	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
DIREZIONE CENTRALE SALUTE, POLITICHE SOCIALI e DISABILITÀ	
	salute@certregione.fvg.it salute@regione.fvg.it tel + 39 040 377 5551 I - 34121 Trieste, via Cassa di risparmio 10



L'infermiere di Famiglia o Comunità:  
il modello assistenziale in Friuli Venezia Giulia

*-Policy regionale-*

*Gruppo di lavoro*

---

Altomare Ofelia	Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina - ASUGI
Bonetti Monica	Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina - ASUGI
Del Forno Miria	Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale - ASUFC
De Lucia Paola	Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute - ARCS
Pellizzari Mara	Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale - ASUFC
Picogna Michele	Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità - DCS
Prezza Marisa	Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute - ARCS
Spessot Tiziana	Azienda Sanitaria universitaria Giuliano Isontina - ASUGI
Valentini Mariagrazia	Azienda Sanitaria Friuli Occidentale - ASFO

*Hanno collaborato alla stesura del documento*

---

Coiz Francesco	Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale - ASUFC
Compassi Susanna	Azienda Sanitaria universitaria Giuliano Isontina - ASUGI
Narduzzi Barbara	Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale - ASUFC
Piccolo Francesco	Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute - ARCS
Verzegnassi Fabio	Azienda Sanitaria universitaria Giuliano Isontina - ASUGI

Udine 30 settembre 2022

## SOMMARIO

ACRONIMI E SIGLE .....	3
INTRODUZIONE.....	4
CONTESTO DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO .....	5
Contesto Demografico .....	5
Profilo sociale.....	6
DALYs e fattori di rischio in Friuli Venezia Giulia .....	6
Patologie croniche .....	7
EVOLUZIONE DOCUMENTALE E NORMATIVA DELL'IFoC .....	9
Riferimenti Regionali e Nazionali .....	9
DEFINIZIONE DI INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ.....	12
MODELLI DI RIFERIMENTO PER LE CURE DI COMUNITÀ .....	14
FVG: IL MODELLO ASSISTENZIALE DELL'IFoC E INDIRIZZI ORGANIZZATIVI.....	24
Standard e funzioni dell'IFoC nel modello regionale.....	26
La funzione di <i>Case Manager</i> .....	27
La Funzione di <i>Care Manager</i> .....	28
La funzione di <i>Disease Manager</i> .....	28
Le funzioni di <i>Health Coach</i> e di <i>Population Wide Management</i> .....	29
FVG: IL PROFILO DELLE COMPETENZE DELL'IFoC .....	31
FVG: LA FORMAZIONE REGIONALE DELL'IFoC.....	33
BIBLIOGRAFIA .....	35
SITOGRAFIA .....	37
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	37
ALLEGATO n. 1: FVG - Modello delle competenze IFoC .....	39
ALLEGATO n. 2: FVG - Progetto formativo regionale per IFoC.....	42

## ACRONIMI E SIGLE

ACG	<i>Adjusted Clinical Groups</i>
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AFT	Aggregazione funzionale territoriale
ARCS	Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute
BMI	<i>Body Mass Index</i>
CCM	<i>Chronic Care Model</i>
DALYs	<i>Disability Adjusted Life Years</i>
DCS	Direzione Centrale Salute
DGR	Delibera di Giunta Regionale
DM	Decreto Ministeriale
ECCM	<i>Expanded Chronic Care Model</i>
ECM	Educazione Continua in Medicina
ENhANCE	<i>EuropeAN curriculum for fAmily aNd Community nurseE</i>
Eu-Silc	<i>Statistics on Income and Living Conditions</i>
FAD	Formazione a distanza
FVG	Friuli Venezia Giulia
GBD	<i>Global Burden of Disease</i>
HEA	Health Equity Audit
IFeC	Infermiere di Famiglia e Comunità
IFoC	Infermiere di Famiglia o Comunità
IFoC CrM	Infermiere di Famiglia o Comunità <i>Care Manager</i>
IFoC CsM	Infermiere di Famiglia o Comunità <i>Case Manager</i>
IFoC DM	Infermiere di Famiglia o Comunità <i>Disease Manager</i>
IFoC HC/PWM	Infermiere di Famiglia o Comunità <i>Health Coach/Population Wide Management</i>
ISFOL	Istituto per lo sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori
ISS	Istituto Superiore di Sanità
Istat	Istituto Nazionale di Statistica
MMG	Medico Medicina Generale
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PASSI	Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia
PNP	Piano Nazionale della Prevenzione
PHM	<i>Population Health Management</i>
PLS	Pediatra Libera Scelta
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
SID	Servizio Infermieristico domiciliare
SSR	Sistema Sanitario Regionale
TMC	Team Multiprofessionale di Comunità
UDCP	Unità di Cure Palliative Domiciliari

## INTRODUZIONE

Le esperienze internazionali sulla gestione della prevenzione primaria e della cronicità riportano che gli infermieri hanno da tempo assunto una posizione di rilievo nell'innovazione dei processi assistenziali, con un impatto positivo sull'efficacia degli *outcome* assistenziali e sull'accesso ai servizi. I cambiamenti in atto dovranno essere supportati da un significativo investimento sui percorsi formativi rivolti a tutti i professionisti che operano nei servizi territoriali ed in particolare agli infermieri (Siclovan et al, 2021; Davids et al, 2021; Smiths et al, 2020; Iglesias et al, 2013).

La figura di infermiere di famiglia o comunità (IFoC) è stata oggetto di diverse sperimentazioni sia a livello nazionale che regionale. In Friuli Venezia Giulia (FVG), sono stati strutturati modelli di presa incarico globale della persona tra cui l'infermieristica di comunità sviluppato presso l'ex Azienda Sanitaria n. 5 "Bassa Friulana" e le microaree presso l'ex Azienda sanitaria n. 1 "Triestina".

La Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità della Regione Friuli Venezia Giulia (DCS) ha avviato nel mese di maggio 2022, in collaborazione con l'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS), i lavori per supportare, con una prospettiva di medio e lungo periodo, l'inserimento dell'IFoC per il potenziamento dell'assistenza territoriale sul modello sanitario "*one health*" e su logiche ispirate al *welfare* comunitario/generativo e alla sanità d'iniziativa.

Con Decreto n° 951/GRFVG del Direttore Centrale Salute del 06/04/2022 è stato istituito il gruppo di lavoro composto da professionisti regionali incaricato della stesura della presente policy, con il mandato di proporre un modello organizzativo assistenziale di infermieristica di famiglia o comunità, in linea anche con il modello delle cure primarie di Starfield (1992), connotato da:

- accessibilità e prossimità per il cittadino, quale prima interfaccia fra la persona e il sistema sanitario; vicino e facilmente raggiungibile rispetto ai luoghi di vita e di lavoro (*first contact*);
- continuità delle cure nel lungo termine, con una relazione costante nel tempo con i professionisti dell'assistenza (*longitudinality*);
- globalità dell'approccio ai problemi della persona, considerando la stessa (e non la sua malattia) come oggetto di un intervento diagnostico-terapeutico e assistenziale contestualizzato (*comprehensiveness*);
- coordinamento delle azioni svolte dai diversi componenti dell'equipe professionale, che integrano le proprie competenze secondo un piano personalizzato.

## CONTESTO DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO

I principali contenuti dei seguenti paragrafi sono tratti dal documento "Profilo di salute ed equità 2020 Regione FVG".

### Contesto Demografico

La popolazione residente in FVG conta circa un milione e duecento mila unità, è caratterizzata dal 51% di donne e da una componente straniera di poco meno del 10%, in leggera crescita. Come si evince dalla tabella e dalla figura 1, negli anni si è riscontrata una riduzione significativa nel numero di nati a cui si contrappone un aumento della popolazione anziana: i tassi di crescita indicano come la popolazione stia diminuendo, con un saldo naturale (nascite-decessi) negativo e molto più basso di quello nazionale. La numerosità della popolazione anziana in Regione è in continuo aumento, come quella della componente straniera, più giovane.

	2017	2018	2019	2020	2021
<b>POPOLAZIONE RESIDENTE</b>					
Totale al 31/12	1211155	1210414	1206216	1201510	1197295
Nati	8132	7829	7495	7434	7281
Femminile %	51,5	51,4	51,4	51,2	51,2
Residente straniera %	8,8	8,7	8,9	9,6	9,7
<b>STRUTTURA DEMOGRAFICA</b>					
Speranza di vita alla nascita FVG	83,0	83,1	83,5	82,6	82,1
- Maschi	80,6	80,8	81,3	80,3	79,6
- Femmine	85,4	85,4	85,8	85,1	84,8
Speranza di vita alla nascita Italia	82,6	82,9	83,2	82,8	82,4
Indice di vecchiaia (pop. 65+ / pop. 0-14 anni)*100	213,8	218,3	224,1	227,1	231,2

Tabella 1. Principali caratteristiche demografiche della popolazione della Regione FVG e trend temporale 2017-2021

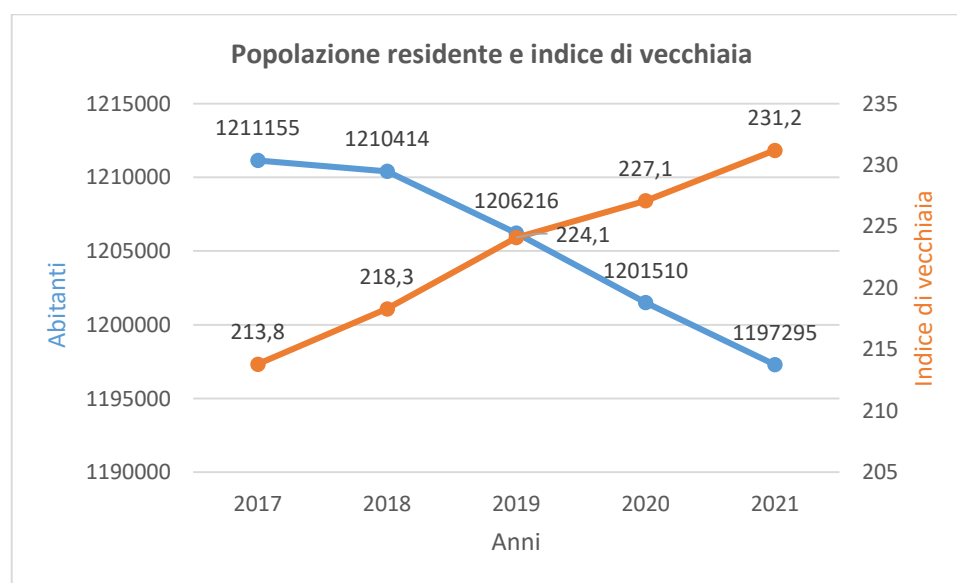


Figura 1. Confronto fra popolazione residente e indice di vecchiaia

L'indice di vecchiaia per la nostra Regione è costantemente in crescita e al 31 dicembre 2021 raggiunge un valore di 231 (era 190 nel 2011). Questo significa che le persone di età maggiore di 65 anni (che sono quelle con maggiore probabilità di sviluppare malattie croniche e disabilità) sono più del doppio rispetto ai residenti di età inferiore ai 15 anni. La differenza rispetto al livello nazionale è alta: 43 anziani in più ogni 100 giovani.

La speranza di vita alla nascita che è aumentata, sia per le femmine che per i maschi, fino al 2019, è diminuita nell'ultimo biennio per effetto del Covid. I valori riscontrati, che fino al 2019 erano un poco superiori a quelli nazionali, oggi sono, seppur di poco, più bassi. La speranza di vita in buona salute tiene conto non solo della mortalità ma anche dell'impatto delle condizioni non fatali. Nonostante il calo della speranza di vita nel 2020, l'indicatore della vita in buona salute ha conosciuto un miglioramento per l'aumento della buona salute percepita registrato nel contesto della pandemia. Nel 2021 la speranza di vita in buona salute è stata di 60,9 anni in Friuli Venezia Giulia (21,2 anni meno della speranza di vita) e di 60,5 anni a livello nazionale (21,9 in meno). Ciò evidenzia come le persone nella nostra regione vivano un po' meno a lungo ma passino più tempo in buona salute che nel resto d'Italia.

## Profilo sociale

Nel 2020, il livello di istruzione in Regione FVG appare leggermente al di sopra di quello nazionale, ma all'interno della Regione la distribuzione dei titoli di studio presenta alcune differenze. Considerando la popolazione di 9 anni e più, in provincia di Trieste risiede una quota di persone con titoli di studio più elevati, ben superiore al dato nazionale (19,1% con istruzione terziaria rispetto al 14,3% nazionale). Nelle altre tre province il livello è piuttosto omogeneo e leggermente inferiore a quello medio nazionale, variando tra il 12,6% di Pordenone e il 13,7% di Udine. Va inoltre evidenziato che tra gli over 50 il 52,3% non ha un titolo di studio superiore.

L'indagine multiscopo dell'Istat sulle famiglie mostra che nel 2019 in Regione la percentuale di famiglie in povertà relativa (famiglie la cui spesa mensile per consumi è pari o inferiore alla soglia di povertà relativa calcolata sulla base della spesa media pro-capite) era del 5,3% contro lo 11,4% a livello nazionale, con *trend* in calo nel tempo in entrambe le aree (nel 2017 era 6,9% in FVG e 12,3% in Italia). Sempre nel 2019 il 30% della popolazione del FVG ha valutato le risorse economiche disponibili negli ultimi 12 mesi come scarse o assolutamente insufficienti, contro il 35% a livello nazionale. I dati raccolti con l'indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) nel periodo 2016-2019 mostrano che il 6,5% degli intervistati in FVG ha dichiarato di avere molte difficoltà economiche, rispetto al 12,1% a livello nazionale. Il dato in Regione (come pure in Italia) mostra una riduzione nel tempo (dal 9,7% del 2008 al 5,1% del 2019).

