



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**

Dipartimento di Medicina

**CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA**

Tesi di Laurea

**CONFRONTO TRA REALTA' INFERMIERISTICA  
OLANDESE E ITALIANA IN AMBITO DI "HOME  
CARE": MODELLI ORGANIZZATIVI,  
COMPETENZE AVANZATE E CORRELAZIONE  
PROFESSIONALE**

Relatore: Dot. Dario Zambello

Laureanda: Caterina Camerin

ANNO ACCADEMICO 2014-2015



# Indice

<b>Riassunto</b>	<b>5</b>
<b>Introduzione</b>	<b>1</b>
<b>1 Problema</b>	<b>4</b>
1.1 Breve enunciazione del problema . . . . .	4
1.2 Rilevanza per la professione . . . . .	4
1.3 Che cos'è l'“Home care”? . . . . .	4
1.3.1 In Italia . . . . .	4
1.3.2 In Olanda . . . . .	5
1.4 Evoluzione storica della figura professionale dell'infermiere . . . . .	5
1.4.1 In Italia . . . . .	5
1.4.2 In Olanda . . . . .	7
1.5 Quadro demografico . . . . .	8
1.5.1 In Italia . . . . .	8
1.5.2 In Olanda . . . . .	8
1.6 Definizione del quesito in forma narrativa . . . . .	9
1.7 Metodo PIO-PICO . . . . .	9
<b>2 Materiali e metodi</b>	<b>10</b>
2.1 Obiettivo della ricerca . . . . .	10
2.2 Fonti dei dati . . . . .	10
2.3 Parole chiave . . . . .	11
2.4 Stringhe di ricerca . . . . .	11
2.5 Criteri di selezione del materiale . . . . .	12
2.6 Limiti della ricerca . . . . .	13
<b>3 Risultati della ricerca</b>	<b>14</b>
<b>4 Discussione dei risultati</b>	<b>20</b>
4.1 Considerazioni generali sui risultati . . . . .	20
4.2 Profilo professionale dell'infermiere domiciliare . . . . .	20
4.2.1 In Italia . . . . .	20
4.2.2 In Olanda . . . . .	21
4.3 Medelli organizzativi . . . . .	22
4.3.1 In Italia . . . . .	22
4.3.2 In Olanda . . . . .	25
4.4 Competenze avanzate . . . . .	26
4.4.1 In Italia . . . . .	26
4.4.2 In Olanda . . . . .	27

4.5	Finanziamenti . . . . .	29
4.5.1	In Italia . . . . .	29
4.5.2	In Olanda . . . . .	30
4.6	Limiti della ricerca . . . . .	31
<b>5</b>	<b>Conclusioni</b>	<b>33</b>
	<b>Riferimenti bibliografici</b>	<b>35</b>

## RIASSUNTO

**Problema:** L'elaborato si pone come obiettivo di esaminare le informazioni relative ai punti di forza e di debolezza presenti nell'infermieristica domiciliare Italiana, confrontandole con quelle presenti in Olanda mettendone in luce le differenze e le uguaglianze. Si vaglierà questa diversità da un punto di vista dell'evoluzione storica, del quadro demografico, del profilo professionale, dei modelli organizzativi, delle competenze avanzate e dei finanziamenti che permettano all'assistenza domiciliare di svolgere le sue funzioni. Questo in un'ottica di confronto positivo tra le due nazioni per accrescere la conoscenza della realtà infermieristica, permettendo di ampliare i propri orizzonti e poter offrire al paziente la migliore assistenza possibile.

**Materiali e metodi:** La revisione è stata condotta attraverso una ricerca su molteplici banche dati, mediante l'analisi di articoli, revisioni e studi. Le parole chiave sono state estrapolate usando la metodologia PIO-PICO e combinate per formare le stringhe di ricerca. Per quanto riguarda la banca dati PubMed dell'U.S. National Library of Medicine, esse hanno apportato complessivamente 2138 articoli, dei quali 88 sono stati visualizzati e 26 sono stati effettivamente utilizzati. Procedendo con Google Scholar sono stati trovati 1468 articoli, dei quali 39 visualizzati e 9 selezionati; infine tramite Google Search sono stati impiegati 2 articoli. Non essendo una bibliografia abbastanza completa e soddisfacente, sono state aggiunte informazioni provenienti da Decreti Ministeriali, Codice deontologico, leggi, libri e riviste.

**Risultati della ricerca:** Prendendo ad uno ad uno i vari temi trattati, è emerso che le principali differenze tra queste due nazioni si possono riscontrare nel metodo di finanziamento, dove in Italia è statale, mentre in Olanda si sta sempre più privatizzando; nella parte delle competenze avanzate, in quanto in Olanda hanno predisposto corsi di apprendimento delle stesse ed in Italia, invece, ancora non si è ben delineato un percorso specifico; ed infine in Olanda si è fatta sempre più strada la necessità di un nuovo modello organizzativo, il quale prende il nome di Buurtzorg.

**Conclusioni:** Realizzando ed elaborando questa tesi si è potuto rendere noto come queste due nazioni hanno molto da imparare l'una dall'altra e sarebbe auspicabile uno scambio utile, vantaggioso e proficuo tra di loro, permettendo un accrescimento vicendevole.

## Introduzione

*“La salute è uno stato di benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità, è un diritto umano fondamentale”; “l’assistenza sanitaria primaria è la chiave di volta per il raggiungimento dell’obiettivo di dare a tutti i popoli del mondo un adeguato livello di salute”; essa “rappresenta il primo livello di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario in un quadro di effettiva partecipazione”* [1]. Queste parole provengono dalle Dichiarazioni di Alma-Ata del 6-12 settembre 1978, la quale prevede inoltre che i Governi siano responsabili della salute dei propri cittadini. In questo modo viene espresso un concetto nuovo di tutela della salute, non solo in senso negativo, come cura della malattia, ma anche come prevenzione e promozione della salute; compiti rispetto ai quali un ruolo fondamentale è svolto anche dall’infermiere. Il suo profilo professionale, descritto nel D.M. 739/94 art. 1, infatti, afferma: *“L’assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa”*; ciò delinea una vastissima area di intervento infermieristico, purtroppo è lecito affermare che tale area per moltissimi infermieri è rimasta solo “ipotetica” perché non sempre è reso loro possibile poter attuare queste bellissime parole. La figura dove è maggiormente riscontrabile la più alta possibilità di rendere possibile esercitare tutte le aree di dominio infermieristico è proprio l’assistenza domiciliare. Essi, andando di casa in casa, entrano nella vita quotidiana dei pazienti e mostrano loro, e alla famiglia, come riuscire ad integrare gli insegnamenti proposti che permettono di migliorare la qualità della loro vita. Non solo possono agire in questo modo, ma l’entrare in contatto con il paziente e la famiglia al di fuori dall’ambito ospedaliero, permette di uscire dallo schema di infermiere come “erogatore di prestazioni”, ed aprire il mondo dell’“educazione terapeutica”, della relazione basata sulla fiducia consapevole del paziente nei suoi confronti e non dettata dall’ignoranza o dal paternalismo.

Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l’assistenza domiciliare è definita come “la possibilità di fornire al domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al massimo livello di benessere, salute e funzione”.

Purtroppo il momento di passaggio dall’Ospedale al domicilio è molto delicato e non

sempre è seguito adeguatamente dai servizi sanitari, che invece dovrebbero sostenere in maniera attiva il paziente e la sua famiglia, per identificare insieme il percorso più idoneo a soddisfare i residui bisogni di salute e di autonomia funzionale [2].

Questo processo di territorializzazione è reso sempre più urgente dai cambiamenti che hanno pian piano sconvolto gli aspetti culturali, sociali, epidemiologici e demografici della nostra società durante gli ultimi decenni.

L'aumento del numero di anziani non autosufficienti e delle patologie croniche, l'urbanizzazione, la rottura del modello tradizionale di famiglia numerosa e il costo elevato dei servizi ospedalieri hanno reso necessario lo sviluppo di una nuova tipologia di assistenza. La risposta a queste problematiche è stata trovata nel permettere agli individui di rimanere il più a lungo possibile nelle loro abitazioni grazie al potenziamento dell'assistenza domiciliare [3–6].

Le visite domiciliari sistematiche di infermieri, ad anziani non autosufficienti, è in grado di ridurre la mortalità e l'ammissione in casa di cura a condizione che un numero sostanziale di visite a domicilio siano pagate e i piani di assistenza siano basati su valutazioni multidimensionali [7–9]. Inoltre, alcuni studi dimostrano che le visite domiciliari per la prevenzione sono per lo più accompagnate da una riduzione dei costi di assistenza sanitaria [10]. Quindi un incremento dell'assistenza domiciliare porta benefici sia per il paziente (guadagni in termini di salute) sia economici (riduzione dei costi), prospettiva, questa, molto desiderabile [11].

