

“Ospedale a Domicilio”: competenze e conoscenze dell’infermiere (Esperienza dell’AOU Città della Salute e Scienza di Torino)

“Home Hospitalization”: skills and knowledge of nurses (the case of “Città della Salute e della Scienza” hospital in Turin)

Maria Palmisano¹

Laura Anna Nicoli²

Daniele Calò³

Carmela Marseglia⁴

1. Infermiere, Presidio Ospedaliero di Riabilitazione ad Alta Specialità “Fondazione San Raffaele”, Ceglie Messapica. Laureata CdL in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Università degli studi di Bari “Aldo Moro”. Corrispondenza:
2. Infermiere, UO Medicina, Asl Lecce, PO “Delli Ponti” a Scorrano, . Laureata CdL in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Università degli studi di Bari. “Aldo Moro”.
3. Coordinatore infermieristico, Dipartimento Medicina Generale e Specialistica, S.C Geriatria e M.M.O.U. Ospedalizzazione a domicilio, Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino, Presidio Molinette.
4. Infermiere Pediatrico, Professore a contratto CdL magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Università degli studi di Bari “Aldo Moro”

RIASSUNTO

INTRODUZIONE: Nella sanità del futuro la “casa” diventa il nuovo setting di cura, al fine di consentire un miglioramento della qualità della vita, una diminuzione dello stress per il caregiver, una riduzione dei ricoveri in ospedale. Tra i vari modelli organizzativi, l’Ospedale a Domicilio (OAD) dell’ Ospedale Le Molinette di Torino con i suoi trent’anni d’ esperienza, è oggi l’unico modello di riferimento.

OBIETTIVO: Conoscere le competenze e conoscenze del personale infermieristico e se le stesse possono rappresentare requisiti per una trasferibilità del modello in altre regioni.

METODO: Studio di tipo quantitativo. Condotta in due momenti: il primo con la somministrazione di un questionario sull’autovalutazione delle competenze di P. Benner, la Nurse Competence Scale (NCS) al gruppo infermieristico dell’OAD; il secondo con una intervista strutturata al coordinatore di tale Unità Operativa. I dati sono stati elaborati utilizzando il programma excel, mettendo in relazione i dati Likert con quelli della NCS.

DISCUSSIONE: I risultati evidenziano una realtà costituita da professionisti competenti nel fronteggiare situazioni di instabilità clinica, sanno agire in autonomia. Sono attenti alla personalizzazione dell’assistenza, all’educazione terapeutica del paziente e del caregiver. Le criticità: identificare le aree di cura del paziente che necessitano di ulteriore ricerca e sviluppo.

CONCLUSIONI: Questo modello assistenziale può essere replicato e può essere apripista di una presa in carico del paziente unitaria e non dicotomica: paziente acuto o cronico.

PParole Chiave: Competenze, conoscenze, ospedale a domicilio.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In the health-care system of the future, the “home” becomes the new “care setting”, in order to allow an improvement in the quality of life, lower stress for the caregiver and a decrease in hospital admissions. Among the various organizational models, the “home hospital” (from now on OAD which stands for the Italian “Ospedale A Domicilio”) of the Molinette Hospital in Turin, with thirty years of experience, is at present the only reference model.

OBJECTIVE: The objective is to identify the skills and knowledge of nursing staff to assess if these skills can represent the requirements for extending the model to other regions

METHOD: Quantitative study. The study was conducted in two stages: first we asked the OAD nursing group to compile the P. Benner’s questionnaire on the self-evaluation of skills, the Nurse Competence Scale (NCS); second we conducted a structured interview with the coordinator of this Unit. The data were processed using the Excel program, linking Likert data with NCS.

DISCUSSION: The results find evidence of a group of professionals who are able to manage clinical instability and to proceed autonomously. They can offer personalized assistance and nursing education for both the patient and the caregiver. The critical issue is to detect the caregiving aspects that deserve more research and development.