## DALYs e fattori di rischio in Friuli Venezia Giulia

Secondo le stime del *Global Burden of Disease* nel 2019 (GBD), in Italia e in FVG i principali fattori di rischio per i DALYs (*Disability Adjusted Life Years*), ossia mortalità prematura e anni vissuti con disabilità, sono:

- consumo di tabacco;

- stili di vita;
- consumo di alcool.

In Regione l'impatto di questi fattori di rischio si è ridotto a partire dal 2009, eccetto che per l'incremento del numero di soggetti con elevato Body Mass Index (BMI) e con insufficienza renale.

## Patologie croniche

I dati qui riportati provengono dalle periodiche rilevazioni sulla popolazione svolte dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) con la sorveglianza PASSI (2020).

Tra il 2016 e il 2019 in Regione, il 22% delle persone fra 18 e 69 anni, ha riferito che un medico ha diagnosticato loro almeno una tra le seguenti patologie: insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato o cirrosi. Tale percentuale risulta più alta di quella nazionale che si attesta al 18%. Il 5,4% in FVG (4,4% a livello nazionale) presenta 2 o più patologie croniche (comorbidità).

La condizione di cronicità è più frequente al crescere dell'età (interessa il 33% delle persone dopo i 50 anni) e tra persone con *status* socioeconomico più svantaggiato (dal 23% al 32%), o basso livello di istruzione (40% privi di titolo o licenza elementare e 23% licenza media inferiore).

La condizione di poli-cronicità riguarda, in media, il 5% dei 18-69enni in FVG. Anche in questo caso il dato è superiore a quello italiano (4%); è più frequente negli over 50 e tra persone con *status* socioeconomico più svantaggiato e/o bassa istruzione.

Le persone in sovrappeso o obese mostrano profili di salute più critici di quelli della popolazione generale. In Regione, fra le persone adulte con eccesso ponderale, il 31% è iperteso, il 29% ha il colesterolo alto, il 7% riferisce una diagnosi di diabete, il 4% ha avuto un infarto del miocardio e il 9% ha una malattia respiratoria cronica. Il 43% delle persone con patologia cronica ha ricevuto da un medico/operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica.

La tabella 2 riporta i dati di attività delle cure infermieristiche domiciliari (SID) nel biennio 2019-2020, descrive l'utenza presa in carico e la copertura assistenziale ovvero la percentuale di assistiti over 65 ogni 100 abitanti. Emerge che:

- a) l'attività è rimasta costante anche durante la pandemia da COVID 19;
- b) dovrebbe essere incrementata la presa in carico degli utenti con maggior complessità (ovvero con PAI) anche alla luce dei target fissati dal PNRR;
- c) è in corso (biennio 2021-2022) di ultimazione la messa a regime del nuovo applicativo denominato "Cartella distretto" con conseguente miglioramento sia della presa in carico che dei flussi informativi;
- d) sono in via di sviluppo indicatori di processo e di esito per le cure territoriali, al fine di verificarne l'efficacia.



AZIENDE	UTENTI TOTALI			COPERTURA ASSISTENZIALE			
	<i>gen-dic 2019</i>	<i>gen-dic 2020</i>	<i>Diff %</i>	<i>2019 (65a.)</i>	<i>2020 (65a.)</i>	<i>2019%</i>	<i>2020%</i>
<b>ASFO</b>	8.600	9.571	11,3	7.867	8.546	10,4	11,3
<b>ASUFC</b>	16.989	18.165	6,9	15.133	16.022	10,8	11,4
<b>ASUGI</b>	12.257	13.194	7,6	10.932	11.581	10,5	11,2
<b>FVG</b>	37.846	40.930	8,1	33.932	36.149	10,6	11,3
	UTENTI CON PAI (a maggior complessità)			COPERTURA ASSISTENZIALE			
	<i>gen-dic 2019</i>	<i>gen-dic 2020</i>	<i>Diff %</i>	<i>2019 (65a.)</i>	<i>2020 (65a.)</i>	<i>2019%</i>	<i>2020%</i>
<b>ASFO</b>	3.999	4.502	12,6	3.657	4.123	4,8	5,5
<b>ASUFC</b>	7.968	7.640	-4,1	7.128	6.815	5,1	4,8
<b>ASUGI</b>	6.660	6.545	-1,7	6.093	5.959	5,9	5,7
<b>FVG</b>	18.627	18.687	0,3	16.878	16.897	5,3	5,3

Tabella 2. Dati di attività SID in Regione FVG anni 2019-2020

## EVOLUZIONE DOCUMENTALE E NORMATIVA DELL'IFoC

L'infermiere di famiglia nasce nel 1974, quando l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) pubblica il report *Community Health Nursing*, che sviluppa il concetto di assistenza a livello comunitario.

Successivamente nel 1998 l'OMS, nella pubblicazione "*Health21, Salute per tutti nel XXI secolo*", definisce il ruolo di un "nuovo" infermiere: l'Infermiere di Famiglia, professionista incaricato di accompagnare il malato nel percorso di cura e costruire un progetto assistenziale intorno alla sua persona in collaborazione con le altre figure sanitarie, quali il medico di medicina generale. Il *Family Health Nursing* si basa sulla capacità dell'infermiere di dirigere e incoraggiare la famiglia, identificando i suoi bisogni di salute ed indicando l'utilizzo appropriato dei servizi sanitari.

Il modello persegue la finalità di mitigare l'impatto della malattia sulla qualità di vita del singolo e della famiglia, responsabilizzare sugli stili di vita, coinvolgendo attivamente nella promozione e gestione della propria condizione di salute (*self-care*).

Conseguenze attese sono anche il contenimento della spesa sanitaria. Il sistema sanitario è chiamato ad anticipare i bisogni dei cittadini e a seguirli in maniera continuativa lungo tutto il percorso assistenziale, in accordo ad una sanità di iniziativa integrata con i servizi sociali. A fronte di una sempre maggiore frammentazione del sapere, per garantire una risposta comprensiva, unitaria e sostenibile, l'assistenza primaria deve essere distribuita all'interno di un sistema più ampio e articolato, composto da più professionalità come reso noto nella Dichiarazione di Astana (2018).

### Riferimenti Regionali e Nazionali

Il professionista oggi definito IFoC trova una prima espressione in FVG alla fine degli anni '90 come "Infermiere di Comunità" nel Piano Attuativo Locale dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 5 Bassa Friulana (1998).

Di seguito vengono riportate le principali norme nazionali e regionali che hanno disciplinato la figura dell'IFoC negli anni successivi.

Il Piano Sanitario e Socio-Sanitario per il triennio 2006-2008 regionale illustra le competenze *core* dell'infermiere di comunità quale *case manager* garante della qualità delle cure e affida agli infermieri domiciliari la responsabilità dell'assistenza infermieristica di una comunità.

Successivamente con il Piano Sanitario e Socio-Sanitario 2010-2012 FVG sono riconosciute le esperienze dell'ex Azienda 5 "Bassa Friulana" e dell'Azienda "Triestina". Vengono inoltre introdotti degli standard di riferimento rispetto alla popolazione.

Le leggi di riforma sanitaria regionale 17/2014, 27/2018 e 22/2019 hanno tra le finalità il potenziamento dell'assistenza territoriale, della medicina di iniziativa, nonché dell'infermieristica di comunità.

Ulteriori documenti di indirizzo regionale (CoSENSo 2016) trovano contestualizzata la sperimentazione dell'infermieristica di famiglia e comunità dedicata specificamente alla popolazione anziana ed orientata verso una visione strategica di tale figura professionale.

A livello nazionale il Patto per la Salute 2019-2021, approvato il 18 dicembre 2019 in sede di Conferenza Permanente Stato-Regioni prevede la definizione di linee di indirizzo al fine di introdurre parametri di riferimento per disciplinare in maniera uniforme nel territorio nazionale la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità.

Anche il Decreto-legge del 19 maggio 2020, n. 34, all'articolo 1, comma 5, introduce *"la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità per rafforzare i servizi infermieristici e per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2, anche coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie"*.

Il Piano Regionale della Cronicità del 28/07/2020 prevede la presenza dell'Infermiere di comunità quale attore principale delle cure primarie con un ruolo proattivo di prevenzione, anticipazione e presa in carico dei problemi secondo il modello del *Chronic Care Model*. Riporta anche gli standard di personale per ogni livello di comunità e strutture territoriali.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (PNP), adottato il 6 agosto 2020 con intesa in Conferenza Stato-Regioni, fa riferimento alla figura dell'infermiere di famiglia e di comunità descrivendo visione, principi e efficacia degli interventi ed efficienza del modello organizzativo.

Il Piano regionale della prevenzione 2021-2025 del Friuli Venezia Giulia (approvato in via definitiva con deliberazione della Giunta regionale n. 288 del 4 marzo 2022) recepisce i programmi del PNP declinando le attività nel territorio regionale.

Le *"Linee di indirizzo Infermiere di famiglia e di comunità L. n.77 del 17 luglio 2020"* indicano, in linea con gli orientamenti europei, i due ambiti di competenza - famiglia e comunità - ritenuti strategici per la promozione della salute e gestione della cronicità/fragilità sul territorio. Tutti i concetti descritti, già delineati nel DL 19/05/2020 n. 34 insieme agli interventi straordinari di cooperazione multidisciplinare e multi-professionale che la esperienza Covid-19 ha innescato, sono stati preliminari alla stesura del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e alla definizione dei requisiti minimi dell'offerta territoriale descritti nel DM 77/2022.

Anche altre Regioni (Toscana 2020; Campania 2020; Sardegna, 2020; Veneto 2020; Lombardia 2020; Piemonte 2021) hanno legiferato in materia di sviluppo del modello assistenziale dell'IFoC definendo il ruolo e competenze del professionista, il target di popolazione a cui si rivolge e la formazione.

La Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche ha redatto nel 2020 un *Position Paper* in cui viene descritta la figura dell'IFoC diversificandone gli interventi nei vari *setting* con le relative competenze e responsabilità negli stessi, da acquisire attraverso una formazione universitaria post-base.

Nella Delibera di Giunta Regionale FVG n. 1446 del 24 settembre 2021 di cui all'allegato 1 *"Modello organizzativo del Servizio Sanitario Regionale"* vengono declinati i *setting*, le competenze e responsabilità dell'IFoC definite prima dall'AGENAS con documenti di indirizzo e poi con il DM 77/2022.

Nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR 2021), la Missione 6 attribuisce un ruolo di primo piano all'infermiere di famiglia e di comunità, sia negli ambiti delle Case della Comunità sia nello sviluppo del sistema dell'assistenza domiciliare, ripreso successivamente nel DM 77/2022.

Nelle Linee di Gestione Annuale FVG, Delibera 54 del 21/01/2022, vengono ripresi gli standard di riferimento dell'IFoC e le relative competenze e responsabilità da agire nei vari *setting* assistenziali.

Infine, il Decreto Ministeriale 77 del 2022 "*Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*" delinea gli obiettivi per la personalizzazione dell'assistenza e gli strumenti della sanità di iniziativa, definisce la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli assistenziali, definisce gli standard di riferimento e le competenze e responsabilità agite dall'IFoC.

## DEFINIZIONE DI INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ

Il Decreto Ministeriale 77/2022 definisce l'IFoC come *"il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario che, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ecc.) perseguendo l'integrazione interdisciplinare sanitaria dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona.*

*L'IFoC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità formali e informali e concorre a realizzare la rete del welfare di comunità/generativo.*

*È un professionista che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e ricopre le diverse funzioni, erogando prestazioni assistenziali sanitarie, a seconda del setting in cui opera. L'IFoC si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio. In sintesi, l'Infermiere di Famiglia o Comunità:*

- collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;*
- contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche;*
- favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita;*
- promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo in presenza o in remoto, in collaborazione con tutti i livelli e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica; promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge;*
- svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;*
- valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver;*
- lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie a valenza sanitaria e con le risorse della comunità (associazioni, volontariato, ecc.), e collabora in team con i MMG, i PLS e gli altri professionisti sanitari;*
- utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza".*

In tabella 3 vengono riportate le funzioni prevalenti delineate nel Decreto Ministeriale.

<b>Definizione</b>
Professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario
<b>Funzioni prevalenti</b>
Intercettazione del bisogno di salute, promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età
Coinvolgimento attivo e consapevole della persona, caregiver e della comunità in collaborazione con tutti i livelli e gli attori sanitari, in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica
Counseling infermieristico e attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti
Integrazione con le reti socio-sanitarie e con le risorse della comunità e collaborazione in team con MMG, PLS, e gli altri professionisti sanitari
Utilizzo di strumenti digitali

*Tabella 3. Sintesi delle funzioni prevalenti come da DM 77/2022*

## MODELLI DI RIFERIMENTO PER LE CURE DI COMUNITÀ

Negli ultimi vent'anni il progressivo aumento dell'indice di vecchiaia, l'incidenza delle malattie croniche, la riduzione della rete familiare e dei *caregiver* hanno generato un dibattito sull'adeguatezza dei modelli prestazionali e dei sistemi di offerta delle cure.

Il focus tradizionale su diagnosi-trattamento-guarigione non è più il percorso standard per la maggior parte delle persone che vivono nei paesi occidentali giacché oltre il 75% delle dimissioni ospedaliere riguardano una patologia ed una condizione di cronicità (Ministero della salute, 2019).

Si può affermare che l'evento malattia è stato sostituito dalla condizione di cronicità, fragilità, non autosufficienza ovvero siamo passati da un evento temporaneo e transitorio nella vita delle persone ad uno "status" esistenziale della vita stessa.

