÀ  
PUBBLICA.**

**SISTEMI DI PIANIFICAZIONE DOVRANNO FARE IN  
MODO CHE IL NUMERO DEI PROFESSIONISTI DELLA  
SANITÀ FORMATI E LA RIPARTIZIONE TRA LE  
DIFFERENTI DISCIPLINE RISPONDANO AI BISOGNI  
ATTUALI E FUTURI.**

**TUTTI GLI STATI MEMBRI DOVRANNO POSSEDERE LE  
CAPACITÀ APPROPRIATE PER DARE UNA FORMAZIONE  
SPECIALISTICA CONCERNENTE LA DIRIGENZA, LA  
GESTIONE E LA PRATICA DELLA SANITÀ PUBBLICA.**

**LA FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI DEGLI ALTRI  
SETTORI DOVRÀ INCULCARE LORO I PRINCIPI  
FONDAMENTALI DELLA POLITICA DI SANITÀ PER  
TUTTI E, PIÙ PRECISAMENTE, TRASMETTERE LE  
CONOSCENZE SUL MODO IN CUI LE LORO ATTIVITÀ  
POTRANNO INFLUIRE SUI DETERMINANTI DELLA  
SALUTE.**

**OBIETTIVO 15 – UN SETTORE SANITARIO INTEGRATO.**

DA QUI AL 2010, LA POPOLAZIONE DELLA REGIONE DOVRÀ AVERE UN MIGLIORE ACCESSO ALL'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE CENTRATA SULLA FAMIGLIA E LA COMUNITÀ, SOSTENUTE DA UN SISTEMA OSPEDALIERO ATTO A FAR FRONTE A DIVERSE SITUAZIONI.

**IN PARTICOLARE:**

ALMENO IL 90% DEI PAESI DOVRÀ AVER DATO LUOGO A SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA DI BASE COMPLETA, CHE ASSICURINO CONTINUITÀ DELLE CURE UTILIZZANDO SISTEMI DI ORIENTAMENTO DEI PAZIENTI – GARANTENDO UN BUON UTILIZZO DELLE RISORSE ED EFFICACIA SUL PIANO DEI COSTI – VERSO I SERVIZI DI CURE OSPEDALIERE SECONDARIA E TERZIARIA, E CHE EFFETTUINO IL RITORNO DELL'INFORMAZIONE VERSO QUESTI;

IN ALMENO IL 90% DEI PAESI I MEDICI E GLI INFERMIERI DI FAMIGLIA DOVRANNO FORMARE IL NODO DI QUEI SERVIZI INTEGRATI DI ASSISTENZA SANITARIA DI BASE, CHE DOVRÀ FARE RIFERIMENTO A ÉQUIPES PLURIDISCIPLINARI RAGGRUPPANTI PROFESSIONISTI DEL SETTORE SANITARIO, SOCIALE E DI ALTRI SETTORI, E DOVRÀ BENEFICIARE DELLA PARTECIPAZIONE DELLA POPOLAZIONE LOCALE;

ALMENO IL 90% DEI PAESI DOVRÀ AVER DATO LUOGO A SERVIZI SANITARI CHE PERMETTANO AGLI INDIVIDUI SI PARTECIPARE ALLE CURE, RICONOSCENDO E SOSTENENDO IL LORO RUOLO DI DISPENSATORI DI ASSISTENZA.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- i Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Health 21: the health for all policy for the WHO European Region, Copenhagen, 1999.
- ii R. Milani, A. Semenzato, "Nursing practitioner: l'infermiere del futuro." – M.D. Medicinae Doctor, 25; sett. 2000; 21 – 28.
- iii Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Health 21: the health for all policy for the WHO European Region, Copenhagen, 1999.
- iv AA.VV. con il coordinamento di Bottari C., Il Nuovo Servizio Sanitario Nazionale – Maggioli Editore, s.l., s.d..
- v Bottari C., Nuovi Modelli Organizzativi per la Tutela della Salute – G. Giappichelli Editore, Torino, s.d.
- vi D. P.R. 23/7/1998, Piano Sanitario Nazionale 1998/2000.
- vii D. P.R. 1/3/94, Piano Sanitario Nazionale 1994/1996.
- viii Bagnasco A., Barbagli M., Cavalli A., Corso di sociologia, ed. Il Mulino, Bologna, 1997
- ix De liberazione n. 1235 del Consiglio Regionale Emilia Romagna del 22/9/99, Piano Sanitario Regionale 1999/2001