CONCLUSIONS: This model of care can be replicated and can be the first step towards unitary and non-dichotomous patient’s care: both acute and chronic patients.

Parole Chiave: skills, knowledge, Home Hospital

INTRODUZIONE

Il XVI Congresso della Federazione Nazionale Collegio IPASVI (ora FNOPI) tenutosi a Bologna il 24 Marzo 2012, ha ricordato nella propria mozione conclusiva l’orientamento dell’assistenza infermieristica al territorio, garantendo la continuità assistenziale ospedale-domicilio. L’assistenza domiciliare è stata definita dall’OMS come “la

possibilità di fornire a domicilio dei pazienti quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione”.

Nel nostro percorso di tesi del CDL Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche abbiamo voluto approfondire l’argomento di umanizzazione delle cure nei nuovi setting, conoscere le competenze e conoscenze in possesso del team infermieristico. Avere una mappa delle

competenze, attraverso la valorizzazione delle esperienze, la centralità in cui viene posto il professionista, la considerazione della formazione come processo continuo, permette alle Aziende Sanitarie di migliorarsi, all'organizzazione di modificarsi, potendo così garantire un'assistenza di qualità.

Leggendo le indagini condotte a livello nazionale e locale, il Sistema sanitario ha elaborato una serie di modelli organizzativi per rispondere ai bisogni dei cittadini e spostare il centro della "cura" dalla struttura ospedaliera al territorio. Cura intesa, nel senso più completo e particolare del "to care": non più ambizione, ma mission di ogni operatore della sanità. Il nuovo concetto di salute quindi, delineatosi in questi ultimi decenni, ha portato ad un adeguamento sia dal punto di vista clinico delle competenze dei singoli professionisti, che organizzativo-gestionale.

Da qui la ricerca di ultime soluzioni in ambito sanitario, con la nascita di nuovi modelli organizzativi, per meglio far fronte a questa "presa in carico" globale. La "casa" diventa così, il nuovo setting di cura. Tutto questo, vede l'infermiere assumere un ruolo chiave e da protagonista nella gestione assistenziale territoriale. Nella sanità pugliese, in virtù del nuovo piano regionale, a livello territoriale, si sta tendendo ad un potenziamento dell'offerta che ha visto la nascita di una rete di servizi, tra cui il Servizio ambulatoriale pediatrico, le Case della salute, l'Ospedale di comunità, gli Ambulatori infermieristici.

Ricercando, a livello nazionale e internazionale, i modelli assistenziali più virtuosi che favoriscono il miglioramento della qualità di vita del paziente e che garantiscono la continuità assistenziale sul territorio, emerge l'ospedalizzazione domiciliare; In Italia esiste un'unica realtà, l'Ospedale a Domicilio (OAD), attivo dal 1985 in Piemonte, presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU), Città della Salute e della Scienza di Torino di Torino; realtà vincitrice di vari riconoscimenti, tra cui il premio "Tiziano Terzani" sull'umanizzazione della medicina per le cure del caregiver. L'OAD è una forma di assistenza di carattere ospedaliero che prevede l'organizzazione delle cure presso il domicilio dei pazienti affetti da patologie in fase acuta, ma che non necessitano di un monitoraggio invasivo-intensivo.

Tale servizio nasce con l'intento di:

- Effettuare nel luogo di vita del malato i principali interventi diagnostici e terapeutici normalmente fruibili in ospedale, ed eventualmente integrati per prestazioni particolari, da una breve presenza nella struttura sanitaria, con accesso e trasporto facilitato;
- Assicurare così un precoce reinserimento della persona nel suo ambiente sociale e familiare dopo il ricovero in struttura ospedaliera o l'accesso in Pronto Soccorso;
- Personalizzare le cure al fine di migliorare la Qualità della vita.