Oltre al bisogno di cura (che rimane) è emerso con urgenza un bisogno "di presa in carico" nel tempo che può avere scopi diversi (preventivi, di contenimento delle complicanze) e di conseguenza differenti risposte sia quantitative che qualitative.

L'esercizio di diritti dell'autodeterminazione, il consenso alle cure, la libertà di scelta hanno reso le persone più consapevoli del ruolo attivo e da protagonista che agiscono nella co-gestione della propria condizione *psico-fisica e sociale*.

I concetti di *welfare* generativo, *community care*, medicina di iniziativa, proattività, *engagement*, autocura, presa in carico leggera, stratificazione del bisogno stanno contaminando sempre più quello che fino a poco tempo fa erano le cure primarie, l'assistenza sanitaria di base e più in generale l'assistenza territoriale.

Si origina quindi un orizzonte nuovo, quello della sanità di iniziativa in cui l'orientamento alla gestione degli obiettivi di salute è riconducibile non più alla guarigione, bensì al miglioramento della qualità di vita, soprattutto attraverso le attività di prevenzione e promozione della salute. Le risposte del sistema devono essere basate sulla proattività nella presa in carico del cittadino, valorizzando il ruolo dello stesso nel processo assistenziale.

L'assistenza infermieristica da diversi anni ha colto questo contesto in rapida evoluzione ed adattandosi a tali sollecitazioni culturali ha trovato nell'infermieristica di comunità la risposta professionale teorica e pratica per contribuire allo sviluppo di un nuovo paradigma che in estrema sintesi si può denominare "salute di comunità".

A seguire sono riportati e descritti in sintesi i principali riferimenti e modelli oggi utilizzati per la gestione e presa in carico della cronicità.

### La sanità di iniziativa

Se la medicina dell'attesa è stato il paradigma teorico e pratico nella gestione delle patologie acute, la condizione di cronicità delle persone, con i loro diversi obiettivi di salute non più riconducibili alla guarigione, ha creato le condizioni per promuovere la sanità di iniziativa.

Ben diverso, infatti, è il modello organizzativo necessario ad affrontare la malattia cronica, rispetto a quella acuta. Già molti paesi hanno adottato strategie di risposta basate sulla proattività della presa in carico in relazione al livello di rischio della persona.

In Italia, il DM 77/2022, in linea con l'evoluzione organizzativa dei sistemi sanitari internazionali, pone tra gli obiettivi strategici lo sviluppo della "sanità di iniziativa", ovvero di un modello assistenziale in grado di intervenire sul bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi. La tabella 4 descrive in sintesi le differenze tra sanità d'attesa e sanità di iniziativa.

<b>SANITA' D'ATTESA</b>	<b>SANITA' D'INIZIATIVA</b>
Centrata sulla malattia	Centrata sulla persona
Basata sull'ospedale e sulle attività specialistiche	Basata sulle cure primarie
Focus sugli individui	Focus sui bisogni della comunità
Reattiva, guidata dai sintomi	Proattiva, pianificata
Focalizzata sulla terapia	Focalizzata sulla prevenzione

Tabella 4. Tratta da Pan American Health Organization "Innovative care for chronic conditions", 2013

## Chronic Care Model e Expanded Chronic Care Model

Negli ultimi dieci anni sono stati proposti nuovi modelli di gestione delle malattie croniche basati sulla proattività e sulla sanità d'iniziativa. Il più noto di questi è il *Chronic Care Model* (CCM – Figura 2), sviluppato negli Stati Uniti e sperimentato con successo in Canada, Gran Bretagna, Olanda e Germania (Garland-Baird L, Fraser 2018; Wagner 2001), si basa su due principi:

1. *alleanza tra comunità e sistema sanitario*: per migliorare la salute è necessario il coinvolgimento della società, delle sue istituzioni e di tutte le sue varie risorse;
2. sviluppo di una *buona assistenza* per i pazienti cronici.

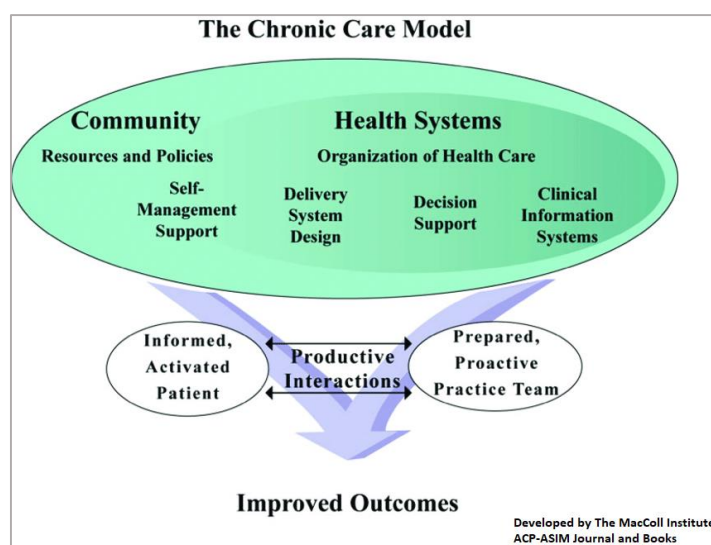


Figura 2. Chronic Care Model - American College of Physicians (ACP, 1998)



L'obiettivo finale del CCM prevede un paziente informato che interagisce con un team proattivo, con lo scopo di ottenere cure primarie di alta qualità.

I 6 elementi costitutivi del CCM in grado di migliorare i risultati di salute sono i seguenti:

1. strategie e risorse di comunità;
2. cambiamento dell'organizzazione del sistema sanitario;
3. supporto all'auto cura;
4. riorganizzazione del sistema cure primarie;
5. adozione di linee guida *evidence-based*;
6. sistemi informativi clinici computerizzati.

L'*Expanded Chronic Care Model* (ECCM, Fig.3) ha lo scopo di facilitare la comprensione di come la cura del singolo individuo si inserisca all'interno del concetto di salute di un'intera popolazione (Barr et al, 2003).

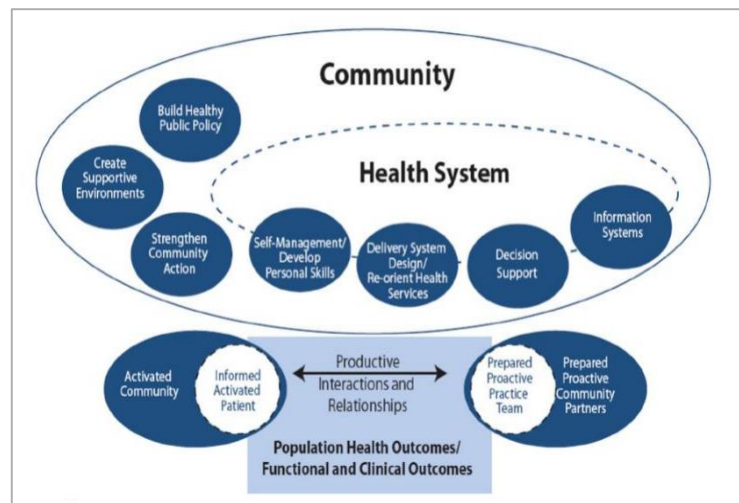


Figura 3. *Expanded Chronic Care Model* (Barr et al, 2003)

Mentre il *Chronic Care Model* rappresenta un sistema di tipo individuale, l'ECCM estende la cura alla comunità che comprende il singolo individuo in un rapporto di tipo sistemico con un mutuo scambio di risorse e di idee. L'ECCM ha quattro aree di intervento:

- a) *Self-Management Support* comprende il supporto all'auto cura alla persona e alla sua famiglia per acquisire conoscenze, abilità e motivazioni nella gestione della propria cronicità, fornendo gli strumenti necessari;
- b) *Delivery System Design* che si configura come l'insieme delle attività cliniche ed assistenziali integrate e rafforzate da interventi programmati di follow-up, sulla base della specifica patologia cronica in funzione del profilo di rischio dei pazienti;
- c) *Decision Support* che consiste nell'utilizzo di linee guida basate sulle evidenze scientifiche, mirate a fornire alla persona con patologia cronica l'ottimale assistenza; esse devono essere in costante aggiornamento e devono tener conto della realtà locale e di audit del team multidisciplinare;

- d) *Clinical Information Systems* che fornisce alcune fondamentali funzioni tra cui un *'alert system* che aiuti il team a rispettare le linee guida, un sistema di *feedback* per i Medici di Medicina Generale (MMG) sui livelli di performance nella gestione delle malattie croniche, un sistema di raggruppamento dei pazienti per patologie (Registri di patologia) e di stratificazione del profilo di rischio all'interno di un determinato gruppo e di un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi individuali realizzati.

Pertanto, nell'*Expanded Chronic Care Model* gli aspetti clinici sono integrati da quelli di sanità pubblica, quali la prevenzione primaria collettiva e l'attenzione ai determinanti della salute; gli outcome non riguardano solo i pazienti ma le comunità e l'intera popolazione, in un'ottica di *Community Oriented Primary Care* (Maciocco, 2011), come evidenziato in figura 4.

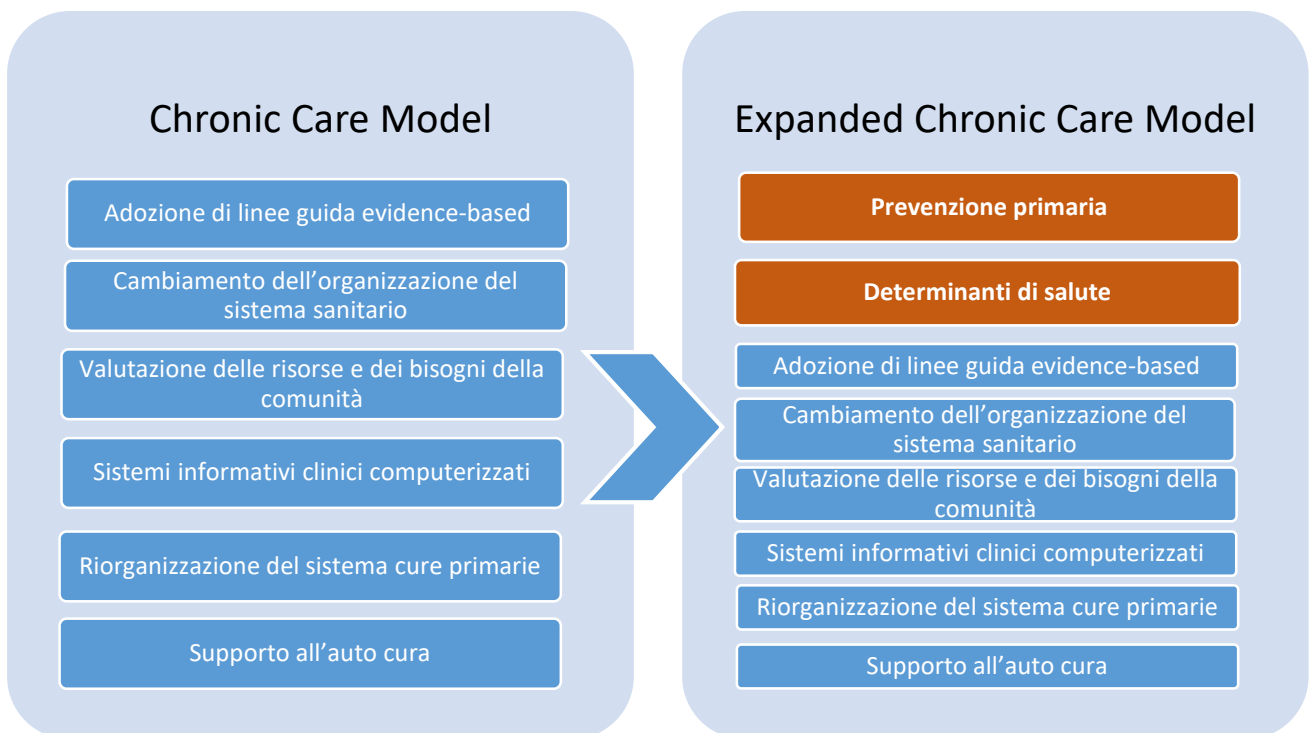


Figura 4. Elementi costitutivi del Chronic Care Model e dell'Expanded Chronic Care Model.

## Piramide Kaiser Permanente

È un modello organizzativo sanitario adottato negli Stati Uniti che ha integrato il CCM di Wagner con una particolare attenzione alla stratificazione del rischio e una differenziazione delle strategie di intervento in relazione ai diversi livelli di rischio.

La piramide del rischio di Kaiser (già introdotta in Veneto - che adotta il sistema *Adjusted Clinical Groups* - ACG (USA 2009) e ripresa anche dalla nostra Regione) classifica la popolazione per livello di complessità assistenziale, a partire dalle combinazioni di diagnosi acute o croniche presenti nello stesso soggetto e che permette di stratificare la popolazione, attribuire pesi proporzionati al carico di malattia e destinare le risorse in modo più coerente con i bisogni di salute, garantendo la sostenibilità del sistema. Si riporta a titolo di esempio la piramide del rischio elaborata dalla Regione Veneto.

Le aggregazioni delle diagnosi codificate determinano i gruppi ACG che, raggruppati in 6 categorie, come indicato in figura 5, possono essere utilizzate per stratificare in fasce una popolazione in base al carico o peso assistenziale dovuto alle malattie co-presenti.