Inoltre un miglioramento delle tecniche diagnostiche, chirurgiche e terapeutiche, la riduzione delle giornate di degenza ospedaliera e l'identificazione di uno specifico percorso medico assistenziale per ogni persona permette al modello di assistenza domiciliare di rivestire un ruolo di primaria importanza sia all'inizio, ma anche alla fine del percorso assistenziale del paziente, favorendone il completamento nella maniera più corretta possibile [12].

Questo pensiero non è stato proprio della cultura italiana, ma anche di tutta l' Europa.

A tal proposito ho pensato fosse opportuno ampliare gli orizzonti e cimentarmi in una ricerca che permetta il confronto con una nazione diversa dalla nostra ed andare fuori dai confini italiani, verso Nord, più precisamente in Olanda. Questo paese, nonostante non

sia molto grande, è all'avanguardia per quanto riguarda tantissimi aspetti tra cui la scienza, l'ecologia, l'economia, le infrastrutture... La mia domanda è se questa caratteristica è presente anche anche nell'ambito dell'infermieristica domiciliare.



# **1 Problema**

## **1.1 Breve enunciazione del problema**

L' "home care" vanta di essere "il futuro" per quanto riguarda l' assistenza sanitaria. La ricerca serve a definire se si sta sviluppando uniformemente ovunque e, più specificamente quali sono le differenze, le uguaglianze, i punti di forza e di debolezza dell'assistenza infermieristica domiciliare in Italia ed in Olanda.

## **1.2 Rilevanza per la professione**

Ho voluto intraprendere questo percorso di tesi perché il tema mi sembrava particolarmente stimolante per la nostra professione, in quanto un confronto con una nazione diversa dalla nostra garantisce uno scambio di idee, virtù, metodologie ed innovazioni le quali possono soltanto comportare sia un avvaloramento della propria situazione rispetto al contesto in cui ci troviamo (non ho infatti il desiderio di far prevaricare un modello di home-care sull'altro), sia una visione più ampia del mondo che ci circonda, permettendoci di non guardare solo alla nostra realtà locale e scoprire novità, magari da noi impensabili.

## **1.3 Che cos'è l' "Home care"?**

### **1.3.1 In Italia**

L'assistenza domiciliare, o "home care", è un sistema di interventi e servizi sanitari offerti a domicilio; è rivolta a persone in condizione di "fragilità" [13–16]; si caratterizza per l'integrazione delle prestazioni offerte e la natura dei bisogni a cui si rivolge; si basa anche sul coordinamento degli interventi progettati e gestiti da figure professionali multidisciplinari. La continuità assistenziale offerta dal concorso progettuale degli organi professionali coinvolti (sanitari, operatori del sociale, fisioterapisti, farmacisti, psicologi, ecc.) garantisce la condivisione degli obiettivi e delle responsabilità, e stabilisce i mezzi e le risorse necessarie per il raggiungimento dei risultati di salute. L'assistenza domiciliare, componente del welfare regionale e locale, è comprensiva di diverse tipologie di

assistenza che si articolano in vari livelli, diversificati in base alla loro maggiore o minore intensità assistenziale, al numero e alla competenza professionale specifica degli operatori coinvolti, al profilo della persona a cui si rivolgono, alla modalità di lavoro degli operatori, e infine al livello operativo territoriale coinvolto. L'erogazione di prestazioni in regime domiciliare si concretizza in base a valutazioni di carattere economico e altre specifiche dell'utente.

Viene quindi attivato il servizio domiciliare al fine di garantire: il più possibile la permanenza del soggetto al proprio domicilio, quale alternativa all'istituzionalizzazione e ospedalizzazione impropria [17]; la continuità assistenziale per i dimessi dalle cure ospedaliere che necessitano ancora di assistenza continuativa nel tempo; il supporto alla famiglia; il recupero delle capacità ed autonomia residue; il miglioramento della qualità di vita anche in fase terminale. Lo sviluppo di un'adeguata rete domiciliare è associata ad una riduzione delle giornate di degenza, delle spese, senza un aumento della mortalità [18–20].

### **1.3.2 In Olanda**

Il concetto generale di home care in Olanda è uguale a quello in Italia.

## **1.4 Evoluzione storica della figura professionale dell'infermiere**

Ritengo di fondamentale importanza iniziare questa tesi con un'evoluzione storica che permetta di avere un quadro generale del perché queste due nazioni si trovano ad essere in questo ambito così diverse, pur non essendo così distanti l'uno dall'altra. Per capire ciò è necessario sviluppare la sequenza di eventi che hanno comportato questa differenziazione.

### **1.4.1 In Italia**

L'evoluzione della professione infermieristica in Italia può essere riassunta in 5 tappe fondamentali [21]:

- Fino al 1860 gli infermieri godevano di una pessima fama: ubriacconi, disonesti, incompetenti e violenti verso i pazienti. Contemporaneamente ad essi coesistevano istituzioni religiose che, mosse da una filantropia di origine cristiana (cattolica e

protestante), svolgevano queste mansioni con maggiore dedizione e impegno, anche se non con maggiore competenza professionale;

- Dal 1860 al 1930 furono create delle scuole (per donne aristocratiche o dell'alta borghesia), le quali trapiantavano, in modo abbastanza acritico, il modello nightingaliano di educazione e formazione infermieristica. Con l'avvento della Grande Guerra, inoltre, si era resa necessaria la formazione di un sempre maggior numero di infermieri. A partire da questo momento la professione fu quindi messa in risalto e presa in considerazione anche da un punto di vista socio-politico. Con il Regio Decreto Legge 15 agosto 1925 n. 1832 si ebbe la prima legge fondamentale della professione infermieristica. Essa fissava i criteri standard per l'istituzione di nuove scuole professionalizzanti (seguendo il modello nightingaliano);
- Dal 1930 al 1970 vi è la fase di “ospedalizzazione” [21] della professione infermieristica, vi è inoltre il primo “mansionario” redatto nel 1940, ove vengono elencate in maniera molto dettagliata le procedure che l'infermiere aveva il compito di svolgere. Con la Legge 1949/54 viene fondata la Federazione del collegio IPASVI [22], la quale nel 1960 emanò il primo Codice deontologico che, oltre a definire l'atteggiamento deontologicamente scorretto, determinò una “laicizzazione”, un separazione, cioè, dal concetto “caritatevole” dell'assistenza [24];
- Dal 1970 al 2000 c'è un'evoluzione delle competenze specifiche dell'infermiere orientate verso l'assistenza ed il riconoscimento professionale attraverso norme legislative come il D.M. 739/94 e il D.M. 42/99 [25, 26]. Con l'emanazione della legge 42/1999 relativa alle professioni sanitarie, si misero in luce le responsabilità proprie dell'infermiere ed i percorsi formativi universitari, abolendo il mansionario. Inoltre nel 1978 c'è l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale, tappa fondamentale della storia infermieristica, dove la salute di ciascun individuo non ha più un carattere “personale”, ma diventa di competenza dello Stato.
- Dal 2000 ad oggi è presente una sempre maggiore precisazione sul ruolo e le competenze della figura professionale dell'infermiere, reso possibile in primo luogo dal

D.M. 2 Aprile 2001 che istituisce il corso di laurea triennale, magistrale, dottorato, master di primo e secondo livello, sostituendo quello che era il diploma precedente [27]. Nello stesso anno, con il documento DCPM del 29 Novembre, l'assistenza domiciliare viene posta all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) Distrettuali, garantiti dal Ministero della Salute [28].

#### **1.4.2 In Olanda**

Dal 1950 in poi, periodo di ricostruzione post bellica dell'Olanda, le politiche abitative sono state finalizzate a costruire strutture specializzate per le persone oltre i 65 anni di età (bejaarden), con o senza disabilità fisiche. Per molto tempo, le politiche e gli accordi olandesi agevolavano l'ammissione di anziani a queste particolari istituzioni. Per esempio, secondo la legge 1965 della previdenza sociale, l'ammissione in queste ultime è stata facilitata dallo Stato che ha assunto costi di ammissione in caso di necessità [29]. Uno degli obiettivi di questa politica era quello di stimolare le persone anziane a spostarsi dalla casa familiare a queste strutture costruite appositamente, così da rendere disponibili le loro abitazioni ai più giovani e alle famiglie del dopoguerra.

Tuttavia, in questi ultimi decenni, si sono formate lunghe liste d'attesa per le strutture residenziali, per cui solo i pazienti molto vecchi e dipendenti possono essere ammessi e le politiche attuali non rendono desiderabile recarsi in queste case per anziani, senza necessità. Le scelte del governo olandese sono ora volte, come per la maggior parte dei paesi europei, a sostenere le persone anziane nella loro abitazione, sostenute dai servizi di assistenza domiciliare e assistenza informale forniti da parte di familiari, vicini di casa o amici.

Per quanto riguarda il profilo professionale dell'infermiere c'è una prima traccia di formazione infermieristica alla fine del XIX secolo, ma solo nel 1921 vi fu una prima legge che giuridicamente ne tutelò il diploma. Nel 1996 vennero individuati 2 livelli di qualificazione per la professione infermieristica il MBO e il HBO. Entrambi non sono indicati come percorsi universitari, ma para- universitari, il primo identificabile con l'Operatore Socio-Sanitario (OSS), il secondo con l'infermiere.