OBIETTIVI INDAGINE QUANTITATIVA

Conoscere le competenze e conoscenze del personale infermieristico e se le stesse possono rappresentare requisiti per una trasferibilità del modello in altre regioni. Prima di procedere nell'illustrare i risultati dell'indagine, risulta doveroso fare una premessa tra i criteri che differenziano l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e l'Ospedale a Domicilio (OAD).

Entrambe possono essere considerate due facce diverse della stessa medaglia avendo come obiettivo quello di prendersi cura del paziente per migliorarne le condizioni di vita sia durante un processo di guarigione che di stabilizzazione della malattia, tutto ciò nel proprio habitat naturale "la casa". Nello stesso tempo sono differenti per la tipologia di paziente preso in carico e l'approccio assistenziale attuato dall'equipe (Tab. 1).

METODO

La metodologia utilizzata è di tipo quantitativo. Lo studio è stato condotto in due momenti. Il primo vede la somministrazione di un questionario sull'autovalutazione delle competenze di P. Benner il Nurse Competence Scale agli infermieri del Dipartimento di Medicina Generale e Specialistica, Struttura Complessa di Geriatria dell'OAD del Presidio Ospedaliero Le Molinette di Torino. Il secondo momento è rappresentato da un'intervista strutturata al coordinatore di tale Unità.

Il *Nurse Competence Scale* è un questionario di autovalutazione delle competenze sviluppato in Finlandia tra il 1997 e il 2003, allo scopo di misurare la performance clinica infermieristica.

Sperimentata in diversi Paesi è utilizzata su infermieri con diversi livelli di esperienza. In Italia, la NCS è stata tradotta e testata per la prima volta nel 2009, dopo adeguamento linguistico e culturale allo scopo di assicurare l'equivalenza semantica con quella originale, considerato uno strumento utile per fornire indicazioni sul livello e sugli ambiti di competenza degli infermieri italiani.

La scala è composta da sette sezioni di competenza suddiviso in 73 items:

- Competenze di presa in carico (7 item),
- Competenze di educazione (16 item),
- Competenze diagnostiche (7 item),
- Competenze di gestione della situazione (8 item),
- Interventi terapeutici (10 item),
- Assicurare la Qualità (6 item),
- Ruolo Ricoperto (19 item).

Il livello di competenza è stato misurato attraverso una scala visivo-analogica (VAS) da 0 a 100. Il punteggio VAS, è stato classificato in 4 categorie: basso livello di competenza (0-25); livello di competenza discreto (25-50); buon livello di competenza (50-75); ottimo livello di competenza (75-100) (Tab. 2).

Nello studio, al fine di facilitare l'analisi dei dati, inoltre, si è preferito aggiungere un passaggio precedente alla valutazione del livello di competenza raggiunto, costruendo una scala Likert a 4 punti (Tab. 3) a cui è stato