Figura 5: Applicazione della piramide del Kaiser con lo strumento ACG – Veneto 2016

## Population Health

Il CDC considera la salute della popolazione come un approccio interdisciplinare e personalizzabile che consente alle Aziende Socio-Sanitarie di collegare la pratica alla politica per ottenere un cambiamento a livello locale. Questo approccio utilizza partnership non tradizionali tra diversi settori della comunità - sanità pubblica, industria, università, enti governativi locali, ecc. - per ottenere risultati positivi in termini di salute. L'approccio *Population Health* "mette a fuoco i problemi di salute significativi e affronta i modi in cui le risorse possono essere allocate per superare i problemi che determinano le cattive condizioni di salute della popolazione" (Institute of Medicine, 1988).

L'approccio *Population Health* è potenzialmente rivoluzionario, in quanto cerca di migliorare la salute di una comunità identificando in modo proattivo gli individui "a più alto rischio". Per migliorare la salute della popolazione è necessario individuare i determinanti sociali che influiscono sugli esiti della salute attraverso politiche e interventi a livello di popolazione che incidano sui determinanti stessi, in particolare sulla povertà, l'istruzione e l'educazione (Kinding et al, 2003).

Questo approccio lavora per proteggere e migliorare la salute delle comunità attraverso raccomandazioni politiche, educazione sanitaria e divulgazione, nonché ricerca per l'individuazione delle malattie e la prevenzione degli infortuni. Può essere definita come ciò che "noi come società facciamo collettivamente per assicurare le condizioni in cui le persone possono essere in salute" (Institute of Medicine, 1988). D'altra parte, *Population Health* offre "un'opportunità ai sistemi sanitari, e alle organizzazioni di lavorare insieme per migliorare i risultati di salute delle comunità che servono".

## Population Health Management

La letteratura scientifica fornisce uno schema molto utile, il cosiddetto "triangolo di *population management*" (McAlearney, 2002) che differenzia la popolazione con patologia cronica in sottogruppi (*sub-target*) sulla base dello stadio di sviluppo della stessa, definendo una percentuale di prevalenza media per tali sottoclassi.

La rappresentazione di questo modello è data dalla *piramide di Kaiser* e dal successivo adattamento della stessa da parte del *King's Fund* del Regno Unito (figura 6).

Le strategie di intervento, e quindi i percorsi assistenziali, devono essere differenziati a seconda dei diversi bisogni dei sub-target, in particolare per quelli a maggiore complessità, come in quel 7-8% di pazienti più complessi posti all'apice della piramide, che rappresentano il target a "maggiori costi", di salute ed economici.

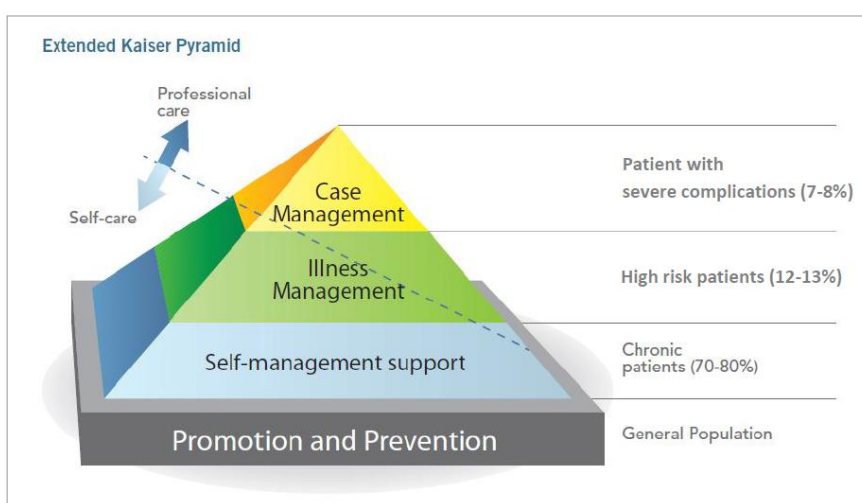


Figura 6. Adattamento piramide di Kaiser del King's Fund (tratta dal Piano della Cronicità – FVG 2020)

## Community Care

Il termine *Community Care* può essere tradotto con l'espressione cura di comunità o presa in carico della comunità da parte della comunità. Si tratta di una proposta teorica che prova a ripensare il sistema dei servizi a livello delle comunità locali e a proporre un modo nuovo di progettarli e attuarli come reti di interventi che si basano sull'incontro creativo e collaborativo fra soggetti che fanno parte del gruppo primario (famiglie, vicinato, gruppi amicali, associazioni locali) e servizi organizzati (sia pubblici che privati) mediante relazioni di reciprocità sinergica (Folgheraiter et al, 1993).

Il concetto di *Community Care* – inteso come "presa in carico della comunità da parte della stessa" – rende possibile il transito da un'idea di comunità come luogo fisico destinatario di prestazioni socio-sanitarie (territorio), ad un'immagine di comunità come "rete di relazioni sociali significative" (Tartaglioni, 2006).

Sistemi integrati di assistenza ospedaliera e *Community Care*, fornitura di servizi multidisciplinari, individualizzazione dei servizi, pianificazione precoce della dimissione e follow-up specialistico

risultano essere interventi efficaci per evitare la riammissione inappropriata in ospedale e promuovere la dimissione precoce (Coffey et al, 2019; Purbhoo et al, 2018; Brown et al, 2018).

L'importanza di questo tipo di assistenza è cruciale e sollecita la necessità di implementare nuovi modelli culturali basati sui principi indicati anche dall'OMS (2004): "La *Community Oriented Primary Care* è la forma più evoluta dell'assistenza sanitaria di base dove le cure primarie sono integrate da un approccio di sanità pubblica gestito dal Distretto e fondato su valutazione sistematica dei bisogni della comunità, implementazione di interventi sistematici rivolti a gruppi target di popolazione, monitoraggio dell'impatto di tali interventi per valutare l'utilità rispetto ai bisogni della popolazione".

Si possono indicare almeno cinque differenti principali attivatori di *care*:

- I servizi pubblici di assistenza sanitaria e sociale;
- Le associazioni di volontariato organizzato in modo formale e le cooperative sociali;
- La famiglia, il vicinato, il volontariato informale, altre iniziative civiche;
- I gruppi di auto/mutuo aiuto;
- I servizi privati.

L'assistenza nell'ottica della *Community Care* significa coinvolgere nella cura in modo sinergico tutte le risorse disponibili all'interno della comunità, formali ed informali, in modo da offrire una risposta completa ai bisogni delle persone. La *Community Care* può essere vista come una leva di miglioramento per via formale delle cure informali, valorizzando e sostenendo i *caregiver* informali nel loro ruolo assistenziale.

Nei modelli sopracitati si possono riconoscere diversi elementi comuni, come esemplificato in tabella 5 (Maciocco 2011).

Elementi comuni dei modelli
Passaggio da un'assistenza "reattiva" a un'assistenza "proattiva"
Assistenza basata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale
Il riconoscimento che le cure primarie devono essere il punto centrale dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema
L'erogazione di un'assistenza focalizzata sui bisogni individuali della persona, nel suo specifico contesto sociale;
La presenza di sistemi informativi evoluti
Partecipazione comunitaria
Investire sull'auto-gestione dei pazienti e dei caregivers
Disporre di linee guida in grado di tener conto della co-morbilità
Basarsi su team multiprofessionali che puntano al miglioramento continuo

Tabella 5. Elementi comuni dei modelli di riferimento per le cure di comunità

## Health Equity Audit

La salute è determinata da diversi i fattori, si rende quindi necessario disporre di una mappatura dello stato di salute e dell'utilizzo di servizi sanitari della popolazione, che tiene conto di numerose variabili (demografiche, socioeconomiche, ...) con l'obiettivo di individuare iniquità nel gruppo di popolazione afferente alla casa di comunità.

L'*Health Equity Audit* (HEA - Audit di equità in salute) è un processo ciclico attraverso il quale si quantificano e si definiscono le iniquità di salute, ai fini di una pianificazione locale in termini di equità.

Attraverso l'HEA, tutti gli attori (politici, amministratori, professionisti, utenti e cittadini):

- valutano sistematicamente le iniquità nelle cause di malattia, nell'accesso ai servizi e nell'esito degli interventi per una determinata popolazione;
- garantiscono che l'azione di contrasto sia condivisa e incorporata nella programmazione locale, nei servizi e nella pratica;
- valutano l'impatto delle azioni intraprese nel ridurre le iniquità.

Il processo ciclico ha una durata media di due o tre anni e prevede sei fasi principali (figura 7): creare il gruppo di lavoro e concordare le aree prioritarie, predisporre Profilo di equità, identificare iniquità ed eventuali azioni di contrasto, concordare gli obiettivi per contrastare le iniquità con gli *stakeholder/* attori sociali, sostenere il cambiamento, valutare i progressi e l'impatto delle azioni rispetto agli obiettivi.

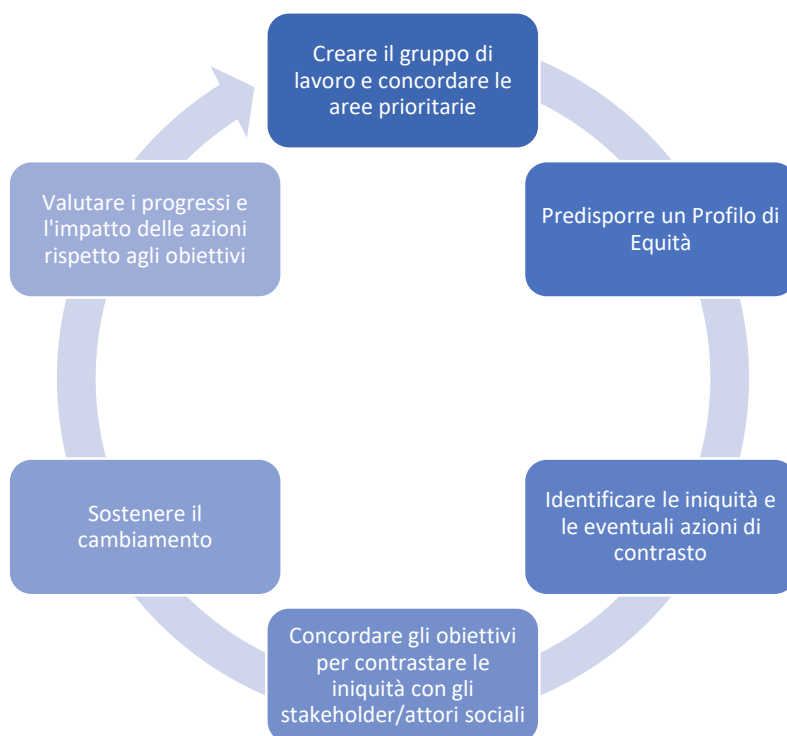


Figura 7. Fasi del processo Health Equity Ministero della salute 2022

## Health Literacy

L'*Health Literacy* indica le abilità cognitive e sociali che motivano gli individui e li rendono capaci di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni in modo da promuovere e preservare la propria salute. L'*Health Literacy* implica il raggiungimento di un livello di conoscenze, di capacità individuali e di fiducia in sé stessi tali da spingere gli individui ad agire per migliorare la propria salute e quella della collettività, modificando lo stile e le condizioni di vita personali. Pertanto, *Health Literacy* non significa solo essere in grado di leggere opuscoli e prendere appuntamenti, ma è un'importante strategia di *empowerment* che può migliorare la capacità degli individui di accedere alle informazioni e di utilizzarle in modo efficace (WHO Health Promotion Glossary, 1998). Recenti studi hanno dimostrato che bassi livelli di *Health Literacy* influenzano negativamente lo stato di salute delle persone, rappresentando un fattore di rischio; inoltre aumentano le disuguaglianze e incrementano i costi a carico del sistema sanitario. È stato riscontrato, infatti, che i soggetti con un basso livello di *Health Literacy* non utilizzano in modo appropriato i servizi sanitari, hanno più difficoltà a seguire le indicazioni mediche, ad assumere i farmaci in modo corretto e a mantenersi in salute (Berkman et al, 2011).

Il sistema sanitario può favorire lo sviluppo dell'*Health Literacy* e dell'*empowerment* degli individui. I professionisti che operano all'interno di questo sistema dovrebbero adottare strategie appropriate per far fronte ai casi di bassa *Health Literacy* intervenendo a diversi livelli, dal rapporto medico-paziente, al corretto utilizzo dei servizi di cura e dei farmaci, alla promozione di sani stili di vita.

## Modello Relazionale

L'approccio prestazionale, oggi prevalente, affonda le sue radici nel modello meccanicistico-determinista dove la prestazione viene considerata un fine anziché un mezzo, ovvero la modalità di risposta caratteristica nella medicina di attesa (Pellizzari, 2008).

Nell'assistenza infermieristica domiciliare, in cui il soggetto di cura è prevalentemente la persona con cronicità, il modello prestazionale non riesce a dare la risposta assistenziale di cui gli utenti hanno bisogno. La persona con malattie croniche necessita di un approccio che traduca la presa in carico globale e personalizzata. L'intervento spesso richiede supporto psicologico, monitoraggio e accudimento (*tending*) e aiuto tutelare.

Nell'approccio relazionale (Donati, 1991) il concetto chiave è quello di reciprocità, usato in senso sociologico, cioè come relazione che ha una dimensione valoriale, una normativa, una di scopo e anche una economica. Lo "sguardo" relazionale è infatti in grado di assumere la complessità dei fattori in gioco in un processo di cura a domicilio e di orientarli verso la soluzione dei problemi. L'operatore non "riassorbe" dentro di sé il problema, appropriandosene attraverso gli schemi e i filtri della professionalità, di conseguenza, non si sente un erogatore di prestazioni ma un *attivatore* di processi relazionali per la soluzione condivisa di un problema.