## 1.5 Quadro demografico

### 1.5.1 In Italia

In una popolazione con più di 60.795.000 di abitanti:

- il 2,7% degli anziani >65 anni usufruisce di assistenza residenziale;
- 45,6% della popolazione ha più di sei anni di età, e il 78,3% ha oltre 65 anni;
- Il 4,9% della popolazione è affetto da diabete [30];
- Le persone ricoverate sono il 3,2% della popolazione;
- 21,7% over 65 [31] ed il 6,5% sopra gli 80 anni;
- La quota di persone che vive in famiglia colpite da Alzheimer-demenze senili è pari allo 0,5% della popolazione, più alta tra le donne (0,6%) di quanto non avvenga tra gli uomini (0,3%);
- 474.567 pazienti nel 2007 hanno usufruito del dell' ADI [32];

### 1.5.2 In Olanda

In una popolazione con più di 6.985.000 di abitanti:

- Circa 344 530 persone usufruiscono dell'assistenza residenziale e hanno una indicazione AWBZ, questo organo statale, cioè, ha ritenuto che il paziente ha diritto ad un posto in un ambiente protetto;
- Il 23,3% circa è portatore di una malattia cronica;
- Il 6,8% della popolazione è stata ricoverata in ospedale [33]
- Approssimativamente 2,9 milioni di persone hanno attualmente più di 65 anni. Cioè l'17,3% della popolazione totale olandese . Il numero di persone di età superiore a 80 è aumentata tra dal 2000 al 2010 da 500.000 a 648.000 [34]. Il 90% di questi vivono ancora in casa e così pure l'85% degli ultraottantenni.
- 80.000 persone diagnosticati con Alzheimer vivono ancora a casa da soli.

## **1.6 Definizione del quesito in forma narrativa**

Quali sono le differenze, le uguaglianze, i punti di forza e di debolezza dell'assistenza infermieristica domiciliare in Italia ed in Olanda?

## **1.7 Metodo PIO-PICO**

P: Pazienti che si avvalgono del servizio di infermieristica domiciliare

I : Profilo professionale dell'infermiere, modelli organizzativi, competenze avanzate e finanziamenti

C: Confronto tra Italia ed Olanda

O: Uguaglianze e differenze

## **2 Materiali e metodi**

### **2.1 Obiettivo della ricerca**

L'obiettivo della ricerca è stato quello di eseguire la comparazione tra i modelli organizzativi, modalità di finanziamento, competenze avanzate e profilo professionale dell'infermiere in ambito di home care in Italia ed Olanda.

### **2.2 Fonti dei dati**

La ricerca è stata effettuata tra Aprile e Settembre 2015 tramite la consultazione del database PubMed dell'U.S. National Library of Medicine; la ricerca è stata inoltre estesa ad altri elementi utili al ritrovamento del materiale necessario tra cui:

- Google Scholar
- Decreti ministeriali
- Articoli del *Codice deontologico*
- Leggi
- Libri
- Riviste

La ricerca era indirizzata ai seguenti ambiti (tenendo conto della diversità delle due nazioni):

- Definizione di "Home care"
- Evoluzione storica della professione
- Quadro demografico
- Profilo professionale dell'infermiere
- Ambiti di competenza e competenze avanzate

- Modelli organizzativi
- Come e da chi viene finanziata l'assistenza domiciliare

La selezione degli articoli è avvenuta inizialmente in base al titolo ed all'abstract e, successivamente, se l'articolo si dimostrava effettivamente pertinente al tema trattato, si procedeva con la lettura dello stesso.

### 2.3 Parole chiave

La ricerca nel database di PubMed è stata condotta attraverso l'uso delle seguenti parole chiave: “*nursing*”, “*home care*”, “*Netherlands*”, “*comparison*”, “*Italy*”, “*older people*”, “*chronical disease*” [35], “*nurses*”, “*elderly*”.

Diversamente da ciò, per quanto concerne la ricerca in Google Scholar, sono state digitate le parole “*profilo professionale dell'infermiere in Italia*”, “*evoluzione delle competenze infermieristiche in Italia*”, “*aree di competenza e responsabilità infermieristica domiciliare(anno 2015)*”, “*expertisegebied wijkverpleegkundige*” (aree di competenza infermieristica), “*profiel professional verpleegkundige*” (profilo professionale dell'infermiere), “*evolutie van verpleegtechnische vaardigheden in Nederland*” (evolouzione delle competenze infermieristiche in Olanda), “*Centraal Bureau van Statistiek*” (ufficio centrale di statistica).

### 2.4 Stringhe di ricerca

Sono state utilizzate le seguenti stringhe di ricerca:

- “home care”[MeSH Major Topic] AND nursing[MeSH Terms] AND Italy;
- nursing[MeSH Major Topic] AND “home care”[MeSH Terms];
- nursing AND “home care”;
- nursing AND “home care” AND Netherlands;
- nursing[MeSH Major Topic] AND “home care”;



- nursing[MeSH Major Topic]) AND “home care” AND Netherlands;
- “home care” AND Netherlands;
- “home-care nursing staff” AND Netherlands;
- “home care”[MeSH Major Topic]) AND Netherlands[MeSH Major Topic] AND “Nursing”[Journal];
- Nursing AND Home care[Title/Abstract] AND Netherlands;
- “home-care” AND “nursing staff” AND “Netherlands”;
- comparison AND nursing AND Netherlands AND Italy;
- comparison AND nursing AND Netherlands AND Italy AND elderly;
- “chronical disease” AND nurses;
- “old people” AND “home care” AND Italy AND Netherlands AND comparison;
- “old people” AND “home care” AND Italy OR Netherlands AND comparison AND nursing;
- effectiveness AND “home care” AND “hospital discharge”.

## **2.5 Criteri di selezione del materiale**

La consultazione di PubMed è stata perpetrata con alcune stringhe di ricerca. Queste ultime, spesso, producevano un numero troppo elevato di articoli, quindi ho ritenuto necessario circoscrivere lo studio.

I criteri di selezione del materiale sono stati:

- Pazienti >65 anni
- Articoli in lingua inglese
- Genere umano
- Ultimi 5 anni e talvolta quelli pubblicati nell’anno attuale

- Spesso ho preferito mettere la disponibilità di “free full text”
- Nessuna distinzione di sesso ed etnia

Dove possibile sono stati utilizzati termini Mesh (e MeSH) per evitare di effettuare più ricerche con tutti i sinonimi o variazioni dello stesso termine.

## **2.6 Limiti della ricerca**

La ricerca è stata effettuata tra Aprile e Settembre 2015 tramite la consultazione del database PubMed dell’U.S. National Library of Medicine; purtroppo però si sono riscontrati alcuni limiti. Non essendo un tema generalmente trattato dalla letteratura scientifica, questa banca dati non ha saputo elargire molte informazioni inerenti la stesura della tesi quindi la ricerca è stata estesa ad altre modalità di reperimento dati.

### 3 Risultati della ricerca

Le parole chiave sono state combinate tra loro, in modo variabile, realizzando le seguenti stringhe di ricerca riportate nella tabella:

**Tabella 1:** Parole chiave e termini MESH degli articoli consultati nella ricerca.

Banche dati	Parole chiave e termini MESH	Articoli reperiti	Articoli visionati	Articoli selezionati
PubMed	(nursing[MeSH Major Topic]) AND “home care”[MeSH Terms] AND (Humans[Mesh])	89	7	3
PubMed	((“home care”[MeSH Major Topic]) AND nursing[MeSH Terms]) AND italy AND (Humans[Mesh])	89	7	3
PubMed	(nursing) AND “home care” AND Netherlands AND (Meta-Analysis[ptyp] AND Humans[Mesh])	43	0	0
PubMed	(nursing) AND “home care” AND Netherlands	31	2	0
PubMed	(nursing[MeSH Major Topic]) AND “home care” AND Netherlands AND (Humans[Mesh])	371	11	0
PubMed	“home-care nursing staff” AND “Netherlands”	31	3	0
PubMed	“home care” AND “Netherlands” AND ((Journal Article[ptyp] OR systematic[sb] OR Review[ptyp]) AND free full text[sb] AND “last 5 years”[PDat] AND Humans[Mesh] AND aged[MeSH])	780	3	0
PubMed	“home care” AND “Netherlands” AND ((systematic[sb] OR Review[ptyp]) AND free full text[sb] AND “last 5 years”[PDat] AND Humans[Mesh] AND aged[MeSH])	26	9	3
PubMed	“home care” AND “Netherlands” AND ((Journal Article[ptyp] OR systematic[sb]) AND “last 5 years”[PDat] AND Humans[Mesh] AND aged[MeSH])	3	3	0
PubMed	((Home care[MeSH Major Topic]) AND Netherlands[MeSH Major Topic]) AND “Nursing”[Journal] AND ((Journal Article[ptyp] OR systematic[sb]) AND “last 5 years”[PDat] AND Humans[Mesh] AND aged[MeSH])	0	0	0