Tab.1: confronto criteri OAD/ADI

Ospedale a domicilio (OAD)	Assistenza Domiciliare Integrata (AID)
<p>Obiettivi: -effettuare nel luogo di vita del malato in fase acuta o cronica, anziani e non, interventi diagnostici e terapeutici fruibili in ospedale -assistere il paziente ancora in fase acuta della malattia nel proprio domicilio non avendo bisogno di tecnologie complesse -assicurare un precoce reinserimento del paziente nel suo ambiente sociale e familiare -personalizzare le cure per migliorare la Qualità della vita attraverso un coinvolgimento attivo del caregiver</p> <p>Prestazioni: -mediche/specialistiche e infermieristiche</p> <p>Pazienti: nessuna esclusione aprioristica ad eccezione di pazienti che: hanno bisogno di un monitoraggio intensivo/invasivo, non rientrano nell'area di competenza dell'OAD, non venga dato il consenso del paziente e del caregiver</p> <p>Modalità di attivazione: su diretta richiesta del medico di famiglia in alternativa al ricovero tradizionale o su richiesta dei medici dei reparti e /o Pronto Soccorso</p> <p>Equipe: n.4 medici strutturati, n. 13 infermieri, n.1coordinatore inf.co, n.1 assistente sociale, n.1 fisioterapista, n.1 counsellor,n.1infermiera esperta in accessi vascolari</p> <p>Erogazione del servizio: servizio attivo dalle 8.00 alle 20.00 tutti i giorni festivi compresi, dopo le 20.00 viene contattato il 118 specificando che il paziente è in trattamento OAD</p>	<p>Obiettivi: -fornire assistenza a persone che presentano bisogni di tipo sanitario o socio-sanitario evitando per quanto possibile il ricovero in ospedale o in strutture residenziali -favorire la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e di relazione -supportare il caregiver e trasmettere e competenze da tradurre in autonomia d'intervento</p> <p>Prestazioni: -di medicina generale /specialistica, infermieristiche, riabilitative, assistenza farmaceutica e fornitura di preparati pe nutrizione artificiale, di aiuto domestico</p> <p>Pazienti: malati terminali, gravi fratture negli anziani, forme psicotiche acute e gravi, riabilitazione di vasculopatici, malattie acute temporanee, dimissioni protette</p> <p>Modalità di attivazione: il Medico del distretto dopo aver avuto la segnalazione prende contatto con il Medico di Medicina Generale e/o il Pediatra di libera scelta</p> <p>Equipe: medici di medicina generale, infermieri, OSS ,fisioterapisti, assistente sociale ,psicologi, volontari, specialisti</p> <p>Erogazione del servizio: servizio attivo dalle 8.00 alle 20.00,5 giorni su 7 per ADI di 1^ livello con operatività del servizio di 8 ore al giorno; 6 giorni su 7 per ADI di 2^livello con operatività di 10 ore; 7 giorni su 7 per le cure palliative malati oncologici e non con servizio di 10 ore dal lunedì al venerdì, 6 ore il sabato e festivi. Pronta disponibilità nelle 24 ore</p>

Tab.2: Scala NCS per l'indagine dell'auto percezione del livello di competenza raggiunto dall'infermiere

0-25	LIVELLO BASSO DI COMPETENZA
25-50	LIVELLO DISCRETO DI COMPETENZA
50-75	LIVELLO BUONO DI COMPETENZA
75-100	LIVELLO OTTIMO DI COMPETENZA

Tab.2: Scala NCS per l'indagine dell'auto percezione del livello di competenza raggiunto dall'infermiere

0	NON E' APPLICABILE NEL MIO LAVORO
1	UTILIZZATO MOLTO RARAMENTE
2	UTILIZZATO OCCASIONALMENTE
3	UTILIZZATO MOLTO SPESSO NEL MIO ILAVORO.

assegnato un punteggio numerico (da 0 a 3 punti), per valutare la frequenza con la quale la competenza espressa da ciascuna affermazione viene impiegata dagli infermieri nella pratica clinica quotidiana (Tab. 3)

Questa scala ha avuto lo scopo di misurare quanto spesso, secondo la percezione degli infermieri, la competenza in oggetto è utilizzata nella pratica clinica all'interno dell'unità operativa o ambito clinico di appartenenza. Competenza non applicabile nel proprio lavoro (0),

competenza utilizzata raramente (1), competenza utilizzata occasionalmente (2),competenza utilizzata molto spesso nel proprio lavoro (3).

Analisi dei dati

L'analisi dei dati è stata effettuata sulla compilazione di 11 questionari su 14 somministrati, con un tasso di risposta del 78%. E' un gruppo infermieristico prevalentemente di sesso femminile (9 donne e 2 uomini) la cui età media è di 48 anni. Titolo di studio posseduto : n.6 infermieri provengono dalle scuole regionali rappresentando il 55% del campione, il 18% posseggono il titolo di laurea, il 27% ha il diploma infermieristico. Gli anni di lavoro in media sono 24,5 di cui in OAD 15,72. Siamo in presenza di un gruppo con un età compresa fra i 33 anni ed i 62, ed un'esperienza lavorativa in media ultraventennale.