La logica del modello relazionale rende l'utente attore sociale del sistema socio-sanitario, responsabilizzandolo sulla gestione del proprio e altrui patrimonio di salute, e l'infermiere promotore dell'*empowerment* dell'utente, responsabilizzandolo sulla presa in carico globale della persona.

## Modello Organizzativo a Rete

In sinergia con i cambiamenti dello scenario demografico, epidemiologico e del welfare stiamo assistendo a un'evoluzione importante anche delle forme organizzative. Da modelli verticistici e gerarchici si sta passando a modelli organizzativi a rete che di fatto facilitano la presa in carico integrata tra professionisti e servizi (nodi della rete) nonché il lavoro di equipe. Le strutture stesse devono essere mutevoli e centrate sull'efficace gestione dei processi piuttosto che sulle procedure (Butera, 2002). Le organizzazioni a rete si caratterizzano per la presenza di due componenti di base: i nodi della rete e le connessioni.

L'IFoC rappresenta un nodo della rete presente a livello del territorio di competenza e la sua presenza rende più semplice e diretto il contatto con le persone e tra le persone che vivono in quella comunità.

La peculiarità dell'organizzazione a rete è quella di strutturare delle significative connessioni, tra i nodi della rete sotto forma di processi di cooperazione, di informazione, di comunicazione, di negoziazione, ecc.

## Transitional Care

Il *Transitional Care* è l'insieme delle azioni volte a garantire il coordinamento e la continuità delle cure ricevute dal paziente trasferito al proprio domicilio o durante il trasferimento ad altri livelli di cura (Parry et al, 2008). Il *Transitional Care* applicato all'infermieristica di comunità declina il ruolo dell'IFoC nella transazione/continuità delle cure da un *setting* all'altro.

Il DM 77/2022 attribuisce alle centrali operative territoriali (COT) un ruolo significativo nella gestione e nel miglioramento delle transizioni, a garanzia della continuità assistenziale.

## Patient engagement

Tradotto letteralmente dall'inglese, *Patient engagement* vuol dire coinvolgimento del paziente: nel contesto sanitario, indica il coinvolgimento attivo e la condivisione con il paziente in tutto ciò che riguarda il suo percorso di cura.

L'obiettivo del *Patient engagement* è quello di favorire una maggiore autonomia e proattività della persona nella gestione del proprio stile di vita, della propria salute e cura nell'ambito della sua relazione con il sistema sanitario (Murali, 2019).

I contenuti sopraesposti indicano le direttrici per l'applicazione dell'infermieristica di comunità o famiglia nel contesto regionale FVG.



## FVG: IL MODELLO ASSISTENZIALE DELL'IFoC E INDIRIZZI ORGANIZZATIVI

Alla luce di quanto finora esposto, in base ai modelli dell'ECCM e alla Piramide del rischio di Kaiser Permanente, da cui si evidenziano diversi livelli di rischio nella popolazione, l'IFoC eserciterà competenze specifiche in base alla tipologia di utente assistito e al setting in cui si trova (Pellizzari, 2017).

Il modello che ne deriva assicura un approccio integrato di assistenza, in base al grado di sviluppo della patologia, ai relativi bisogni socio-assistenziali e all'intensità assistenziale, declinando quindi il ruolo dell'IFoC nelle diverse funzioni: *Case Manager* (cure palliative, non autosufficienza), *Care Manager* (CdC), *Disease Manager* (AFT e CdC), *Health Coach* e *Population-Wide Management* (Case della Comunità, luoghi di vita e di lavoro), così come rappresentato dalla figura seguente.

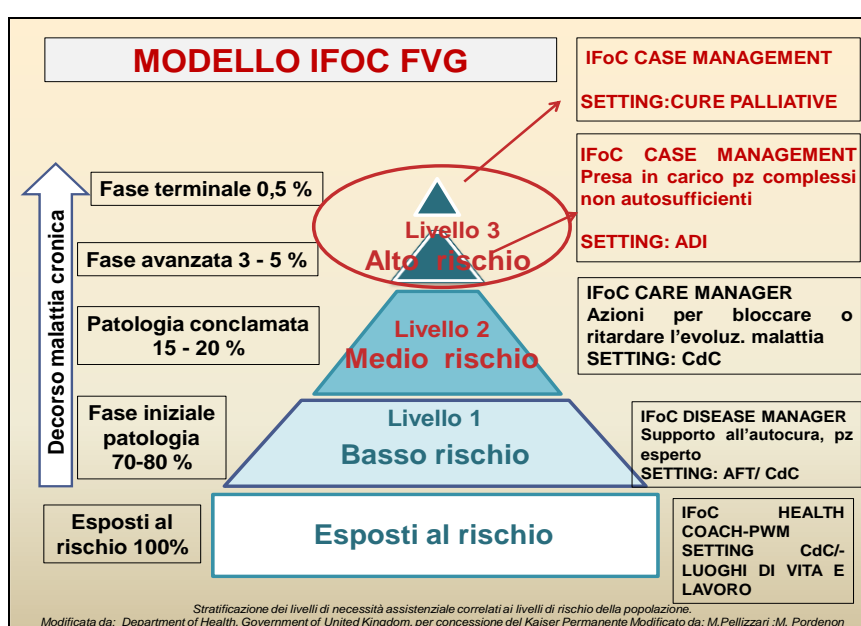


Figura 8. Stratificazione dei livelli di necessità assistenziale correlati ai livelli di rischio della popolazione. Modificata da: Department of Health, Government of United Kingdom, per concessione del Kaiser Permanente. Modificato e aggiornato 2021 da Pellizzari M, Pordenon M.

Gli elementi che caratterizzano il modello regionale sono i seguenti:

1. stratificazione della popolazione per livello di rischio;
2. stratificazione della popolazione per livello evolutivo della malattia cronica;
3. *setting* assistenziale;
4. livello di bisogno/risposta assistenziale.

La finalità del modello proposto è quella di favorire la promozione e il mantenimento della salute della persona, attraverso il rafforzamento della sua autonomia decisionale, grazie ad un'offerta assistenziale capace di garantire non solo prestazioni, ma anche di anticipare la lettura dei bisogni ancora inespressi, con l'obiettivo di accompagnare la persona, la famiglia e la comunità affinché aumentino la competenza nella gestione del proprio patrimonio di salute.

Nella cronicità infatti i fenomeni assumono un significato più relativo e il *gold standard* diventa la ricerca del miglior adattamento alla nuova condizione di vita e di salute.

I destinatari del modello proposto sono:

- la popolazione complessiva rappresentata dalle persone sane, per le quali si applicano misure di educazione alla salute intese a favorire l'adozione di stili di vita salutari (*coaching*) al fine di co-costruire comunità sane e competenti;
- le persone affette da malattie croniche a cui vanno riservate iniziative di *disease management* (*follow up*, educazione terapeutica, incoraggiamento al *self care*);
- le persone con patologie croniche con danni d'organo ancora contenibili, verso le quali un approccio di medicina di iniziativa può favorire una gestione della malattia idonea a rallentare o arrestare lo sviluppo dei danni irreversibili alla funzione (*care management*);
- la popolazione non autosufficiente; al fine di realizzare una presa in carico efficace, efficiente e soprattutto olistica, ovvero volta ad offrire una risposta ai bisogni esistenziali che non possono esaurirsi nella dimensione fisica, ma abbracciano anche quella relazionale, sociale, affettiva (*case management*).

Dall'analisi degli attuali sistemi di offerta regionali emerge che oggi la risposta prevalente è focalizzata verso un target di utenza ascrivibile al vertice della piramide ovvero a persone non autosufficienti, con elevato livello di complessità, pluri-patologiche o in condizioni di fine vita. Ciò che oggi viene sollecitato anche dal DM 77/2022 è una maggior attenzione/presa in carico della popolazione sana potenzialmente a rischio e dell'utenza con malattia cronica a bassa e media complessità, ovvero gli strati medi e più bassi della piramide.

Da qui la necessità di ripensare l'offerta territoriale e quella infermieristica per livelli di complessità/intensità assistenziale, basati sulla presa in carico, sulla proattività, sul coinvolgimento della comunità e su un utente sempre più protagonista del proprio progetto di vita e di salute.

Per l'attuazione del modello diventa strategica la costituzione di un Team Multiprofessionale di Comunità (TMC; Agenas, 2016) composto da MMG, PLS, IFoC, ostetriche, fisioterapisti, educatori, assistenti sociali, operatori socio-sanitari e altri professionisti sanitari per un approccio assistenziale integrato, multidimensionale e proattivo.

All'interno del percorso di cura la persona partecipa attivamente al progetto di salute ed apprende come prendersi cura della propria salute fino ad arrivare all'*empowerment*. La persona instaura con i professionisti del TMC un patto di cura che gli consente di convivere con la malattia cronica. Ne deriva un utilizzo più appropriato dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali.

## Standard e funzioni dell'IFoC nel modello regionale

In base alle indicazioni normative del DM 77/2022 lo standard è di 1 IFoC ogni 3000 abitanti.

Standard indicati nel DM 77/2022
<p>Il DM 77/2022 propone per un Distretto di 100.000 abitanti i seguenti standard:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Casa della Comunità Hub ogni 40.000-50.000 abitanti;</li> <li>• Case della Comunità Spoke in base alle caratteristiche del territorio;</li> <li>• 1 IFoC ogni 3000 abitanti (numero complessivo di IFoC impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola);</li> <li>• 1 Unità di Continuità Assistenziale (UCA – 1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;</li> <li>• 1 COT ogni 100.000 abitanti;</li> <li>• 1 ospedale di comunità dotati di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.</li> </ul> <p><b>Note:</b> il DM 77/2022 definisce gli standard di personale per le strutture sopraindicate, mentre per l'Assistenza Domiciliare "la dotazione di personale da definire nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, sia in termini numerici che di figure professionali coinvolte, deve essere proporzionata alla tipologia di attività erogata, in particolare: medici, infermieri, operatori delle professioni sanitarie, della riabilitazione, operatori sociosanitari, e altri professionisti sanitari necessari a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel PAI/PRI".</p> <p>Rispetto alla tipologia di attività erogata, il DM definisce il seguente standard di riferimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.</li> </ul> <p>Tale obiettivo è indicato nel PNRR nella Missione 6, C1 (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale), che assegna "...4,00 miliardi di euro, di cui 2,72 miliardi connessi ai costi derivanti dal servire un numero crescente di pazienti".</p>

Tabella 6. Standard di riferimento DM 77/2022

Per gli standard delle funzioni espresse di seguito si può fare riferimento alla tabella 7. Ai fini organizzativi, tenuto conto dei modelli assistenziali regionali, nonché del programma di sviluppo del PNRR, si propone il seguente standard riferito alle Case della Comunità, alle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), alle cure domiciliari e ai luoghi comunitari.

Riferimenti	Applicazione dello standard in FVG
Distribuzione dello standard per 50.000 abitanti e 1 Casa della Comunità HUB	<ul style="list-style-type: none"> <li>– n. 7 - 11 IFoC per la Casa della Comunità (di cui n. 1,5 per AFT e n. 1 per luoghi comunitari);</li> <li>– n. 16 - 18 per ADI (tenuto conto degli obiettivi e degli investimenti previsti del PNRR)</li> </ul>

Tabella 7. Applicazione dello standard in FVG

Di seguito vengono elencate e descritte le funzioni dell'IFoC declinate nei quattro livelli assistenziali correlati ai livelli di rischio della popolazione: alto rischio, medio rischio, basso rischio, esposti al rischio.

### La funzione di *Case Manager*

Definizione e competenze specifiche: l'IFoC con funzione di *Case Manager* (CsM) è il professionista che riassume le funzioni svolte nei SID e sviluppa la dimensione della proattività e quella sociale dell'assistenza. Assicura l'assistenza infermieristica generale nell'ottica del *self-help* in collaborazione con tutte le risorse formali ed informali presenti nella comunità, perseguendo l'integrazione multi-professionale. L'IFoC CsM pone al centro il cittadino, i suoi familiari e la comunità e li considera all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che lo generavano.

L'IFoC CsM non è solo un erogatore di *care*, ma attivatore di potenziali di *care*, che insistono in modo latente nella comunità e che portati alla luce sprigionano una serie di beni cognitivi, affettivi, emotivi e di legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico. L'infermiere esprime il suo agito professionale non solo nella prestazione, ma nella mobilitazione di risorse informali che hanno già ricevuto forme di *welfare* e che restituiscono al sistema nuove energie e potenzialità contribuendo allo sviluppo del cosiddetto welfare generativo.

Target d'utenza: persone con bisogni complessi, con compromissione dell'autonomia funzionale e/o in stato di terminalità. La funzione assicura la presa in carico per le cure a lungo termine delle persone con malattie croniche in stato avanzato (presa in carico globale della persona e della famiglia nel suo contesto di vita), la creazione di un ambiente terapeutico, la garanzia di seguire nel tempo i problemi e la continuità tra i diversi *setting* di cura.

Setting: Livello ambulatoriale, domiciliare, comunitario.

A livello ambulatoriale l'IFoC CsM eroga l'assistenza a tutte le persone che sono in grado di deambulare e che necessitano di interventi tecnico-prestazionali o di educazione – promozione alla salute. Un elemento logistico ritenuto strategico e irrinunciabile per attivare percorsi di integrazione efficaci è l'ubicazione dell'ambulatorio infermieristico accanto al luogo di attività dell'assistente sociale e del MMG. Ciò facilita il riconoscimento di una sede socio-assistenziale e di conseguenza l'integrazione delle due aree.

A livello domiciliare, l'IFoC CsM eroga l'assistenza a tutti gli utenti che non possono recarsi in ambulatorio per gravi patologie o per difficoltà alla deambulazione che necessitano di assistenza infermieristica ad alta complessità, con carattere di continuità, con bassi livelli di autonomia che abbisognano di periodiche prestazioni sanitarie.