PubMed	((Home care[MeSH Major Topic]) AND Netherland AND Nursing AND ((Journal Article[ptyp] OR systematic[sb]) AND “last 5 years”[PDat] AND Humans[Mesh] AND aged[MeSH])	23	0	0
PubMed	((Home care[MeSH Major Topic]) AND Nursing AND “netherland” AND ((Journal Article[ptyp] OR systematic[sb]) AND “last 5 years”[PDat] AND Humans[Mesh] AND aged[MeSH])	0	0	0
PubMed	((Nursing) AND Home care[Title/Abstract]) AND Netherland AND ((Journal Article[ptyp] OR systematic[sb]) AND “last 5 years”[PDat] AND Humans[Mesh] AND aged[MeSH])	24	1	0
PubMed	“home-care” AND “nursing staff” AND “Netherlands”	31	4	1
PubMed	comparison AND nursing AND Netherlands AND Italy	16	2	0
PubMed	comparison AND nursing AND Netherlands AND Italy AND elderly	9	1	0
PubMed	chronical disease AND nurses	3	1	0
PubMed	“old people” AND “home care” AND Italy AND Netherlands AND comparison	0	0	0
PubMed	“old people” AND “home care” AND Italy OR Netherlands AND comparison AND nursing AND (“2014/01/01”[PDat] : “2015/12/31”[PDat]))	42	0	0
PubMed	(nursing) AND “home care” AND Netherlands AND (Humans[Mesh])	320	8	3
PubMed	“home care” AND “Netherlands” AND ((Journal Article[ptyp] OR systematic[sb] OR Review[ptyp]) AND free full text[sb] AND “last 5 years”[PDat] AND Humans[Mesh] AND English[lang] AND aged[MeSH])	26	9	0
PubMed	(nursing) AND “home care” AND (Meta-Analysis[ptyp] AND Humans[Mesh])	35	1	1
PubMed	(nursing[MeSH Major Topic]) AND home care AND (Humans[Mesh])	101	0	0

PubMed	effectiveness AND “home care” AND hospital discharge AND (Review[ptyp] AND free full text[sb] AND “last 5 years”[PDat])	12	6	1
	effectiveness AND home care AND hospital discharge AND (Review[ptyp] AND (“1900/01/01”[PDat] : “2000/12/31”[PDat]))	18	0	3
PubMed	Buurtzorg	7	7	0
Google Scholar	profilo professionale dell’infermiere in Italia (ultimi 5 anni)	266	6	0
Google Scholar	evoluzione delle competenze infermieristiche in Italia (2015)	81	1	1
Google Scholar	aree di competenza e responsabilit infermieristica domiciliare(anno 2015)	77	2	0
Google Scholar	expertisegebied wijkverpleegkundige	47	6	1
Google Scholar	profiel professionel verpleegkundige (2015)	44	2	1
Google Scholar	evolutie van verpleegtechnische vaardigheden in Nederland	82	3	1
Google Scholar	awbz naar zvw (2015)	49	4	1
Google Scholar	WMO voorzieningen (2015)	115	2	1
Google Scholar	Huidige Nederlandse zorgstelsel	70	1	1
Google Scholar	Decentralisatie van zorg	206	2	1
Google Scholar	Transitie gezondheidszorg 2015	354	3	1
Google	Competentie profiel voor wijkverpleegkundigen	>10000	3	1
Google	Profiel wijkverpleegkundigen hbo	>10000	1	1

I titoli degli articoli utilizzati, reperiti grazie a queste banche dati, sono:

- Screening for frailty in primary care: a systematic review of the psychometric properties of the frailty index in community-dwelling older people.

Drubbel I, Numans ME, Kranenburg G, Bleijenberg N, de Wit NJ, Schuurmans MJ. BMC Geriatr 2014 Mar 6;14:27-2318-14-27

- Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis.

Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al. *BMJ* 2001 Sep 29;323(7315):719-25.

- Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis.

Fox MT, Persaud M, Maimets I, Brooks D, O'Brien K, Tregunno D. *BMC Geriatr* 2013 Jul 6;13:70-2318-13-70.

- Nursing interventions for patients with chronic conditions.

Frich LM *J Adv Nurs* 2003 Oct;44(2):137-53

- Frailty in older adults: evidence for a phenotype.

Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001 Mar;56(3):M146-56.

- Models, definitions, and criteria of frailty.

Hogan DB, MacKnight C, Bergman H, Steering Committee, Canadian Initiative on Frailty and Aging. *Aging Clin Exp Res* 2003 Jun;15(3 Suppl):1-29.

- The effects of supporting discharge from hospital to home in older people.

Hyde CJ, Robert IE, Sinclair AJ. *Age Ageing* 2000 May;29(3):271-79

- International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence.

Johri M, Beland F, Bergman H. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003 Mar;18(3):222-35

- How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study.

Kieft RA, de Brouwer BB, Francke AL, Delnoij DM. *BMC Health Serv Res* 2014 Jun 13;14:249-6963-14-249

- Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice.

Lacas A, Rockwood K. *BMC Med* 2012 Jan 11;10:4-7015-10-4.

- Review of nurse home visiting interventions for community-dwelling older persons with

existing disability.

Liebel DV, Friedman B, Watson NM, Powers BA. *Med Care Res Rev* 2009 Apr;66(2):119-46.

- The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: a review of the literature.

Markle-Reid M, Browne G, Weir R, Gafni A, Roberts J, Henderson SR. *Med Care Res Rev* 2006 Oct;63(5):531-69

- Buurtzorg: nurse-led community care.

Monsen KA, de Blok J. *Creat Nurs* 2013;19(3):122-27.

- Randomised controlled trial comparing effectiveness and acceptability of an early discharge, hospital at home scheme with acute hospital care.

Richards SH, Coast J, Gunnell DJ, Peters TJ, Pounsford J, Darlow MA. *BMJ* 1998 Jun 13;316(7147):1796-1801

- Design and pilot results of a single blind randomized controlled trial of systematic demand-led home visits by nurses to frail elderly persons in primary care

van Hout HP, Nijpels G, van Marwijk HW, Jansen AP, Van't Veer PJ, Tybout W, et al. [ISRCTN05358495. *BMC Geriatr* 2005 Sep 8;5:11.

- Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis.

Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. *JAMA* 2002 Feb 27;287(8):1022-1028.

- Comprehensive geriatric assessment, multifactorial interventions and nurse-led care coordination to prevent functional decline in community-dwelling older persons: protocol of a cluster randomized trial

Suijker JJ, Buurman BM, ter Riet G, van Rijn M, de Haan RJ, de Rooij SE, et al. *BMC Health Serv Res* 2012 Apr 1;12:85-6963-12-85.

- The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review.

Tappenden P, Campbell F, Rawdin A, Wong R, Kalita N. Health Technol Assess 2012;16(20):1-72.

- The Royal College of Physicians and Surgeons of Canad. CanMEDS 2005 Framework. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care.

- The Dutch system of long-term care.

Mot E. CPB Document 2010(204):9-73.

- La riforma sanitaria in base alla legge 833/78. Legislazione e organizzazione del servizio sanitario.

Giorgetti R. I ed. Santarcangelo di Romagna (RN) via del Carpino, 8: Maggioli Editore; 2010. p. 17-21.

- Competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundigen.

Mast J, Pool A. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn 2005:1-12

- Autonomous home-care nursing staff are more engaged in their work and less likely to consider leaving the healthcare sector. A questionnaire survey.

Maurits EEM, de Veer AJE, van der Hoek LS, Francke AL. Int J Nurs Stud

- Buurtzorg Nederland: a new perspective on elder care in the Netherlands.

de Blok J. AARP International 2013;113(8):55-59

- Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis.

Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. JAMA 2002 Feb 27;287(8):1022-1028

- Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice.

Lacas A, Rockwood K. BMC Med 2012 Jan 11;10:4-7015-10-4

- Nursing interventions for patients with chronic conditions.

Frich LM. J Adv Nurs 2003 Oct;44(2):137-153



## 4 Discussione dei risultati

### 4.1 Considerazioni generali sui risultati

Questo studio ha preso in considerazione il confronto tra l' "home care" Italiano e Olandese da un punto di vista del profilo professionale dell'infermiere in generale, dei modelli organizzativi, delle competenze avanzate e dei finanziamenti. I pazienti affetti da patologie croniche beneficiano di visite follow-up da parte degli infermieri. Esse devono essere molteplici, estese in una prospettiva a lungo termine e gli interventi devono essere individualizzati [36]. Questo confronto non è un argomento che ha trovato terreno fertile negli studi scientifici di grosso calibro, quindi vi è stata l'esigenza di cercare il materiale separatamente per le due nazioni e poi confrontare i risultati della ricerca. Lo studio ha permesso di analizzare i dati e dimostrare come questi due paesi hanno caratteristiche simili in certi aspetti, mentre in altri sono molto diverse, tutto questo, però, è da contestualizzare nel periodo storico, socio-politico e culturale proprio di ognuna di esse.