Tali dati sono stati elaborati utilizzando il programma excel. Di seguito si riportano i dati delle competenze percepite dagli infermieri elaborati con entrambe le scale, la tabella riassuntiva dei dati Likert (Tab.4) ed NCS (Tab.5). Gli infermieri ritengono di possedere un ottimo livello di competenza nel fronteggiare alcune situazioni di instabilità clinica, riscontrabile da entrambe le rilevazioni che mostrano un livello ottimale di competenza. Sanno agire in autonomia. Sono attenti alla personalizzazione dell'assistenza erogata tenendo presente ed attuando sempre processi di educazione sia al paziente che al caregiver.

Tab. 4: livello di competenza secondo la scala Likert

SCALA LIKERT	NON APPLICABILE	MOLTO RARAMENTE	OCCASIONALMENTE	MOLTO SPESSO	NON PERVENUTE
Competenze di presa in carico			20.8 %	71.4%	7.8%
Competenze di educazione	0.6%	0.6%	10.8%	80.6%	7.4 %
Competenze diagnostiche			14.2%	77.7%	9.1%
Gestione della situazione			13.7%	86.3%	
Interventi terapeutici		2.8%	30.9%	60%	6.3%
Assicurare la qualità			36.4%	56%	7,60%
Ruolo ricoperto		0.5%	14.3%	79%	6.2%

Tab. 5: livello di competenza secondo la scala NCS

SCALA NCS	LIVELLO BASSO	LIVELLO DISCRETO	LIVELLO BUONO	LIVELLO OTTIMO	NON PERVENUTE
Competenze presa in carico			37.6%	55.9%	6.5%
Competenze di educazione		2.2%	16.5%	75%	6.3%
Competenze diagnostiche		3.9%	12.9%	81.9%	1.3%
Gestione della situazione		1.1%	20.5%	77,20%	1.1%
Interventi terapeutici	1.9%	3.6%	34.5%	54.5%	5.5%
Assicurare la qualità		3%	39.4%	50%	7.6%
Ruolo ricoperto		1%	21%	72.2%	5.8%

DISCUSSIONE

I dati hanno evidenziato una realtà costituita da professionisti che ritengono di essere in possesso di conoscenze e competenze tali da permettere la presa in carico di pazienti con complessità assistenziale diversa. Ci sono degli scostamenti anche se lievi, nei campi riguardanti gli interventi terapeutici e nell'assicurare la qualità in particolar modo nelle risposte date sull'aggiornamento delle linee guida e sulle criticità dei modelli di assistenza da loro utilizzati. I lievi scostamenti rilevati, sono quelli riguardanti la sezione 5) (Graf. 1) interventi terapeutici domanda n°43 sull'aggiornamento delle linee guida utilizzate e la sezione 6) (Graf. 2) nell'assicurare la Qualità: domanda n°50 riguardanti la capacità di identificare criticità nel modello assistenziale condiviso e le aree di cura del paziente che necessitano di ulteriore ricerca e sviluppo. In effetti, come è possibile notare, dagli areogrammi qui rappresentati, poco più della metà degli infermieri ritiene di possedere un buon livello di capacità di competenza nell'identificare criticità nel modello assistenziale in uso. Per approfondire meglio tale discorso è stata eseguita un'intervista strutturata in

sede al coordinatore infermieristico del servizio OAD di Torino.