A livello comunitario, l'IFoC svolge attività trasversali di implementazione dell'integrazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali ed informali presenti sul territorio. La telemedicina diventa un utile strumento a supporto del processo di presa in carico per la prevenzione delle complicanze ed il monitoraggio sullo stato di salute.

Indicatori: per misurare l'efficacia degli interventi attuati, gli indicatori possono essere riferiti a ricorso ai servizi sanitari, tasso di istituzionalizzazione, qualità di vita, gestione del dolore, supporto ai familiari e ai *caregiver*, ricoveri per i sollievi.

### La Funzione di *Care Manager*

Definizione e competenze specifiche: l'IFoC con funzione di *Care Manager* (CrM) collabora e assicura la presa in carico proattiva attraverso il monitoraggio e il *follow-up* delle persone portatrici di più malattie croniche, della gestione e del coordinamento del processo di cura dei pazienti allo scopo di ritardare il più possibile l'evoluzione verso la non-autosufficienza e l'aggravarsi della malattia. Per le persone incluse in questo livello di rischio con una maggiore complessità assistenziale e una condizione di comorbidità emerge un forte bisogno di coordinamento (ad esempio tra la medicina di base e quella specialistica), di presa in carico integrata, di continuità delle cure e di educazione terapeutica. La telemedicina diventa un utile strumento a supporto del processo di presa in carico per la prevenzione delle complicanze e il monitoraggio sullo stato di salute.

Target d'utenza: persone a media complessità assistenziale portatrici di malattie croniche con multimorbidità e danni d'organo presenti ma ancora contenibili e con livelli di autonomia funzionale e capacità di self care conservati.

Setting: ambulatori infermieristici delle Case della Comunità (*Hub e Spoke*), domicilio, servizi ambulatoriali in collaborazione con la medicina di gruppo.

Il driver della funzione di *care manager* sono le cure primarie di equipe. Oltre alla forte integrazione tra professionisti è necessario un coordinamento tra i nodi della rete anche grazie al coinvolgimento attivo del MMG che esercita il ruolo di referente clinico sia per la persona ed i familiari che per tutti i professionisti impegnati nel progetto di salute.

Indicatori: per misurare l'efficacia degli interventi attuati, gli indicatori possono essere riferiti a contenimento e riduzione delle complicanze in relazione alle principali comorbidità, grado di aderenza terapeutica, ricorso ai servizi sanitari, compenso clinico.

### La funzione di *Disease Manager*

Definizione e competenze specifiche: l'IFoC *Disease Manager* (DM) collabora alla presa in carico proattiva attraverso *follow-up* delle persone portatrici di una malattia cronica con iniziale danno d'organo e autonomia funzionale conservata. L'obiettivo della presa in carico è quello di rafforzare l'autocura della persona e l'autogestione della malattia attraverso un approccio sistemico ed *evidence-based* alle patologie croniche e mediante un sistema di interventi coordinati e di comunicazioni/informazioni con il paziente che generano un impatto positivo sul livello di *compliance* e gestione della patologia. L'IFoC DM contribuisce alla realizzazione dei percorsi di diagnosi e terapia dei malati cronici inseriti in un apposito registro di patologia.

L'esercizio di questa funzione richiede competenze specifiche che attengono alla presa in carico proattiva, al follow-up, al monitoraggio clinico, all'educazione terapeutica. La sua funzione è volta

principalmente a rafforzare l'autocura come capacità di adattamento e di auto-gestione della persona con malattia cronica, nell'ottica dell'*empowerment* al fine di trasmettere conoscenze e competenze alla persona e ai suoi familiari affinché riescano a gestire nel miglior modo possibile i problemi di salute e prevenirne le complicanze.

Target d'utenza: persone a bassa complessità assistenziale con malattie croniche non complicate.

Setting: ambulatorio infermieristico e nella fattispecie nelle AFT che insistono all'interno delle Case della Comunità (*Hub e Spoke*), in forte collaborazione con il MMG.

Indicatori: per misurare l'efficacia degli interventi attuati, gli indicatori possono essere riferiti a livelli di compenso della patologia, ricorso ai servizi sanitari, aumento della capacità di autocura, *compliance* terapeutica, aderenza ai PDTA.

### Le funzioni di *Health Coach* e di *Population Wide Management*

Definizione e competenze specifiche: l'IFoC con la funzione di *Health Coach* (HC) agisce nel contesto della comunità civile rappresentata dalla popolazione sana al fine di promuovere la salute attraverso la partecipazione attiva da parte della comunità addestrando/formando dei leader informali appartenenti alla comunità affinché si realizzi la formazione tra pari per determinati target di utenza.

Le competenze specifiche per entrambe le funzioni sono orientate alla comunità e ad interventi di promozione e di mantenimento della salute. La funzione è prevalentemente di tipo educativo, i professionisti che agiscono entrambe le funzioni diventano attori del territorio al servizio della comunità per la promozione del benessere e della salute delle persone e dei gruppi.

Target d'utenza: popolazione sana e a potenziale rischio di esposizione a malattie croniche presente nei principali luoghi di vita e di lavoro tra cui ad esempio le scuole, le associazioni culturali, sportive, di volontariato, le imprese di beni e di servizi.

Setting: luoghi di vita e di lavoro nella comunità in un territorio di riferimento.

Indicatori: per misurare l'efficacia degli interventi attuati, gli indicatori possono essere riferiti a modifica dei determinanti alla salute come ad esempio gli stili di vita, la riduzione di incidenti nella comunità in relazione al *setting* di intervento.

La tabella 8 riporta una sintesi delle 4 funzioni specifiche e prevalenti sopra descritte afferenti al ruolo dell'IFoC e agite dal professionista nei diversi *setting* territoriali nella presa in carico di persone in base al profilo di rischio e con diversi bisogni di salute.

		OBIETTIVI	TARGET	ATTIVITÀ	NODI DELLA RETE
<b>FUNZIONI IFoC FVG</b>	Case management	Supportare non autosufficienza	Persone ad alto rischio con pluripatologia e bisogni socio sanitari complessi  Autonomia funzionale compromessa	Presa in carico integrata	ADI UDCP Ospedali di Comunità Ambiti Territoriali Sociali
	Care management	Ritardare l'evoluzione della malattia e le complicanze	Persone a medio rischio con pluripatologia  Autonomia funzionale conservata	Presa in carico integrata	Case della Comunità Servizi ambulatoriali ADI
	Disease management	Autogestione malattia	Persone a basso rischio con iniziale danno d'organo  Autonomia funzionale conservata	Presa in carico proattiva Follow-up Autocura Educazione terapeutica	Case della Comunità AFT Servizi ambulatoriali
	Health coach e Population Wide Management	Promozione salute	Persone sane	Formazione formatori	Comunità Dipartimento di Prevenzione

Tabella 8. Sintesi delle funzioni agite dall'IFoC FVG

## FVG: IL PROFILO DELLE COMPETENZE DELL'IFoC

Nella progettazione dello strumento di riferimento regionale, il gruppo di Progetto ha utilizzato diversi Framework di riferimento quali:

1. Progetto europeo ENhANCE (2021). Il progetto aveva l'obiettivo di colmare la distanza esistente tra le attuali competenze degli infermieri e le competenze effettivamente richieste sia dalle istituzioni pubbliche, sia da chi offre servizi privati per l'applicazione di modelli sanitari innovativi centrati sull'assistenza di base. I principali obiettivi erano incrementare il livello di specializzazione degli infermieri inserendo abilità specifiche dell'IFeC nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base; promuovere lo sviluppo del Curriculum europeo che faccia riferimento ad un profilo professionale dell'IFeC "standard" basato sulle indicazioni dell'OMS e delle politiche europee; rafforzare il passaggio dal vecchio modello dell'assistenza sanitaria di base a modelli più innovativi.

Gli esiti attesi dal progetto erano la definizione di un Profilo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità condiviso a livello europeo, la progettazione di linee guida per supportare la formazione, la stesura di raccomandazioni per futuri investimenti per la figura dell'IFeC.

2. Modello delle Unità Formative Capitalizzabili dell'Istituto per lo sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori (ISFOL). Il modello distingue le competenze di base, trasversali, tecnico – professionali, contestualizzandole nell'ambito sanitario; identifica le aree di attività e le funzioni caratterizzanti che descrivono le competenze tipiche di ogni professionista con Laurea Triennale, tra cui l'Infermiere Specialista in assistenza alla comunità e alla famiglia (IPASVI, 1998).

Nello specifico:

- competenze di base: capacità (ad esempio, parlare inglese, usare un computer, saper cercare lavoro) riconosciute come prerequisiti per l'accesso alla formazione e considerate imprescindibili per inserirsi o reinserirsi positivamente nel mondo del lavoro e per fronteggiare in modo positivo le situazioni di cambiamento;
  - competenze trasversali: capacità non connesse a una specifica attività o posizione lavorativa, e che possono essere applicate in più ambiti lavorativi e di vita; comprendono la capacità di diagnosi, di relazione, di *problem solving*, di decisione;
  - competenze tecnico-professionali: insieme dei saperi (conoscenze specifiche e procedurali) e delle tecniche connesse all'esercizio efficace di determinate attività operative proprie di specifici processi di lavoro.
3. Position Statement sull'Infermieristica di Comunità della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI, 2020). Di particolare interesse risulta la direzione indicata ossia "la messa a regime di modelli di Welfare generativo di comunità, in grado di potenziare il Capitale Sociale esistente e di aumentare la sostenibilità del sistema stesso". Inoltre l'attribuzione di una funzione enzimatica all'IFoC evidenzia il passaggio dalla funzione di erogatore di cure a quella di promotore di cure. Anche l'indicazione del modello di analisi e intervento familiare di Calgary congiunto agli altri modelli come il *Population Health Promotion Model*, l'*Expanded Chronic Care Model* e il *Population Health Management* risultano utili alla formulazione di un profilo di competenze.



4. DM 77/2022 - Il Decreto auspica l'utilizzo di un Progetto di salute basato su "modello di stratificazione, che utilizza informazioni relative ai bisogni clinici assistenziali e sociali della persona" con la "finalità di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati". La presa in carico della persona in termini olistici (*Planetary Health*) "permette non solo la gestione dei bisogni socioassistenziali ma anche di effettuare le valutazioni di processo e esito relative a ciascun individuo a prescindere dal livello di rischio. Tale approccio consente una valutazione che si articola su due livelli: quello della singola persona, con cui viene definito il Progetto di Salute e i relativi interventi; quello di popolazione, utile ai fini di programmazione e verifica dei risultati raggiunti dai servizi sanitari e sociosanitari nella comunità di riferimento".
5. Letteratura di riferimento. Oltre che al concetto di competenza prima citato e alle sue componenti, vi sono referenze infermieristiche che coniugano la definizione della competenza con la dimensione formativa necessaria per conseguirla. Un primo riferimento è il lavoro di *Patricia Benner* (2003) che applica all'infermieristica il modello *Dreyfuss* (1980) sull'acquisizione delle capacità. Nei confronti delle competenze professionali enucleate dalle reali situazioni cliniche e categorizzate per aree funzionali, *Benner* teorizza cinque livelli di padronanza (dal principiante all'esperto), livelli che consentono di distinguere i percorsi formativi necessari per sostenerli. Altro riferimento è rappresentato dal Progetto europeo *Tuning* (2010), che è parte di quel vasto processo di convergenza e rinnovo dei sistemi universitari europei, iniziato alla fine degli anni novanta, e tutt'ora in corso. Il Progetto *Tuning* Europa ha sviluppato un metodo, utile per la progettazione o il rinnovo dei corsi di studio, fondato sulle competenze e sui cosiddetti risultati di apprendimento, sistematizzati anche dai cosiddetti Descrittori di Dublino (2001). Nell'ambito di tale progetto, si sono costituiti vari gruppi di ricerca che hanno compiuto un'ampia consultazione volta a identificare le competenze generali e specifiche di alcune discipline pilota. Uno dei gruppi più attivi è stato quello infermieristico che ha contribuito a elaborare il documento "*Tuning Educational Structures in Europe 2010*" nel quale le competenze vengono organizzate in alcune aree funzionali. Ulteriore riferimento anche per lo sviluppo del modello delle competenze dell'IFoC è il testo già citato di Mara Pellizzari.

Sia il lavoro di *Benner* sia il progetto *Tuning* hanno optato per un'organizzazione delle competenze per aree funzionali (o domini) corrispondenti a contenuti professionali e non a categorie metodologiche come quelle del modello Isfol. Per la progettazione del modello regionale si è ritenuto maggiormente appropriato il ricorso a una struttura analoga, si è fatto riferimento anche alle aree funzionali che emergono dal profilo professionale dell'infermiere (DM 739/94) che rimane la matrice su cui si innestano le competenze specialistiche.

Il modello regionale delle competenze dell'IFoC proposto (v. allegato n. 1) ha una struttura gerarchica composta da: 8 domini, 13 macro competenze e 50 competenze specifiche.

Le competenze specifiche dell'IFoC possono essere successivamente raggruppate nei quattro livelli assistenziali correlati al rischio della popolazione: alto rischio, medio rischio, basso rischio, esposti al rischio.

Il modello delle competenze sarà completato con la costruzione di specifici indicatori di performance clinica e organizzativa attraverso il coinvolgimento di professionisti esperti.

## FVG: LA FORMAZIONE REGIONALE DELL'IFoC

I requisiti formativi sono da definire con un ordine temporale differenziato. Se da un lato si riconosce la necessità di considerare rilevante prevedere un percorso di formazione specifica con l'acquisizione di titoli accademici (ad es. master in Infermieristica di famiglia o Comunità), dall'altro occorre considerare fondamentale avviare tempestivamente l'organizzazione dell'assistenza territoriale come indicato dal DM 77/2022.