- x Ministero della Sanità - Relazione sullo stato sanitario del Paese - 2000
- xi Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, "The role of general practice in primary health care", 1998.
- xii Maso G., in M.D. Medicinae doctor. anno VIII, nr 5, febbraio 2001, 21.
- xiii D. Lgs. 229 de l 19/6/99, Norme per la razionalizzazione del SSN, a norma dell'articolo 1 della Lg. 30/11/98, n. 419.
- xiv Giunta Regionale Emilia Romagna, Approvazione linee guida di attuazione del Piano Sanitario Regionale 1999/2001.
- xv Vendramini E., Modelli organizzativi per il territorio, CeRGAS -Bocconi, Milano, s.d.
- xvi Bonino R., Manuale di Sociologia, Edises, 1993
- xvii Bagnasco A., Barbagli M., Cavalli A., Corso di sociologia, ed. Il Mulino, Bologna, 1997.
- xviii Collins R., Makowsky M., Storia delle teorie sociologiche, Zanichelli, Bologna, 1980.
- xix Bonino R., Manuale di Sociologia – Edises, 1993
- xx Istat, Famiglia, soggetti sociali e condizioni dell'infanzia, indagine multi scopo, 1998.
- xxi Potter P.A., Perry A.G., Basic Nursing. Theory and Practice, Mosby Year Book, St.Louis (Missouri – Usa), 1991.
- xxii Istat, L'Italia in cifre . Annuario 2000
- xxiii Istat, Sabbadini L.L., Reti di parentela e reti di solidarietà in Italia, 2000.

- xxiv Craven R.F., Hirnle C.J., Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica. Promuovere la salute, CEA, Milano, 1998
- xxv Slepoy V., Legami di famiglia, Mondadori, Milano, 1998.
- xxvi Gastrell P., Edwards J., Community health nursing. Framework for practice, Bailliere Tindall, Londra, 1997.
- xxvii Asvall, J., "The Alma-Ata Declaration – 20 years of impact on the European Region of WHO", in: WHO Primary Health care 21: «Everybody's business», Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità, 2000
- xxviii Mattiotti A., Crestana N., Trevisani A.I., Psicologia e professione infermieristica, ed. CEA, Milano, 1991
- xxix Canestrari R., Psicologia generale e dello sviluppo, CLUEB, Bologna, 3° ed.1990.
- xxx Rugiadini A., Organizzazione d'impresa, ed. Giuffrè, s.l., s.d..
- xxxi George J.B., Le teorie del Nursing. Le basi per l'esercizio professionale, UTET, Milano, 1995
- xxxii Sorensen, Lukmann's, Il nursing di Base. Con approccio fisiopatologico e psicologico, ed. Piccin, Padova, 1996
- xxxiii Christensen P., Kenney J., "Nursing Process. Application of Conceptual Models", Mosby inc., Missouri, 1995.
- xxxiv Marriner-Tomey A., I teorici del nursing e le loro teorie, McGraw Hill, Milano, 1996

<sup>xxxv</sup> Orem, D.E., Nursing: concepts of practice, Mosby – Yearbook, St. Louis, 1991

<sup>xxxvi</sup> Carpenito L.J., Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica, e d. Sorbona, Milano, 1996

<sup>xxxvii</sup> Ufficio Regionale per l'Europa Organizzazione Mondiale della Sanità, The family health nurse. Context, conceptual framework and curriculum, EUR/oo/5019309/13, gennaio 2000

<sup>xxxviii</sup> Salvage J., Nursing in Action, Ufficio Regionale Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa, Copenhagen, 1993.

<sup>xxxix</sup> Calamandrei C., D'addio L., Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere, ed. McGraw Hill, Milano, 1999.

<sup>xl</sup> Commissione Nazionale Americana - Il rapporto Belmont. Principi di etica e linee guida per la ricerca che utilizza soggetti umani – s.l., 1979.

<sup>xli</sup> Bagnasco A., Barbagli M., Cavalli A., Corso di sociologia, ed. Il Mulino, Bologna, 1997.

<sup>xlii</sup> Billingham K., Assessing family and community health needs: the contribution of nursing, documento EUR/5019309/11 Ufficio regionale per l'Europa Organizzazione Mondiale della Sanità, 2000.