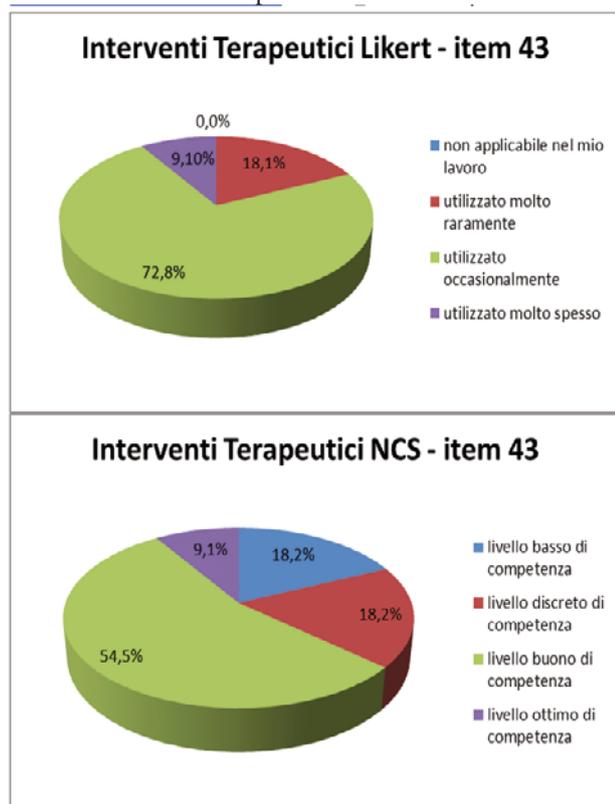
Intervista al coordinatore dell'OAD

Le domande sottoposte al coordinatore dell'OAD che riveste il ruolo da 15 anni sono:

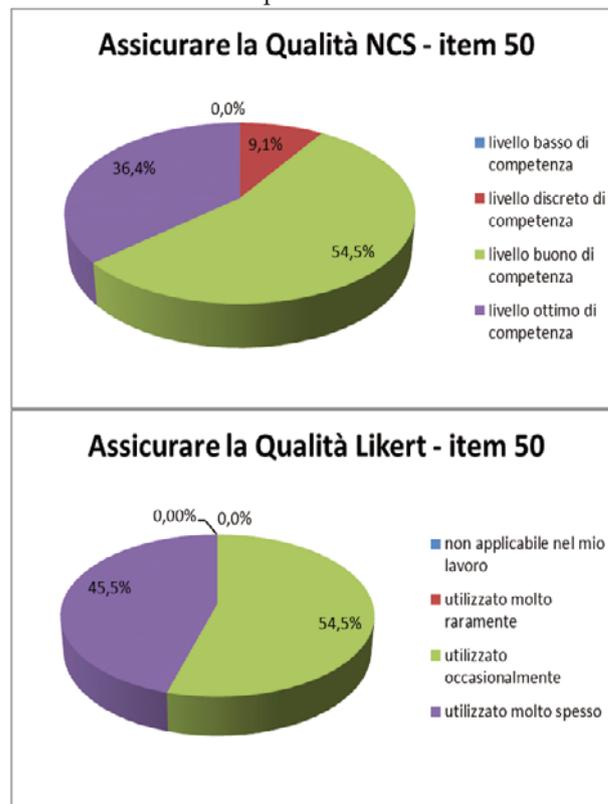
1. Ha predisposto un programma di inserimento per gli infermieri neoassunti?
2. A suo avviso, dopo tanti anni, quali sono state le criticità e le positività che ha riscontrato nell'ambito di questa esperienza professionale?
3. Quali sono, secondo lei, i criteri per la costituzione di un team di professionisti che deve operare in OAD?
4. Ha predisposto delle linee guida?