Si ritiene quindi necessario individuare infermieri per i quali sia possibile valorizzare l'esperienza acquisita, la motivazione e l'interesse all'ambito territoriale dell'assistenza.

Tenuto conto della necessità di disporre di IFoC per l'implementazione di quanto previsto nella Missione 6 C1 del già citato PNRR, la Regione FVG ritiene necessario procedere con la progettazione di iniziative formative regionali che permettano di acquisire competenze specifiche.

Tali iniziative dovranno rispettare, come indicato nelle Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale 2022 (DGR 321 dd 11.03.2022) punto 10.3.3.1 "*Percorso competenze avanzate comparto*", gli standard indicati nell'allegato I "*Corso di formazione complementare regionale*" previsti nel documento della Conferenza delle Regioni e Province Autonome "*Percorsi applicativi degli articoli 16-23 del CCNL 2016-2018 del comparto sanità relativamente agli incarichi di funzione di tipo professionale (reperto 20/17/CR6a/C7)*". Sulla base del Contratto Collettivo e secondo quanto previsto dal documento della Conferenza delle Regioni e Province Autonome sopra richiamato, è previsto che le Regioni attivino percorsi formativi dedicati alla crescita professionale specialistica del comparto, fatti salvi i master universitari specialistici.

La formazione, attivata in collaborazione con le aziende del SSR, e d'intesa con gli Atenei, sarà oggetto di accreditamento ECM, e potrà avvenire anche con modalità *blended* e formazione sul campo, per permettere agli infermieri di agire le proprie competenze nell'ambito delle cure comunitarie. Potrà inoltre essere riconosciuta e considerata anche ai fini dell'eventuale accesso a percorsi accademici.

Sarà costituito, con l'adozione di apposito atto dirigenziale, un comitato scientifico che coinvolgerà rappresentanti della Regione FVG, delle Università degli Studi di Udine e Trieste e delle Aziende Sanitarie per la formazione dei professionisti. Il Comitato Scientifico ha il compito di assicurare l'adeguatezza e la coerenza dei contenuti e delle metodologie del corso regionale.

A tal fine, svolge le seguenti funzioni:

- approva la struttura del percorso formativo;
- valida il contenuto e il materiale didattico del corso;
- approva l'elenco dei docenti;
- approva le regole per le verifiche di apprendimento intermedie e finali;
- definisce i requisiti di accesso al corso regionale;
- valuta gli esiti della Formazione e la qualità erogata attraverso lo sviluppo di sistemi di misura specifici.

Al fine di raggiungere le funzioni sopra citate, andrà previsto un sistema di valutazione di impatto della formazione progettata.

I partecipanti ai percorsi formativi saranno individuati dalle Aziende Sanitarie del SSR, in coerenza con i programmi Regionali di attuazione del PNRR e in particolare con l'attivazione graduale e/o sviluppo delle seguenti Strutture-Funzioni:

- Case della Comunità (Hub e Spoke);
- AFT;
- Cure domiciliari, ADI –SID.

I requisiti di accesso al percorso formativo regionale sono definiti dal Comitato Scientifico tenuto conto dell'esperienza dei professionisti che operano in ambito territoriale.

La progettualità formativa sarà inserita nel Piano della Formazione Regionale e affidata ad ARCS che potrà, eventualmente, attivare le specifiche iniziative anche in collaborazione con gli altri provider ECM del SSR.

La formazione è costituita da una parte teorica e una parte pratica. Complessivamente per la parte teorica si prevedono circa 90 ore di lezione frontale articolate in più moduli come da allegato 2 (alcuni moduli teorici potranno essere attivati in modalità FAD). Per quanto riguarda il tirocinio, lo standard atteso è di circa 200 ore: potrà essere svolto in parte con riconoscimento "*on the job*" in un *setting* appropriato a favorire l'apprendimento esperienziale.

Nella docenza e nel tutorato potrà essere coinvolto sia personale universitario, sia personale del SSR.

Per ottenere l'attestato, agli infermieri è richiesta la frequenza del 90% delle ore previste (teoria + tirocinio) e il superamento con esito positivo di un esame finale.

Previa specifica intesa con le Università della Regione FVG, la formazione regionale potrà essere successivamente riconosciuta ai fini della convalida di parte dei Crediti Formativi Universitari per la frequenza dei percorsi Universitari sulle cure di comunità.

Altresì verranno riconosciuti per la funzione espressa nel Profilo di Competenza dell'IFoC, l'aver frequentato percorsi formativi universitari al cui interno sono stati trattati moduli specifici attinenti al tema delle Cure Infermieristiche di Comunità.

## BIBLIOGRAFIA

- AAVV Documento IPASVI 2015. Evoluzione delle competenze infermieristiche. Federazione Nazionale Collegi IPASVI-delibera n. 79 del 25 aprile 2015
- AAVV Il PNRR e la gestione delle cronicità sul territorio. Dall'ospedale alle case di comunità e al domicilio come setting di cura. I Quaderni di Quotidiano Sanità. Marzo 2022
- AAVV The FCN European Curriculum – Final version draft 2021. Curriculum\_final-draft-v4.pdf (enhance-fcn.eu)
- Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? HEN Synthesis Report 2004. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded chronic care model: An integration of concepts and strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Healthcare Quarterly* 2003; 7(1), 73–82
- Bauman Z. La società individualizzata. Bologna: Il Mulino, 2002
- Benner P. L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza. Milano: McGraw-Hill; 2003
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011 Jul 19; 155(2):97-107
- Bodenheimer T, Wagner Eh, et al. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002
- Bortoli B. Cure informali. *Lavoro sociale.* 2002 (2): 14-16
- Brown CL, Menec V. Integrated Care Approaches Used for Transitions from Hospital to Community Care: A Scoping Review. *Can J Aging.* 2018 Jun;37(2):145-170.
- Butera F. Il castello e la rete. Milano 2002: Franco Angeli
- Cavada D, Siller M, Quircio S, Groeber G, Fink I, Preusse-Bleuler B, Battisti E. L'esperienza dell'introduzione dell'infermiere di famiglia in un comune della Provincia di Bolzano. *Assist Inferm Ric* 2021; 40: 158-162
- Coffey A, Leahy-Warren P, Savage E, Hegarty J, Cornally N, Day MR, Sahm L, O'Connor K, O'Doherty J, Liew A, Sezgin D, O'Caomh R. Interventions to Promote Early Discharge and Avoid Inappropriate Hospital (Re)Admission: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Jul 10;16(14):2457
- Coleman K et al. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Affairs* 2009; 28:75-85
- Conti A, Albanese B, Busca E, Martini L, Costa C, Campagna S. L'infermiere di famiglia e comunità: panoramica sull'esercizio della professione in Europa. *Assist Inferm Ric* 2021; 40: 131-136
- Davis KM, Eckert MC, Hutchinson A, Harmon J, Sharplin G, Shakib S, Caughey GE. Effectiveness of nurse-led services for people with chronic disease in achieving an outcome of continuity of care at the primary-secondary healthcare interface: A quantitative systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2021
- Dichiarazione della Sanità Mondiale - Health21: La salute per tutti nel 21°secolo - OMS, 1998
- Dreyfus SE, Dreyfus HL. A five stages model of the mental activities involved in directed skill acquisition. Los Angeles 1980; University of California
- FNOPI Position Statement "L'infermiere di famiglia e di comunità". Roma: 2020
- Folgheraiter F, Donati P. (a cura di). Community care. Teoria e pratica del lavoro sociale di rete. Trento: Erickson, 1991
- Folgheraiter F. Interventi di rete e comunità locali. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson, 1994
- Folgheraiter F. L'utente che non c'è. Trento: Erickson, 2000
- Fondazione E. Zancan Verso un welfare generativo, da costo a investimento-2013

- Fondazione E. Zancan Vincere la povertà con un welfare generativo, La lotta alla povertà – Rapporto 2012, Bologna: Il Mulino, 2012
- Garland-Baird L, Fraser K. Conceptualization of the Chronic Care Model: Implications for Home Care Case Manager Practice. *Home Healthc Now*. 2018 Nov/Dec; 36(6):379-385
- Goleman D. L'intelligenza emotiva. Milano: Rizzoli Libri, 2011
- Iglesias B, Ramos F, Serrano B, Fàbregas M, Sánchez C, García MJ, Cebrian HM, Aragonés R, Casajuana J, Esgueva N; PIPA Group. A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. *J Adv Nurs*. 2013 Nov;69(11):2446-57
- Institute of Medicine (US) Committee for the Study of the Future of Public Health. *The Future of Public Health*. Washington (DC): National Academies Press (US); 1988.
- IPASVI Perché l'analisi delle competenze. *L'Infermiere* 2007; 4: 2 -40
- ISFOL Ricostruire l'esperienza. Competenze, bilancio, formazione. Milano: Franco Angeli, 2004
- ISFOL Unità Capitalizzabili e crediti formativi. Milano: Franco Angeli, 1998
- Kindig D, Stoddart G. What is population health? *Am J Public Health*. 2003 Mar;93(3)
- Le Boterf G. Costruire le competenze individuali e collettive. Napoli: Guida editore, 2008
- Levati W, Saraò MV. Il modello delle competenze. Un contributo originale per la definizione di un nuovo approccio all'individuo e all'organizzazione nella gestione e nello sviluppo delle risorse umane. Milano: Franco Angeli, 2003
- Loknoff J. et al. Tuning educational Structures in Europe 2010. A Tuning guide to formulating degree programme profiles. Including Programme Competences and Programme Learning Outcomes. Bilbao: Univerisidad de Bilbao, 2010
- Maciocco G. Assistere le persone con condizioni croniche. *SaluteInternazionale* 2011
- Martini CM. L'etica dello stato sociale. Milano: Centro Ambrosiano, 1999
- Martini L, Adesso D, Di Falco A, Costa C, Mantoan D. Gli infermieri di famiglia in Italia: indagine esplorativa. *Assist Inferm Ric* 2021; 40: 137-142
- McAlearney A.S. Population health management in theory and practice. *Advances in Health Care Management*; 2002; 3: 117-59.
- Ministero della salute. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2019.
- Mislej M, Paoletti F. L'infermiere di famiglia e di comunità. Riccione: Maggioli, 2008
- Murali NS, Deao CE. Patient Engagement. *Prim Care*. 2019 dec;46(4):539-547
- Nutbeam D. *Health Promotion Glossary*. WHO 1998
- Obbia P. Cosa significa infermiere di famiglia e di comunità? *Assist Inferm Ric* 2021; 40: 125-130
- Organizzazione Mondiale della Sanità. Dichiarazione di Alma Ata. 1978
- Pan American Health Organization. *Innovative Care for Chronic Conditions: Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Noncommunicable Diseases in the Americas*. Washington, DC: PAHO, 2013. Pan American Health Organization. (2011). *Health situation analysis and trends summary*.
- Parry C, Mahoney E, Chalmers SA, Coleman EA. Assessing the quality of transitional care: further applications of the care transition measure. *Med Care* 2008; 46 (3): 317-22
- Pellizzari M. L'infermiere di comunità. Dalla teoria alla prassi. Milano: McGraw-Hill, 2008
- Pellizzari M. Proposta di un modello di infermieristica di comunità avanzata (MICA) per la gestione della cronicità in FVG. Corso per Direttori Generali. FVG, 2017

Purbhoo D, Wojtak A. Patient and Family-Centred Home and Community Care: Realizing the Opportunity. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2018 Jun;31(2):40-51

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia. Profilo di salute ed equità 2020 Regione FVG. Allegato al Piano della Prevenzione 2020 -2025

Rocco G, Marcadelli S, Stievano A, Cipolla C. Infermiere di famiglia e di comunità. Proposte di policy per un nuovo welfare. Milano: Franco Angeli, 2017

Sasso L, Bagnasco A, Aleo G, Zanini M, Catania G, Pozzi F, Rodrigues C, et al. Report on the definition of a Professional Profile for the Family and Community Nurse. (FCN). 2018

Sasso L, Gamberoni L, Ferraresi A, Tibaldi L. L'infermiere di famiglia. Bologna: Mc Graw-Hill, 2005

Siclován DM, Bang JT, Yakusheva O, Hamilton M, Bobay KL, Costa LL, Hughes RG, Miles J, Bahr SJ, Weiss ME. Effectiveness of home health care in reducing return to hospital: Evidence from a multi-hospital study in the US. *Int J Nurs Stud*. 2021

Smits M, Peters Y, Ranke S, Plat E, Laurant M, Giesen P. Substitution of general practitioners by nurse practitioners in out-of-hours primary care home visits: A quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud*. 2020

Spencer LM, Spencer SM. Competenza nel lavoro, modelli per una performance superiore. Milano: FrancoAngeli, 1993

Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. Rev. ed. New York, NY: Oxford University Press, 1998

Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. New York, NY: Oxford University Press, 1992

Tartaglini, D. (2006). L'infermiere e la comunità. Roma: Carocci editore.