### 4.2 Profilo professionale dell'infermiere domiciliare

#### 4.2.1 In Italia

Con il DM 14 settembre 1994 n. 739 viene delineato il profilo professionale dell'infermiere come *"operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica"*. Questa affermazione può sembrare troppo generale, quindi i legislatori hanno ritenuto necessario circoscrivere maggiormente le sue competenze affermando che *"l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria"*. Questo è reso ancora più concreto nel comma 3 dove esplica che l'infermiere interviene nell'identificazione dei bisogni di salute ed assistenza infermieristica (del soggetto e della collettività), nella pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico e *"garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche"* [25].

Inoltre ha la possibilità di un'educazione post-base nelle aree pediatrica, geriatrica, critica, di sanità pubblica e di salute mentale-psichiatria.

In Italia è l'infermiere che contribuisce attivamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale tramite i "corsi di formazione continua".

#### **4.2.2 In Olanda**

Il profilo professionale dell'infermiere olandese descrive che esso ha il compito di:

- **Prevenzione:** mantenere la distanza professionale, ma contemporaneamente mostrare un coinvolgimento a lungo termine. Questo significa essere sempre attenti ai possibili cambiamenti nella situazione sanitaria del paziente. Il professionista sanitario non si concentra solamente sul "to cure", ma anche sul "to care". La prevenzione è una parte importante del suo mandato, ciò sta a significare la promozione della salute e l'identificazione precoce dei potenziali problemi.
- **Promozione dell'autosufficienza/indipendenza:** l'infermiere non si concentra su ciò che il paziente non è capace di fare autonomamente, ma si focalizza sulle sue capacità residue (o con l'aiuto del caregiver), promuovendo le relazioni sociali.
- **Educare:** questa è la sua competenza principale; essa dà all'infermiere un contenuto importante nella relazione con l'assistito, caregivers ed altri professionisti.
- **Comunicare:** l'erogatore di assistenza infermieristica ha una "rete" nel suo quartiere e ciò comporta il mantenimento dei contatti con i residenti locali, le organizzazioni, altre figure professionali e funzionari comunali. Questo è molto importante perché il governo afferma che l'infermieristica domiciliare è un "punto di contatto" tra i pazienti, familiari ed il servizio sanitario; spesso è il primo "caregiver" a fare conoscenza col cliente [37].

Nel 1996 sono stati individuati 2 livelli di qualificazione per la professione infermieristica il MBO e il HBO [38,39]. Entrambi non sono indicati come percorsi universitari, ma parauniversitari, il primo identificabile con l'OSS, il secondo con l'infermiere.

Il profilo professionale dell'infermiere HBO può essere determinato suddividendo le sue competenze in 3 domini:

- **Zorg (Cura):** comprende la cura dei malati, dei disabili e dei pazienti terminali; la prevenzione individuale e collettiva; la promozione della salute e l'educazione (GVO, cioè Gezondheidsvoorlichting en-opvoeding); la presa in carico dei "caregivers". In Olanda questo ruolo viene detto "Zorgverlener" ossia "fornitore di cure".
- **Organisatie van zorg (Organizzazione della cura):** include il Zorgprogrammering (organizzazione della cura); Zorgbeleid (cura la politica); Werkbegeleiding (direziona i lavori); Kwaliteitszorg (garanzia della qualità); il ruolo che viene definito con questo dominio è il Ontwerper e cioè il progettista. Le competenze proprie di questo dominio comprendono la promozione degli strumenti per la qualità, e la programmazione giornaliera, settimanale mensile ed annuale del lavoro, insieme al progetto terapeutico individualizzato per ogni paziente.
- **Beroep (Professione/lavoro):** fanno parte di questo dominio la Beroeps innovatie (innovazione professionale); la Beroepsuitoefening (intesa come pratica professionale); e la capacità viene nominata Beroepsbeoefenaar, letteralmente "professionista della professione", e sta ad indicare la professionalità dell'infermiere in quanto vigila sul funzionamento dell'organizzazione prestatrice di servizi dove lavora, contribuisce attivamente all'aggiornamento delle proprie conoscenze sulle ultime pratiche disponibili in letteratura tramite dei corsi privati di formazione e concorre alla formazione degli studenti [40].

## **4.3 Medelli organizzativi**

### **4.3.1 In Italia**

Nel 1978 con la legge 23 Dicembre n. 833 [41] venne istituito il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) [42]. Il Ministero della salute è l'organo centrale del Sistema Sanitario Nazionale preposto alla funzione di indirizzo e programmazione in materia sanitaria, alla

definizione degli obiettivi da raggiungere per il miglioramento dello stato di salute della popolazione e alla determinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), i quali sono da assicurare a tutti i cittadini in condizioni di uniformità sull'intero territorio nazionale [43]. Attualmente al SSN compete: la definizione degli ambiti di interesse collettivo, degli indirizzi generali per la tutela della salute in senso ampio; con il concorso delle regioni fissa gli obiettivi della Programmazione Sanitaria Nazionale; fissa i livelli delle prestazioni sanitarie da garantire a tutti i cittadini; stabilisce le norme per assicurare condizioni di salute uniformi per tutto il territorio nazionale e relative sanzioni penali; indirizza e coordina le attività amministrative regionali; adempie a funzioni amministrative di carattere generale; redige il Piano Sanitario Nazionale (PSN); segue il sistema epidemiologico delle malattie ed elargisce alle regioni i fondi economici prelevandoli dal Fondo Sanitario Nazionale (FSN) e li pone nel Fondo Sanitario Regionale (FSR).

Il Sistema Sanitario Regionale ha funzioni: legislative ed amministrative, nell'ambito dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali; disciplina l'articolazione del territorio regionale in ASL, cioè è la regione che stabilisce quante ASL mettere sul territorio. Queste ASL assicurano: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; assistenza distrettuale; assistenza ospedaliera; i principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale; la definizione dei criteri per l'articolazione delle ASL in distretti, cioè decide quanti abitanti destinare a ciascun distretto in base alla peculiarità del territorio; il finanziamento delle ASL è su base di quota capitaria (dipende dalla popolazione gestita), corretta in base alle caratteristiche della popolazione residente (tipo persone anziane); assicurano i LEA attraverso le ASL, avvalendosi anche delle Aziende Ospedaliere. Infine la programmazione regionale viene adattata a livello locale con i Piani di Zona (PdZ), i Piani Attuativi Locali (PAL).

Ogni ASL è suddivisa in vari Distretti (zone territoriali) che comprendono ciascuno circa 100- 100.000 abitanti ed Ospedali di prima e seconda categoria.

Il Distretto *“assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie [...] Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia economico-finanziaria, con contabilità separata”* [44]. Il Distretto

rappresenta il luogo di offerta dei servizi sanitari territoriali, dove la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale con integrazione delle diverse politiche per la salute; è la struttura gestionale e organizzativa del Servizio sanitario nazionale per l'offerta delle assistenze primaria e intermedia [45].

Il Distretto ha un Direttore che è il responsabile dell'organizzazione e del funzionamento di tutta la struttura operativa. Egli negozia col direttore generale il budget definendo obiettivi e risorse. Le funzioni del distretto sono:

- Fornire assistenza medica di base (MMG, PLS, GM)
- Fornire assistenza medica specialistica extraospedaliera
- Fornire assistenza domiciliare (ADI, ADP, ADO, ADS)
- Fornire assistenza farmaceutica
- Fornire assistenza territoriale, semiresidenziale, residenziale
- Fornire consulti (cittadino, famiglia, bambini)
- Diagnostica strumentale e di laboratorio
- Educazione, promozione, prevenzione della salute

Le caratteristiche del distretto sono:

- Avere un Direttore di Distretto
- Avere un Punto Unico di Accesso (o COT)
- Avere una popolazione di riferimento
- Partecipare al Piano di Zona con la Conferenza dei Sindaci
- Rendere partecipe il cittadino
- Governare l'accessibilità alla residenzialità

L'assistenza domiciliare è di competenza e responsabilità del distretto, la cui programmazione ed organizzazione viene rimandata a livello regionale [46].

Gli ausili vengono forniti gratuitamente dall'azienda sanitaria, mentre per i presidi è necessario rivolgersi ad un medico specialista.

### **4.3.2 In Olanda**

Il responsabile primario dell'assistenza domiciliare è il Ministro della Salute, Welfare e Sport (Ministry of VWS). Quest'ultimo sviluppa la legislazione, supervisiona gli accessi all' "home care", guarda alla qualità e all'efficienza del servizio e, se necessario, può imporre sanzioni.

Anche i comuni svolgono un'importante funzione decisionale: stabiliscono chi provvederà ai servizi di aiuto domiciliare, fissano il pagamento massimo che dovrà pagare il paziente, decide il pacchetto di servizi idonei per esso, e contrattano con i "services providers" (fornitori di servizi); lo stesso vale per i presidi e gli ausili di assistenza [47].

Riguardo specificamente il servizio di infermieristica domiciliare la maggior parte del lavoro è delegato agli uffici regionali delle associazioni non governative [48]. Essi sono parte delle delle compagnie assicurative, che sono un punto di contatto tra i "providers of care" e il sistema di finanziamento AWBZ (è una legge dell'assistenza sanitaria olandese, entrata in vigore nel 1968 modificata dal 01/01/2015 , la quale mira a fornire l'assicurazione generale che copre la popolazione olandese contro particolari esigenze di assistenza sanitaria; dal 1° Gennaio 2015 il sistema AWBZ è stato sostituito dallo ZVW [49]. Di ciò si discuterà più approfonditamente nel capitolo "finanziamenti"). Questi uffici gestiscono anche le liste di attesa [50]. Per quanto riguarda l'approvvigionamento dei farmaci, gli infermieri HBO provvedono ad andarli a recuperare in farmacia sotto forma di "Baxter", ovvero contenitori di plastica personalizzati con il nome e la data di nascita dei pazienti, già suddivisi per giorno ed ora di assunzione.

Dal 2006 sta sviluppandosi un nuovo concetto di "home care": il Buurtzorg [51–53]. È un'associazione non-profit che comprende fino a 12 infermieri ed operatori sanitari (livello HBO e MBO) che hanno essi stessi la responsabilità della loro "clientela" e sono in stretto contatto con i medici di famiglia e le famiglie. Essi sono inoltre responsabili

della gestione economico-finanziaria. Quindi non sono presenti i “manager”, ma ciascun infermiere ha l’autorità per poter formare un “team” autonomamente, avendo quindi più responsabilità organizzative. L’organizzazione Buurtzorg contempla la presenza di un solo direttore e di un “team” di infermieri, ciò permette di non dover pagare altri dipendenti, e, questi soldi risparmiati, vengono utilizzati per i clienti, offrendo loro più tempo e servizi.

Si è constatato che questi staff infermieristici autonomi, aumentano l’esperienza positiva del paziente e la percezione di un maggior coinvolgimento nella parte decisionale del piano terapeutico [54, 55]. Inoltre gli infermieri traggono più soddisfazione e si impegnano approfondendo maggiormente le energie nel loro lavoro [54, 56].

## **4.4 Competenze avanzate**

### **4.4.1 In Italia**

Da molti mesi sta perpetrando il dibattito sulle competenze avanzate dell’infermiere, rendendo sempre più urgente una loro definizione più dettagliata. La legge 42/99 definisce il campo “*proprio di attività e responsabilità*” delle professioni sanitarie, che punta su tre criteri guida rappresentati da: profilo professionale, codice deontologico e formazione ricevuta, tenendo conto del limite riguardante il campo proprio nei confronti della professione medica e delle altre professioni sanitarie. Questa connotazione di flessibilità pone come interrogativo la scelta tra una modificazione dell’assetto normativo generale per il riconoscimento di ulteriori attività/prestazioni eseguibili dall’infermiere, oppure l’agire nel presente quadro legislativo. Prendendo in considerazione quest’ultima come possibilità più attuabile, diventa non solo auspicabile, ma necessario agire attraverso operazioni meramente interpretative. Queste vanno effettuate nel documento relativo alla “Bozza di accordo, ai sensi dell’art. 4 del decreto legislativo 28 Agosto 1997, n. 281, tra il Governo e le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, recante ridefinizione implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell’infermiere e dell’infermiere pediatrico” [57]. Esso intanto prevede 6 aree di intervento:

- area cure primarie-servizi territoriali;

- area intensiva e dellemergenza-urgenza;
- area medica;
- area chirurgica;
- area neonatologica-pediatica;
- area della salute mentale e delle dipendenze

Nell'art. 3 vengono spiegate le *“modalità ed i percorsi per lo sviluppo delle competenze professionali”* che si basano su a) formazione, b) ricerca, c) esperienza professionale, seguendo le norme previste dal codice deontologico, dal profilo professionale e dagli ordinamenti universitari. Inoltre il secondo comma delega alle regioni, *“previo confronto con le rappresentanze professionali e sindacali”*, la definizione delle competenze avanzate dell'infermiere e la revisione dei modelli organizzativi.

Si parla molto di competenze avanzate in maniera impropria, limitandole ad una serie di esperienze legate ad alcune attività (es: inserimento e gestione di CVC ad inserimento periferico), ma questo non fa altro che vedere l'infermiere solo da un punto di vista *“prestazionale”* e quindi sminuire le sue grandi potenzialità. Nell'art. 1 viene specificato come la suddetta bozza serva a *“favorire lo sviluppo delle funzioni professionali in correlazione con gli obiettivi di educazione, prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione”* proprie del profilo professionale dell'infermiere, quindi non la si può intendere solo come l'aggiunta di mansioni, ma, riferendosi al primo comma dell'art. 3 precisa che queste fatidiche competenze avanzate operano a vantaggio del miglioramento de *“la presa in carico della persona, la continuità assistenziale fra ospedale e territorio, il governo dei bisogni assistenziali, sanitari e socio sanitari delle persone, delle famiglie e della comunità assistita”*, quindi una più ampia e globale modalità di *“presa in carico”* del paziente [58].

#### **4.4.2 In Olanda**

In Olanda, da 5 anni a questa parte, è stato importato il modello americano, il quale suddivide dettagliatamente le competenze in varie specializzazioni; l'infermiere HBO può



decidere di fare un master in “Physician assistant” o “Nurse practitioner”. Il primo si specializza in: urgenza, dermatologia, medicina dell’emergenza, chirurgia cardio-toracica, neurochirurgia, chirurgia ortopedica, ostetricia e ginecologia, neurologia, gastroenterologia, oncologia, cardiologia, medicina interna, pediatria, chirurgia generale e medicina di famiglia. Per spiegare bene le competenze, viene utilizzato il grafico dei “CanMEDs”, i quali rappresentano i ruoli di questa figura professionale e sono: esperto di medicina, cioè che possiede una vasta conoscenza, competenze procedurali ed abilità cliniche, utili all’interpretazione delle informazioni acquisite dalla valutazione completa ed adeguata del paziente, per poter scegliere le opportune decisioni diagnostico-terapeutiche per la sua salute; il ruolo del comunicatore, per poter sviluppare un rapporto basato sulla fiducia, spiegando ed interagendo in modo efficace col paziente, familiari e caregivers, dando particolare enfasi alla comprensione reciproca, alla condivisione del piano di cura e promuove il rapporto medico-paziente; è anche collaboratore, in quanto lavora in un team interprofessionale; è manager, perché partecipa ad attività che contribuiscono all’efficacia delle organizzazioni dove lavorano e dei sistemi di assistenza sanitaria, allocano le risorse sanitarie limitate in modo appropriato e ricoprono i ruoli amministrativi e di leadership, a seconda dei casi; come sostenitori della salute, usano responsabilmente la loro competenza e influenza per promuovere la salute e il benessere dei singoli pazienti, delle comunità e popolazioni; sono studiosi quindi dimostrano un impegno permanente di apprendimento riflessivo, così come la creazione, la diffusione, l’applicazione e la traduzione delle conoscenze infermieristiche, valutandole in modo critico; infine con il ruolo di professionista, viene indicata la pratica eticamente corretta [59].

Purtroppo questo profilo così dettagliatamente descritto, in Olanda non corrisponde ancora pienamente alla realtà (questa figura professionale, infatti, è stata importata dall’America solo 5 anni addietro), in quanto il physician assistant non sfrutta appieno le sue potenzialità, ma si riduce a semplice consulente per il paziente, il quale, senza andare in ospedale lo chiama a domicilio. Il physician assistant avrebbe, invece, la possibilità di lavorare molto spesso indipendentemente dal medico.

Il secondo master in nurse practitioner, permette la dirigenza di un team di infermieri, non dal punto di vista della coordinazione del personale, ma dal punto di vista del “contenu-

to” e cioè il tipo di cura, tipologia di farmaci somministrati, implementa le metodologie dell’organizzazione con le più avanzate ricerche per quanto riguarda la sua specializzazione, tenendo conto del contesto e del personale con il quale viene a contatto (es dottore, infermiere HBO), per poter creare un piano di cura personalizzato per ogni paziente. Inoltre incoraggia e motiva il team, è sempre informato ed aggiornato sulle ultime novità in campo scientifico, deve avere una rete comunicativa importante per poter contattare i vari ospedali, organizzazioni, strutture sanitarie, medici e specialisti per offrire il miglior servizio possibile calibrato sulle necessità, capacità residue e possibilità socio economiche del paziente. Spesso ha gli stessi compiti del dottore (ad es: prescrivere i farmaci, eseguire punture lombari ecc), ma soprattutto è vista come un punto d’appoggio per le altre figure professionali, soprattutto del suo team.

Infine, per quanto riguarda la figura dell’infermiere HBO, dal 2015 è solo lui che è in grado di indicare il tempo necessario per prendersi cura di un paziente, da giustificare poi nel dossier digitale (Electronic client record).

## **4.5 Finanziamenti**

### **4.5.1 In Italia**

I finanziamenti provengono dal Fondo Sanitario Nazionale (FSN), il quale li distribuisce al Fondo Sanitario Regionale (FSR) che a sua volta li suddivide tra le ASL ed esse ai Distretti che organizzano ed erogano i servizi.

L’Azienda Sanitaria Locale eroga prestazione ai/per i cittadini residenti all’interno di un determinato territorio (circa 500.000). L’ASL ha pertanto una popolazione di riferimento. Essa è finanziata per garantire la tutela della salute di questa popolazione ed è prevalentemente in quota procapite (cioè una quota per ciascun residente del territorio di competenza). Quando un cittadino non residente nel territorio di competenza dell’ASL decide di curarsi in quella, si parlerà di “mobilità attiva”, mentre se un cittadino di una ASL va a curarsi in altra della Regione di appartenenza o in un’altra Regione si parlerà di “mobilità passiva”. Questi movimenti di persone creano dei flussi economici in entrata ed in uscita (dovuto al rimborso fra strutture) a compensazione. È facoltà dei comuni scegliere

re se demandare il servizio sociale dei cittadini alla ASL di appartenenza, o gestirlo in proprio, nel qual caso, il Servizio Assistenza Domiciliare (SAD) è a carico dei comuni (Operatori Socio-Sanitari che gestiscono l'assistenza della persona a domicilio, come per esempio la pulizia dell'abitazione, preparazione/consegna dei pasti, cura della persona). I due servizi, ADI e SAD, possono operare autonomamente o, più spesso in integrazione tramite UVMD (Unità Valutativa Multi-Dimensionale), la quale consiste in un incontro tra servizi (MMG, Assistente sociale, infermiere professionale e medico di distretto) per stabilire i bisogni del paziente e le modalità di intervento a domicilio.

#### **4.5.2 In Olanda**

Prima del 2015 i diritti dei clienti venivano finanziati seguendo la modalità AWBZ. Essa finanziava la maggior parte delle spese sanitarie [60] tra cui:

- Assistenza infermieristica intesa come distribuzione dei farmaci e prendersi cura delle lesioni.
- Cura personale come l'assistenza nella preparazione dei pasti, provvedere a vestire il paziente e ad eseguire l'igiene personale.
- Assistenza in attività come la gestione di denaro o altre questioni pratiche.
- Assistenza nella gestione dei problemi di natura psicologica.
- Trattamento riabilitativo.
- Assistenza residenziale [61].

Dal 1° Gennaio 2015 si è passati al sistema ZVW (Zorgverzekeringswet), cioè “atto di assicurazione per la salute”, il quale afferma il carattere direttamente proporzionale tra la ricchezza posseduta e il denaro versato per il sistema sanitario [62]. Ciò vuol dire che ognuna delle assicurazioni private ha l’“health care duty” (il dovere di assicurare l'assistenza sanitaria). In base a cosa possono determinare la quantità di denaro indispensabile per ciascun paziente? È l'infermiera HBO che decide quale tipo di cura sia necessaria.

Fino al 2014 tutte le cure sanitarie erano pagate da questa legge AWBZ e da un “organo/azienda” chiamato CIZ. Quest’ultimo aveva una guida ove erano elencati una determinata quantità di minuti per ciascuna azione infermieristica. Dal 2015 il CIZ non esiste più, ed è l’infermiera HBO che indica quanti minuti sono necessari per ogni cliente. Per fare ciò, egli deve giustificare con una motivazione scientifica qualunque prestazione e, di conseguenza, il tempo speso. Questo metodo di finanziamento viene chiamato “Indication of care” e viene utilizzata seguendo il sistema di classificazione americana OMAHA. Questi indicatori vengono inseriti nel “dossier digitale” del cliente, periodicamente esaminato dalle assicurazioni le quali finanziano tutte le spese sanitarie infermieristiche, tranne quelle di aiuto domestico.

C’è la modalità di finanziamento WMO cioè dove il Comune è reso responsabile del sostegno delle persone non autosufficienti a domicilio. Ad esempio garantisce: vigilanza e attività giornaliera; supporto per alleviare il “caregiver”; un’abitazione in un ambiente protetto per le persone con un disturbo mentale; sollievo in casi di violenza domestica; organizzazione dell’aiuto domestico in caso di difficoltà a mantenere pulita e ordinata la casa; aggiustamenti/cambiamenti delle case nell’eventualità di barriere architettoniche (es: ascensori ecc). Ultimamente questa cura non è più gratuita, perché il comune deve finanziare più attività, con un minore dispendio di soldi. Infine c’è il WLZ, utilizzato quando una persona vive ancora a casa ma è in attesa di un posto in una residenza per anziani. Anche per questa cura i clienti pagano un contributo, direttamente proporzionale al loro patrimonio [49, 63, 64].

## **4.6 Limiti della ricerca**

L’Italia è una nazione molto più vasta rispetto all’Olanda e ha demandato a ciascuna regione il compito di applicare a livello locale le normative nazionali [41], per cui ho ritenuto necessario prendere in considerazione solo l’aspetto nazionale dell’infermieristica domiciliare, in quanto ogni regione ha le sue specificità ed alcune sono più aderenti alla normativa in vigore di altre. L’Olanda, essendo 7 volte più piccola rispetto all’Italia, è più predisposta e avvantaggiata nella capacità di uniformare i comportamenti e concretizzare

le leggi su tutto il suo territorio.

Inoltre è importante specificare che durante la stesura della tesi ho usato il termine “Olanda” come sineddoche di quello più proprio cioè “Paesi Bassi”.

## 5 Conclusioni

Il momento della dimissione ospedaliera è molto delicato e il servizio domiciliare permette un passaggio protetto dall'Ospedale all'abitazione. Quando c'è una stretta collaborazione tra il medico curante, l'infermiere domiciliare, il case manager ed il team dell'ospedale, le giornate di degenza vengono ridotte, come pure le spese, delle ammissioni ospedaliere a lungo termine, senza un aumento della mortalità e una continuità della presa in carico del paziente e della famiglia, i quali non si sentono abbandonati a loro stessi, al contrario percepiscono un più alto livello di coinvolgimento nelle decisioni. L'infermiere, in stretto contatto con il paziente ed i famigliari, li porta ad una sempre maggiore autonomia gestionale dei bisogni.

In Italia ed Olanda le principali differenze sono dal punto di vista dei finanziamenti, dell'organizzazione e delle competenze avanzate.

Per quanto riguarda il primo punto in Italia è gestito a livello statale, mentre in Olanda è un'intersezione tra statale e sistema assicurativo privato.

Con lo sviluppo del secondo argomento è emerso che in Olanda vi è sì un servizio offerto dallo Stato (come è caratterizzato il modello italiano), ma esso è largamente sostenuto da un numero sempre crescente di associazioni non governative e non-profit, tra cui il Buurtzorg, che dal 2006 si sta sempre più espandendo a livello mondiale, dove un team di 12 infermieri ed un dirigente, lavorano con ampi spazi di autonomia decisionale, gestionale e finanziaria.

Infine per quanto concerne le competenze avanzate, in Italia c'è un momento di grande dibattito sul vero significato del termine, senza che si sia riusciti ad estrapolare una linea comune proficua e propositiva; in Olanda vi è un'elevata specializzazione negli svariati ambiti della categoria sanitaria, permettendo una conoscenza approfondita dei molteplici argomenti, purtroppo utilizzata sovente solo per consulenze specialistiche, le quali provocano la perdita della visione olistica del paziente.

Realizzando ed elaborando questa tesi ho potuto vedere come queste due nazioni hanno molto da imparare l'una dall'altra e sarebbe auspicabile uno scambio utile, vantaggioso e proficuo tra di loro, permettendo un accrescimento vicendevole.



## Riferimenti bibliografici

- [1] Dichiarazione Universale di Alma-Ata sull'assistenza sanitaria primaria. Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria. 6-12 settembre 1978.
- [2] Azienda Ospedaliera della provincia di Lodi. Dimissioni Protette: dall'ospedale al territorio per la continuità di cura. Protocollo d'intesa tra Azienda Sanitaria Locale di Lodi, Azienda Ospedaliera di Lodi, Medici di Medicina Generale, Medici IDR, Medici RSA, per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza ai cittadini dell'ASL di Lodi. 2011.
- [3] Who Europe. The Solid Facts Home Care in Europe. WHO Regional Office for Europe, 2008; 1-6.
- [4] van Hout HP, Nijpels G, van Marwijk HW, Jansen AP, Van't Veer PJ, Tybout W, et al. Design and pilot results of a single blind randomized controlled trial of systematic demand-led home visits by nurses to frail elderly persons in primary care [ISRCTN05358495. BMC Geriatr 2005 Sep 8;5:11.
- [5] Markle-Reid M, Browne G, Weir R, Gafni A, Roberts J, Henderson SR. The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: a review of the literature. Med Care Res Rev 2006 Oct;63(5):531-69.
- [6] Frich LM. Nursing interventions for patients with chronic conditions. J Adv Nurs 2003 Oct;44(2):137-53.
- [7] Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. BMJ 2001 Sep 29;323(7315):719-725.
- [8] Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. JAMA 2002 Feb 27;287(8):1022-1028.



- [9] Suijker JJ, Buurman BM, ter Riet G, van Rijn M, de Haan RJ, de Rooij SE, et al. Comprehensive geriatric assessment, multifactorial interventions and nurse-led care coordination to prevent functional decline in community-dwelling older persons: protocol of a cluster randomized trial *BMC Health Serv Res* 2012 Apr 1;12:85-6963-12-85.
- [10] Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003 Mar;18(3):222-35.
- [11] Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001 Sep 29;323(7315):719-725.
- [12] Roberto Vacchi, Leonardo Prof. Altieri, Fabia dott.ssa Franchi. Assistenza Domiciliare Integrata: un nuovo percorso per stabilire la qualità percepita. Bologna: Università di Bologna; A.A. 2008/2009; Master Universitario di I livello in “e-Health e qualità dei servizi socio-sanitari” (Project Work).
- [13] Lacas A, Rockwood K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. *BMC Med.* 2012;14:4.
- [14] Drubbel I, Numans ME, Kranenburg G, Bleijenberg N, de Wit NJ, Schuurmans MJ. Screening for frailty in primary care: a systematic review of the psychometric properties of the frailty index in community-dwelling older people. *BMC Geriatr* 2014 Mar 6;14:27-2318-14-27.
- [15] Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001 Mar;56(3):M146-56.
- [16] Hogan DB, MacKnight C, Bergman H, Steering Committee, Canadian Initiative on Frailty and Aging. Models, definitions, and criteria of frailty. *Aging Clin Exp Res* 2003 Jun;15(3 Suppl):1-29.
- [17] Bollettino Ufficiale della Regione Veneto n. 57 del 07/06/2002.

- [18] Tappenden P, Campbell F, Rawdin A, Wong R, Kalita N. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. *Health Technol Assess* 2012;16(20):1-72.
- [19] Fox MT, Persaud M, Maimets I, Brooks D, O'Brien K, Tregunno D. Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr* 2013 Jul 6;13:70-2318-13-70.
- [20] Hyde CJ, Robert IE, Sinclair AJ. The effects of supporting discharge from hospital to home in older people. *Age Ageing* 2000 May;29(3):271-279.
- [21] Rocco G, Cipolla C, Stievano A. La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale. I ed.: Franco Angeli Editore; 2015.
- [22] Sirioni C. L'infermiere in Italia: storia di una professione. I ed.: Carocci Faber; 2012.
- [23] Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. *Gazzetta Ufficiale* 9 settembre 1995, n. 6.
- [24] Legge 26 febbraio 1999, n. 42, Disposizioni in materia di professioni sanitarie. *Gazzetta Ufficiale* 2 marzo 1999, n. 50.
- [25] Decreto Interministeriale 2 aprile 2001, Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie. *Gazzetta Ufficiale* del 6 maggio 2001 n. 128 - supplemento ordinario n. 136.
- [26] Decreto del Presidente de Consiglio dei Ministri del 29 Novembre 2001. "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza".
- [27] K.T. Bijsterveld 1996 pag. 166-173; Geen kwestie van leeftijd: verzorgingsstaat, wetenschap en discussies rond ouderen in Nederland; 1945-1982.
- [28] Rapporto 2010 sulle malattie croniche in Italia dati Istat, a cura di Health communication.

- [29] Dati ISTAT 1° Gennaio 2015.
- [30] Tendenze demografiche e trasformazioni sociali nuove sfide per il sistema di welfare, capitolo 4, Istat.
- [31] Gezondheid en zorg in cijfers 2014; Laura Voorrips en Onno van Hilten, Marije Berger-van Sijl, Marieke Houden-van Herten en Laura Voorrips, Marc Aaldijk en Rudi bakker, Mirthe Bronsveld-de Groot en Karin Riksen, Tanya Gelsema.
- [32] <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst/>  
Data ultima consultazione: 10/09/15 ore 16:30.
- [33] Influence and Illness: Definitions and Definers of Illness Behavior among Older Males in Providence, Rhode Island, Ph. D. Thesis, Brown University (1968).
- [34] Frich LM. Nursing interventions for patients with chronic conditions. J Adv Nurs 2003 Oct;44(2):137-153.
- [35] de Bont M, van Haaren E, Rosendal H, Wigboldus M. Expertisegebied wijkverpleegkundige. Colofon 2011:1-26
- [36] Meerveld J, Mast J. Competentiebeschrijvingen voor verpleegkundigen in de thuiszorg, werkzaam op mbo-niveau. 2004:15-67. competentie verplee-qualcosa
- [37] Lia van Straalen, Julie Meerveld, Jennie Mast. Competentiebeschrijvingen voor jeugdverpleegkundigen in de thuiszorg. Den Haag: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn; 2004.
- [38] Mast J, Pool A. Competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundigen. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn 2005:1-12.
- [39] Legge n. 833 del 23/12/1978. "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale". Gazzetta Ufficiale n. 360, 28/12/1978.
- [40] Giorgetti R. La riforma sanitaria in base alla legge 833/78. Legislazione e organizzazione del servizio sanitario. I ed. Santarcangelo di Romagna (RN) via del Carpino, 8: Maggioli Editore; 2010. p. 17-21.

- [41] Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza. "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio", 18 Ottobre 2006.
- [42] Decreto Legislativo n. 229 del 19.6.1999 "Norme per la razionalizzazione del S.S.N." ; Articolo 3-quater.
- [43] Bellentani M, Bugliari Armenio L, Catania S. Riferimenti normativi. Il distretto nella programmazione sanitaria nazionale. La rete dei distretti sanitari in Italia Roma: Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali; I Quaderni di Monitor, elementi di analisi e osservazione del sistema salute, 2011, 27, VIII, p. 83-99, 275-7.
- [44] Delibera della Giunta Regionale n. 39 del 17 Gennaio 2006. "Il sistema della domiciliarità. Disposizioni applicative".
- [45] Genet N, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman RB. Home care across Europe Case studies. Home Care across Europe Current structure and future challenges 2013 2013;II(World Health Organization):197-198-199-200-201-202-203-204-205-206.
- [46] NZa 2007, Rapport uitbesteding extramurale AWBZ-zorg., Dutch Care Authority (NZa), Utrech, p. 5.
- [47] <http://link.springer.com/article/10.1007/s12459-015-0014-6>  
Data ultima consultazione: 15/09/15 ore 18:50.
- [48] Mot E. The Dutch system of long-term care. CPB Document 2010(204):9-73.
- [49] Monsen KA, de Blok J. Buurtzorg: nurse-led community care. Creat Nurs 2013;19(3):122-27.
- [50] de Blok J. Buurtzorg Nederland: a new perspective on elder care in the Netherlands. AARP International 2013;113(8):55-59.
- [51] About Buurtzorg Available at: <http://buurtzorgusa.org/about.html>.  
Data ultima consultazione: 8/19/2015 ore 15:15.

- [52] Kieft RA, de Brouwer BB, Francke AL, Delnoij DM. How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2014 Jun 13;14:249-6963-14-249.
- [53] Richards SH, Coast J, Gunnell DJ, Peters TJ, Pounsford J, Darlow MA. Randomised controlled trial comparing effectiveness and acceptability of an early discharge, hospital at home scheme with acute hospital care. *BMJ* 1998 Jun 13;316(7147):1796-1801.
- [54] Maurits EEM, de Veer AJE, van der Hoek LS, Francke AL. Autonomous home-care nursing staff are more engaged in their work and less likely to consider leaving the healthcare sector. A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*.
- [55] “Bozza di Accordo, ai sensi dell’art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo e le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, recante ridefinizione implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell’infermiere e dell’infermiere pediatrico”.
- [56] Benci L. Le competenze avanzate e la cabina di regia: riflessioni giuridiche. 2014 20 Gennaio 2014:1-5.
- [57] The Royal College of Physicians and Surgeons of Canad. CanMEDS 2005 Framework. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. 2005:18/09/2015 ore 16:07.
- [58] J.M. Boot, 'De Nederlandse gezondheidszorg', Bohn Stafleu van Loghum 2005.
- [59] “Care covered by AWBZ”. Zorgverzekering Informatie Centrum. Retrieved 31 August 2015.
- [60] [www.belastingdienst.nl](http://www.belastingdienst.nl)  
Data ultima consultazione: 09/09/15 ore 22:45.
- [61] <https://www.rijksoverheid.nl/> (sito ufficiale del governo centrale olandese)  
Data ultima consultazione: 15/09/2015 ore 18:30.

[62] <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/JICA-06-2014-0024>

Data ultima consultazione: 15/09/15 ore 18:30.

[63] Legge 29 ottobre 1954, n. 1049, Istituzione dei collegi delle infermiere professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici d'infanzia. Gazzetta Ufficiale 15 novembre 1954, n. 262.

[64] [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

Data ultima consultazione: 10/09/15 ore 18:30.