Si riporta integralmente quanto riferito dal coordinatore. Gli infermieri dell'OAD hanno un indice di turnover di 14 anni contro quello di 7 anni dei colleghi della medicina, nonostante attività sono assimilabili. Questo vuol dire che si è in presenza di una équipe professionale costituito da infermieri senior, avanti un'esperienza trentennale, con pregresse esperienze decennali di medicina, geriatria

Graf.1:interventi terapeutici



Graf. 2: assicurare la qualità



o di cure domiciliari e chi anche in possesso del master in cure domiciliari. Questi sono requisiti necessari per entrare in OAD. È previsto un periodo di affiancamento ad un infermiere senior per un tirocinio di 2-3 settimane per gli infermieri neoassunti. La famiglia rappresenta la risorsa principale da formare, consolidare, supportare e a volte consolare. Le criticità rilevate dal coordinatore sono correlate allo stress del lavoro domiciliare, associato anche al notevole sforzo che si compie alla guida delle autovetture in città. Ciò comporta un affaticamento psicofisico del personale infermieristico. Rilevante è saper lavorare in team, sapersi confrontare con i propri colleghi, con i medici ed il caregiver per instaurare un clima favorevole il cui fulcro è il paziente.

Un'altra criticità è diffondere la filosofia delle cure domiciliari di tipo ospedaliero a domicilio, oltre a problemi di tipo economico, organizzativo, la spending review ed il taglio dei costi alla Sanità.

Portare l'ospedale a casa è stato per tutto il gruppo un progetto ambizioso: il territorio si è organizzato meglio, la continuità delle cure ospedaliere è quasi raggiunta.

Fare ospedalizzazione a domicilio richiede tanta forza e coraggio; molte altre Aziende Sanitarie Locali hanno provato ad avviare un servizio analogo senza successo, perché il professionista deve levarsi il camice ed entrare da ospite nella casa del paziente abbracciando il suo mondo.

CONCLUSIONI

L'analisi ha messo in evidenza un gruppo di professionisti di grande esperienza, proveniente da pregresse attività lavorative in medicina, geriatria, area critica, costituito

prevalentemente da infermieri senior.

Esperienza messa in evidenza dall'ottimo livello di competenza che gli stessi ritengono di possedere nel far fronte alle situazioni di criticità e/o instabilità clinica. Utilizzano le loro ottime competenze nell'individuare i bisogni del paziente fornendo un'assistenza individualizzata (il 100% del campione ritiene di possederne un ottimo livello); sono capaci di agire in autonomia e in team, attenti alla manutenzione delle attrezzature e alla corretta compilazione della documentazione infermieristica. Attenti ai bisogni del caregiver, attuano un piano di sostegno emotivo se necessario. Come sottolineato dal coordinatore dell'U.O., lavorare in OAD non è facile e non può essere fatto senza un'adeguata competenza ed esperienza anche di strategie di coping.

L'analisi dei questionari ha messo in luce alcuni aspetti migliorabili: gestire al meglio le riunioni in team per identificare le aree di cura del paziente che necessitano di ulteriore ricerca e sviluppo.

Un altro obiettivo è capire se l'OAD potesse essere una realtà traslabile in altre realtà sanitarie.

Il modello dell'OAD può rispondere ed integrarsi appieno nel nostro modello regionale, andando a consolidare ed ampliare il sistema di offerta domiciliare nei percorsi di cura e di intervento socio-assistenziale e socio-sanitario.

Questo modello riempie uno spazio vuoto che si è delineato nei modelli assistenziali sia nella nostra Regione che nelle altre: acuto e cronico.

Sappiamo che non è possibile una demarcazione così netta. L'OAD permette una presa in carico del paziente in sicurezza ed in continuità delle cure, evita i ricoveri ricor-

renti e /o il decorso post intervento. Tale modello è indubbiamente una realtà già consolidata nell’Ospedale “Le Molinette” di Torino, che ha comportato al suo nascere non poche difficoltà superate attraverso la costanza e la determinazione dei suoi professionisti.

Anche una analisi dei costi-benefici verte notevolmente a favore dell’attivazione di un OAD. Come già avviene per i Medici di Medicina Generale (MMG), si potrebbe applicare un tariffario di remunerazione che prevede:

- quota capitaria per assistito ponderata (nel caso dei MMG tale quota è negoziata al livello nazionale secondo quanto stabilito dall’art.8, comma 1, del Dlgs 502/92);
- quota variabile finalizzata al raggiungimento degli obiettivi e di standard erogativi ed programmatici previsti al livello dipartimentale;
- quota per servizi calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazioni, concordata al livello dipartimentale e/o regionale

Per fornire un esempio di fattibilità, le attività svolte che a seguito della corretta codificazione della relativa scheda saranno tariffate in relazione al numero di giornate in cui viene assicurata l’assistenza domiciliare e al tipo di DRG che si forma in modo analogo per quanto avviene per le schede di dimissione ospedaliera. Le tariffe in prima applicazione del provvedimento sono le seguenti: per i Diagnosis Related Groups (DRG) appartenenti alle MDC 1, 4, 5, 16, 17 euro 165 al giorno per DRG appartenenti alle altre MDC euro 145 al giorno Nella tariffa sono comprese tutte le prestazioni erogate, il materiale sanitario e i presidi utilizzati, la diagnostica e gli eventuali trasporti da e per l’ospedale di riferimento. Non sono compresi i farmaci che dovranno essere registrati come farmaci erogati durante prestazioni specialistico ambulatoriali. Nel caso di ricoveri anche diurni presso un presidio di ricovero l’assistenza ospedaliera a domicilio si interrompe. Eventualmente potrà essere ripresa non appena terminato il ricovero presso l’ospedale.

daliera a domicilio si interrompe. Eventualmente potrà essere ripresa non appena terminato il ricovero presso l’ospedale.

BIBLIOGRAFIA

- Amerini, A., Borgellini, S., Bugnoli, S., & Massai, D. (2007). Perché l’analisi delle competenze. *L’infermiere*, 4, 2-40. Disponibile in: http://www.Ipasvi.it/archivio.News/download/1769_1302123333_157.Pdf. Ultimo accesso 18 Dicembre 2018: 19,00-19,15.
- Antonelli, D. (2017). *L’ infermiere di famiglia e cure primarie. Aspetti gestionali e competenze cliniche*. Padova, Italia: Nuova Libreria Piccin.
- Fabris, F., & Pernigotti, L. (1990). *L’ospedalizzazione a domicilio: cinque anni di esperienze*. Torino, Italia: Rosenberg & Sellier.
- Levati, W., & Sorà, M., V. (2016). *Il modello delle competenze. contributo originale per la definizione di un nuovo approccio all’individuo e all’organizzazione nella gestione e nello sviluppo delle risorse umane*. (4^a edizione). Milano, Italia: Franco Angelini.
- Ministero della Salute 18 Ottobre 2013. *Assistenza Domiciliare*. Disponibile in : www.salute.gov.it/portale/salute/pl5. Ultimo accesso 10 Gennaio 2019: 10,00-10,30.
- Nurse 24.it (2017) *Assistenza Domiciliare Integrata, arrivano le nuove linee guida*. 30 Novembre 2017. Disponibile in : <https://www.nurse24.it/.../adi-assistenza-domiciliare-integrata-nuove-linee-guida-html>. Ultimo accesso; 10 Gennaio 2019: 11,00-12,00.
- Ospedalizzazione a domicilio e Assistenza Domiciliare Integrata. (1991). *Prospettive Assistenziali Aprile-Giugno* Disponibile n: www.promozionesociale.it/PA.../94_ospedalizzazione_a_domicilio.htm. Ultimo accesso 13 Gennaio 2019; 16,00-16,45.
- Regione Piemonte: *Bollettino ufficiale n°14 del 8/04/2010. Attività di continuità assistenziale: organizzazione e remunerazione delle attività di assistenza specialistica a domicilio*. Disponibile in: www.ospedaledomicilio.it/l/upload/gdr.85.13580_con_allegato_a.pdf. Ultimo accesso: 14 Gennaio 2019: 17,00-18,00.