The Family Health Nurse: Context, Conceptual Framework and Curriculum – OMS, 2000

Wagner EH, Austin Bt, et al. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Aff* 2001; 20(6): 64-78

Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. 1998; 1:2-4

Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ* 2000; 320:569-72

## SITOGRAFIA

<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Ultimo accesso luglio 2022

<https://demo.istat.it/> Ultimo accesso luglio 2022

<https://www.epicentro.iss.it/passi/> Ultimo accesso luglio 2022

<https://www.hopkinsacg.org/> Ultimo accesso luglio 2022

<https://politichecoesione.governo.it/media/2878/allegato-8-health-equity-audit.pdf/> Ultimo accesso luglio 2022

## RIFERIMENTI NORMATIVI

D.G.R. n. 18-2891 dell'8.2.2016 ed implementata con la D.G.R. n. 32.5173 del 12.6.2017 dalla Regione Piemonte. Progetto CoNSENSo - Community Nurse and Supporting Elderly in a Changing Society

Decreto del Ministero della Salute del 23 maggio 2022, n.77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale)

Decreto Legge del 19 maggio 2020, n. 34 (Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19) convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77

Delibera della Giunta Regionale del Veneto del 16 giugno 2020 n. 782 - Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 (Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Attuazione delle misure in materia sanitaria)

Delibera della Giunta Regionale della Campania 03 novembre 2020, n. 475 (Approvazione piano di potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza territoriale)

Delibera della Giunta Regionale della Lombardia del 14 luglio 2020 n. 11 (Determinazioni in ordine al reclutamento di personale per i servizi sanitari territoriali)

Delibera della Giunta Regionale della Sardegna 18 novembre 2020, n. 57/14 (Piano di riorganizzazione della rete assistenziale territoriale ai sensi dell'art. 1 Decreto Legge n. 34/2020)

Delibera della Giunta Regionale della Toscana 04 giugno 2018 n. 597 (Indirizzi per lo sviluppo del modello assistenziale infermiere di famiglia e di comunità. Approvazione e destinazione delle risorse. Allegato A: Indirizzi per lo sviluppo del modello assistenziale "Infermiere di Famiglia e di Comunità")

Delibera della Giunta Regionale Piemonte 2 luglio 2021, n. 6-3472 (Art. 1, co. 5, del D.L. n. 34/2020, convertito nella L. n. 77/2020 – Approvazione del documento - "Linee di indirizzo regionali in materia di infermiere di famiglia e di comunità", per il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale)

Delibera di Giunta Regionale del FVG 11 marzo 2022, n. 321 (L.R. 22/2019 - Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2022. Approvazione Definitiva)

Delibera di Giunta Regionale del FVG 21 gennaio 2022, n. 54 (L.R. 22/2019 - Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2022. Approvazione preliminare)

Delibera di Giunta Regionale del FVG 24 settembre 2021, n. 1446 (L.R. 22/2019. Definizione delle attività e delle funzioni dei Livelli Assistenziali del Servizio Sanitario Regionale)

Legge regionale del 12 dicembre 2019, n. 22 (Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006)

Legge regionale del 16 ottobre 2014, n.17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria)

Legge regionale del 17 dicembre 2018, n. 27 (Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale)

Patto per la Salute 2019-2021. Conferenza Stato Regioni del 18 dicembre 2018

Piano Nazionale della Cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016

Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 – Ministero della Salute

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato dal Consiglio dei Ministri il 12 gennaio 2021

Generalità del 17/07/2020 – Stato di attuazione dell'Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale della Cronicità - Piano Regionale della Cronicità - 28/07/2020

Piano Sanitario e Socio-Sanitario 2010-2012 FVG

Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2010 - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Regolamento UE 2019/1700 - Quadro comune per le statistiche europee sulle persone e sulle famiglie, sulla base di dati a livello individuale raccolti da campioni

## ALLEGATO n. 1: FVG - Modello delle competenze IFoC

DOMINIO	MACRO COMPETENZA	COMPETENZA SPECIFICA
<b>ASSISTENZA</b>	Gestire i percorsi assistenziali della persona/famiglia/comunità	<p>Valutare il contesto sociale, culturale ed economico in cui vive il paziente</p> <p>Identificare e valutare lo stato di salute e i bisogni sanitari di individui e famiglie nel contesto delle loro culture e comunità</p> <p>Valutare con approccio multidimensionale i bisogni di salute della persona in tutte le fasi della vita, delle famiglie e della comunità attraverso l'utilizzo di strumenti validati e assicurare la progettazione dei piani assistenziali individuali</p> <p>Partecipare alla definizione di percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali per utenti cronici inseriti in appositi registri di patologia o fragilità</p> <p>Aderire agli standard assistenziali e valutare i risultati delle attività infermieristiche a domicilio e in comunità</p> <p>Effettuare prescrizioni e trattamenti terapeutici</p> <p>Monitorare il grado di stabilità e fornire assistenza a lungo termine a persone affette da malattie croniche e rare in tutte le fasi della vita e delle persone con livelli elevati di rischio di malattia, in collaborazione con altri membri del team multidisciplinare</p> <p>Gestire la promozione, l'educazione, il trattamento e il monitoraggio della salute anche con il supporto delle Technology e- Health (tecnologie sanitarie elettroniche mobili)</p> <p>Monitorare e fornire assistenza a lungo termine a persone affette da malattie croniche e rare in tutte le fasi della vita e delle persone con livelli elevati di rischio di malattia, in collaborazione con altri membri del team multidisciplinare</p> <p>Progettare, coordinare e verificare gli interventi di "aiuto infermieristico ed assistenza tutelare alla persona" resi da familiari e/o altri operatori (operatori di supporto, assistenti domiciliari)</p> <p>Valutare e documentare sistematicamente la propria pratica professionale attraverso l'utilizzo di supporti documentali e gestionali informatici</p>
	Gestire il rischio clinico/assistenziale	<p>Conoscere i fattori di rischio prevalenti nel territorio di riferimento, considerando i determinanti della salute</p> <p>Rilevare i rischi comportamentali, ambientali e domestici e individuare le eventuali strategie preventive</p> <p>Gestire gli strumenti di analisi reattiva valutando gli eventi che hanno portato all'errore (incident reporting, root cause analysis, revisione documentale)</p> <p>Gestire gli strumenti di analisi proattiva: FMEA-FMECA</p> <p>Sviluppare la leadership infermieristica e le competenze decisionali per garantire la sicurezza clinica e la sicurezza del paziente</p> <p>Partecipare alla redazione, verifica, attuazione e supervisione di protocolli e procedure per la qualità dell'assistenza</p>



<b>DOMINIO</b>	<b>MACRO COMPETENZA</b>	<b>COMPETENZA SPECIFICA</b>
	Attivare la rete dei servizi nel contesto territoriale	Valutare i bisogni di orientamento rispetto ai servizi sociosanitari esistenti, ai percorsi necessari per la loro attivazione e all'utilizzo delle fonti di informazione e di comunicazione disponibili Assicurare la continuità assistenziale/transitional care tra i vari setting attraverso la messa in rete di tutti i servizi sanitari e sociali presenti sul territorio
<b>RICERCA</b>	Utilizzare le migliori evidenze	Utilizzare le migliori evidenze scientifiche disponibili nella pratica clinica
	Attuare progetti di ricerca selezionati	Identificare specifici problemi e aree di ricerca e partecipare alla stesura del protocollo di ricerca
		Verificare l'applicazione dei risultati delle ricerche per ottenere un miglioramento della qualità Divulgare i risultati delle ricerche all'equipe
<b>CONSULENZA</b>	Assicurare consulenza in qualità di esperto	Assicurare la propria competenza in qualità di esperto su processi ad elevata complessità nei diversi contesti clinico - organizzativi
		Mantenere relazioni professionali e interprofessionali e un ruolo di supporto con i colleghi per garantire il rispetto degli standard professionali
		Utilizzare tecniche di coaching favorendo una partecipazione attiva dei professionisti coinvolgendoli in un processo di apprendimento e potenziamento delle loro competenze
<b>PREVENZIONE</b>	Attivare interventi educativi e/o informativi per la promozione di stili di vita sani (health coach)	Promuovere la salute negli individui, nelle famiglie, nella comunità e la prevenzione primaria, secondaria e terziaria facendo riferimento ai modelli concettuali disponibili, tra cui: il Population Health Promotion Model, l'Expanded Chronic Care Model e il Population Health Management
		Promuovere la salute orientata all'empowerment dei soggetti e dei contesti, condotta dalla e con la comunità (anche scolastica), facendo riferimento al modello della medicina d'iniziativa, presa in carico "leggera e anticipata" del bisogno inespresso e delle fragilità
		Progettare e condurre interventi di promozione della salute, educazione alla salute, educazione terapeutica rivolti al singolo, alla famiglia, alla comunità, inclusa l'alfabetizzazione sanitaria e digitale
<b>EDUCAZIONE TERAPEUTICA</b>	Attuare interventi di educazione terapeutica	Promuovere il ruolo del caregiver e del nucleo familiare attraverso l'individuazione delle dinamiche relazionali per la gestione della malattia
		Attuare interventi educativi all'individuo/famiglia e costruire relazioni terapeutiche efficaci per l'autogestione della malattia nell'ottica dell'empowerment e dell'alleanza terapeutica e verificare gli esiti
		Coinvolgere le persone e le famiglie nelle decisioni che riguardano la loro salute e il loro benessere instaurando una relazione di aiuto con il paziente/famiglia per supportare la presa di coscienza della condizione di salute
<b>ORGANIZZAZIONE</b>	Gestire la complessità organizzativa delle cure territoriali	Agire come agenti di cambiamento per migliorare la pratica infermieristica familiare e comunitaria
		Valutare le politiche per la famiglia e la comunità ai fini della promozione della salute attraverso uno stile di leadership situazionale

<b>DOMINIO</b>	<b>MACRO COMPETENZA</b>	<b>COMPETENZA SPECIFICA</b>
		<p>Gestire in modo razionale il proprio tempo in base ai bisogni e alle priorità assistenziali (in un contesto di turbolenza organizzativa)</p> <p>Utilizzare software e applicativi informatici utili alla valutazione e gestione della popolazione in carico</p> <p>Conoscere e utilizzare strumenti per il monitoraggio a distanza e per la teleassistenza, che possa favorire la cura a domicilio in sinergia con i professionisti coinvolti e con le organizzazioni territoriali</p> <p>Favorire la collaborazione e la partecipazione attiva delle associazioni di volontariato per patologia presenti sul territorio</p>
<b>RELAZIONE</b>	Sviluppare intelligenza emotiva verso se stessi (Competenza personale)	Avere consapevolezza e padronanza di sé rispetto alle funzioni agite
		Dimostrare motivazione: tendenze emotive che guidano o facilitano il raggiungimento di obiettivi (spinta alla realizzazione, impegno, iniziativa, ottimismo)
	Sviluppare intelligenza emotiva verso gli altri (competenza sociale)	Essere empatici: avere consapevolezza dei sentimenti, delle esigenze e degli interessi altrui (comprensione degli altri, assistenza, promozione dello sviluppo altrui, accoglimento della diversità, consapevolezza politica)
		Dimostrare abilità sociali: possedere abilità nell'indurre risposte desiderabili negli altri (influenza, comunicazione, leadership, catalisi del cambiamento, gestione del conflitto, costruzione di legami, collaborazione e cooperazione, lavoro in team)
	Advocacy	Promuovere la capacità di advocacy del cittadino, rappresentandone gli interessi e valorizzando l'autodeterminazione del paziente
		Assumere i ruoli di helper e counsellor in quanto l'infermiere aiuta il paziente, la famiglia e la comunità a individuare i problemi e promuovere l'utilizzo delle risorse potenziali per la soluzione degli stessi
		Lavorare, secondo il modello organizzativo del case management, in rete con i servizi e in integrazione con altre figure (MMG, dietista, assistente sociale) attraverso la conoscenza delle competenze distintive dei professionisti
Favorire e rafforzare legami solidaristici per rispondere ai bisogni di salute delle persone assistite attraverso l'attivazione delle risorse informali della comunità (vicini di casa, gruppi di volontariato, amministrazioni comunali, figura religiosa di riferimento) e attivare interventi/azioni di inclusione sociale		
Progettare occasioni di incontro tra persone che presentano problemi di salute simili per favorire i processi di auto mutuo aiuto con modelli validati come il Modello Stanford		
	Garantire l'informazione e l'orientamento all'utente sui servizi favorendo la partecipazione attiva di tutti i professionisti alle attività della Centrale Operativa Territoriale	
<b>FORMAZIONE</b>	Contribuire alla formazione	Aggiornare e accrescere le proprie conoscenze/competenze attraverso la partecipazione attiva ad iniziative di formazione continua nell'ottica del miglioramento delle competenze avanzate
		Svolgere la funzione di Mentorship nei confronti di operatori neofiti che degli studenti

## ALLEGATO n. 2: FVG - Progetto formativo regionale per IFoC

<b>N. Modulo</b>	<b>Argomenti</b>	<b>N. Ore</b>
1	Economia e politica sanitaria e il ruolo dell'IFoC nelle cure primarie	7:00
	L'organizzazione dei servizi socio-sanitari in FVG	
2	Elementi di Sanità pubblica	7:00
	Epidemiologia delle malattie croniche e statistica sanitaria	
3	Elementi socio-demografici per la lettura dei bisogni di salute della comunità	7:00
	I processi e metodi di stratificazione della popolazione	
4	La presa in carico delle persone con fragilità	7:00
5	Modelli teorici di riferimento per l'infermieristica di famiglia e di comunità e sviluppo della progettualità in FVG	7:00
	Ambiti, livelli di intervento e competenze core dell'IFoC	
6	La presa in carico L'assessment infermieristico	7:00
	La visita domiciliare	
7	Promozione ed educazione alla salute	10:00
8	Il coinvolgimento del paziente	7:00
9	Metodologia del lavoro di Rete	7:00
	Il Lavoro d'equipe e l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale	
10	Technology and Health Care Sistemi Informativi Regionali flussi ministeriali Innovazione tecnologica nella sanità territoriale: telemedicina e teleassistenza	7:00
11	Approfondimenti sulle funzioni specifiche dell'IFoC	7:00
		7:00
	<b>Ore complessive</b>	<b>87:00</b>

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE