



**ASU FC**  
Azienda sanitaria  
universitaria  
Friuli Centrale



**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI UDINE**

hic sunt futura

# L'evoluzione dell'assistenza territoriale: implicazioni per lo sviluppo delle competenze infermieristiche



**CdS in Infermieristica**  
**Biblioteca dei Rizzi**  
**13 marzo 2023**



**ASUFC**

***Universita' degli Studi Udine***

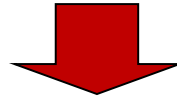
**L'EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA  
TERRITORIALE:  
IMPLICAZIONI PER LO SVILUPPO  
COMPETENZE INFERMIERISTICHE**

***I MODELLI ESISTENTI DI  
INFERMIERISTICA  
TERRITORIALE:***

***L'ESPERIENZA  
DELL'INFERMIERISTICA DI  
COMUNITA' DELLA BASSA  
FRIULANA***

***Udine, 13 marzo 2023***

# AGENDA



- **IL CONTESTO REGIONE FVG**
- **IL MODELLO INFERMIERE DI COMUNITA'; L'ESPERIENZA DELLA BASSA FRIULANA**
- **I RISULTATI**
- **PROGETTI CORRELATI E PROSPETTIVE FUTURE**

# IL CONTESTO REGIONALE

## ● INVECCHIAMENTO POPOLAZIONE FVG 2019

- Pop > 65 → 26,2% (IT 22,8%)
- Indice di vecchiaia 218,3 (IT 174,0)
- Indice di dipendenza strutturale 61,,9 (IT 56,4)

## ● TREND DI CRESCITA POPOLAZIONE ANZIANA FVG NEL 2051 SI PREVEDE

- 36,4% di anziani over 65
- 21% di anziani over 75

## ● PROPORZIONE PERSONE CON MALATTIE CRONICHE

- 38,9% residenti FVG affetto da 1 o 2 mal croniche (IT 39,9%)

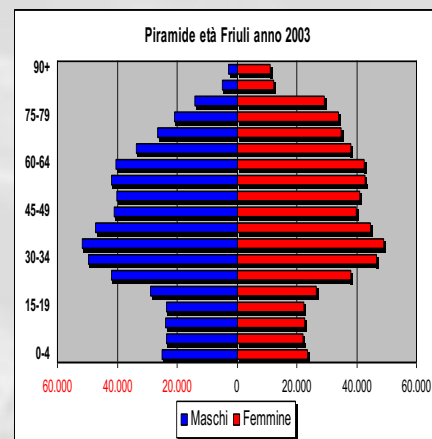
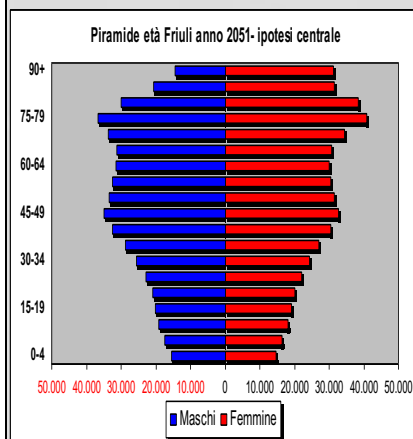
## ● AUMENTO DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

- nel 2051 raddoppio anziani dipendenti

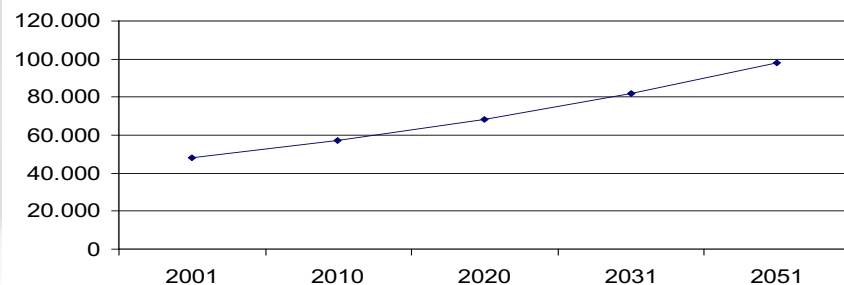
## ● CAREGIVER RATIO

- Nel 2051 si prevede una riduzione dei potenziali *caregiver*: da 1,94 attuali a 0,56 per ogni anziano over 80

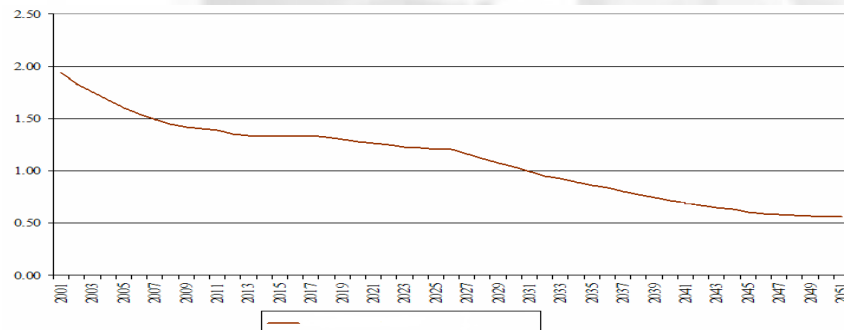
## PROIEZIONI ISTAT POPOLAZIONE FVG 2051



## PROIEZIONE ANZIANI DIPENDENTI FVG 2051



## PROIEZIONE CAREGIVER RATIO 2051





# INFERMIERISTICA DI COMUNITA' FVG

... **NASCE** nel 1998 come risposta a un **quesito di fondo**....



Con **quali** **modalità assistenziali** la prof.ne infermieristica può **fronteggiare** l'assistenza sul territorio, per dare risposta ai nuovi **BISOGNI ESISTENZIALI, di VITA** della popolazione?



.....a fronte di...

- >popolazione anziana
- >malattie croniche e comorbidità
- >bisogni esistenziali
- > forbice tra chi cura e chi ha bisogno di cura
- finitezza risorse



- INADEGUATEZZA DEI MODELLI ASS.LI TECNICO-FUNZIONALI
- TRASFORMAZIONE DEL TESSUTO SOCIALE
- EVOLUZIONE POLITICHE SOCIALI WELFARE STATE-VS WELFARE COMMUNITY/GENERATIVO

**refer.ti normativi reg.li**

- PSSS FVG 2006-2008 DGR N. 2843 24/11/2006
- PSSS FVG FVG 2010-2012
- LR 17/2014 RIF SAN FVG
- LR 27/2018 RIF SAN FVG
- LR 22/2019 RIF SAN FVG

# WELFARE DI COMUNITA'

LA CRISI DEL WELFARE STATE E LA NASCITA DI UN NUOVO STATO SOCIALE HANNO CONDOTTO A UN **RIPENSAMENTO DEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO** CHE HA PREVISTO LA **RIPROGETTAZIONE DELL'ASSISTENZIALISMO COMMUNITY CARE**

**CURE DI COMUNITA' → restit. ne comunita' primato cure di base**

**RETI DI INTERVENTI CHE SI BASANO SULL'INCONTRO CREATIVO TRA SOGGETTI PRIMARI (FAMIGLIA, VICINATO, GRUPPI AMICALI, ASSOCIAZIONI LOCALI) E SERVIZI ORGANIZZATI (SIA PUBBLICI CHE PRIVATI) MEDIANTE RELAZIONI DI RECIPROCA' SINERGICA**

**RISORSE**

**FORMALI**

**RISORSE**

**INFORMALI**

**COMMUNITY CARE:**

**presa in carico della comunita' da parte della comunita'**

# INFERMIERISTICA DI COMUNITA'

## PRINCIPI GUIDA

COMMUNITY  
CARE

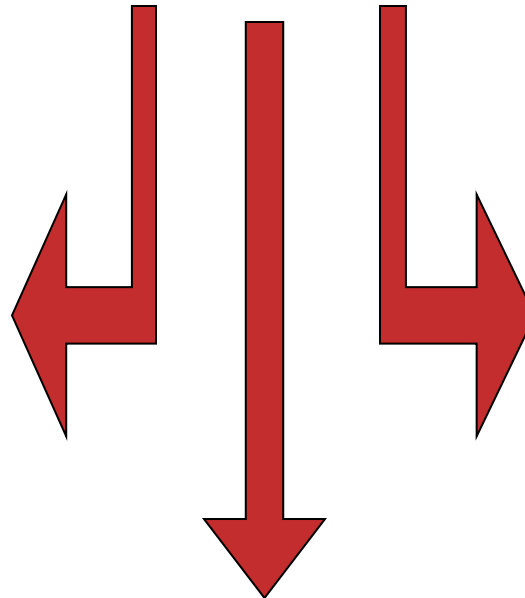
WELFARE COMMUNITY

LAVORO DI RETE

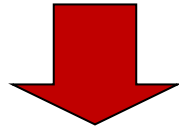
SELF CARE

MODELLO  
ORGANIZZATIVO A RETE

EMPOWERMENT



# PRINCIPI E MODELLI DI RIFERIMENTO



## TEORICI

- **TEORIA RELAZIONALE DELLA SOCIETA' (PP. DONATI)**
- **WELFARE COMUNITA'/GEN.VO**
- **HUMAN CARING (J. WATSON)**
- **OREM – SELF-CARE**



## ORGANIZZATIVI

- **COMMUNITY CARE**
- **LAVORO A RETE**
- **MODELLO ORGANIZZATIVO RETE**
- **MODELLO PRESTAZIONALE**
- **MODELLO RELAZIONALE**
- **CASE MANAGEMENT**



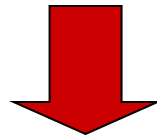
## ETICO-VALORIALI

- **EMPOWERMENT E SELF – CARE**
- **PZ PRO-SUMER CAPACI DI WELFARE GENERATIVO**
- **PROFESSIONISTI NON SOLO EROGATORI DI CARE MA ATTIVATORI DI POTENZIALI DI CARE**



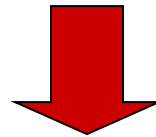
## **PROGETTO INFERMIERE DI COMUNITA'**

**....NASCE con la ferma convinzione che...**



**SUPERARE  
approccio TECNICO-PRESTAZIONALE**

**VS approccio RELAZIONALE**



- **CREARE LE MIGLIORI CONDIZIONI POSSIBILI PER SVILUPPARE UNA CULTURA SANITARIA FONDATA SULLA PROMOZIONE E MANTENIMENTO DELLA SALUTE DELLA PERSONA E SULLE SUE CAPACITA' DI AUTOCURA**
- **INTEGRARE E PORRE IN UN RAPPORTO DI COMPLEMENTARIETA' I DIVERSI TIPI DI CURA FORMALE E INFORMALE PROMUOVENDO LA COMUNITA', PER ASSICURARE UNA MIGLIORE QUALITA' DI VITA**

# INFERMIERE DI COMUNITA' → MODELLI A CONFRONTO

**MODELLO  
PRESTAZIONALE**



**PRESTAZIONE  
come FINE anzichè' COME  
MEZZO**

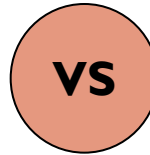


**DERESPONSABILIZZA  
UTENTE E INFERMIERE**



**Adatto prevalentemente pz ACUTO**

**Enfatizza L'OFFERTA DEI SERVIZI  
anzichè' L'ACCOGLIENZA della  
DOMANDA**



**MODELLO RELAZIONALE**



**RELAZIONE/RECIPROCITA'  
come RISORSA da cui iniziare  
a tessere una rete rigenerante  
di beni cognitivi, affettivi, sociali  
che garantiscono la presa uin  
carico integrata**



**RESPONSABILIZZA UTENTE  
E INFERMIERE**



**Adatto prevalentemente pz CRONICO**

**PRESA IN CARICO INTEGRATA  
Caratterizzata da interventi di natura  
sociale, relazionale, tutelare  
Enfatizza L'ACCOGLIENZA della  
DOMANDA anziché L'OFFERTA DEI  
SERVIZI**

## TEORIA RELAZIONALE

● 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. Esso considera ogni aspetto della realtà, sia esso epistemologico o operativo, come una questione di reciprocità di scambio delle parti in relazione, e quindi di reciproca loro modificazione, nel senso del progresso o del regresso, attraverso la con-divisione (piuttosto che l'autoreferenzialità).

● In questa prospettiva “non si guarda alla persona “con il problema” in quanto tale, e non si opera unilinearmente su di essa ( in senso clinico, educativo o assistenziale), ma **si considera invece il problema come se questo fosse sempre “ripartito” all’interno di una rete di relazioni** e si pensa sempre come se la soluzione dovesse emergere ed essere concretamente praticata attraverso il concorso della stessa rete o di parte di essa o di una nuova rete potenziata, alla quale esso si relaziona.

● **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”**

# IC NASCITA ED EVOLUZIONE

INFERMIERE  
DI  
COMUNITA'

1998-2000  
Fase progettuale  
(P.A.L.)

2001  
Avvio  
sperimentazione  
(prime sedi IC  
in 2 Comuni)

2002-2005  
Implementazione  
(Valutazioni in progress  
Formazione operatori)

Gennaio 1998  
Dicembre 2022

2006-2012  
Valutazione

Consolidamento  
(21 sedi IC-95% Comuni BF)

2015-2022  
II Fase attuativa AZ 2 BFI  
(Estensione progetto)  
area isontina 12 sedi

2013-2014  
Messa a regime AZ 5 BF  
(23 sedi IC-100% Comuni BF)



# OBIETTIVI



- **MIGLIORARE L'ACCESSIBILITA', LA CONTINUITA' E IL RAPPORTO DI FIDUCIA CON L'IC DI RIFERIMENTO**
- **RESPONSABILIZZARE LA PERSONA, LA FAMIGLIA E LA COMUNITA' E RENDERLI COMPETENTI NELLA GESTIONE DELLA LORO SALUTE SECONDO I PRINCIPI DELL' EMPOWERMENT**
- **PROMUOVERE IL COINVOLGIMENTO ATTIVO DI TUTTI I SOGGETTI DELLA SOCIETA' CIVILE E RICERCARE LA MASSIMA SINERGIA TRA RISORSE FORMALI E INFORMALI DELLA COMUNITA'**
- **INCREMENTARE IL LIVELLO DI PROSSIMITA' DEI SERVIZI E MASSIMIZZARE IL CONTATTO TRA ISTITUZIONI E CITTADINI**
- **ATTIVARE NUOVE FORME DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA**
- **AUMENTARE L'EFFICACIA DELLE CURE INFERMIERISTICHE E L'EFFICIENZA NELL'EROGAZIONE DEI SERVIZI**

# IL PROGETTO IC

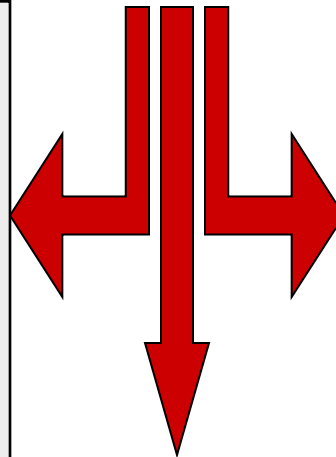


**ATTIVAZIONE DI UN SERVIZIO DI ASSISTENZA  
INFERMIERISTICA DECENTRATO A LIVELLO DI  
COMUNITA'**

**1 INFERMIERE  
ogni 2500-3000 abitanti**

● **Costantemente presente nella comunità, conoscitore dei bisogni e delle risorse del territorio e punto di riferimento per l'assistenza infermieristica**

**EROGATORE DI CARE**



● **Collaborante con tutti i professionisti nella e con la comunità comprese le risorse informali (vicinato, ass volont )**

**ATTIVATORE DI  
POTENZIALI DI CARE RETE  
WELFARE C**

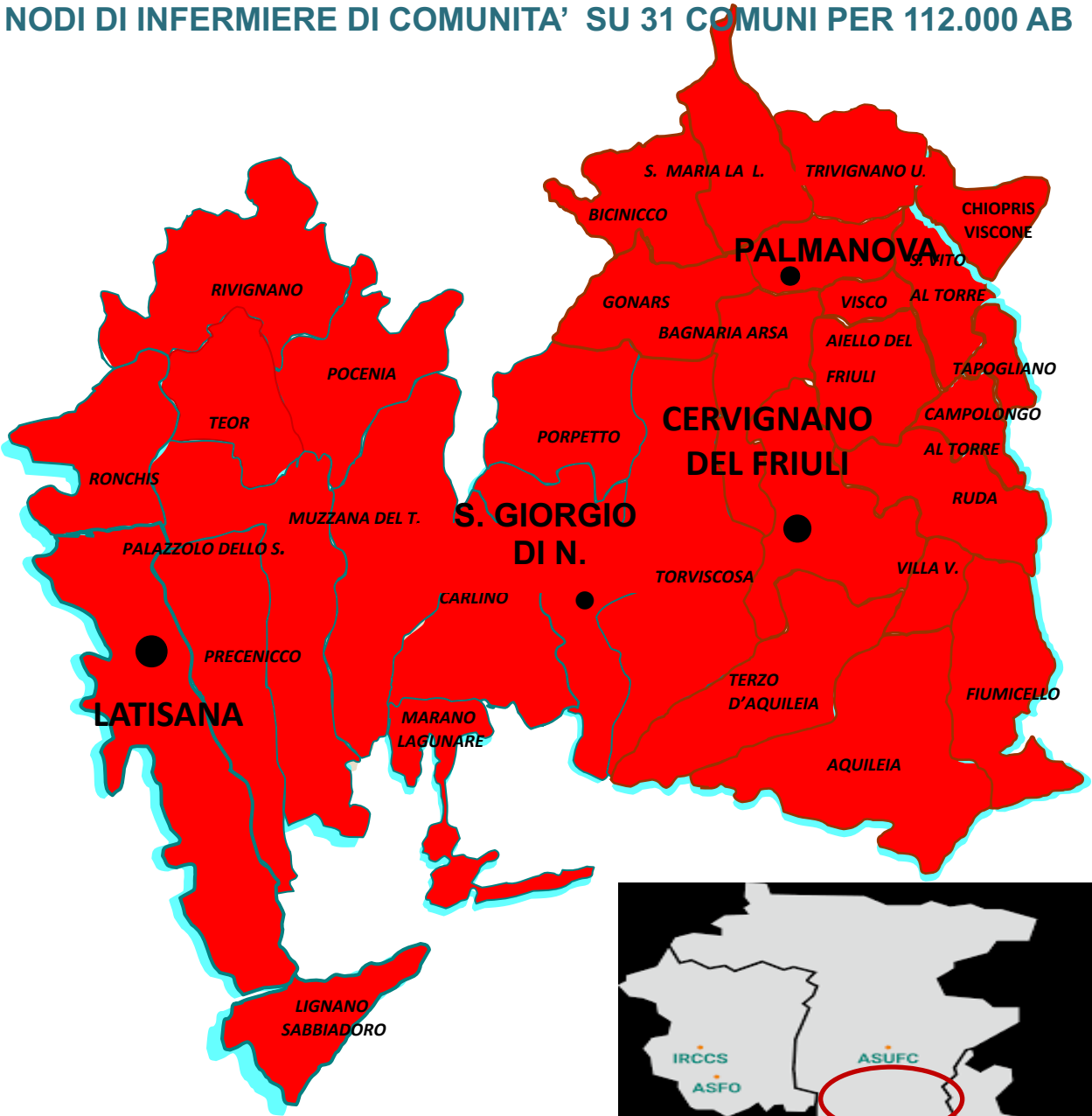
● **RISORSE** → EX SID → VS IINFERMIERI DI COMUNITA'

● **OFFERTA** → Copertura IC 6 h/gg per 7 gg/sett, le restanti 6 h copertura dell'equipe infermieristica centrale distrettuale (servizio 7 gg L-D 07.00-19.00)

# L'infermiere di comunità nel territorio della Bassa Friulana



23 NODI DI INFERMIERE DI COMUNITA' SU 31 COMUNI PER 112.000 AB



## DATA ATTIVAZIONE SERVIZIO

GONARS	29/10/2001
AIELLO CAMPOLONGO- TAPOGLIANO	17/12/2001
RIVIGNANO	21/01/2002
BAGNARIA ARSA	24/06/2002
LIGNANO S.	18/11/2002
CARLINO	
MARANO L.	16/12/2002
AQUILEIA	28/04/2003
S.VITO AL T. CHIOPRIS-VISCONTI	
VISCO	27/10/2003
POCENIA	15/12/2003
RUDA VILLA V.	12/01/2004
MUZZANA DEL T.	5/03/2004
S. MARIA LL BICINICCO	17/05/2004
PALAZZOLO DELLO S./	
PRECENICCO	01/08/2004
FIUMICELLO	22/11/2004
TORVISCOSA	20/12/2004
TEOR- RONCHIS	28/12/2007
TRIVIGNANO	10/11/2007
TERZO D' A.	13/12/2004
CERVIGNANO D.F.	26/12/21011
PALMANOVA	31/03/2010
S. GIORGIO DI NOGARO	2014
LATISANA	2015



# COMPETENZE DISTINTIVE DELL' INFERMIERE DI COMUNITA'



## DIMENSIONI DI RUOLO

1. PRESA IN CARICO INTEGRATA
2. CONTINUITA' DELLE CURE
3. PROATTIVITA'
4. PRESTAZIONE
5. SVILUPPO DELLA COMUNITA'
6. INTEG.SOCIO-SANITARIA



## **L'INFERMIERE DI COMUNITA' : SETTING**

**DOMICILIO**

**Pazienti non autosufficienti, allettati ad alta complessità assistenziale**

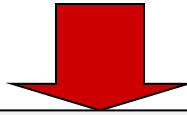
**AMBULATORIO**

**Pazienti deambulanti a media e bassa complessità assistenziale**

**COMUNITA'**

**Attivazione delle risorse della comunità e messa in rete con i servizi sanitari e sociali**

## IC:QUANDO INTERVIENE?

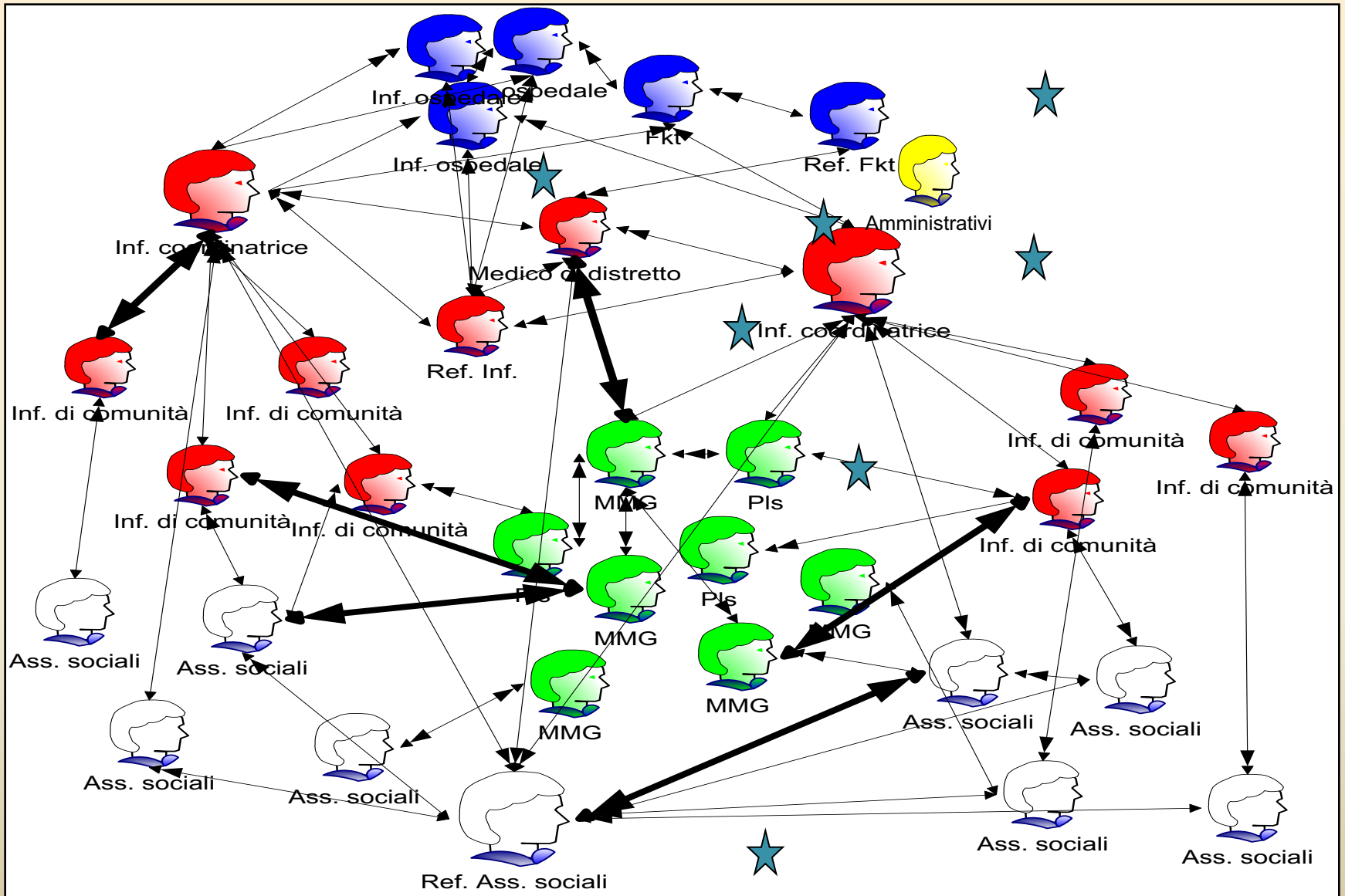


- SU RICHIESTA DEL MMG
- SU RICHIESTA DELL'UTENTE E DEI FAMIGLIARI
- SU RICHIESTA DELL'ASSISTENTE SOCIALE
- SU RICHIESTA DELLA CASA DI RIPOSO
  - SU RICHIESTA DELL'RSA
  - SU RICHIESTA DELL'OSPEDALE
  - SU RICHIESTA DELL'UVD
  - SU RICHIESTA PUA



**L'INFERMIERE  
DI COMUNITA'  
RAPPRESENTA  
UN NODO  
DELLA RETE**

# IC: RETE TERRITORIALE



# RISULTATI - 2019 – (1)

ESITO	INDICATORE	BF	FVG
RIDUZIONE DEI RICOVERI	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE	122.34	134,27
> CAPACITA' DI PRESA IN CARICO	INDICE DI COPERTURA ASS.LE >65	13,6	10,7
	INDICE DI COPERTURA ASS.LE >75	22,7	17,5
> CAPACITA' PRESA IN CARICO PZ COMPLESSI	INDICE COPERTURA UTENTI PAI >65	7,4	5,3
	CIA < 0,13	4,4%	2,66
> EFFICIENZA	RIDUZIONE DEI TEMPI DI PERCORRENZA	-32,8%	
> CAPACITA' EMPOWERMENT	N. MEDIO ACCESSI DOMICILIARI PER UTENTE	13.7	14.5
RIDUZIONE ACCESSI IMPROPRI IN PS E < COSTI	N. ACCESSI PER CODICI BIANCHI IN PS IN 2 OSPEDALI SPOKE  ANNI 2015-2017 VS 2019-2021 - 46% ACCESSI	- 46%	

## RISULTATI (2)

### Riduzione accessi inappropriati in PS

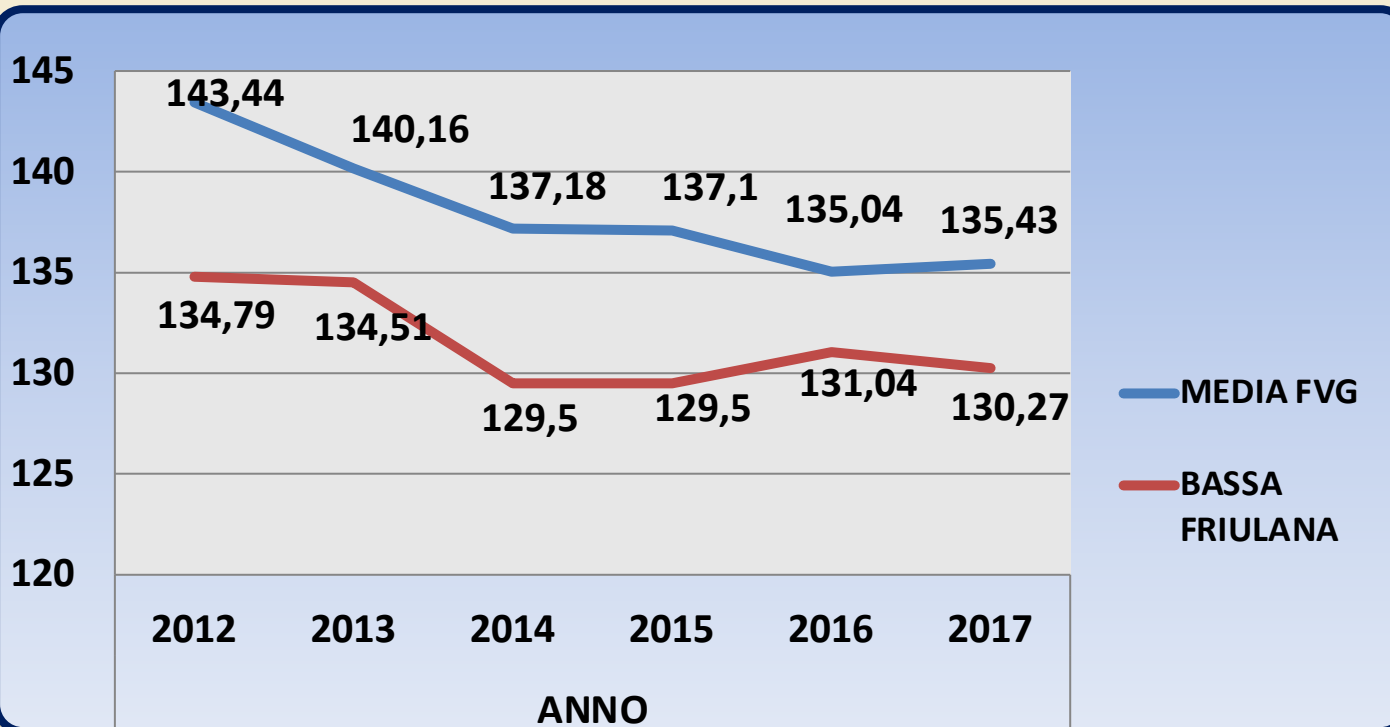
Accessi in PS con Cod. colore «bianco» al triage Ospedali di Palmanova e Latisana

Anni 2012-2014: -18,3% accessi vs 2019-2021

Anni 2015-2017: - 46% accessi vs 2019-2021

### Riduzione ricorso all'ospedalizzazione

Tasso grezzo di ospedalizzazione tra i più bassi in FVG



La standardizzazione è calcolata sulla popolazione nazionale del censimento 2011

Sono escluse le dimissioni con DRG = 391 (nato sano) e i trasferiti ad altre strutture

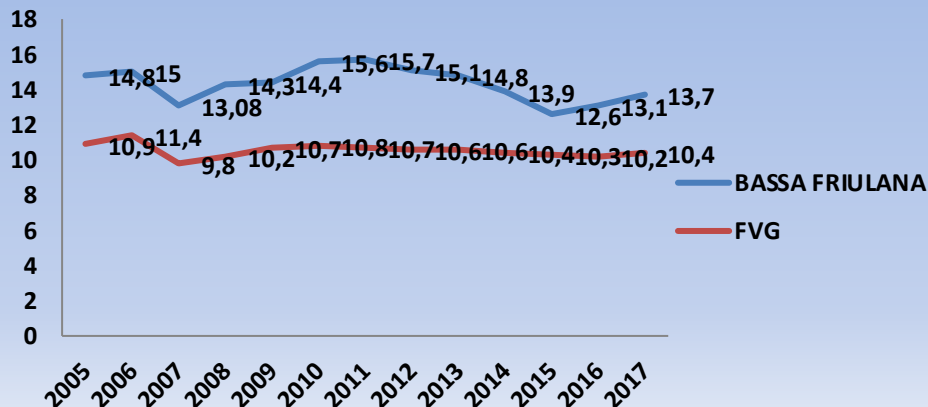
(\*) la fuga extraregionale è stimata costante rispetto al 2012

Fonte dati: Portale Direzionale

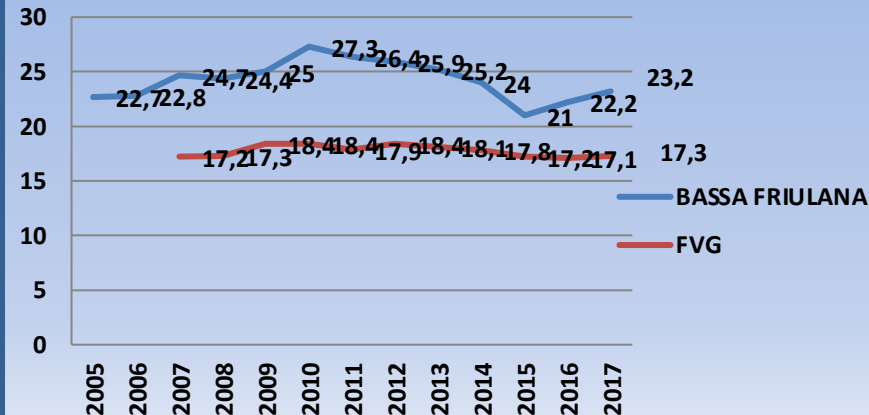
# RISULTATI (3)

## ATTIVITA' DOMICILIARE

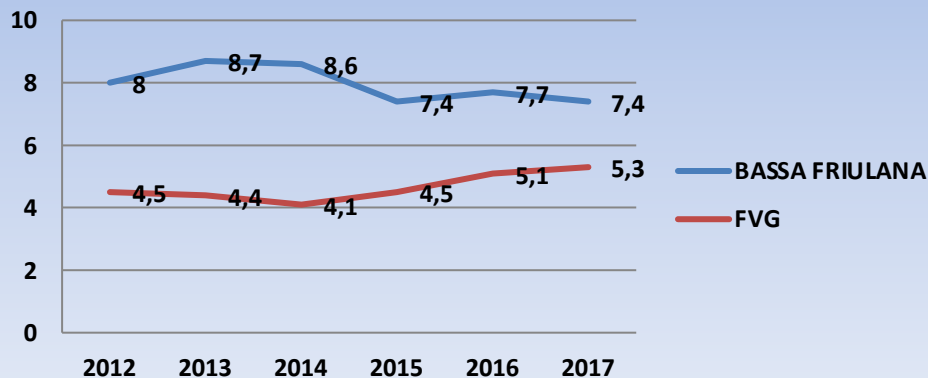
### INDICE COPERTURA ASSISTENZIALE UTENTI ≥65 ANNI



### INDICE COPERTURA ASSISTENZIALE UTENTI ≥75 ANNI



### INDICATORE LEA COPERTURA UTENTI CON PAI ETÀ ≥ 65 Standard >4%



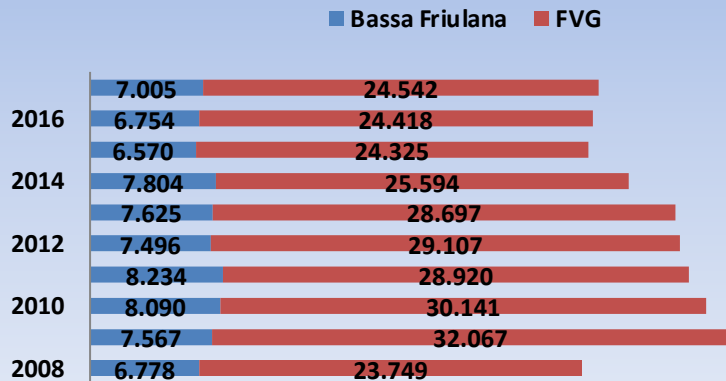
**Indicatore LEA n°15**  
 (% copertura ≥ 65 anni con PAI  
 trattati a domicilio con CIA > 0,13)  
 Standard = >3,8%

**Anno 2017**  
**Bassa Friulana = 4,40%**  
**(Media FVG 2,66%)**

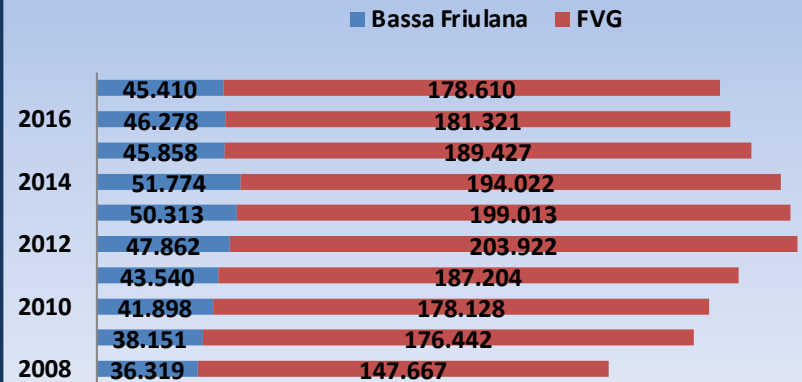
# RISULTATI (4)

## ATTIVITA' AMBULATORIALE

### ATTIVITA' AMBULATORIALE IC N. UTENTI 2008-2017



### ATTIVITA' AMBULATORIALE IC N. ACCESSI 2008-2017



(Fonte dati: SISSR FVG)



## **RISULTATI 2001-2019 (5)**

- **< DELLA MEDIA DEGLI ACCESSI COMPLESSIVI (AMB.+DOM.) X PZ (-17%) COME RISULTATO DELL'INVESTIMENTO EDUCATIVO DA PARTE DELL'IC NEI CONFRONTI DI PZ, CAREGIVER E COINVOLGIMENTO ATTORI EQUIPE CURA**
- **> ATTIVITÀ EDUCATIVE E DI AUTO-ADDESTRAMENTO DI PZ E CAREGIVER (20%)**
- **> ATTIVITÀ AMBULATORIALE (DA 36.319 ACCESSI DEL 2008 A 52.278 ACCESSI DEL 2019)**
- **FILTRO IMPORTANTE PER I MMG PER ACCESSI IMPROPRI E RECUPERO TEMPO PER RUOLO MMG IN QUALITÀ' DI GATE KEEPER**
- **> ATTIVITÀ DI RETE → > INTEGRAZIONE**
- **LE PRESTAZIONI PIU' FREQUENTI SONO EDUCAZIONE TERAPEUTICA E MONITORAGGIO CLINICO**
- **PROMOZIONE DI UN RAPPORTO DI MAGGIOR FIDUCIA TRA INF. E CITTADINO**

# RISULTATI 2019 (6)

TIPOLOGIA DI PROCESSO	DOMICILIO	AMBULATORIO
Attività di raccordo/coordinamento/controllo		2.807
Cure della persona (igienico-sanitarie; mobilitazione)	5.089	481
Prelievo capillare per monitoraggio TAO	14.198	26.680
Gestione/Cura altre lesioni (comprese ferite chirurgiche)	10.702	3.932
Gestione/Cura lesioni da decubito	7.975	100
Gestione/Cura lesioni vascolari	6.530	1.855
Gestione paziente con dolore	4.082	1.023
Gestione paziente catetere venoso centrale o altro accesso venoso	3.839	886
Gestione paziente con catetere vescicale	3.288	9
Gestione paziente con drenaggio	181	86
Gestione paziente in nutrizione parenterale	600	-
Gestione paziente con stomie intestinali	301	8
Gestione paziente PEG/SGN e/o nutrizione enterale	1.447	-
Gestione paziente con stomie urinarie	733	83
Gestione paziente in tracheostomia	512	-
Gestione paziente in terapia infusiva	3.244	262
Gestione paziente in terapia intramuscolare/sottocutanea	2.842	2.428
Gestione paziente in ventilazione assistita	58	-
<b>Attività educativa e di addestramento finalizzati all'autogestione</b>	<b>29.345</b>	<b>9.784</b>
Interventi di tipo evacuativo	1.989	-
<b>Monitoraggio clinico</b>	<b>28.211</b>	<b>16.062</b>
Prelievo biologico	6.904	8.146
Visita specialistica	144	-
<b>Totale</b>	<b>132.191</b>	<b>74.655</b>

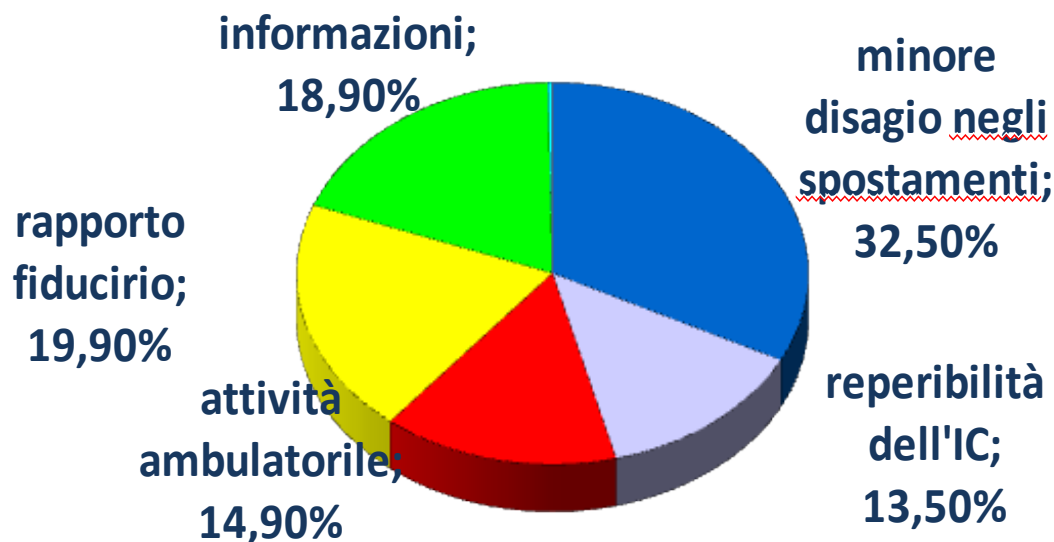
(Fonte dati: SISSR FVG)

# RISULTATI SURVEY QUALITA' PERCEPITA Anni 2002-2010

Questionario domande  
chiuse

▶ inviati n. 3.316

▶ restituiti n. 1.939 (41,5%)



- **90% buona qualità del servizio per accessibilità, soddisfazione dei bisogni, organizzazione e cordialità**
- **93% elevata soddisfazione** rispetto a: minor disagio per spostamenti, rapporto di fiducia con l'infermiere, possibilità di ricevere informazioni, attività ambulatoriale, facilità nel reperire l'infermiere

# PROGETTUALITA' CORRELATE

## **1. SET DI 83 INDICATORI BASATI SU TRE PROSPETTIVE: FAMIGLIA E UTENTE, COMUNITÀ E SISTEMA**

Volti a misurare l'impatto del modello in termini di esiti di salute anche dal punto di vista qualitativo

## **2. MUNUS**

Mutue Nuove Solidarietà Sociale

## **3. ERICA**

Educazione Riabilitativa Integrata Comunitaria Aziendale-  
Fisioterapista di Comunità'

## **4. CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Progetto dimissioni protette  
Precorsi integrati ospedale/territorio di educazione terapeutica del  
paziente/caregiver

## **5. BISOGNO POTENZIALE**

Mappatura della fragilità delle persone anziane

## **6. INFERMIERISTICA DI COMUNITA' AVANZATA E SANITA' D'INIZIATIVA**

*Modello assistenziale di presa in carico per livelli di complessità*

## COME MISURARE IL MODELLO?

- 1. Ricerca qualitativa per la definizione di un *set* di indicatori di efficacia dell'infermiersitica di comunità**
- 2. Applicazione di alcuni indicatori di esito (misurazione esiti percorsi di educazione terapeutica)**

*Pellizzari M. "L'infermiere di comunità, dalla teoria alla prassi", McGraw-Hill, 2008, p. 181-213*

## **GLI INDICATORI PER MISURARE L'IMPATTO DEL MODELLO ORGANIZZATIVO INFERMIERE DI COMUNITA'**

*Alvisa Palese, Marta Pordenon e Daniela Anastasia*

Negli ultimi anni, la quantità, la preparazione e il modo di lavorare degli infermieri è oggetto di importante attenzione: la ricerca sta documentando, infatti, crescenti livelli di evidenza rispetto al *quanto* e al *come* gli infermieri possono fare la differenza sui pazienti. In particolare, a partire dagli anni novanta, in Canada, negli stati uniti e in Inghilterra si sono condotti numerosi studi per indagare l'efficacia degli infermieri sulla qualità percepita dai pazienti ma, soprattutto, sui loro esiti. Da quanto sta emergendo, avere infermieri più preparati e in quantità adeguata, determina una maggiore soddisfazione dei pazienti e una riduzione degli errori nella somministrazione delle terapie (Blegen et al., 1988); una riduzione nella durata della degenza perché i pazienti hanno meno complicanze (cadute, infezioni post chirurgiche, polmoniti, infezioni del tratto urinario e da catetere venoso centrale; lesioni da decubito, trombosi venose profonde, sepsi): quando gli infermieri sono pochi, ad esempio, riducono la frequenza del lavaggio delle mani, sono meno attenti alle strategie di prevenzione delle infezioni, mobilitano con minor frequenza i pazienti. Fanno tante cose e velocemente senza potersi fermare a riflettere sul bisogno di assistenza dei loro pazienti (Needleman et al. 2002); una migliore gestione dei pazienti critici o particolarmente complessi perché gli infermieri riconoscono immediatamente la loro instabilità clinica e attivano interventi per gestirla (Silber et al., 1992); una diminuzione delle riammissioni non programmate (Seago 2001) perché possono dedicarsi alla gestione della dimissione e della continuità dell'assistenza; una diminuzione del rischio di mortalità dei pazienti chirurgici a trenta giorni dalla dimissione (van Servellen et al., 1999; Aiken et al., 1994).

**Far emergere indicatori dalla pratica esperta quotidiana e sviluppare il consenso sul set di indicatori emersi con un panel di esperti**

# RICERCA QUALITATIVA: MATERIALI E METODI

## DISEGNO

Studio di ricerca qualitativo (svolto in 3 fasi)

## ORGANIZZAZIONE DELLA RICERCA

**I FASE** (novembre 2004-giugno 2005): 2 **FOCUS GROUP** con 8 infermieri di comunità - Diario problemi gestiti (2 settimane)

**II FASE** (maggio 2005-aprile 2006): 18 **INTERVISTE STRUTTURATE** a 18 stakeholders (2 Direttori Distretto, 5 MMG, 3 Ass. Soc., 3 Sindaci, 3 Assess. politiche sanitarie e sociali, 2 Famiglie/care givers)

**III FASE** (maggio 2006-ottobre 2006): **CONSENSUS CONFERENCE** (gruppo ristretto di esperti su indicatori grezzi). Valutazione tecnica (misurabilità/consistenza indicatore, coerenza denominatore...) e di pertinenza (sensibilità all'infermieristica, possibilità confronto all'interno della popolazione e tra popolazioni)



## **RICERCA QUALITATIVA: DOMINI**

### **Domini (o ambiti) in cui contribuisce a migliorare lo stato di salute:**

1. Mantenimento della capacità dell'anziano di gestire in autonomia il problema di salute
2. Aumento QoL ed efficacia negli utenti/famiglia
3. Personalizzazione delle cure
4. Rafforzamento della capacità di cura della famiglia
5. Rafforzamento delle reti di comunità
6. Potenziamento della continuità delle cure
7. Appropriatezza dell'istituzionalizzazione
8. Anticipazione della presa in carico
9. Aumento della sicurezza di utenti/famiglie
10. Rafforzamento dell'integrazione del team territoriale
11. Aumento della possibilità di offrire prestazioni avanzate
12. Vicinanza alle popolazioni più fragili

**Disponibilità di un set di indicatori**

**di struttura, processo ed esito per ogni ambito (tot. 83 indicatori)  
basati su tre prospettive: la famiglia e l'utente, la comunità e il sistema**

## ESEMPIO INDICATORI DI EFFICACIA

### C) RAFFORZAMENTO DELLA CAPACITA' DI CURA DELLA FAMIGLIA

- n. di famiglie autonome nella gestione di problematiche di pazienti complessi a un mese dalla dimissione  
numero famiglie con pazienti complessi dimessi
- n. di interventi educativi realizzati ai componenti della famiglia che gestisce un componente con problemi di salute cronico
- n. care giver stranieri educati sulle capacità di basic care/totale di care giver stranieri impegnati nella comunità
- n. di gg di degenza nella popolazione ultra 65 presa in carico dalla famiglia e dall'IC  
n.di giornate di degenza della popolazione ultra 65 generale (andrebbe aggiustato per casistica)

# PIRAMIDE DEL RISCHIO E LIVELLI DI INTENSITA' DI PRESA IN CARICO



Stratificazione dei livelli di necessità assistenziale correlati ai livelli di rischio della popolazione.

Modificata da: Department of Health, Government of United Kindom, per concessione del Kaiser Permanent

# SVILUPPO FUNZIONI INFERMIERE DI COMUNITÀ

	HEALTH COACH/PWM	DISEASE MANAGEMENT	CARE MANAGEMENT	CASE MANAGEMENT
TARGET	Utenti sani	<b>BASSO RISCHIO</b> Iniziale danno d'organo  Autonomia funzionale conservata	<b>MEDIO RISCHIO</b> Pluripatologie e danno d'organo  Autonomia funzionale conservata	<b>ALTO RISCHIO</b> Pluripatologie in fase avanzata Bisogni socio-sanitari complessi Compromissione autonomia funzionale e/o stato di terminalità
SETTING	Comunità	Ambulatoriale AFT	Ambulatoriale CASE DI COMUNITA'	Ambulatorio Domicilio Comunita'
FUNZIONI	Promozione salute  Formazione formatori	Presa in carico proattiva <i>Follow up</i>  Rafforzamento autocura - > <i>empowerment</i>  Educazione terapeutica	Azioni per bloccare o ritardare l'evoluzione delle complicanze malattia	Azioni per la non autosufficienza  Cure integrate

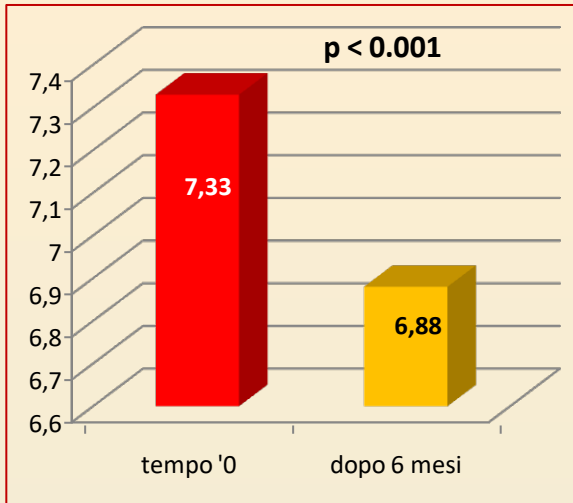
# RISULTATI IC DISEASE MANAGER AFT

L'analisi è stata **condotta su 119 pazienti** (maschi: 64, femmine: 55; età media:  $67,49 \pm 11,09$  anni), afferiti all'Ambulatorio AFT di Gorizia dal 01/03/2018 al 31/03/2019, di cui **nessuno presentava condizioni patologiche in grado di interferire con il dosaggio di HbA1c e nessuno ha presentato modifiche della terapia durante il follow-up.**

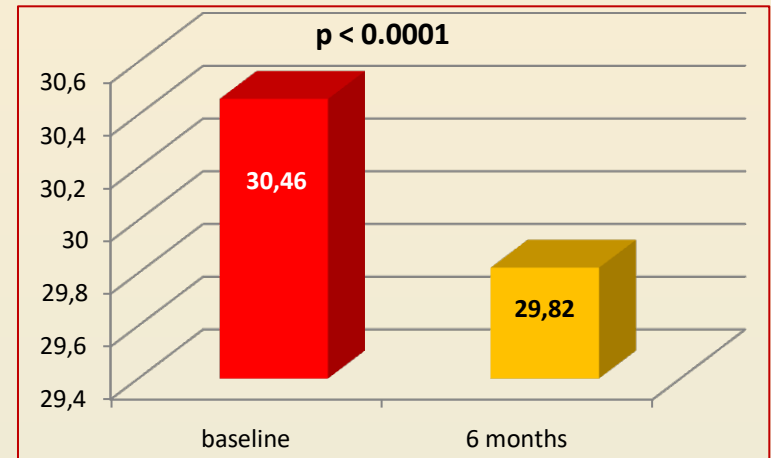
Sono stati presi in considerazione e **confrontati i valori di HbA1c** (eseguiti nello stesso laboratorio), **B.M.I. e circonferenza vita** al momento del reclutamento (**tempo 0**) e dopo 6 mesi dalla **educazione terapeutica**

# RISULTATI IC DISEASE MANAGER

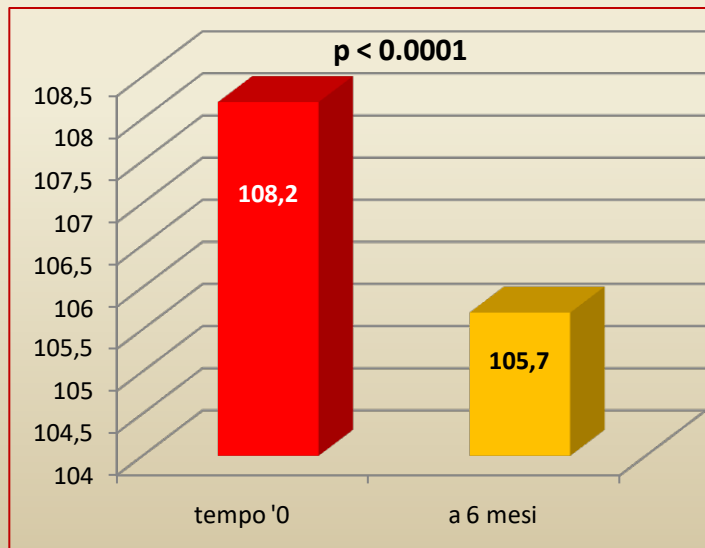
## HbA1c



## B.M.I.



## Circonferenza Vita



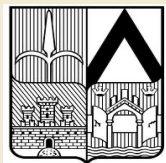
# INFERMIERE COMUNITA' VS TEAM DI COMUNITA'

  
FISIOTERAPISTA  
DI COMUNITA'



INFERMIERE  
DI  
COMUNITA'

OSS



ASSOCIAZIONI  
DI  
VOLONTARIATO

ASS.SOCI  
ALE



PRIVATO  
SOCIALE



EDUCATORE

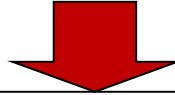
PATTO DI FIDUCIA E ALLEANZA CON I PZ/CARE GIVER



## PUNTI DI FORZA DEL MODELLO

- I CITTADINI HANNO SEMPRE UN **PUNTO DI RIFERIMENTO PRECISO E COSTANTE** NEL LORO TERRITORIO GARANTENDO UN'ASSISTENZA GLOBALE, DI QUALITÀ, MIRATA AI REALI BISOGNI ESPRESSI O POTENZIALI
- LA PRESENZA COSTANTE E CONTINUA DEGLI INFERMIERI NELLA COMUNITA' CREA LE PREMESSE PER REALIZZARE LA **SANITA' D'INIZIATIVA**
- L'INFERMIERE DI COMUNITA' E' IL **PROMOTORE PRIVILEGIATO DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E DELLA SUSSIDIARIETA'**.
- INFERMIERE NON SOLO EROGATORE DI CARE, MA FACILITATORE DI POTENZIALI DI CARE, **PROMOTORE DI EMPOWERMENT DEL PZ, CARE-GIVER, DELLA COMUNITA'**
- **SVILUPPA IL RUOLO SOCIALE DELLA PROFESSIONE DELL'INFERMIERE E PROMUOVE FUNZIONI DISTINTIVE NUOVE E ALTAMENTE PROFESSIONALIZZANTI**
- **RESPONSABILIZZA LA PERSONA, LA FAMIGLIA E LA COMUNITÀ NELLA GESTIONE DEL PROPRIO PATRIMONIO DI SALUTE, RENDENDOLA PARTECIPE ALLA FUNZIONE ISTITUZIONALE DELLA TUTELA DELLA SALUTE**

# CONCLUSIONI



- **REVISIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI PROCESSIVI, A RETE, FONDATI SUI CONCETTI DI WELFARE GENERATIVO E COMMUNITY CARE GARANTISCE UNA PRESA IN CARICO REALE E AD ALTO IMPATTO SOCIO-SANITARIO**
- **RICERCA DELLA MASSIMA APPROPRIATEZZA NELL'IMPIEGO DELLE RISORSE UMANE, DEI SETTING, DEI PROCESSI E DELLE ATTIVITA' E DELL'ORGANIZZAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI GENERA EFFICACIA ED EFFICIENZA**
- **VALORIZZAZIONE DEI TEAM MULTIDISCIPLINARI E STRETTA COLLABORAZIONE TRA MMG E PROFESSIONI SANITARIE CON PARTICOLARE RIGUARDO PER GLI INFERMIERI E' UNA STRATEGIA VINCENTE**
- **IL COINVOLGIMENTO DEL PZ, DEI CARE GIVER E DELLA SOCIETA' CIVILE/RISORSE INFORMALI NEL PROCESSO DI PRESA IN CARICO DEL PZ RESPONSABILIZZA E MOTIVA I CITTADINI PORTATORI DI MALATTIE CRONICHE NELLA TUTELA DEL PROPRIO PATRIMONIO DI SALUTE E IL BISOGNO DIVENTA TERAPEUTICO**

## *.....Conclusioni.....*

**La SALUTE non è un prodotto erogabile,  
ma un BENE COMUNE da costruire  
INTERATTIVAMENTE!**

...”incominciando a rinunciare all’individualismo sfrenato e aggressivo degli ultimi decenni per privilegiare il NOI rispetto all’IO, il noi del volontariato, della reciproca assistenza”...omissis...

*Galimberti*

“al fine di **VIVERE CON SENSO** la propria **VITA** e vivere con senso la propria vita e’ la piu’ **POTENTE** di tutte le **CURE!**”

*Folgheraiter*



*...i nostri risultati sono il frutto di una condivisione di significati, di prassi, di contenuti, di intenti e di valori...*

*Grazie!*



# L'evoluzione dell'assistenza territoriale: implicazioni per lo sviluppo delle competenze infermieristiche

L'integrazione delle competenze infermieristiche (professionali, formative ed organizzative) atte a favorire i processi di transizione per garantire una più completa risposta ai bisogni di salute dei cittadini

Ranieri Zuttion  
Udine, 13 Marzo 2023

Le grandi transizioni:  
prospettive (e sfide) del welfare



***Sociale***

***Economico-  
finanziaria***

# L'epoca delle grandi transizioni

***Demografica***

***Energetico-  
ambientale***



***Epidemiologica***

***Tecnologica-  
digitale***



**Sociale**



**Economico-finanziaria**



# Focolai di crisi

**Demografica**

**Sanitaria**

**Energetico-ambientale**

**Tecnologica-digitale**

**Sociale**



**Economico-finanziaria**



# Focolai di crisi

**Demografica**

**Energetico-ambientale**



**Sanitaria**



**Tecnologica**

**Sociale**



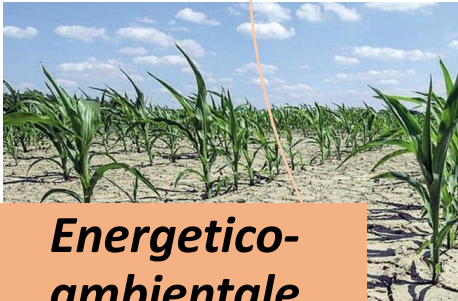
**Economico-finanziaria**



**Demografica**

# Focolai di crisi

**Energetico-ambientale**



**Tecnologica**

**Sanitaria**





# Sociale



## Economico-finanziaria



## Demografico



# Focolai di crisi

## Energetico-ambientale



## Epidemiologica



## Tecnologica

# L'eredità del CTN: i focolai della crisi

***Sociale***



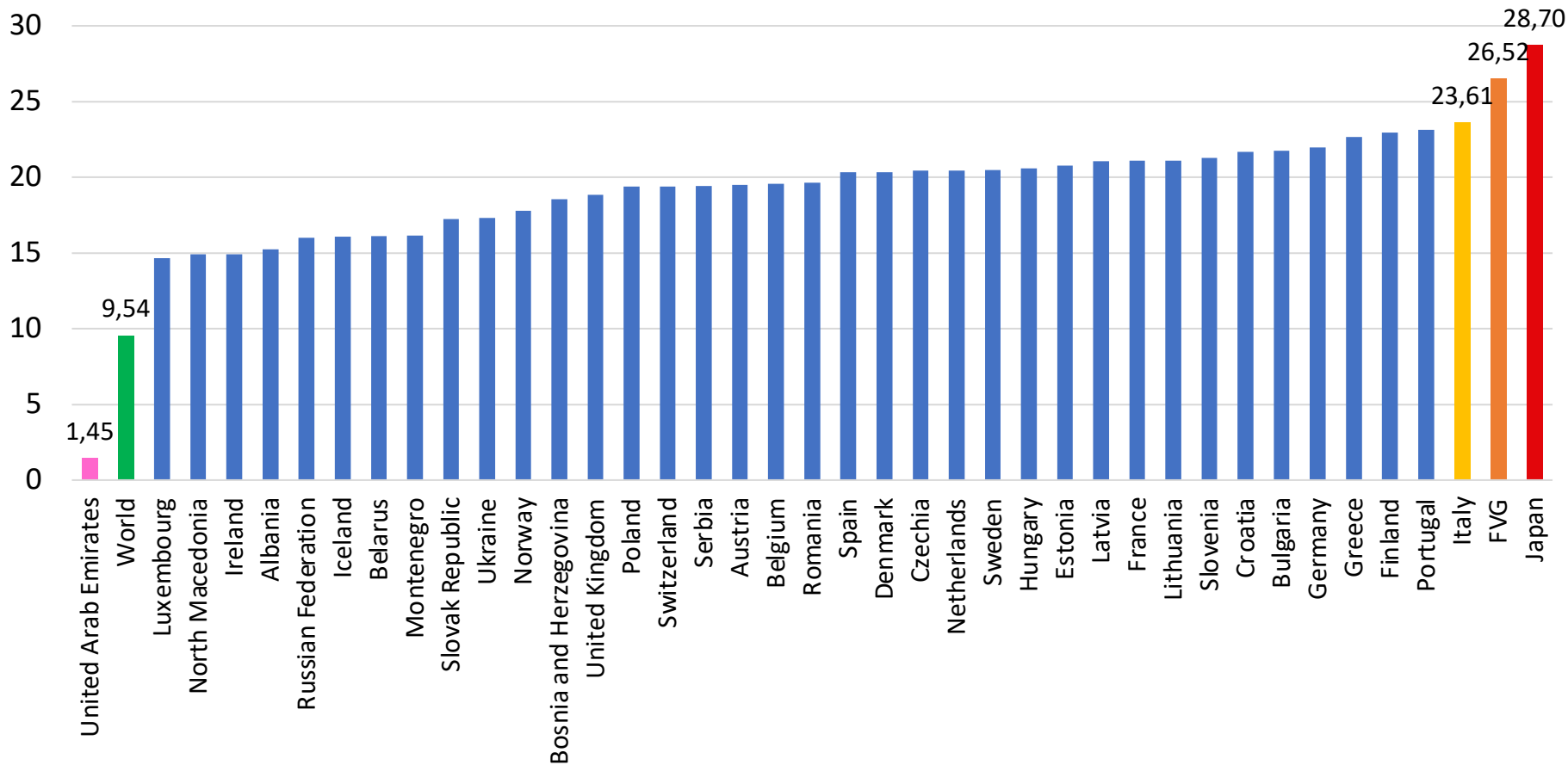
***Demografico***

- *Invecchiati*



# Invecchiamento della popolazione in FVG

## % di 65+ sul totale della popolazione al 2021



# Struttura demografica e non autosufficienza FVG

	FVG	Italia	EU-27*
<b>Popolazione al 1° gennaio 2020*</b>	1.211.357	<b>60.244.639</b>	<b>446.800.000</b>
Popolazione ≥ 65 anni	320.347	13.946.954	90.700.000
% popolazione ≥ 65 anni / popolazione totale	26,4%	23,2%	20,3%
% popolazione ≥ 80 anni / popolazione totale	8,5%	7,4%	5,8%

Età media	47,8	45,7	42,5
Indice di vecchiaia* (val. %)	223	178,4	137**
Indice di dipendenza degli anziani* (val. %)	42,9	36,2	31,4

<b>Anziani non autosufficienti con indennità di accompagnamento</b>	<b>32.000</b>		
<b>Stima anziani non autosufficienti**</b>	<b>37.849</b>		

\* demo Istat 2020

\*\* Parametri da Studio Toscana (24.599 anziani) + popolazione non auto in SR (8.978 anziani).

# Lo scenario demografico: dal 2020 al 2050

		POPOLAZIONE 65+			
Anno	FVG	N.	% su pop. totale	Incremento (valori assoluti)	
				anno prec	2020-2050
<b>2020</b>	1.211.357	320.347	26,4%	-	<b>26%</b>
<b>2025</b>	1.208.469	333.029	27,6%	4,0%	
<b>2030</b>	1.201.739	355.948	29,6%	6,9%	
<b>2035</b>	1.193.208	382.353	32,0%	7,4%	
<b>2040</b>	1.183.116	404.666	34,2%	5,8%	
<b>2045</b>	1.169.906	410.706	35,1%	1,5%	
<b>2050</b>	1.151.319	402.745	35,0%	- 1,9%	

		POPOLAZIONE 85+			
N.	% su pop. totale	Incremento (valori assoluti)			
		anno prec	2020-2050		
51.354	4,2%	-	<b>82,2%</b>		
59.929	5,0%	16,7%			
66.712	5,6%	11,3%			
73.358	6,1%	10,0%			
75.853	6,4%	3,4%			
80.962	6,9%	6,7%			
93.565	8,1%	15,6%			



# Anziani non autosufficienti: lo scenario futuro

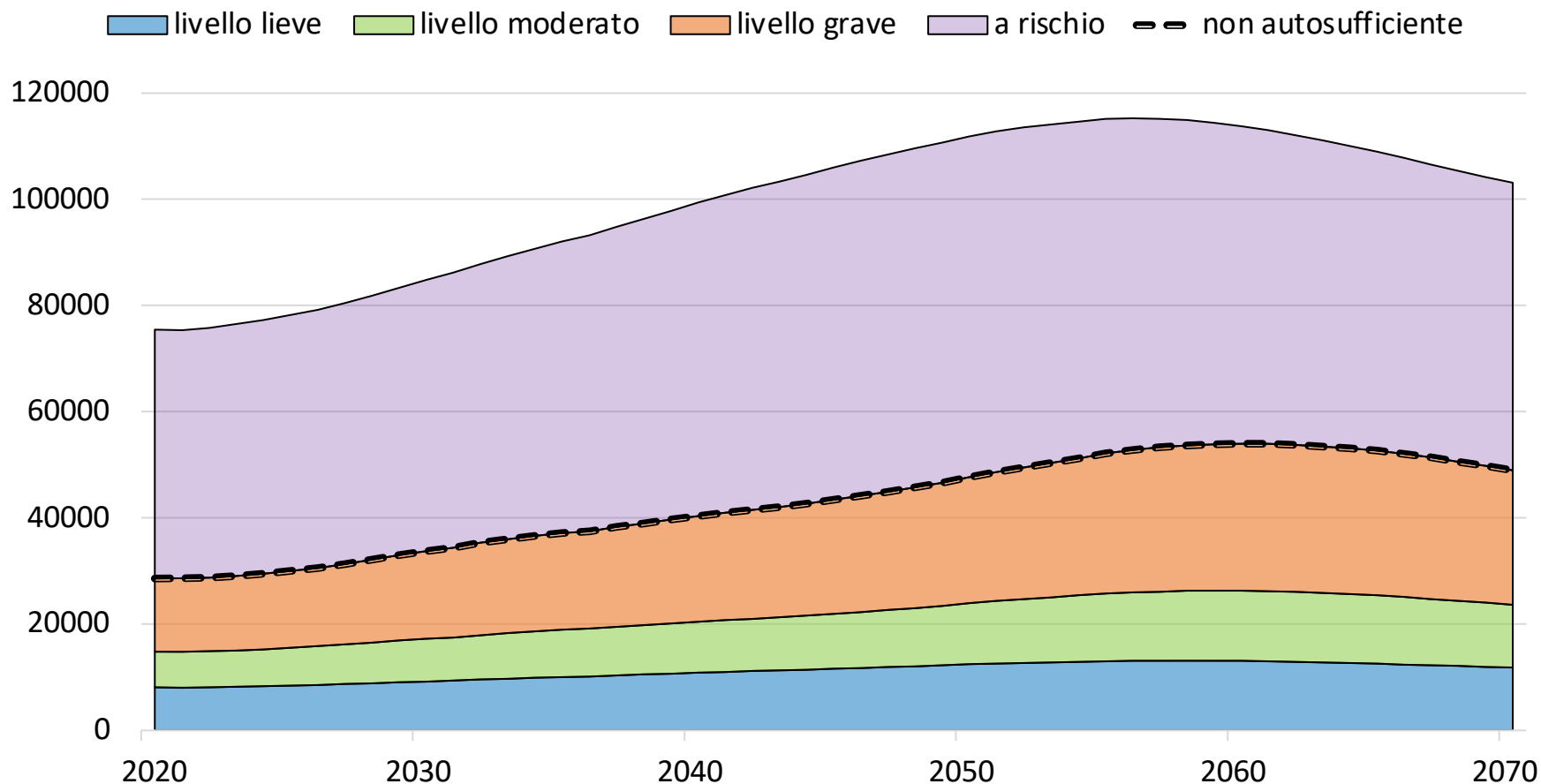
## STIMA ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI A DOMICILIO

Anni	Livello LIEVE	Livello MODERATO	Livello GRAVE	TOTALE	<i>a rischio (13,8%)</i>
<b>2020</b>	8.810	7.220	12.477	28.507	44.141
<b>2025</b>	9.619	7.980	13.635	31.234	45.957
<b>2030</b>	10.541	8.716	15.057	34.314	49.122
<b>2035</b>	11.320	9.336	16.160	36.816	52.764
<b>2040</b>	12.071	9.889	17.385	39.345	55.844
<b>2045</b>	12.740	10.617	18.557	41.915	56.844
<b>2050</b>	13.655	11.695	20.293	45.643	55.579

\* Al fine di stimare il numero di anziani non autosufficienti presenti in regione è stato preso in considerazione un recente studio condotto in Toscana da Francesconi e altri (2013), *Bisogno sociosani-tario degli anziani in Toscana: un esempio di epidemiologia integrata in un ciclo di programmazione regionale*, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Firenze.

# Anziani non autosufficienti: lo scenario futuro

## Popolazione non autosufficiente in FVG (stime 2022-2070)



Le stime sono state effettuate tenendo conto dei parametri calcolati all'interno dell'articolo: "Bisogno sociosanitario degli anziani in Toscana: un esempio di epidemiologia integrata in un ciclo di programmazione regionale" Paolo Francesconi, Francesco Profili, Matilde Razzanelli, Francesco Cipriani Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Firenze 2013.

# L'eredità del CTN: i focolai della crisi

**Sociale**



- **Una società «senza»: territori senza coesione sociale. La mappa delle nuove fragilità sociali contempla innanzitutto le famiglie che vivono in condizione di povertà assoluta:** sono più di 1,9 milioni (il 7,5% del totale), cioè 5,6 milioni di persone (il 9,4% della popolazione: 1 milione di persone in più rispetto al 2019). I giovani 18-24enni usciti precocemente dal sistema di istruzione e formazione sono il 12,7% a livello nazionale e il 16,6% nelle regioni del Sud, contro una media europea di dispersione scolastica che si ferma al 9,7%.
- Il nostro Paese detiene anche il primato europeo per il numero di Neet, i giovani che non studiano e non lavorano: il 23,1% dei 15-29enni a fronte di una media Ue del 13,1%. Ma nelle regioni del Mezzogiorno l'incidenza sale al

**Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese/2022**

**3 dicembre 2022**

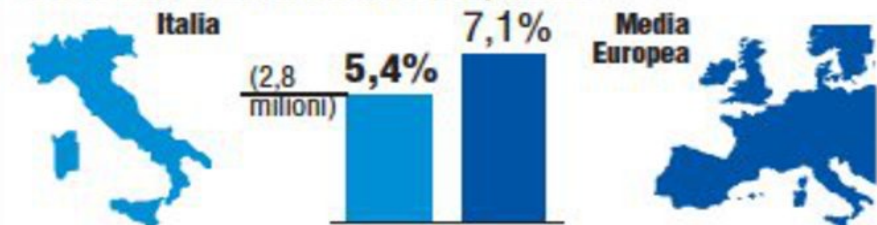
# L'eredità del CTN: i focolai della crisi

**Sociale**

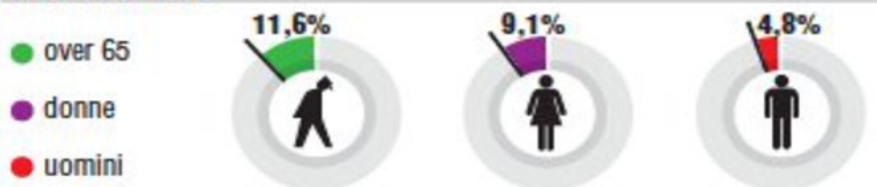


## Il quadro attuale

Persone oltre i 15 anni che soffrono di depressione



Valori in aumento



Disturbi depressivi e ansia



Fonte: Istat

ANSA Centimetri

**Sono 2,8 milioni gli italiani depressi, sos disoccupati**

Istat, a scuola 170mila alunni con disturbi intellettivi

Redazione ANSA ROMA

**Sanitaria**

# L'eredità del CTN: i focolai della crisi

**Sociale**



Oggi l'ultimo incontro del cielo formativo a Villanuova sul Clisi  
**ADOLESCENTI DISORIENTATI  
E GENITORI DA «RITROVARE»**

Allarme cyberbullismo nelle scuole  
Tre casi al giorno tra medie e licei



## Allarme suicidi: l'altra faccia del disagio giovanile

Non solo le babygang nell'onda lunga della pandemia. Il comandante Carrozza: «I casi tra i 20 e i 30 anni»

**Sanitaria**



**umentano ansia  
e attacchi di panico**

Crescono i problemi legati a cibo e sessualità  
«A dodici anni i ragazzi si sentono già fragili»



**Droghe, bullismo e baby gang  
I fari della giustizia sui giovani**

Il disagio di adolescenti e ragazzi al centro degli interventi dei vertici regionali della magistratura  
«Si sentono onnipotenti, non temono la legge». Allarme infiltrazioni mafiose

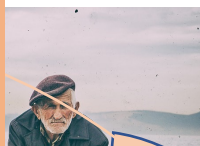
**Se l'anoressia colpisce già a otto anni  
«Più di mille pasti assistiti all'Aust»**



# Una crisi sistemica

## **Sociale**

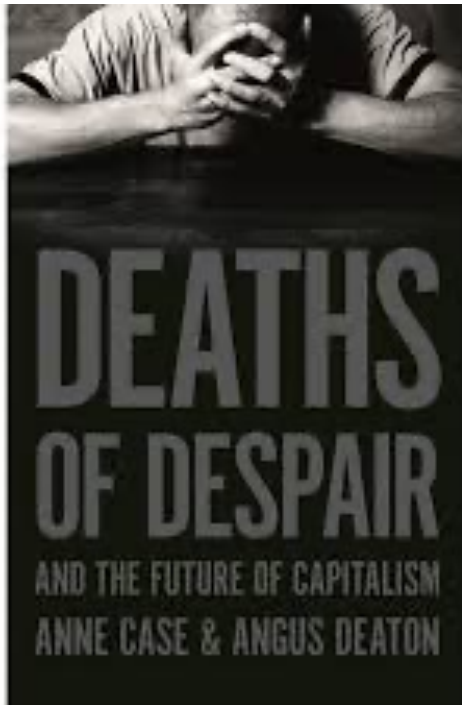
- *Impoveriti e disuguali, depressi, senza legami*



«È **la malinconia** a definire oggi il carattere degli italiani, il sentimento proprio del **nichilismo** dei nostri tempi, corrispondente alla coscienza della **fine del dominio onnipotente dell'«io»** sugli eventi e sul mondo, un «io» che malinconicamente è costretto a confrontarsi con i propri limiti quando si tratta di governare il destino.»



# Un'altra epidemia?



MIND THE ECONOMY

## Arriva dagli Usa un'altra epidemia: migliaia di morti per mancanza di senso

Arrivano dagli Usa, storica avanguardia delle tendenze che poi invaderanno gran parte del mondo economicamente avanzato, segni nefasti: uno dei più tragici è legato alla diffusione delle “morti per disperazione”. Una vera e propria epidemia che ha visto, solo negli Stati Uniti, nel 2017, morire 158.000 persone di suicidio, overdose o malattie correlate all'abuso di alcool

“... la domanda più concreta e cruciale: siamo pronti per cambiare verso alla società degli individui? Sarà la volta buona, per la nostra conversione allo spirito di una **cittadinanza fondata sulla condivisione** e sulla **compassione?**”

P. A. Sequeri



Scivolamento verso forme di convivenza sociale sempre più caratterizzate dall'**adiaforizzazione** e **burocratizzazione**

Z. Bauman

“La crisi comporta sempre una perdita tanto dei determinismi quanto della stabilità, e l'aumento di disordine che ne consegue provoca un'accelerazione che può essere sia regressiva che progressiva” E. Morin



# Welfare e sviluppo

Apparato burocratico da contenere ed efficientare

VS

dispositivo in grado di realizzare una **correlazione positiva** tra welfare e sviluppo



e di interpretare le risorse impiegate come **investimento** per uno **sviluppo inclusivo e sostenibile**

# L'orizzonte del cambiamento negli indirizzi normativi nazionali e regionali



**Welfare di comunità'**

# L'orizzonte del Welfare di Comunità: il PNRR

## Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima



LaM6C1

L'attuazione della **riforma** intende perseguire una **nuova strategia sanitaria**, sostenuta dalla definizione di un **adeguato assetto istituzionale e organizzativo**, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio **sistema di welfare comunitario**.

# La transizione dei modelli di welfare

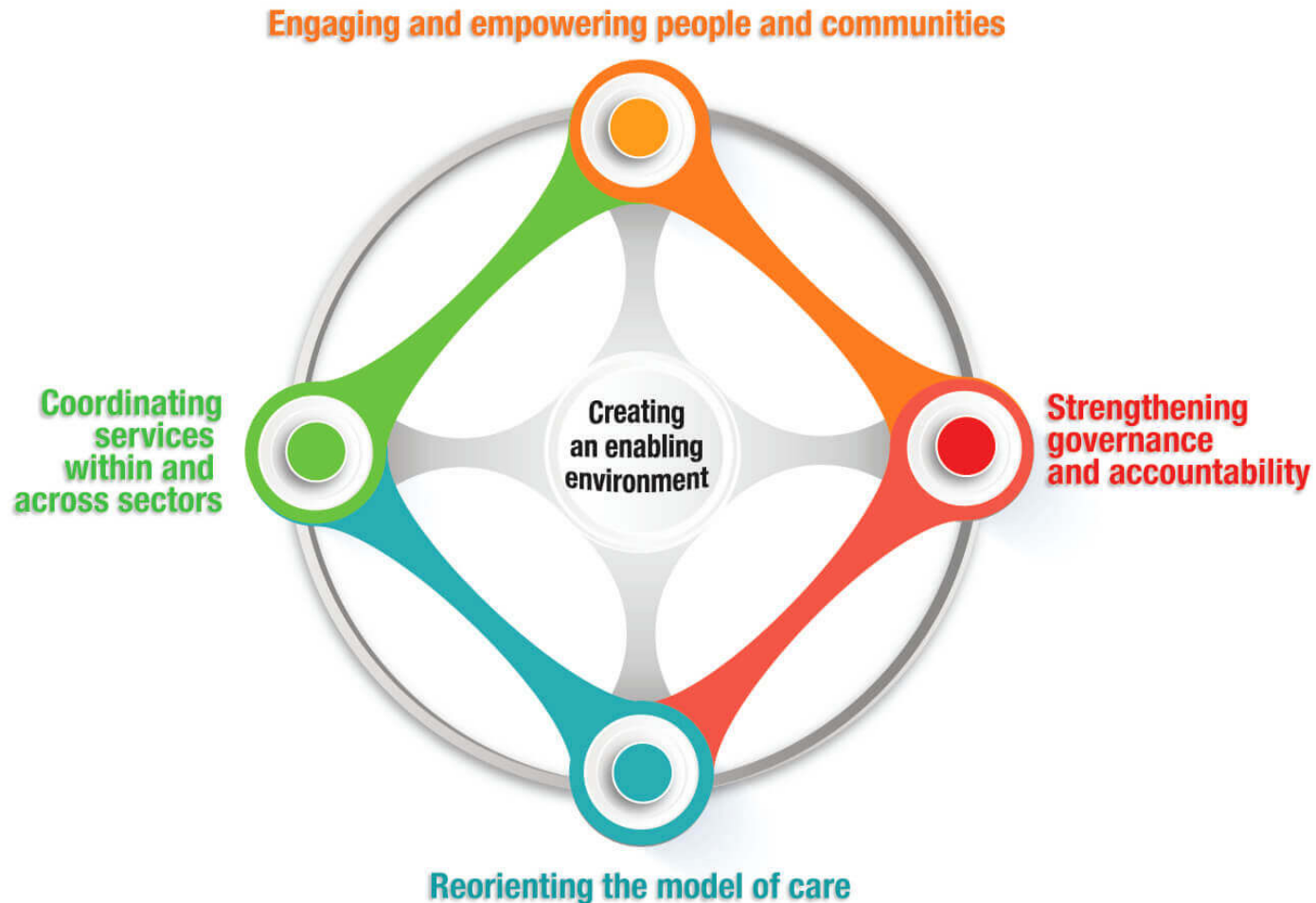
«Se c'è una urgenza nell'ambito delle politiche di welfare, è quella di **superare gli approcci riduzionisti che esauriscono gli interventi alla sola sfera tecnica professionale**. Eccessi di technicalità e di professionalismo rischiano di **usurare i potenziali di sostegno degli ambienti di vita delle persone** e di trasformare il welfare in un'architettura priva di capacità reale di incidere sui problemi sociali.



È necessario, pertanto, **ricomporre la frattura** che si è spesso creata tra il **piano tecnico professionale e amministrativo** degli interventi e **le relazioni di prossimità e i mondi vitali delle persone** e questo non può che implicare una **nuova concettualizzazione** dei perimetri di pensiero e azione.....»

# Le strategie per un Welfare di Comunità

# WHO Framework on integrated people-centred Health services





# IPCCHS Strategia 1: coinvolgere e responsabilizzare le persone e le comunità

**Engaging and empowering people and communities**



...significa fornire le **opportunità**, le **capacità** e le **risorse** di cui le persone hanno bisogno per essere **utenti responsabilizzati** dei servizi sociosanitari..... sbloccare la comunità e le risorse individuali per l'azione a tutti i livelli..... consentire alle persone di **prendere decisioni efficaci** sulla propria salute e alle comunità di impegnarsi attivamente nella co-produzione di ambienti sani. Coinvolgere e **responsabilizzare** le persone e le comunità significa anche **raggiungere i gruppi svantaggiati ed emarginati** di una popolazione al fine di **garantire l'accesso universale** e la fruizione di servizi **coprodotti** secondo le loro specifiche esigenze

## IPCCHS Strategia 2: rafforzare la governance e la responsabilizzazione

...richiede un **approccio partecipativo** alla formulazione delle politiche, al processo decisionale e alla valutazione delle prestazioni a tutti i livelli del sistema sanitario. Una buona governance è **trasparente, inclusiva** e utilizza al meglio le risorse e le informazioni disponibili .... è rafforzato da un **solido sistema di responsabilità reciproca** tra responsabili politici, manager, fornitori e utenti e da incentivi allineati con un approccio incentrato sulle persone. Stabilire un solido quadro politico e una narrativa avvincente per la riforma sarà importante per **costruire una visione condivisa**, oltre a definire come tale visione sarà raggiunta.

Strengthening  
governance  
and accountability



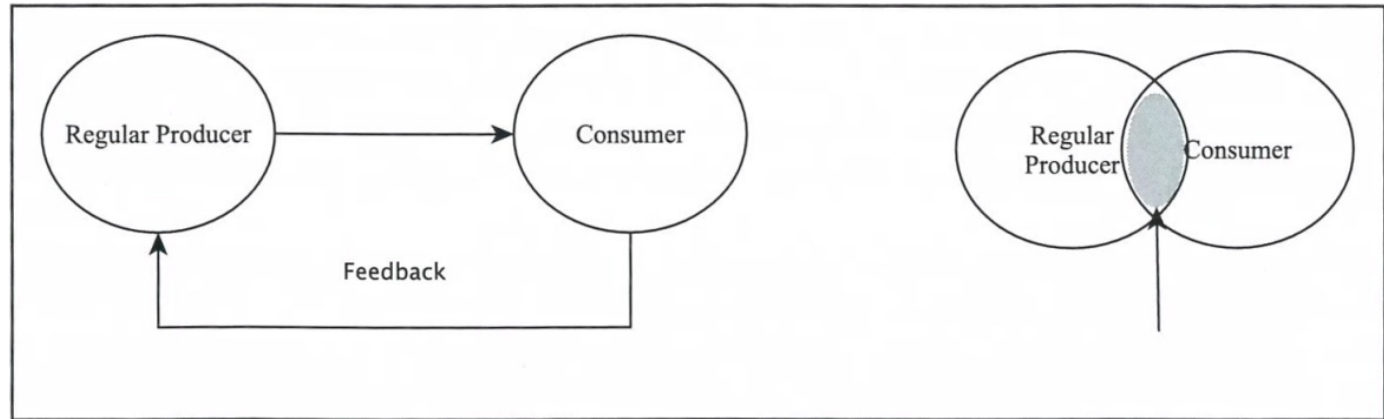
## IPCHS Strategia 3: riorientare il modello di cura

.....significa garantire che servizi sanitari efficienti ed efficaci siano progettati e realizzati (acquistati e forniti) attraverso modelli di assistenza innovativi che danno la **priorità ai servizi di assistenza primaria e di comunità** e alla **coproduzione** della salute. Ciò comprende il passaggio dalle cure ospedaliere a quelle territoriali. Richiede investimenti in un'assistenza olistica e globale, compresa la promozione della salute e strategie di prevenzione della cattiva salute ..... Rispetta anche le **preferenze di genere e culturali** nella progettazione e nel funzionamento dei servizi sanitari.



**Reorienting the model of care**

# La co-produzione: le persone che usano i servizi contribuiscono a produrli.....



*Fig. 1 - Modello tradizionale e modello di co-produzione nell'erogazione di servizi. Fonte: Brudney e England (1983, 61).*





## IPCCHS Strategia 4: coordinamento dei servizi all'interno e tra i settori (1)

I servizi dovrebbero essere coordinati in base alle esigenze e alle richieste delle persone e **rispettare le loro preferenze**. Questo risultato richiede **l'integrazione** degli erogatori di assistenza sanitaria all'interno e attraverso le strutture sanitarie, lo sviluppo **di sistemi e reti di riferimento** tra i livelli di assistenza e la creazione di **collegamenti tra la salute e altri settori**.



Coordinating  
services  
within and  
across sectors

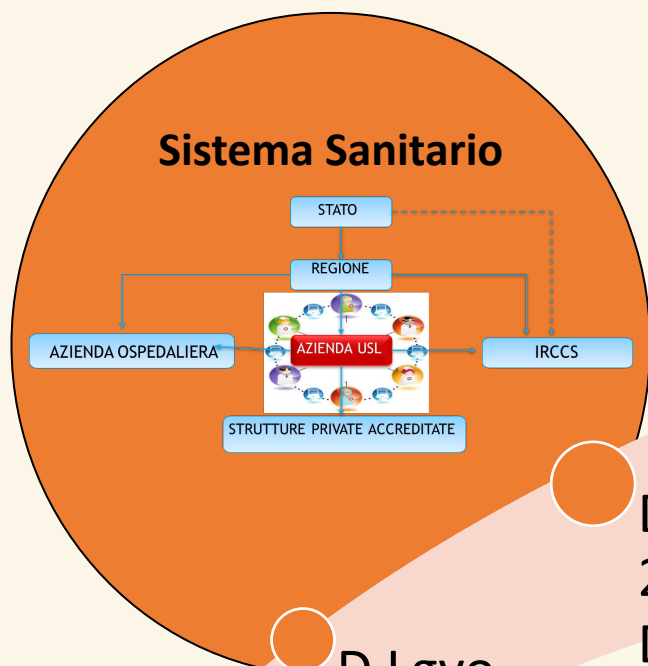
## IPCCHS Strategia 4: coordinamento dei servizi all'interno e tra i settori (2)

Comprende un'azione intersettoriale a livello di comunità al fine di affrontare i **determinanti sociali della salute** e ottimizzare l'uso delle risorse scarse, anche, a volte, attraverso **partenariati** con il settore privato. Il coordinamento ..... si concentra sul **miglioramento dell'erogazione delle cure** attraverso l'allineamento e l'armonizzazione dei processi e delle informazioni tra i diversi servizi.



Coordinating  
services  
within and  
across sectors

# Il Sistema sanitario



Legge  
833/78

D.Lgvo  
502/92 e  
517/93

D.Lgvo  
229/99  
Decreto  
Bindi

DPCM  
12/01/2017  
(revisione  
LEA)

DL 34/2020

DL 59/21  
PNRR

DM  
77/2022

**Riferimento regionale  
LR 22/2019**

# Il Sistema dei servizi e interventi sociali

Legge  
328/2000



**Sistema Servizi Sociali**

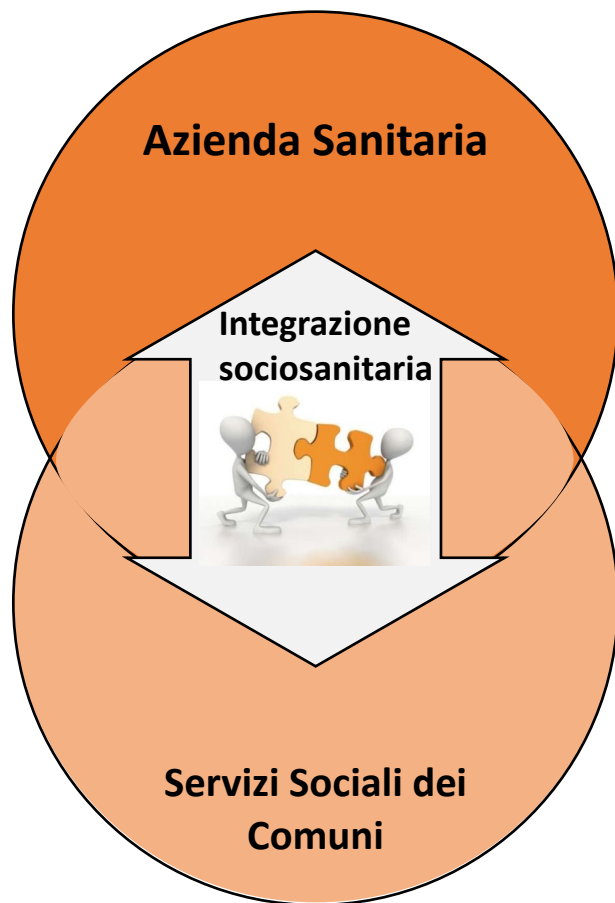
DPCM  
14/02/01  
(Atto indirizzo  
integrazione  
socio-sanitaria)

LR 6/2006

Lep Sociali  
(art 1 L.  
234/2021,  
FNA...)

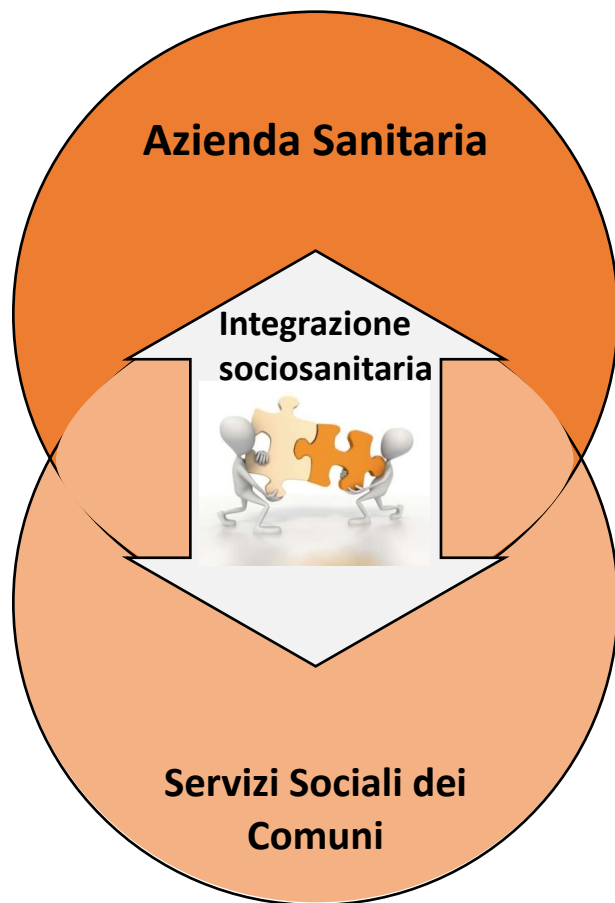
**Riferimento regionale  
LR 6/2006**

# Il Sistema dei servizi sociosanitari

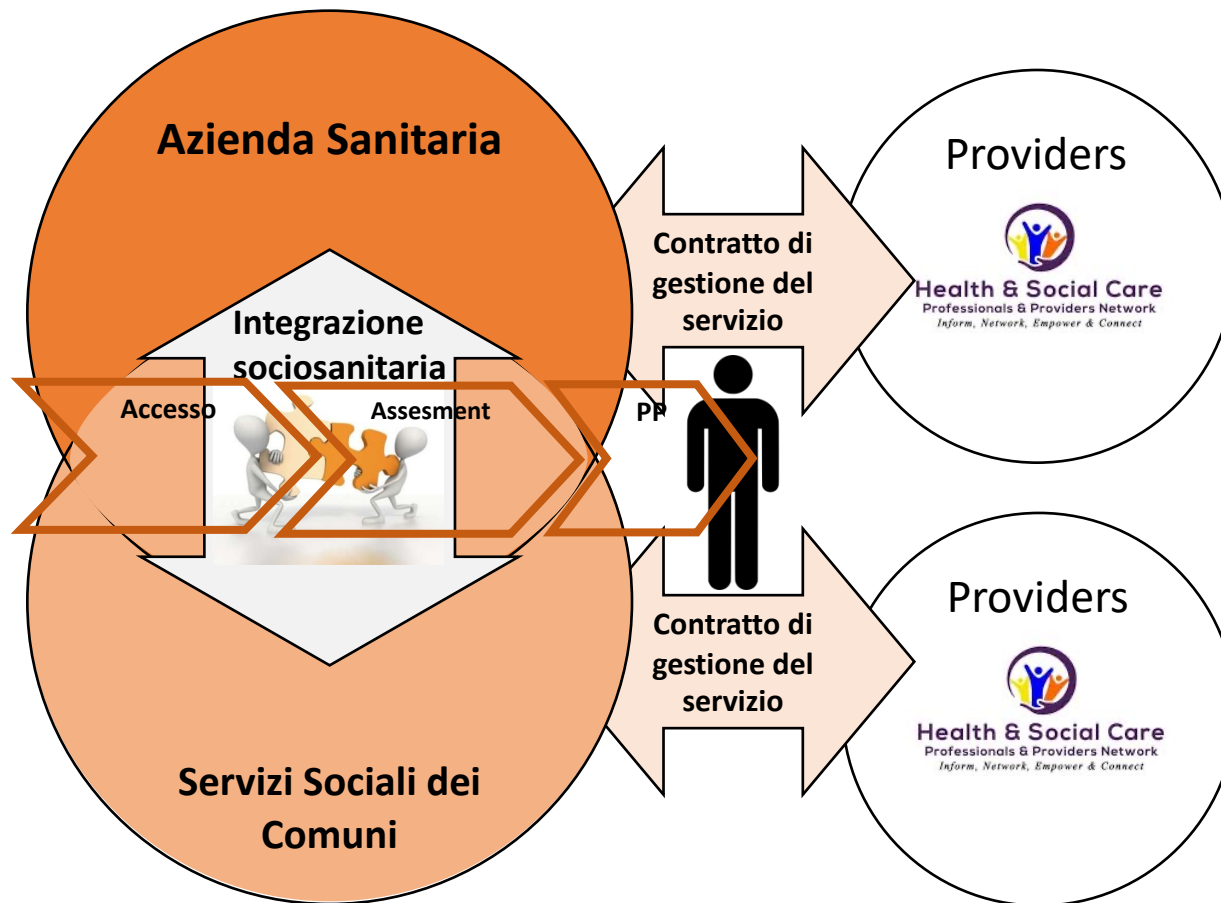




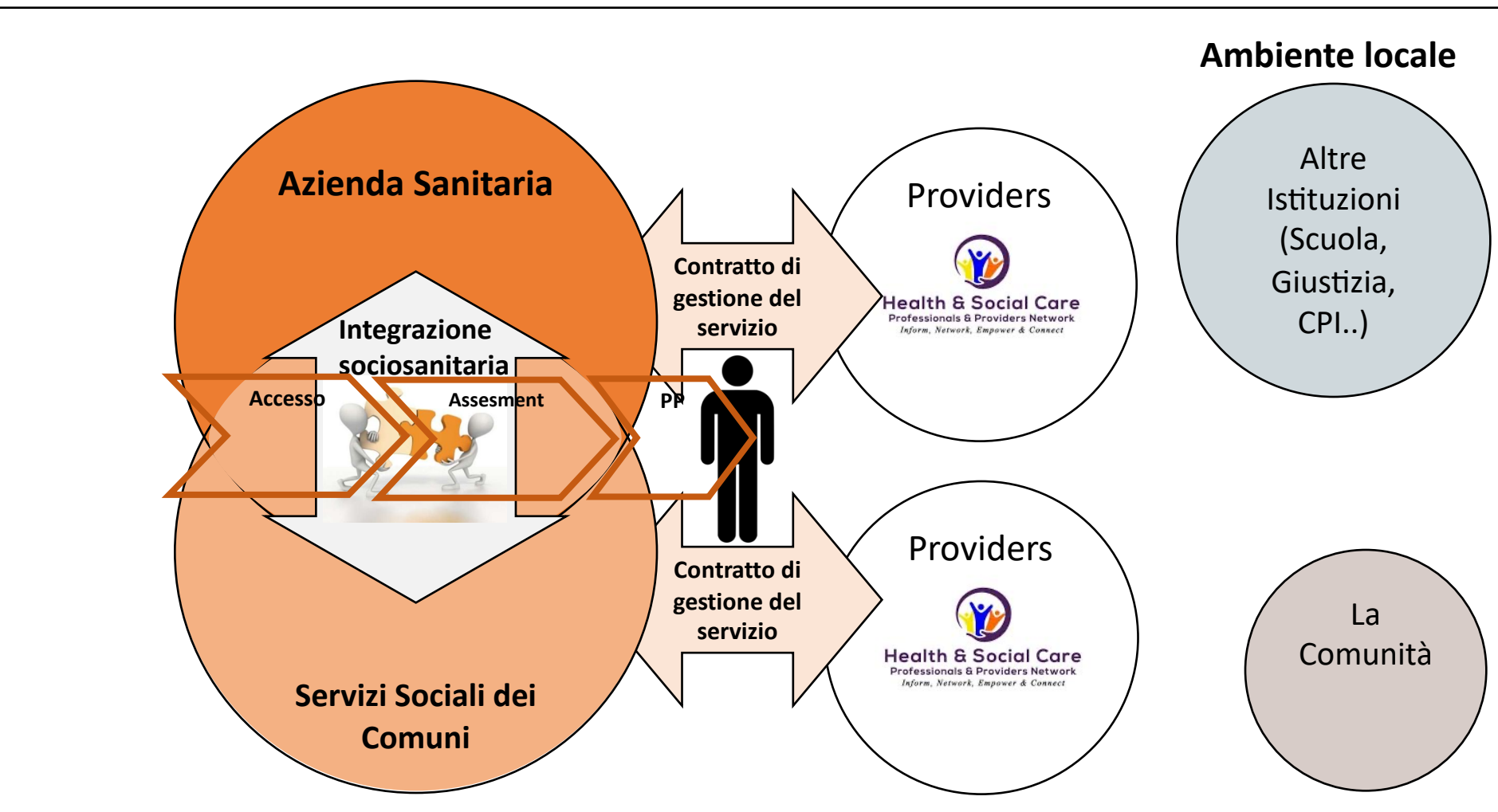
# Il Sistema dei servizi sociosanitari



# Il Sistema dei servizi sociosanitari



# Il Sistema dei servizi sociosanitari



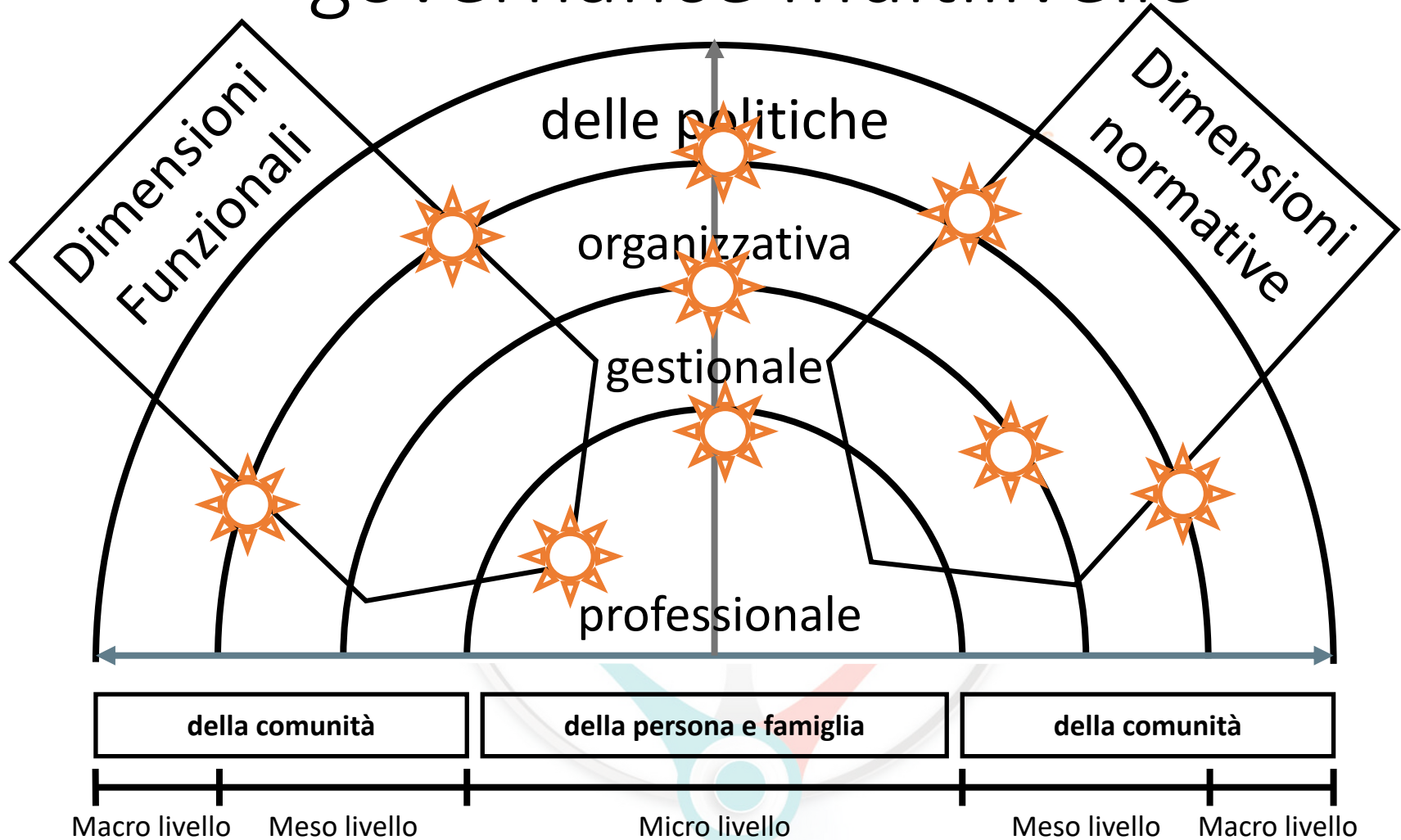
# IPCCHS Strategia 5: creare un contesto favorevole

Affinché le quattro strategie precedenti diventino una realtà operativa, è necessario creare un **contesto favorevole** che riunisca tutti gli stakeholder per intraprendere un cambiamento trasformativo

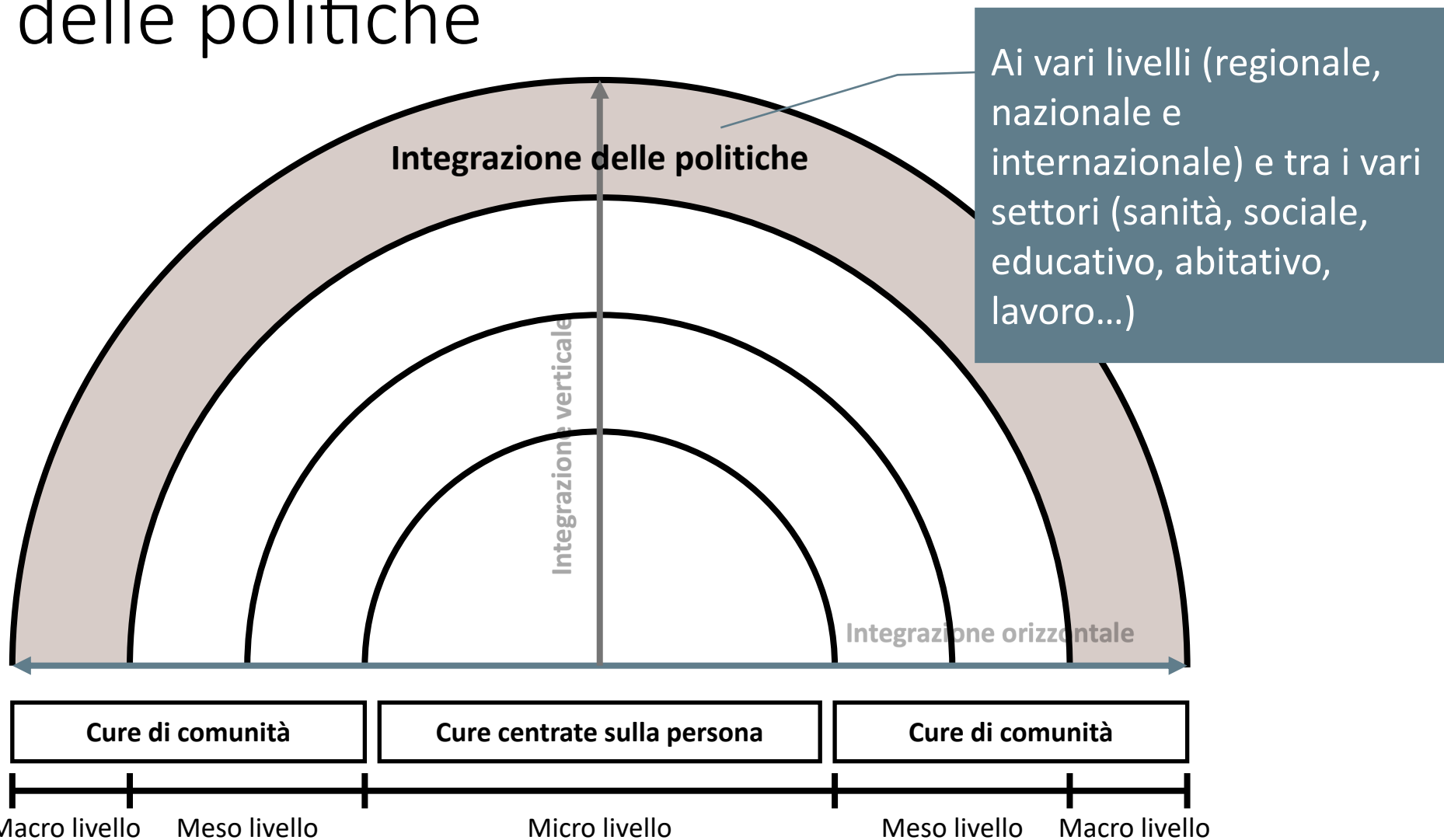


Questo compito complesso coinvolgerà una **serie diversificata di processi** per realizzare i necessari cambiamenti nella leadership e nella gestione, sistemi informativi, metodi per migliorare la qualità, riorientamento della forza lavoro, quadri legislativi, disposizioni finanziarie e incentivi

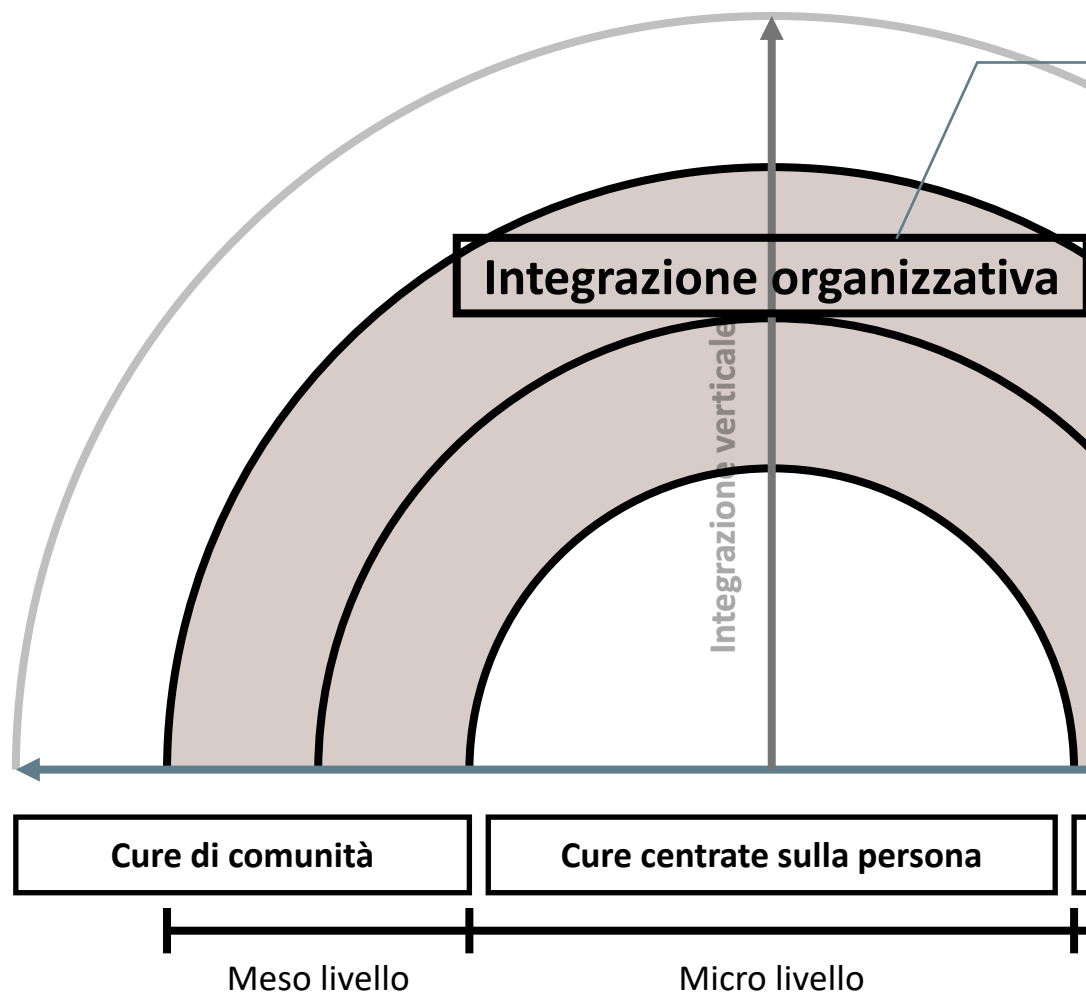
# WHO Framework: approccio di governance multilivello



# Le condizionalità: a livello di integrazione delle politiche



# Le condizionalità: a livello di integrazione organizzativa



## Art. 10 Partenariato pubblico con enti del Terzo settore

Ferma restando la titolarità pubblica della presa in carico

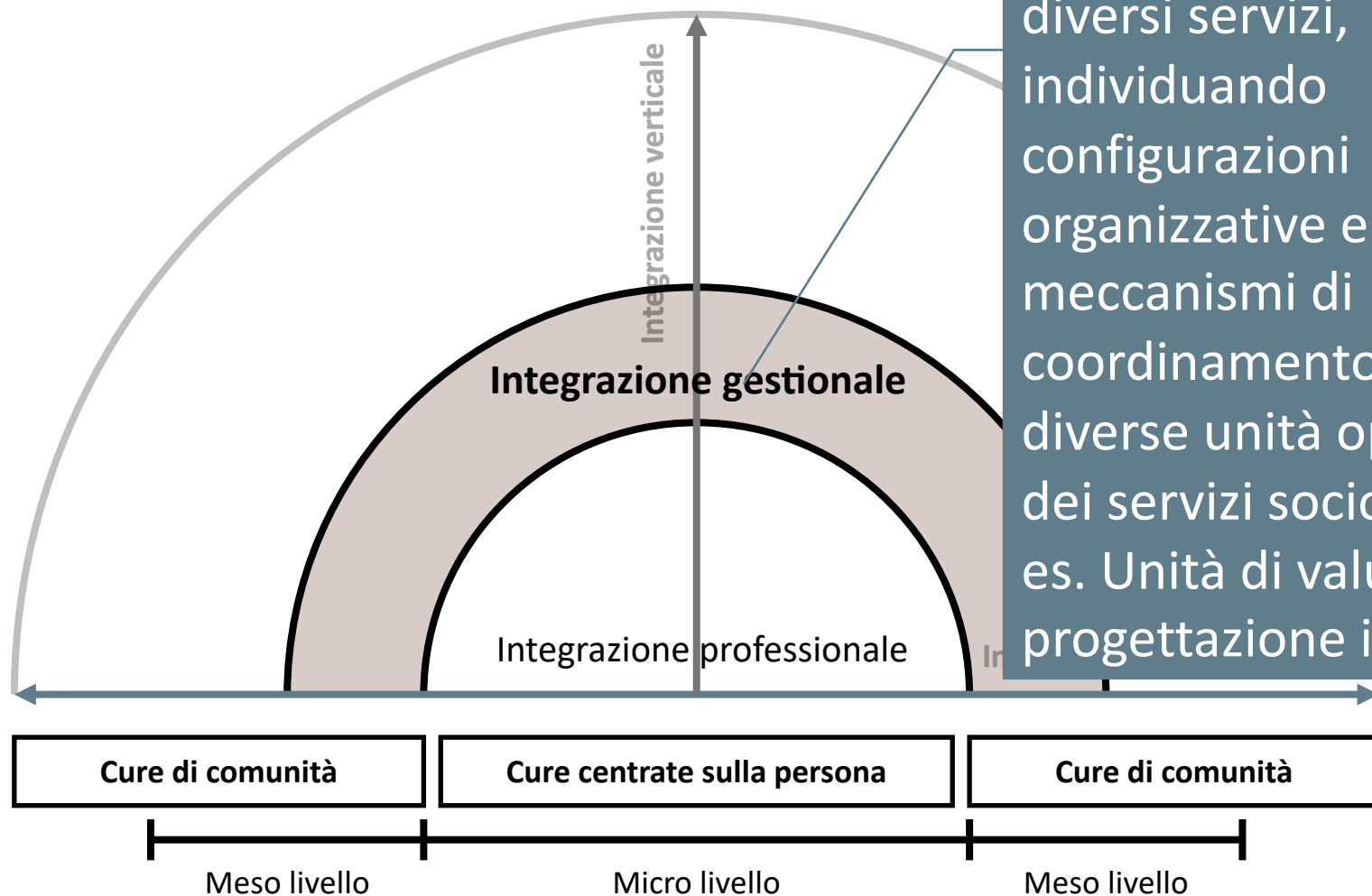
...

L'organizzazione e la gestione dei servizi e degli interventi è aperta a forme di partenariato pubblico con enti del Terzo settore...

Nell'ambito del partenariato l'ente del Terzo settore **co-programma, co-progetta e co-gestisce con il soggetto pubblico il progetto personalizzato**... mediante apporto di domiciliarità e abitare inclusivo, ...

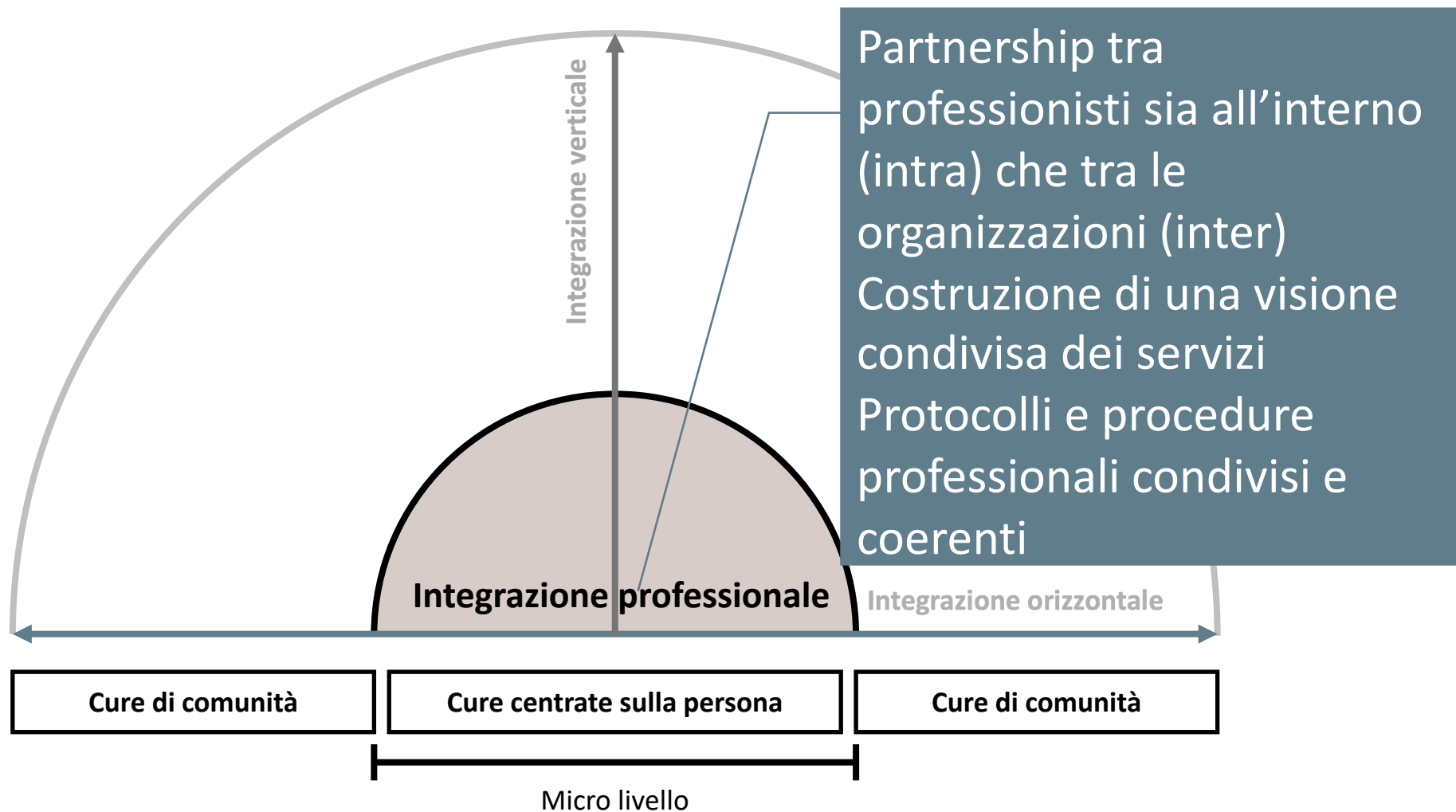


# Le condizionalità: a livello di integrazione gestionale

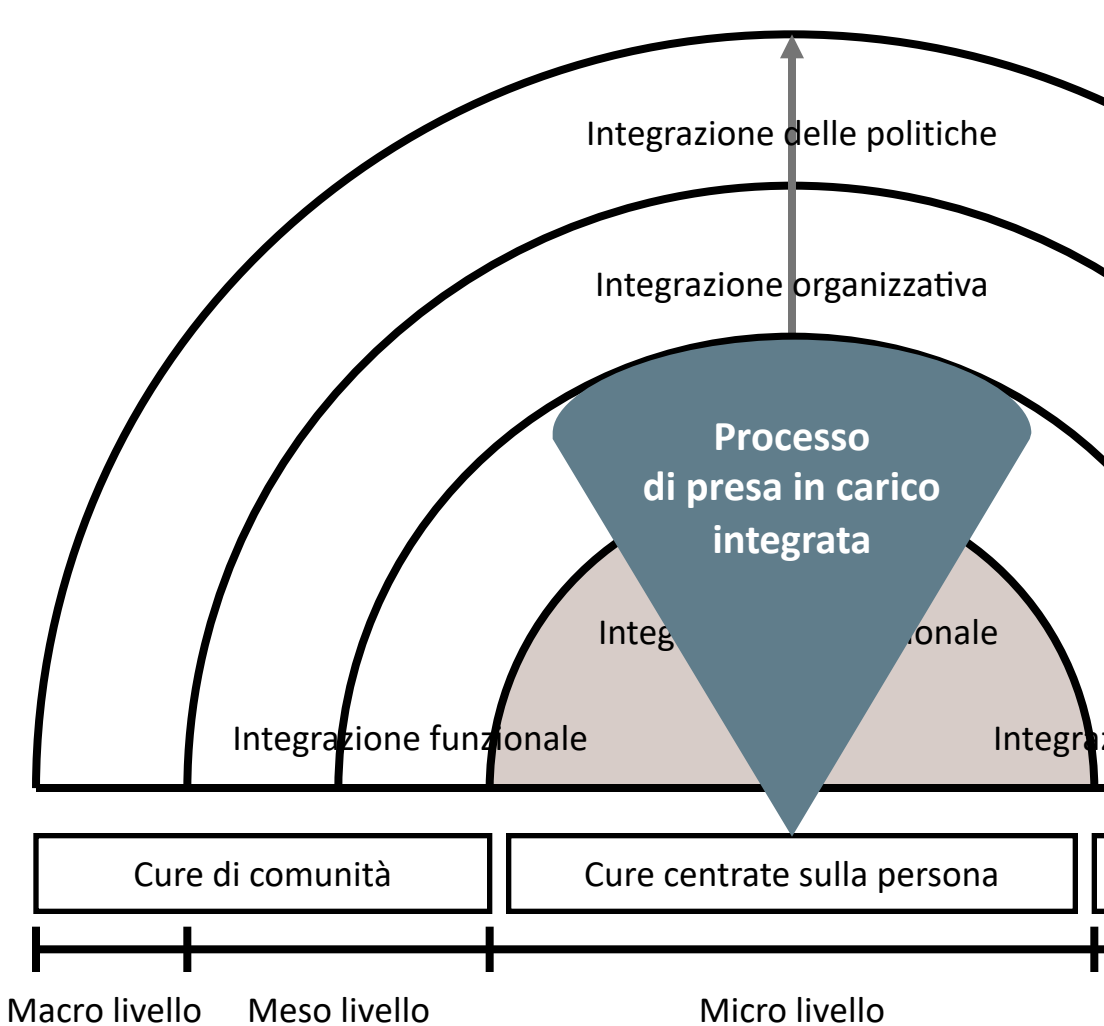


Si colloca fra ed entro i diversi servizi, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento fra le diverse unità operative dei servizi socio-sanitari: es. Unità di valutazione e progettazione integrata

# Le condizionalità: a livello di integrazione professionale



# Le condizionalità: l'approccio alla presa in carico integrata

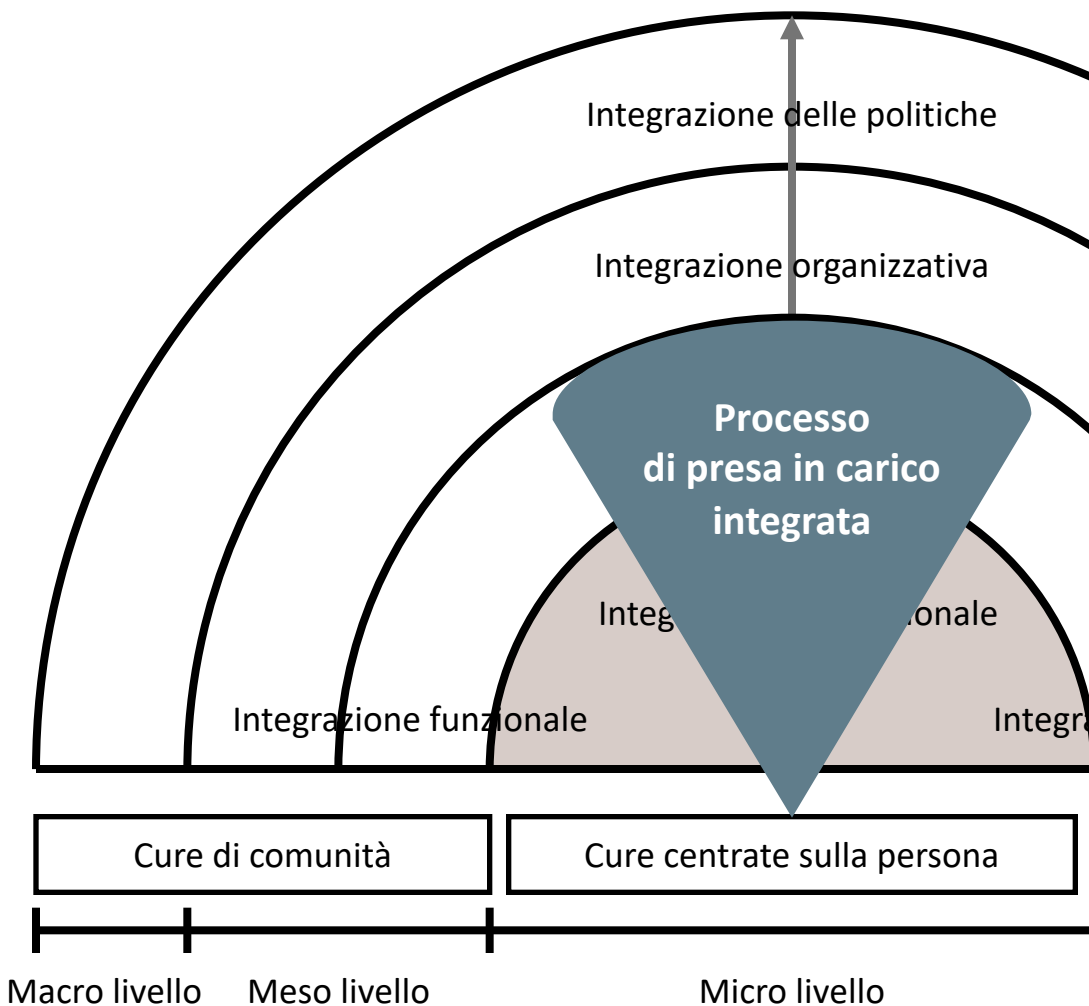


Art. 4 Integrazione e assistenza socio sanitaria

cc. 9 al fine di **garantire il massimo grado di personalizzazione** ... l'organizzazione dei servizi è **riorientata** ... verso modelli che valorizzano la **natura relazione, abilitante e capacitante dell'assistenza**, e a tal fine, attivano ... le risorse familiari, solidali e comunitarie locali, **con particolare riguardo alle realtà del Terzo settore** ...

# Le condizionalità: l'approccio alla presa in carico integrata

Art. 5 Presa in carico integrata

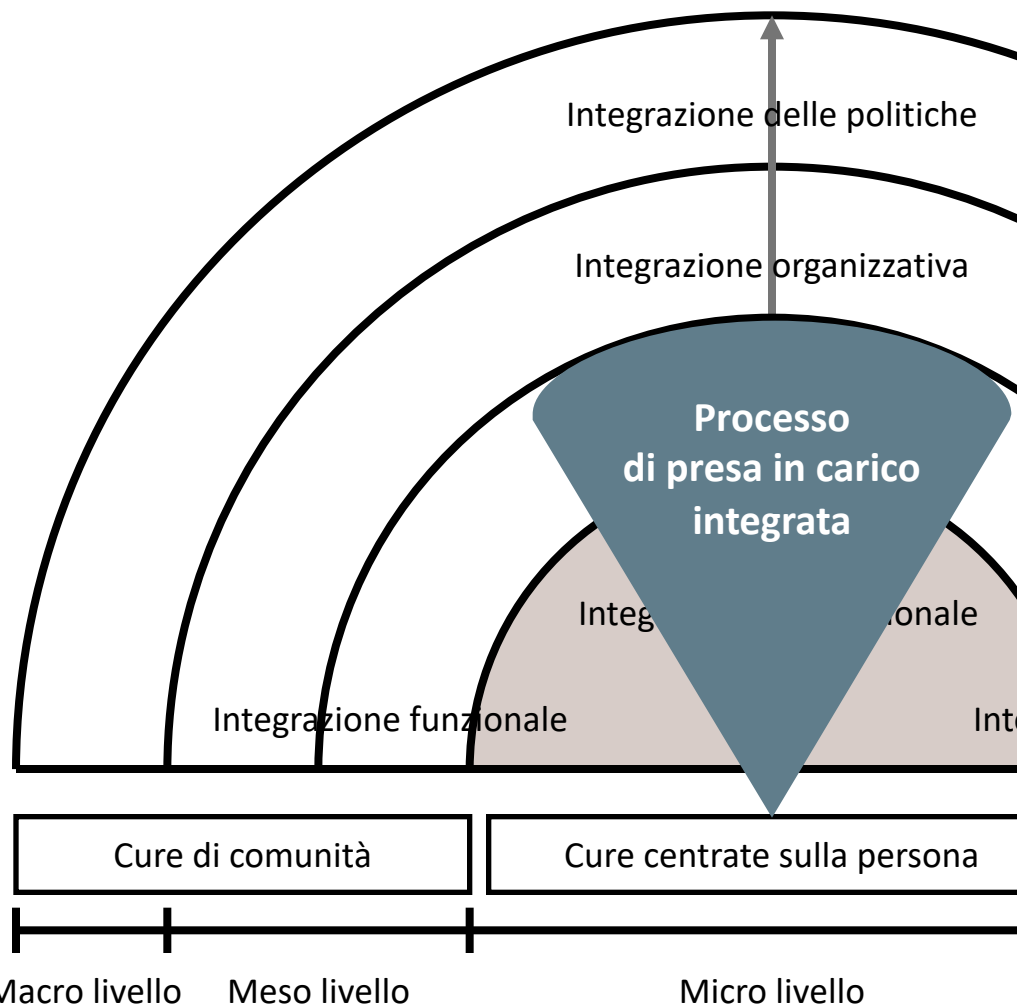


c. 1 Alle persone con bisogni complessi ... è **garantita** la presa in carico da parte dei servizi sanitari e sociali competenti.

c. 2 Le pratiche di presa in carico integrata **sono uniformi sul territorio regionale** e sono organizzate per area di bisogno e con riguardo alle diverse fasi del processo di presa in carico ...

# Le condizionalità: l'approccio alla presa in carico integrata

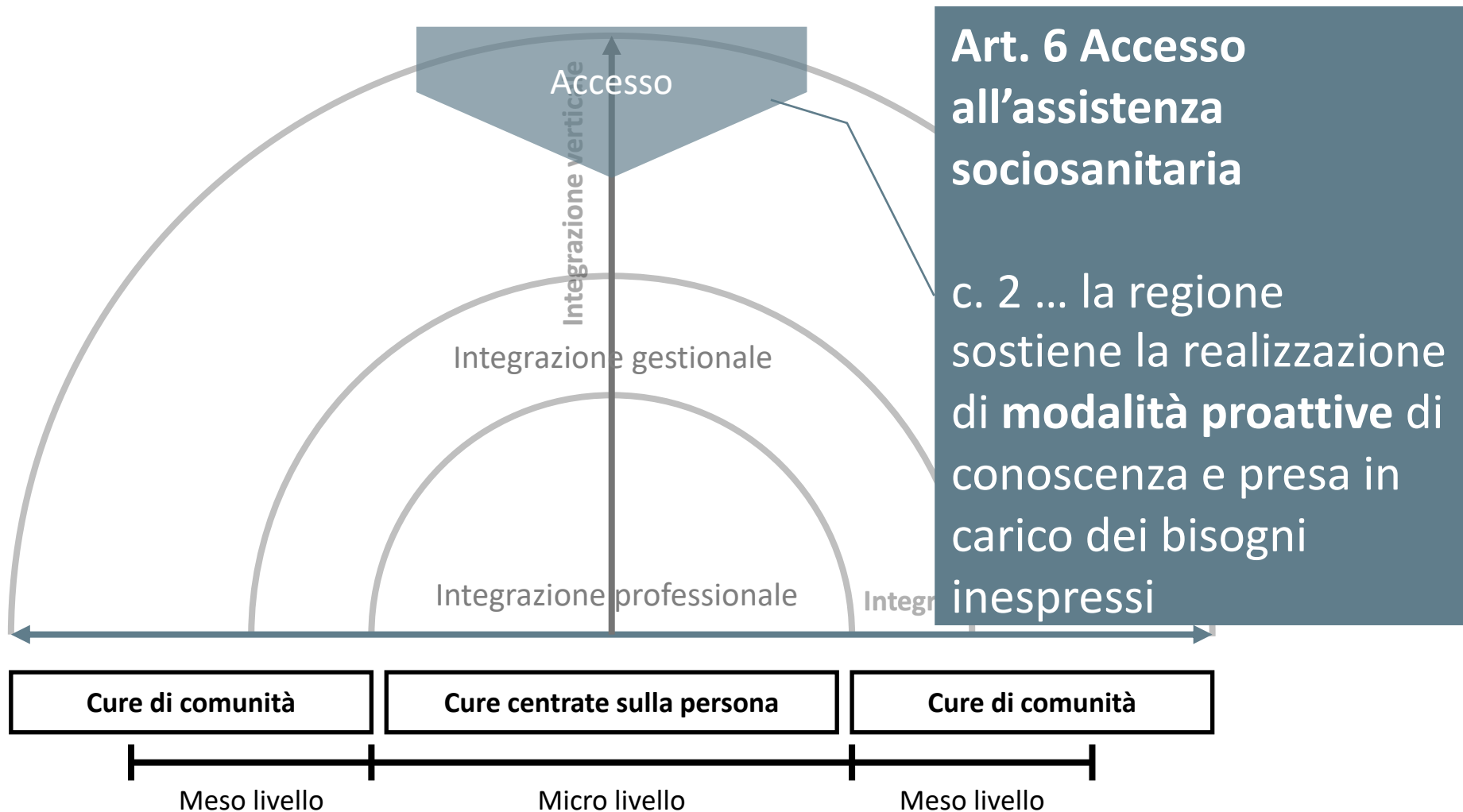
## Art. 5 Presa in carico integrata



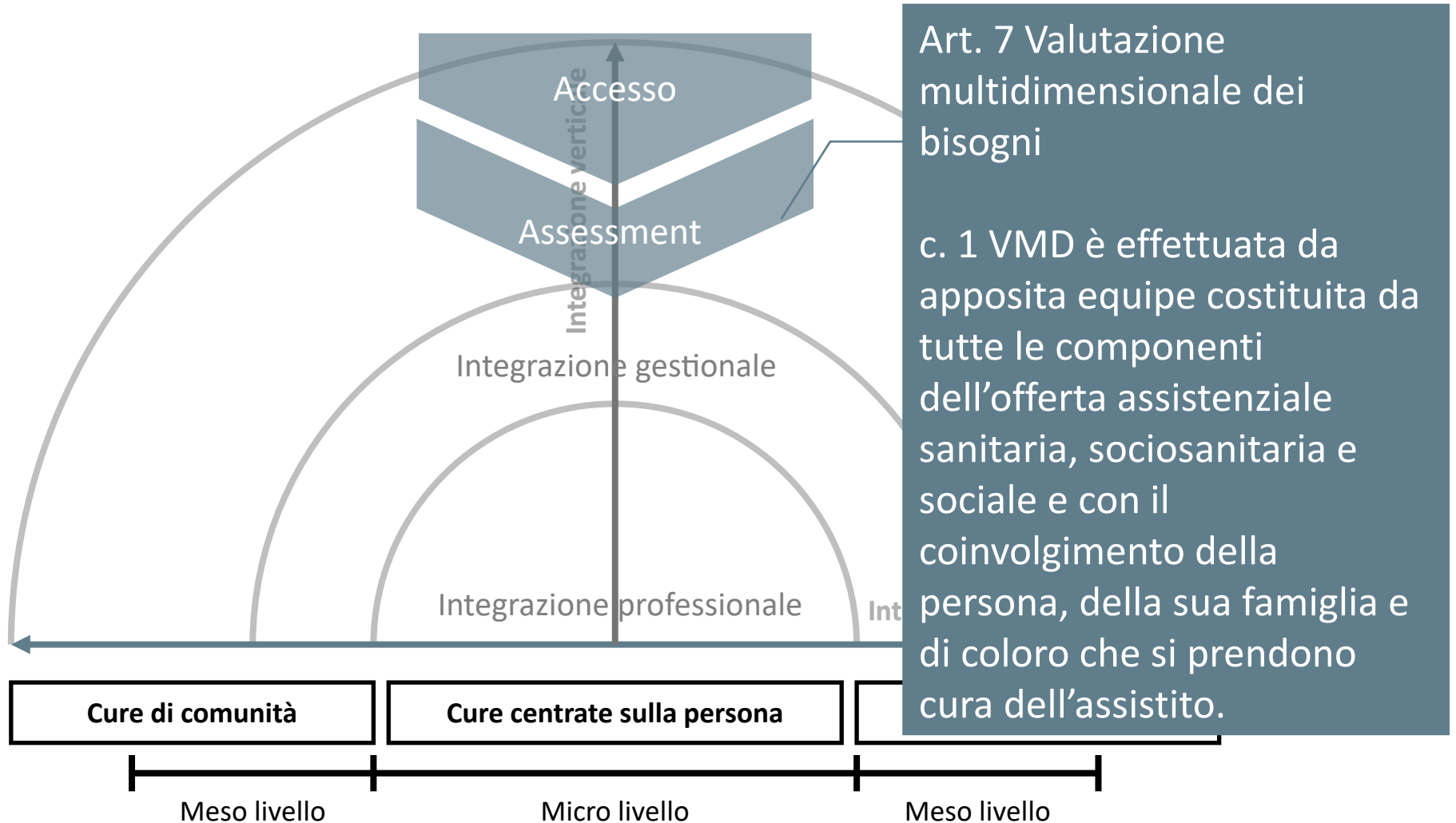
cc. 6 I percorsi assistenziali integrati sono orientati all'**inclusione sociale** al fine di garantire, ... **la piena ed effettiva partecipazione nella società delle persone con bisogni complessi.**

c. 7 ... sono prioritariamente realizzati nei **contesti naturali di vita delle persone** sulla base di **progetti personalizzati**, che nel rispetto della libertà di scelta della persona ... valorizzano le dimensioni della **domiciliarità e dell'abitare inclusivo**, anche per **contenere** gli esiti di **istituzionalizzazione** e residenzialità in struttura.

# Il processo di presa in carico: Art. 6 Accesso all'assistenza sociosanitaria

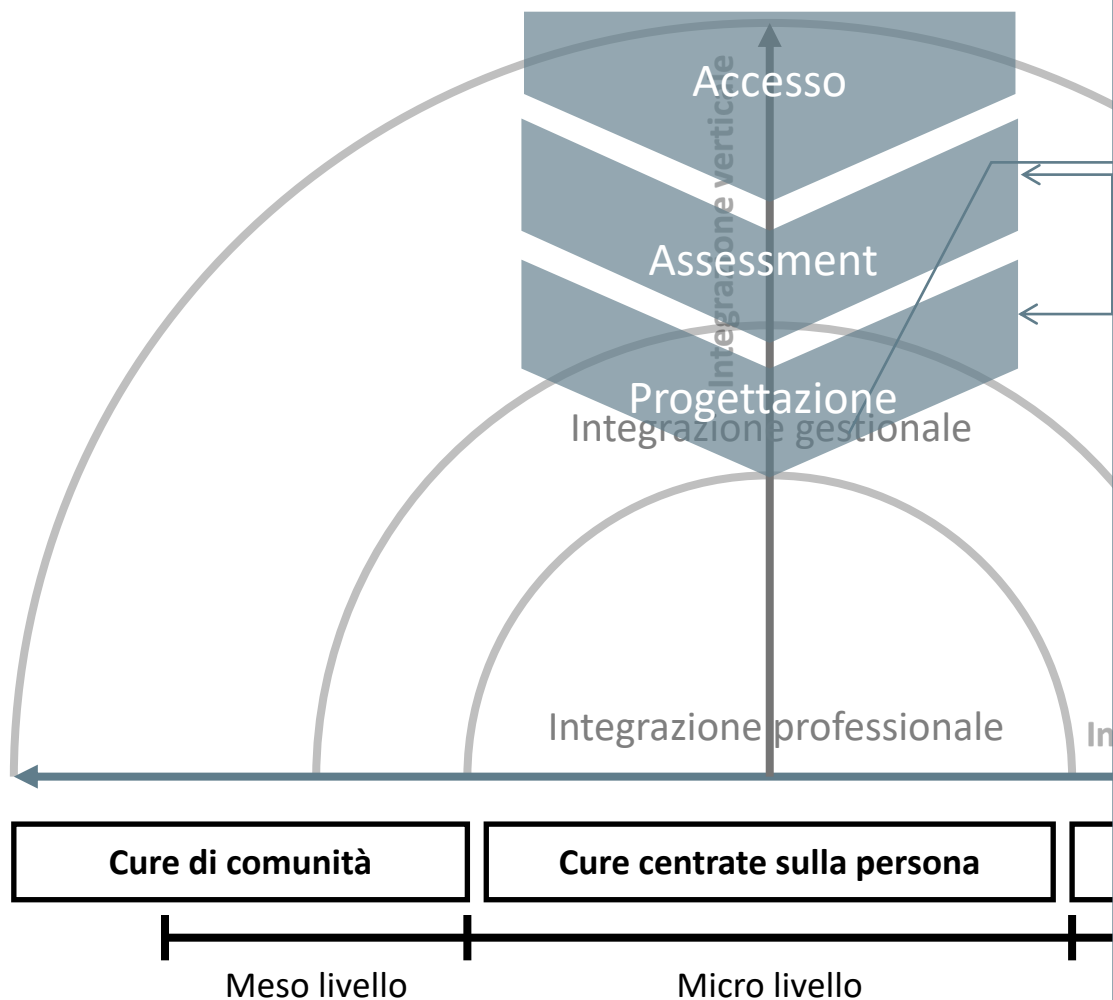


# Il processo di presa in carico: Art. 7 Valutazione



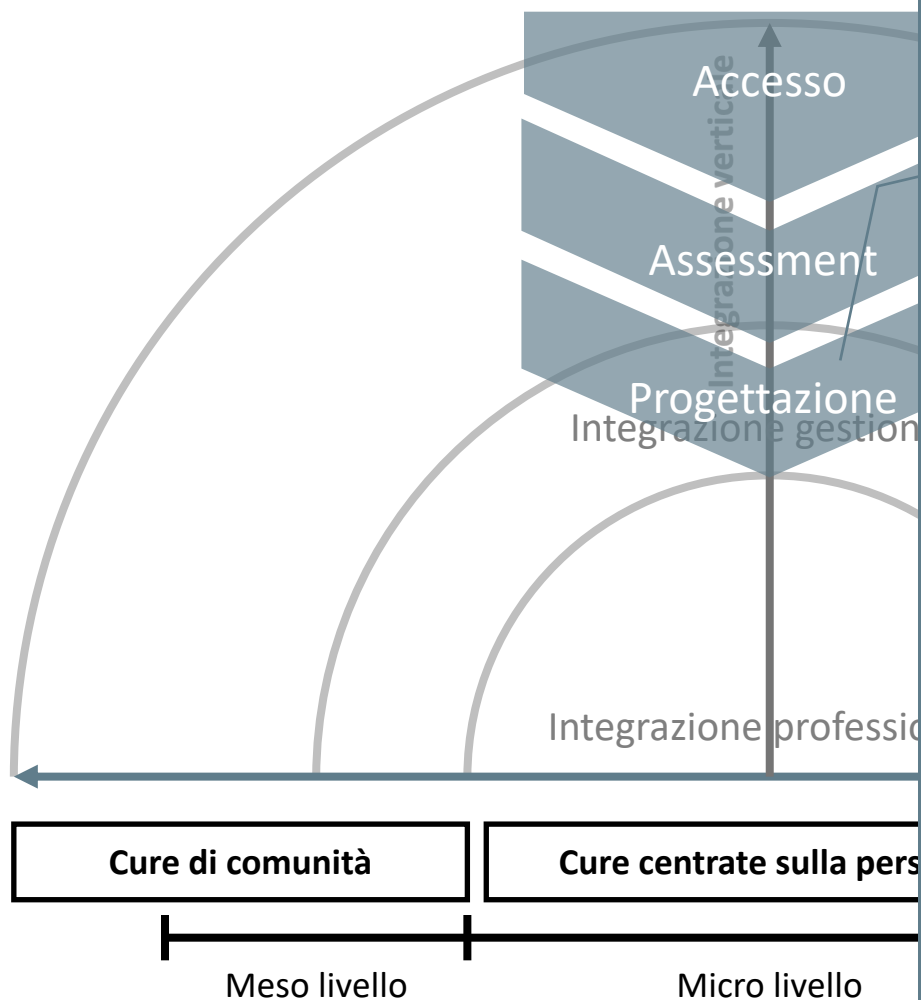


# Il processo di presa in carico: **Art. 8 Progetto personalizzato**



**Art. 8 Progetto personalizzato**  
La VMD guida l'elaborazione del progetto personalizzato, nella **considerazione prioritaria delle possibilità di domiciliarità e abitare inclusivo...** con assunzione **di obiettivi di abilitazione e di capacitazione** della persona assistita.  
... il progetto è elaborato ... in **coprogettazione** con la persona e la famiglia... i contenuti e le modalità di costruzione sono definiti per area di bisogno, con responsabilità professionali e di servizio ...

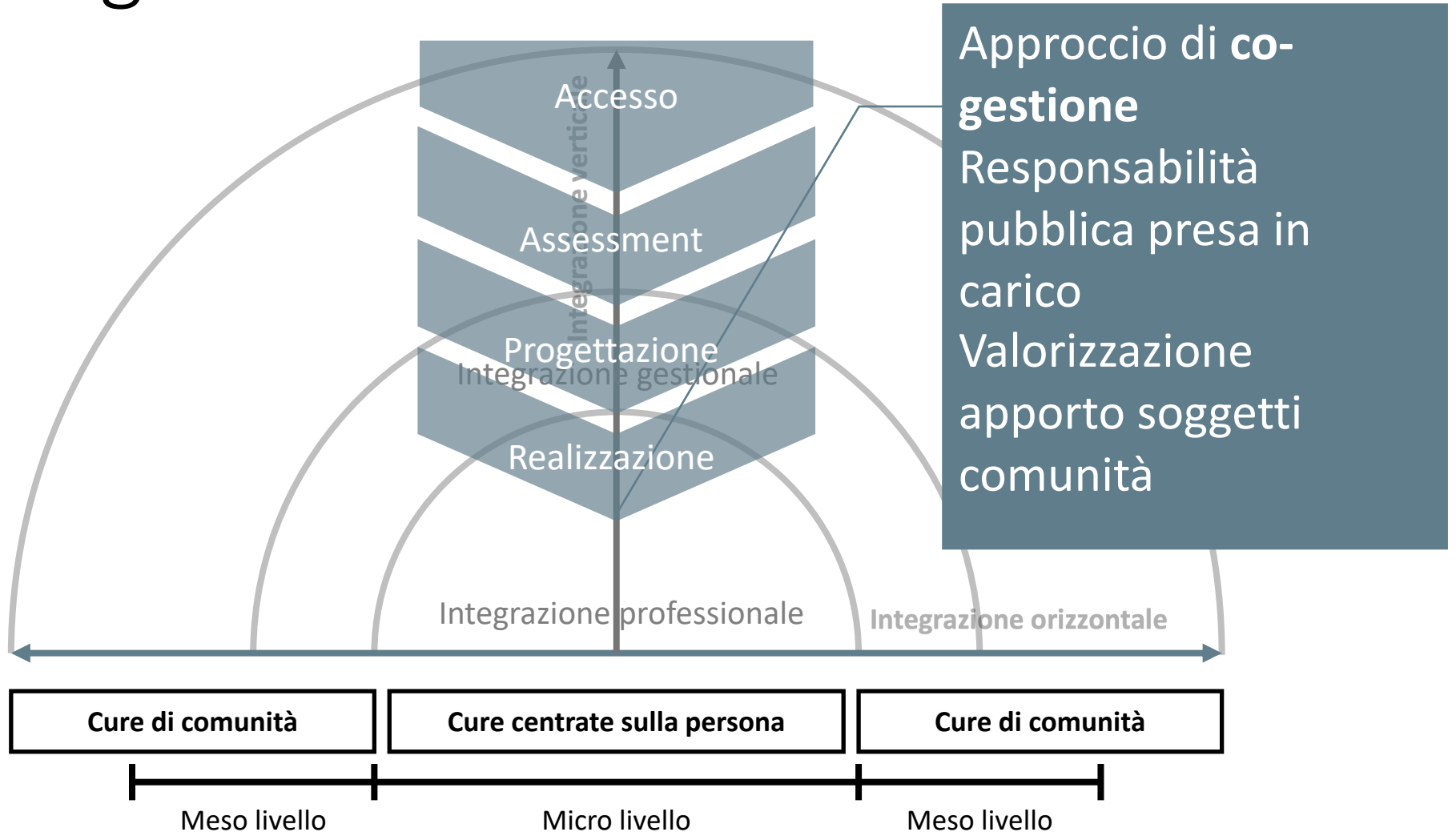
# Il processo di presa in carico: Budget personale di progetto e budget di salute



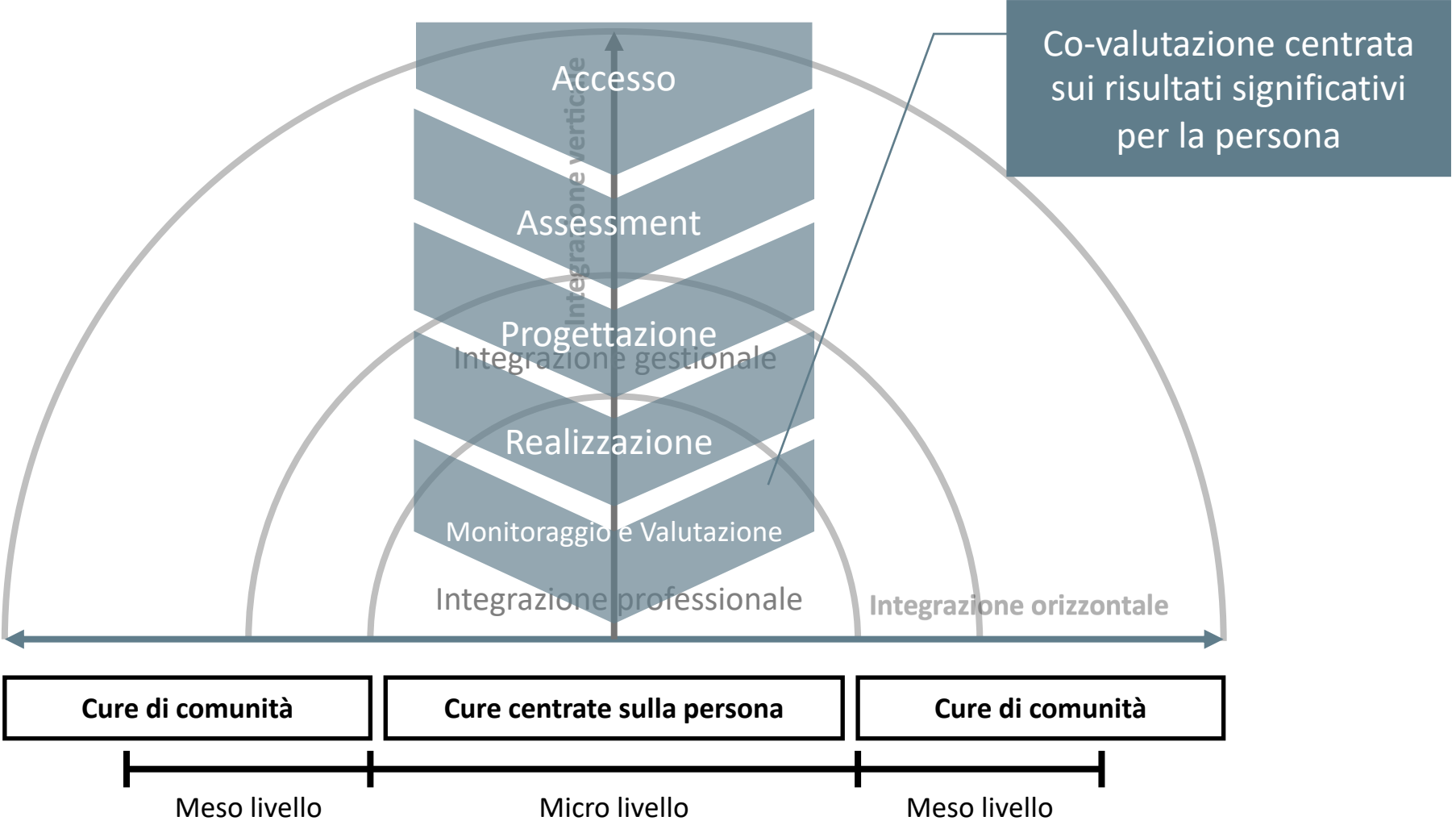
## Art. 9 Budget personale di progetto e budget di salute

c. 3 Al fine di **riorientare** i servizi sulla base della centralità della persona e dei suoi bisogni e per sostenere gli oneri di **cogestione** del progetto da parte del **Terzo settore**, entro il rapporto di **paternariato**, nel budget di progetto può essere enucleata una quota denominata **budget di salute** costituita da risorse finanziarie a carico del Servizio sanitario regionale e del Servizio sociale dei Comuni....con **riconversione delle risorse** destinate a servizi istituzionalizzanti o comunque «convenzionali» a sostegno di percorsi d'inclusione.

# Il processo di presa in carico: la gestione

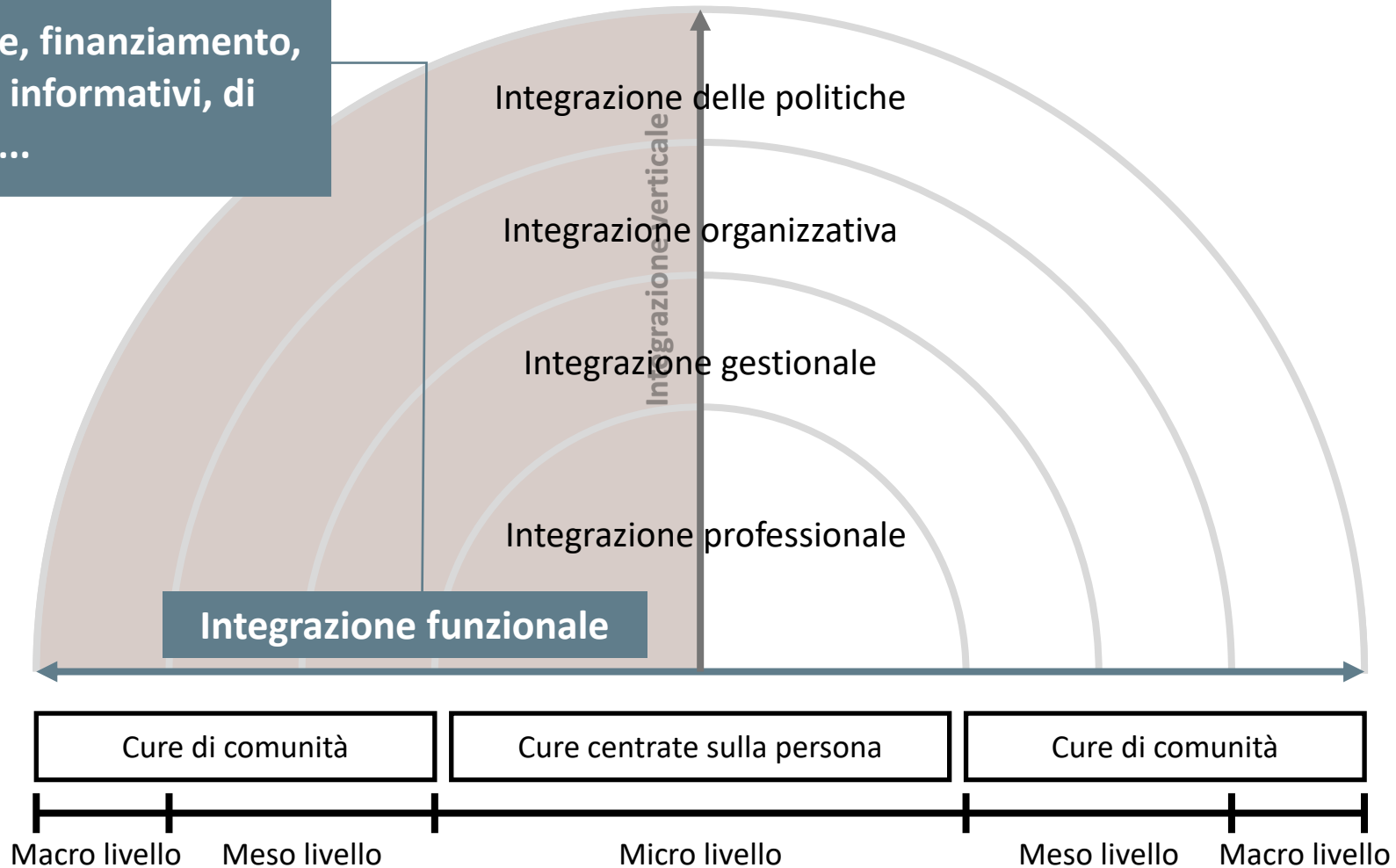


# Il processo di presa in carico: la valutazione



# Le condizionalità: l'integrazione funzionale

I Sistemi di:  
Pianificazione, finanziamento,  
regolazione, informativi, di  
valutazione.....



# Le condizionalità: l'integrazione normativa (culturale)



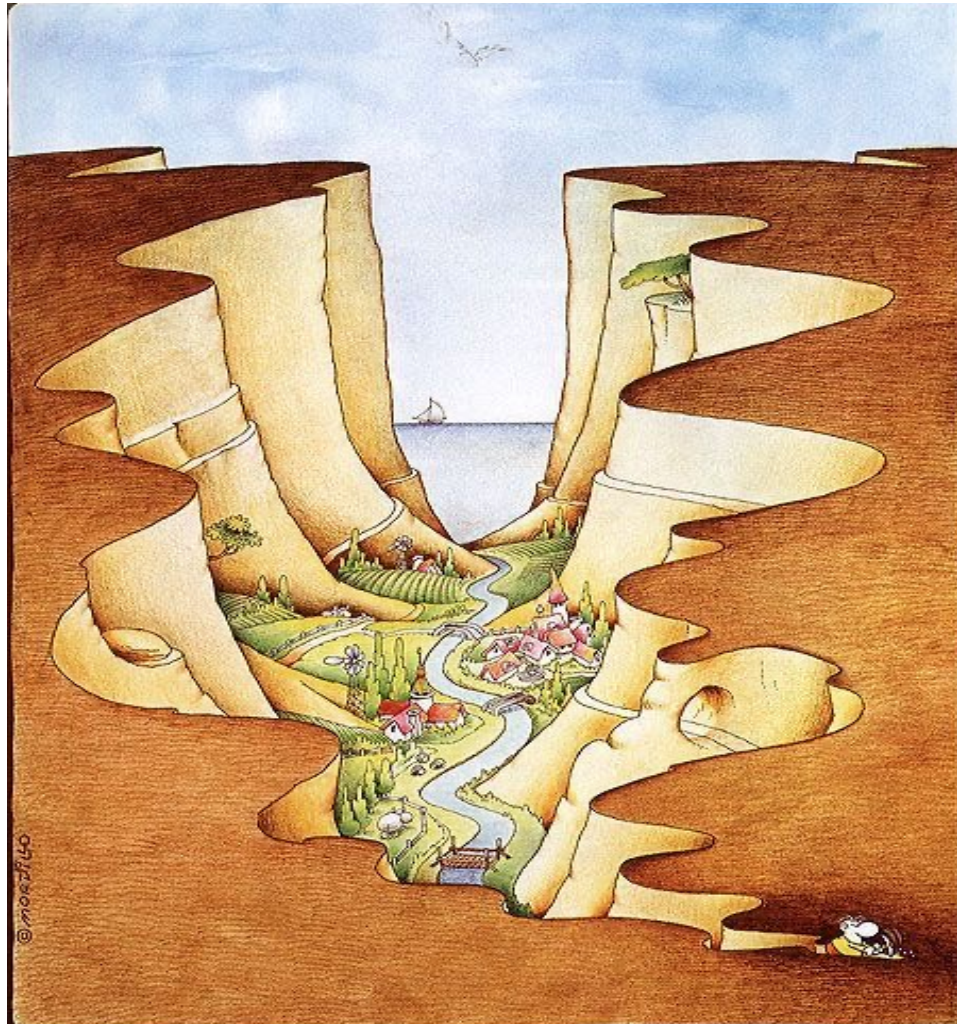


*“Le società possono moltiplicarsi, le comunicazioni possono riavvicinare i membri, ma non è possibile comunità alcuna in un mondo in cui non c’è più un prossimo e dove non rimangono che dei simili e dei simili che non si guardano.”*

**Emmanuel Mounier**

*Manifesto al servizio del personalismo comunitario*





*caminante, no hay camino:  
se hace camino al andar..* (Antonio Machado)

## L'evoluzione dell'assistenza territoriale: implicazioni per lo sviluppo delle competenze infermieristiche



Il recepimento del DM n.77/22 in FVG e le Policy Regionali per l'Infermiere di Famiglia o di Comunità

13 mar 2023

*Dr.ssa Paola De Lucia*

*Dr.ssa Marisa Prezza*

*SOC Coordinamento e Valorizzazione Professioni Sanitarie*

**Obiettivo** - Potenziare i servizi assistenziali territoriali a garanzia dei LEA, riducendo le disuguaglianze e costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale

*Cosa prevede:*

**Sviluppo delle strutture di prossimità** = Case della Comunità, Ospedali di Comunità, COT,...

**Potenziamento cure domiciliari** (casa luogo privilegiato dell'assistenza) = presa in carico (con PAI) del 10% dei pazienti over 65 entro il 2026

**Integrazione tra assistenza sanitaria e sociale**

**Medicina di iniziativa e presa in carico dei pazienti** = stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni

**Telemedicina e Telemonitoraggio** = a supporto presa in carico e integrazione dei professionisti

**Coinvolgimento e responsabilizzazione** dei pazienti nei processi di cura

**Valorizzazione di tutte le risorse della Comunità** (vicinato, associazionismo, volontariato, cooperative sociali, le reti associative, ....)

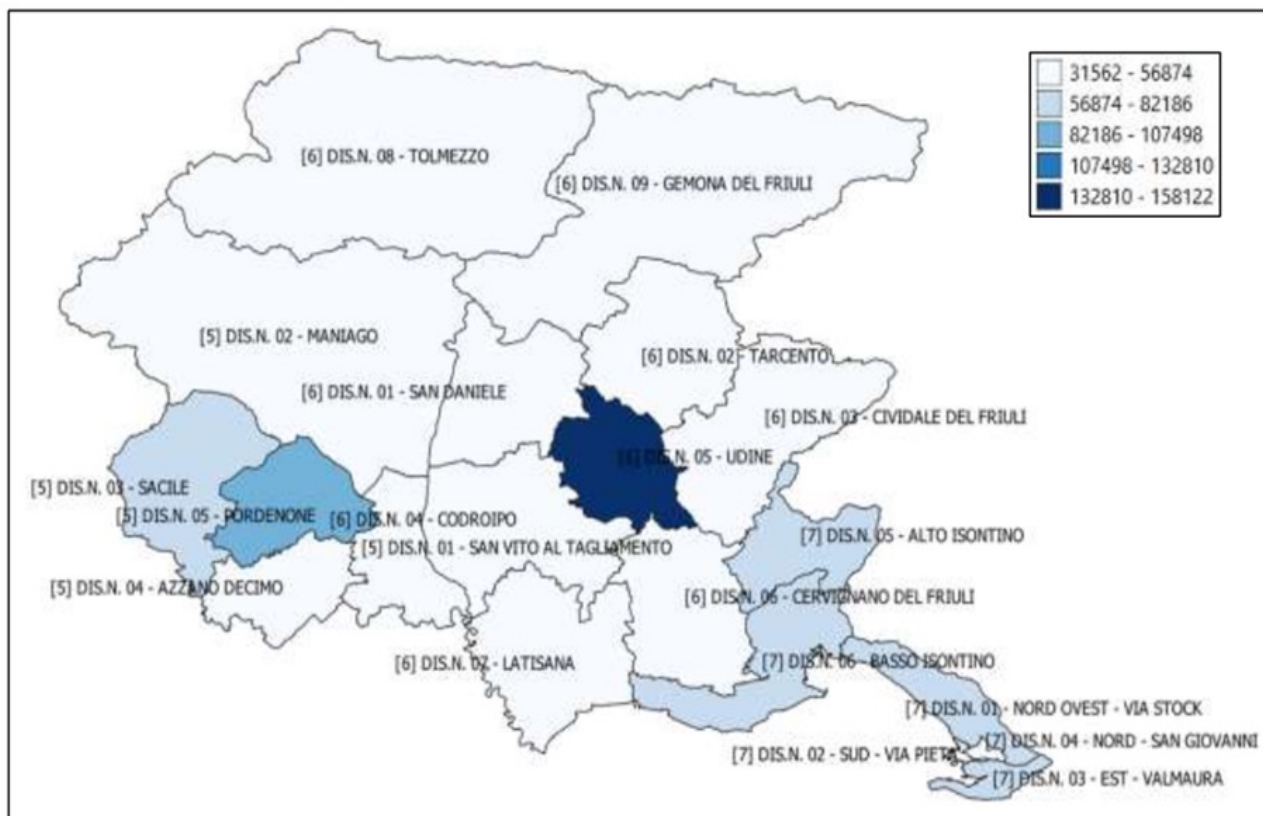
**Obiettivo** - Sviluppare l'assistenza territoriale in risposta agli investimenti previsti dal PNRR e assicurare lo sviluppo del modello di assistenza territoriale previsto dal DM 77/2022 declinando gli standard previsti

*Prevede l'attivazione di:*

<b>12 Centrali Operative Territoriali (COT):</b> std 1/100.000 abitanti
<b>22 Case della Comunità Hub:</b> std 1/50.000 abitanti (non indicati std per le CdC Spoke)
<b>281 posti letto per Ospedali di Comunità (OdC):</b> std 0,2 pl/1000 abitanti
<b>Infermiere di Famiglia e/o Comunità (IFoC):</b> std 1/3000 abitanti
<b>Centrale Operativa 116117:</b> std 1/1.000.000 abitanti
<b>Unità di Continuità Assistenziale (UCA):</b> std 1/100.000
<b>Telemedicina e Teleassistenza</b>

## Distretto socio-sanitario (primo livello organizzativo)

Articolazione aziendale con obiettivo di **integrazione** tra servizi, strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti sul territorio, assicura risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione.





## 1. Casa della Comunità (22 Hub e 10 Spoke)

Modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento, Luogo fisico dell'integrazione socio-sanitaria e riferimento territoriale delle cure primarie

<b>ASUGI</b>	Cormons	Spoke
	Duino Aurisina	Spoke
	Gorizia	Hub
	Gradisca d'Isonzo	Spoke
	Grado distretto	Spoke
	Monfalcone	Hub
	Muggia	Hub
	Trieste via Sai	Hub
	Trieste, via del Carpineto	Hub
	Trieste via Pietà	Hub
	Trieste via Stock	Spoke

<b>ASFO</b>	Azzano Decimo	Hub
	Cordenons	Spoke
	Maniago	Hub
	Pordenone	Hub
	Sacile	Hub
	San Vito al Tagliamento	Hub
	Spilimbergo	Hub

<b>ASUFC</b>	Cervignano del Friuli	Spoke
	Cividale del Friuli	Hub
	Codroipo	Hub
	Gemona del Friuli	Hub
	Latisana	Hub
	Manzano	Spoke
	Palmanova	Hub
	San Daniele del Friuli	Hub
	Tarcento	Hub
	Tarvisio	Hub
	Tavagnacco	Spoke
	Tolmezzo	Hub
	Udine	Hub
	Zugliano	Spoke

### 2. Punti salute di Comunità (20 di cui 1 stagionale) - declinazione FVG

Collegati alla CdC di riferimento per assicurare la continuità: presenti nelle zone a bassa densità abitativa

Azienda	Sede	CdC hub di riferimento
ASUFC	Paluzza	Tolmezzo
	Ampezzo	
	Sappada	
	Ovaro	
	Moggio udinese	Gemona
	Pontebba	Tarvisio
	Mortegliano	Codroipo
	Povoletto	Tarcento
	Buia	San Daniele
	San Giorgio di Nogaro	Latisana
	Lignano Sabbiadoro	Latisana
	ASFO	Aviano
Brugnera		Sacile
Casarsa della Delizia		San Vito al Tagliamento
Claut (stagionale)		Maniago
Fiume veneto		Azzano Decimo
Fontanafredda		Sacile
Prata di Pordenone		Azzano decimo
Porcia		Pordenone
Zoppola		

In ASUGI non sono previsti Punti Salute di Comunità



### Centrali Operative Territoriali (12 COT)

Cabina di regia della presa in carico e della continuità delle cure

Assicura la funzione di *transitional care* degli assistiti dell'area della fragilità e non autosufficienza: cure intermedie, ADI, strutture socio-sanitarie e le reti ospedaliere.

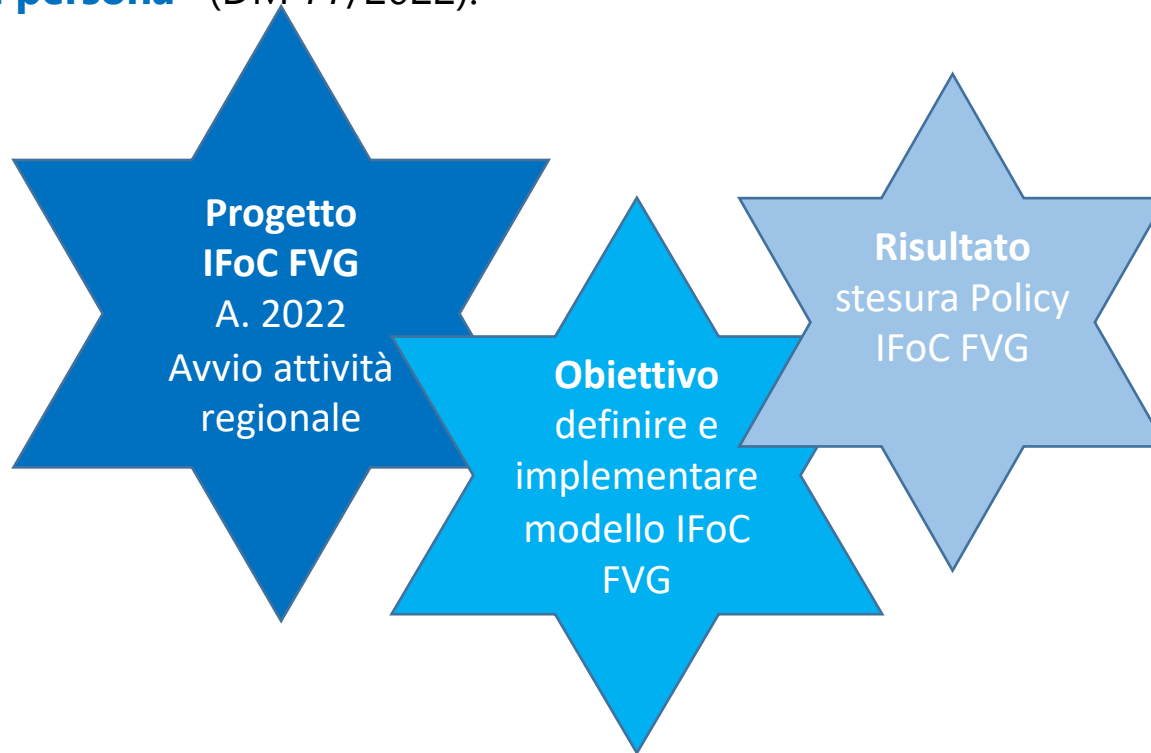
### Ospedali di Comunità (281 pl.)

Struttura sanitaria di ricovero afferente alle cure intermedie con funzione di sostegno alla continuità delle cure:

- nella transizione tra setting per acuti e domicilio (percorso con intensità assistenziale in discesa *step down*): supporto alla dimissione
- nella transizione tra setteng domiciliari e acuti (percorso con intensità assistenziale in aumento *step up*): strumento per prevenire ricoveri inappropriati, per condizioni transitoriamente non gestibili a domicilio

### Infermiere di Famiglia e/o Comunità (402 IFoC)

«Professionista **responsabile** dei **processi infermieristici in ambito familiare** e comunitario, 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, riabilitazione, prevenzione, ecc.) **perseguendo l'integrazione interdisciplinare** sanitaria dei servizi e dei professionisti e **ponendo al centro la persona**» (DM 77/2022).



## Gruppo di lavoro regionale modello IFoC

 <b>REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA</b>	
DIREZIONE CENTRALE SALUTE, POLITICHE SOCIALI E DISABILITÀ	
tel + 39 040 377 5551 fax + 39 040 377 5523	salute@centregione.fvg.it salute@regione.fvg.it I - 34124 Trieste, riva Nazario Sauro 8

Decreto n° 951/GRFVG del 06/04/2022

*Servizio personale SSR, formazione  
e rapporti con le Università*

**Costituzione gruppo di lavoro regionale dedicato alla definizione di  
una proposta di policy regionale sull'infermiere di famiglia e di  
comunità**

## Componenti GDL

Altomare Ofelia	ASUGI
Bonetti Monica	ASUGI
Del Forno Miria	ASUFC
De Lucia Paola	ARCS
Pellizzari Mara	ASUFC
Picogna Michele	DCS
Prezza Marisa	ARCS
Spessot Tiziana	ASUGI
Valentini Mariagrazia	ASFO

## Mandato

Strutturare una **policy complessiva quale punto di partenza** per le successive riflessioni e condivisioni con il tavolo istituzionale (Regione, Aziende SSR, Università, Ordini delle Professioni, Organizzazioni sindacali) e formulazione di una proposta di deliberazione da proporre alla Giunta Regionale

## Documenti/Esperienze di riferimento

### **Position Paper** (*posizione ufficiale sul tema*)


*«Infermiere di Famiglia e Comunità» – AIFEC (Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità)*

### **Position Statement** (*definizione della visione*)


*«L'infermiere di Famiglia e di comunità» – FNOPI*

**Esperienze regionali** Toscana, Piemonte, Friuli Venezia Giulia

## La struttura del documento

 REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA giunta regionale
<p><b>Delibera n° 1484</b></p> <p>Estratto del processo verbale della seduta del  <b>14 ottobre 2022</b></p> <p><b>oggetto:</b>          DL 34/2020, ART 1, COMMA 5 E DM 77/2022. DOCUMENTO "INFERMIERE DI FAMIGLIA O          COMUNITÀ: IL MODELLO ASSISTENZIALE IN FRIULI VENEZIA GIULIA - POLICY REGIONALE".          APPROVAZIONE.</p>

ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 1484 DEL 14 OTTOBRE 2022

 REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità	salute@centregione.fvg.it salute@centregione.fvg.it tel. +39 0432 377 3551 fax +39 0432 377 3551
--	---

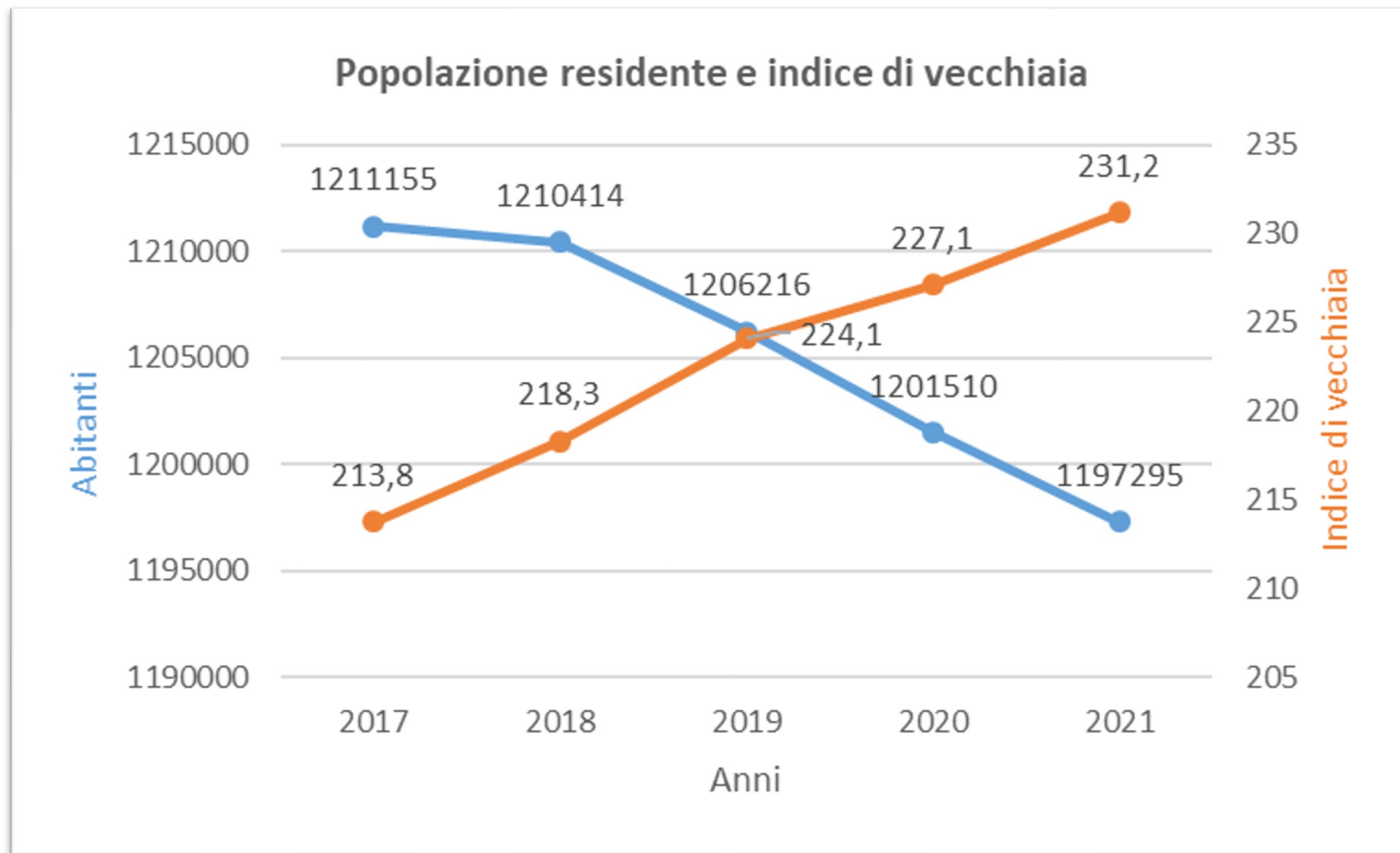
L'infermiere di Famiglia o Comunità:  
 il modello assistenziale in Friuli Venezia Giulia

-Policy regionale-

## SOMMARIO

ACRONIMI E SIGLE.....	3
INTRODUZIONE.....	4
CONTESTO DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO .....	5
<b>Contesto Demografico .....</b>	<b>5</b>
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
<b>FVG: IL MODELLO ASSISTENZIALE DELL'IFoC E INDIRIZZI ORGANIZZATIVI.....</b>	<b>24</b>
<b>Standard e funzioni dell'IFoC nel modello regionale.....</b>	<b>26</b>
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
<b>FVG: IL PROFILO DELLE COMPETENZE DELL'IFoC .....</b>	<b>31</b>
<b>FVG: LA FORMAZIONE REGIONALE DELL'IFoC.....</b>	<b>33</b>
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

## Contesto demografico



## Modelli di riferimento

### Sanità di iniziativa

proattiva, pianificata,  
focalizzata sulla  
prevenzione

### Population Health

agire sui determinanti  
sociali

### Community Care

presa in carico da parte  
della comunità stessa

### Health Literacy

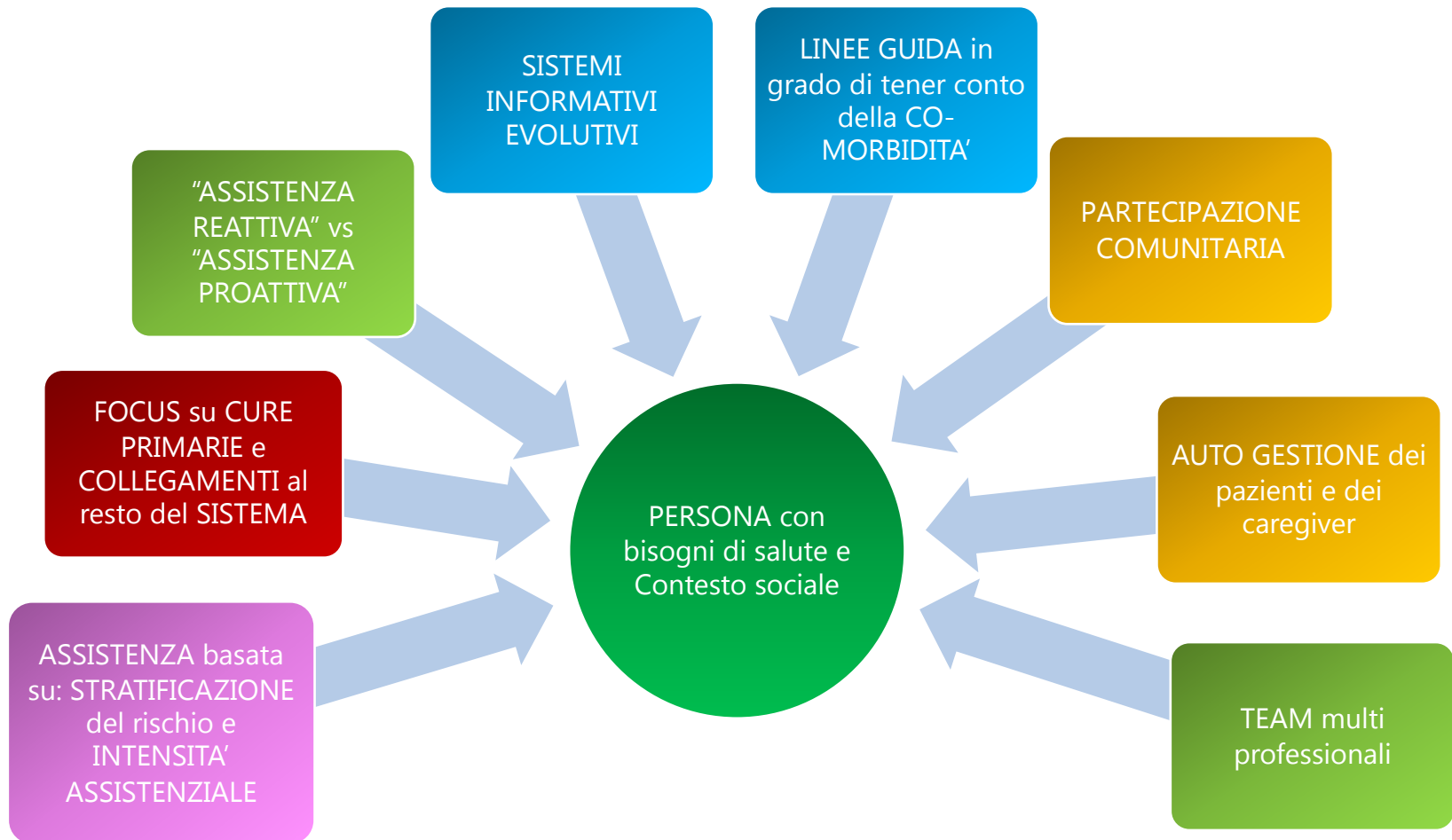
### Modello relazionale

professionista come  
attivatore di processi  
relazionali

### Modello organizzativo a rete



## Modelli di riferimento – Elementi comuni



## Modelli di riferimento – Funzioni prevalenti

### Chi è l'IFoC

Professionista  
responsabile dei  
processi infermieristici  
in ambito familiare e  
comunitario

### Cosa fa l'IFoC (Funzioni prevalenti DM 77/2022)

INTERCETTARE i bisogno di salute, PROMUOVERE LA PREVENZIONE e GESTIONE della salute in tutte le fasce d'età e in tutti i setting

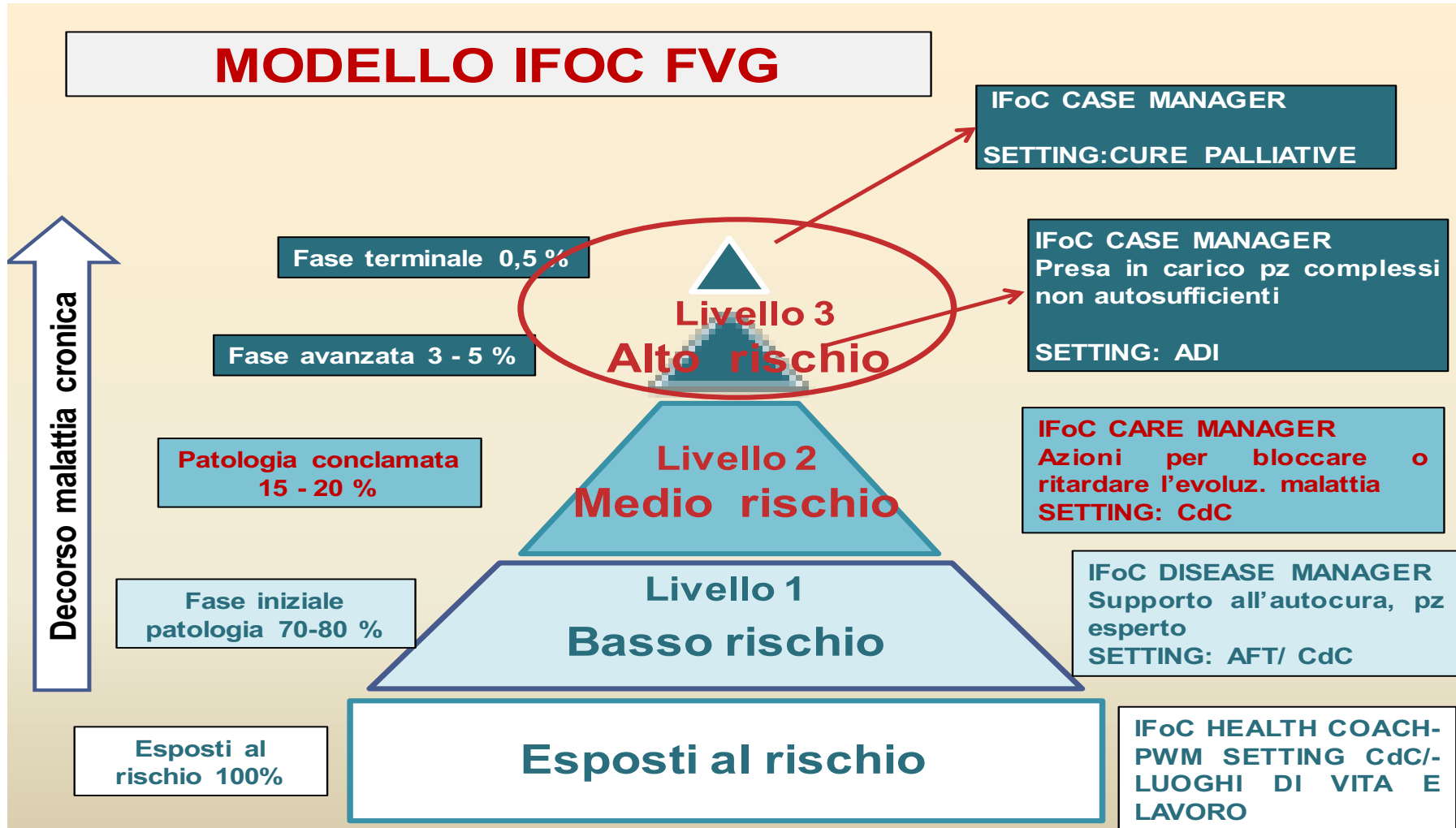
COLLABORARE e INTEGRARSI con tutti i livelli sanitari, seguendo le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione e di Sanità Pubblica

RICONOSCERE IL VALORE delle reti socio-sanitarie e delle risorse della comunità

COINVOLGERE la persona, il caregiver e la comunità

Agire il COUNSELING infermieristico e il supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti

## Modello IFoC FVG – Funzioni - 1



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 Modificata da: M. Pelizzari ; M. Pordenon

## Modello IFoC FVG – Funzioni - 2

4 funzioni specifiche afferenti al ruolo dell'IFoC e agite dal professionista nei diversi setting territoriali (in base al profilo di rischio e con diversi bisogni di salute)

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

## Il profilo delle competenze dell'IFoC

### Modelli e Fonti

#### Framework

- ✓ DM 739/94
- ✓ Modello delle Unità Formative Capitalizzabili dell'Istituto per lo sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori (ISFOL) – 1998
- ✓ Position Statement FNOPI – 2020
- ✓ Progetto europeo ENhANCE – 2021
- ✓ DM 77/2022

#### Letteratura

- ✓ Dreyfuss, 1980
- ✓ Descrittori di Dublino, 2001
- ✓ Benner, 2003
- ✓ Pellizzari, 2008
- ✓ Progetto Europeo Tuning, 2010

## Il profilo delle competenze dell'IFoC FVG

- 8 domini
- 13 macro competenze
- 50 competenze specifiche

<b>DOMINIO</b>	<b>MACRO COMPETENZA</b>
<b>PREVENZIONE</b>	Attivare interventi educativi e/o informativi per la promozione di stili di vita sani (health coach)  Sviluppare intelligenza emotiva verso se stessi (Competenza personale)
<b>RELAZIONE</b>	Sviluppare intelligenza emotiva verso gli altri (competenza sociale)  Advocacy - reciprocità
<b>ASSISTENZA</b>	Gestire i percorsi assistenziali della persona/famiglia/comunità
	Gestire il rischio clinico/assistenziale
	Attivare la rete dei servizi nel contesto territoriale
<b>EDUCAZIONE TERAPEUTICA</b>	Attuare interventi di educazione terapeutica
<b>CONSULENZA</b>	Attuare interventi di educazione terapeutica
<b>ORGANIZZAZIONE</b>	Gestire la complessità organizzativa delle cure territoriali
<b>RICERCA</b>	Utilizzare le migliori evidenze
	Attuare progetti di ricerca selezionati
<b>FORMAZIONE</b>	Contribuire alla formazione

## La Formazione

**Obiettivo** - Progettare e avviare iniziative formative regionali rivolte agli IFoC per acquisire competenze specifiche in coerenza con i programmi regionali di attuazione del PNRR e in particolare con l'attivazione graduale e/o sviluppo delle strutture/funzioni previste (CdC, AFT Cure domiciliari)

Attivato Comitato Scientifico (DCS, Università e ARCS) con il mandato di:

- progettare e approvare il percorso formativo
- definire i requisiti di accesso alla formazione regionale
- Valutare gli esiti della formazione

Formazione accreditata ECM prevede una parte teorica (circa 90 ore) e una parte pratica (circa 200 ore, in parte con riconoscimento “*on the job*”)

## Le macro azioni

- PROGRESSIVA RIORGANIZZAZIONE dell'assetto organizzativo territoriale (conversione posti letto, attivazione delle COT e CDC, ...) e delle rete ospedaliera
- INFORMAZIONE, FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO dei professionisti coinvolti nella riorganizzazione
- Progressiva IMPLEMENTAZIONE DELLE FUNZIONI dei professionisti



## Cronoprogramma (2022 – 2026)

		2023												2024												2025												2026																																		
		G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D																							
C D C	<b>AZIONI</b>																																																																							
	Definizione del modello organizzativo e gestionale per l'erogazione dei servizi e avvio sperimentale	█																																																																						
	Revisione delle procedure per la presa in carico dei pazienti a livello territoriale	█																																																																						
	Approvazione dei progetti idonei trasmessi dalle Aziende (per gara)	█																																																																						
	Stipula dei contatti per la realizzazione delle CdC	█																																																																						
	CDC pienamente operative	█												█												█												█																																		
C O T	Stipula dei contratti per la realizzazione delle COT	█																																																																						
	elaborazione e definizione del modello organizzativo e gestionale aziendale	█																																																																						
	COT pienamente funzionanti	█												█																																																										
O D C	Approvazione dei progetti idonei per l'indizione delle gare	█																																																																						
	ODC rinnovati e interconnessi (fine 2026)																																																	█																						
I F o C	Nomina Comitato scientifico e avvio attività	█																																																																						
	Progettazione del percorso formativo IFoC	█																																																																						
	Coinvolgimento delle Aziende per condivisione modello e definizione dei fabbisogni di Ifoc	█																																																																						
	Avvio del modulo percorso formativo per Tutor percorso IFoC	█																																																																						
	Avvio dei moduli formativi per IFoC fino al completamento del fabbisogno (fine 2026)	█												█												█												█																																		



**ARCS**  
Azienda Regionale  
di Coordinamento  
per la Salute



***Grazie !***

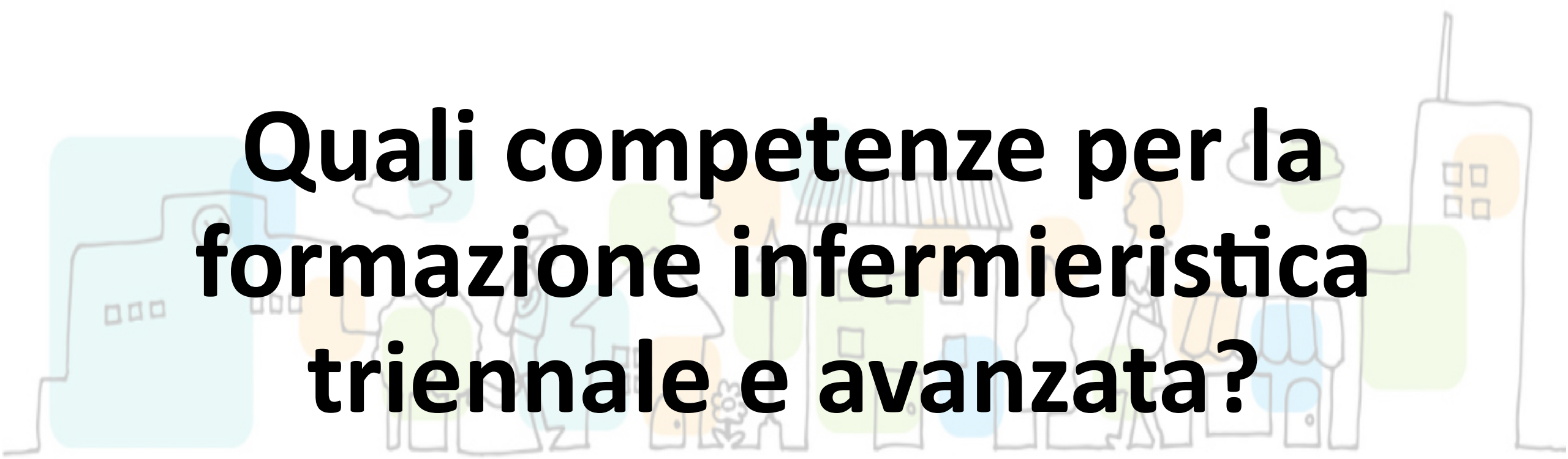
## Il percorso regionale 2022 – 2026 (4)

L'intero progetto :

- Rappresenta un grosso cambiamento, che segue ad altri recenti
- È sicuramente faticoso
- Ci fa muovere da una situazione certa ad una incerta
- Potremmo commettere degli errori e sentirci frustrati
- ...

Per queste molte altre ragioni abbiamo bisogno di lavorare assieme, confrontarci e provare ad utilizzare i momenti formativi e questo cambiamento per migliorare le opportunità degli infermieri.

Il vostro contributo, è sicuramente centrale e determinerà il successo o meno dell'assistenza di comunità!



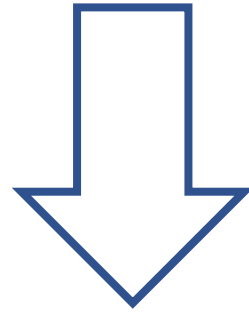
# Quali competenze per la formazione infermieristica triennale e avanzata?

Elisa Mattiussi

# Come formare le competenze?



**Competences** represent a dynamic combination of cognitive and meta-cognitive skills, knowledge and understanding, interpersonal, intellectual and practical skills, and ethical values.



A **learning outcome** is understood as a statement of what a learner is expected to know, understand and be able to demonstrate after completion of a process of learning.

Learning outcomes indicate **the level of competence that is desired and should be achieved**. They are in other words the specifications of the results and outcomes of a learning process.

# Come formare le competenze?

## Descrittori di Dublino

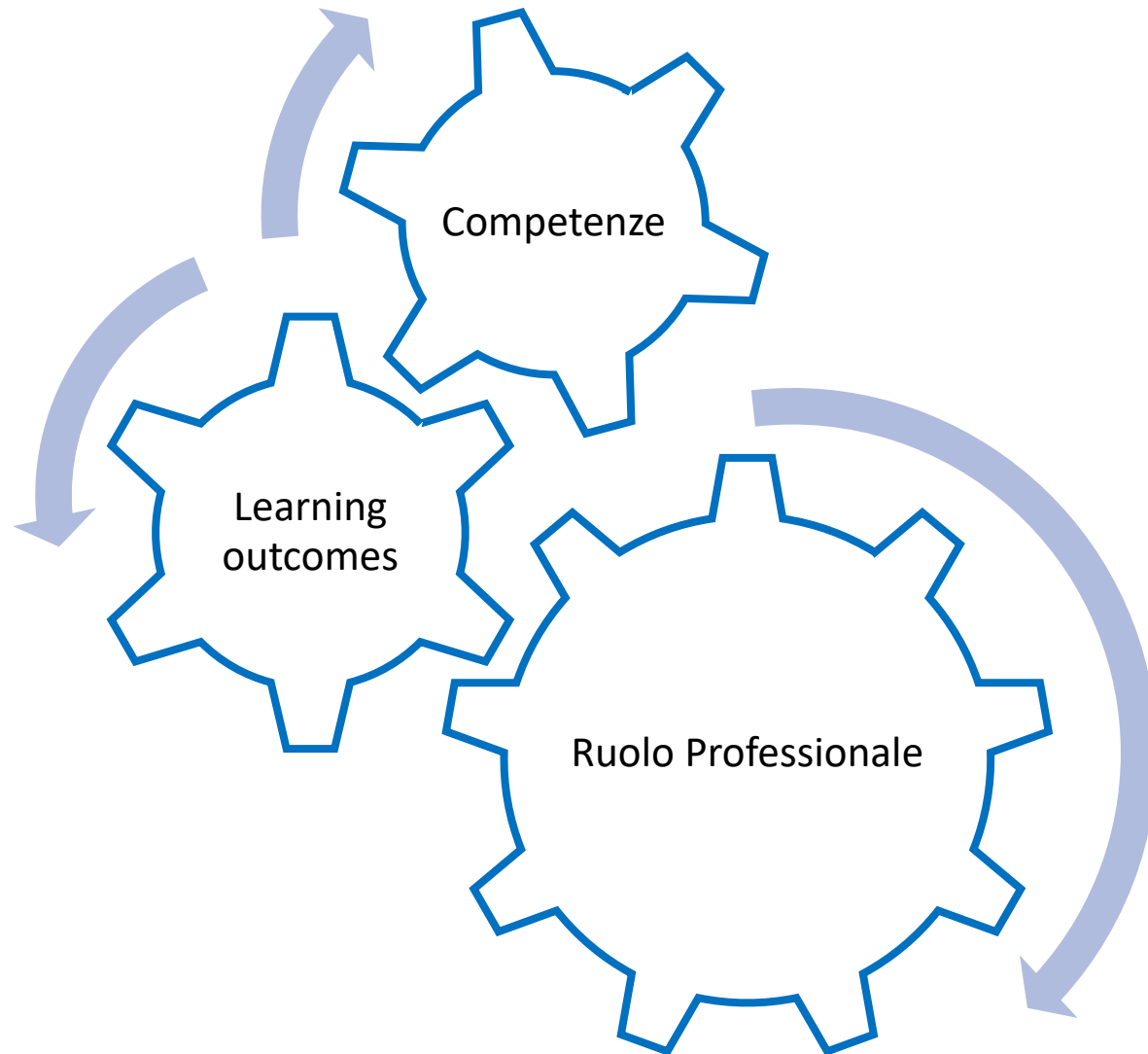
Definiscono quali sono i risultati dell'apprendimento comuni a tutti i laureati di un corso di studio.

I risultati dell'apprendimento devono essere espressi non solo in termini di **conoscenze attese**, ma anche in termini di **competenze** e di **abilità/capacità**.

- **Conoscenza e capacità di comprensione** (*knowledge and understanding*)
- **Conoscenza e capacità di comprensione applicate** (*applying knowledge and understanding*)
- **Autonomia di giudizio** (*making judgements*)
- **Abilità comunicative** (*communication skills*)
- **Capacità di apprendere** (*learning skills*)

# Come formare le competenze?

---



# Primo livello

---

- **D.M. 14 settembre 1994, n. 739**
- L/SNT/1 Classe di Laurea Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica/o
- Direttiva 36/2005/CE
- Programmi di insegnamento
- Tirocinio clinico



# Primo livello: *D.M. 14 settembre 1994, n. 739*

---

## 3. L'infermiere:

- a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;
- g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.

# Primo livello: *L/SNT/1 Classe di Laurea*

---

I laureati nella classe .... sono i professionisti sanitari dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica che svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e alla **salvaguardia della salute individuale e collettiva** .....

nell'ambito della professione sanitaria di **infermiere**, i laureati ..... loro principali funzioni sono la **prevenzione delle malattie**, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria. I laureati in infermieristica partecipano all'identificazione dei **bisogni di salute della persona e della collettività**.... svolgono la loro attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, **nel territorio e nell'assistenza domiciliare**

# Primo livello: *Direttiva 36/2005/CE*

La formazione d'infermiere responsabile dell'assistenza generale comprende almeno tre anni di studi o **4600 ore d'insegnamento teorico e clinico.**

... apprende ... **anche l'educazione alla salute per singoli individui e piccoli gruppi in seno all'istituzione sanitaria o alla collettività.**

## A. Insegnamento teorico

### a. Assistenza infermieristica:

- Orientamento ed etica professionali
- Principi generali dell'assistenza sanitaria e infermieristica
- Principi dell'assistenza infermieristica in materia di:
  - medicina generale e specializzazioni mediche
  - chirurgia generale e specializzazioni chirurgiche
  - puericultura e pediatria
  - igiene assistenza alla madre e al neonato
  - igiene mentale e psichiatria
  - assistenza alle persone anziane e geriatria

### b. Materie fondamentali:

- Anatomia e fisiologia
- Patologia
- Batteriologia, virologia e parassitologia
- Biofisica, biochimica e radiologia
- Dietetica
- Igiene:
  - Profilassi
  - educazione sanitaria
- Farmacologia

### c. Scienze sociali:

- Sociologia
- Psicologia
- Principi di amministrazione
- Principi di insegnamento
- Legislazioni sociale e sanitaria
- Aspetti giuridici della professione

## B. Insegnamento clinico

### — Assistenza infermieristica in materia di:

- medicina generale e specializzazioni mediche
- chirurgia generale e specializzazioni chirurgiche
- puericultura e pediatria
- igiene assistenza alla madre e al neonato
- igiene mentale e psichiatria
- assistenza alle persone anziane e geriatria
- assistenza a domicilio



## **Obiettivi**

- Comprendere le logiche di contesto storico-economico, culturale, nell'organizzazione sanitaria, in riferimento alla prospettiva della popolazione, dei determinanti sociali della salute, le cure primarie, le strategie di promozione della salute ambito d'intervento dell'infermiere di comunità: i principali documenti OMS ed i riferimenti normativi nazionali e regionali
- Conoscere i concetti che guidano e orientano la pratica infermieristica nella scelta delle diverse strategie attivabili per garantire la continuità assistenziale (tra rete di servizi diversi, ospedale e territorio)
- Descrivere gli approcci collaborativi nella valutazione dei bisogni del singolo e della comunità che possono supportare nella individuazione dei problemi di salute, delle risorse della comunità e dell'identificazione precoce delle situazioni ad elevato rischio e vulnerabilità
- Descrivere il modello organizzativo dell'infermieristica di comunità, con particolare riferimento alle cure palliative domiciliari
- Conoscere le strategie per attivare le reti informali e formali di riferimento del paziente ed i possibili percorsi del paziente nell'ambito della rete dei servizi
- Conoscere e descrivere le strategie di intervento più efficaci ed appropriate nelle popolazioni vulnerabili (anziani fragili, con problemi di dipendenza, disabilità psicofisica)

# Primo livello: *Tirocinio*



**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI UDINE**

## **Obiettivi**

- Attivare strategie di continuità dell'assistenza tra: turni diversi, servizi/strutture diversi e l'ospedale/domicilio.
- Educare, facilitare, supportare e incoraggiare la salute, il benessere, e il confort fisico e psichico dei pazienti, famiglie e gruppi esposti a rischi, problemi di salute, disabilità o che stanno affrontando la fase terminale della vita.
- Riconoscere e attuare le strategie di presa in carico domiciliare finalizzate ad un accompagnamento nel fine della vita e ad una terapia efficace del dolore. Pianificare e gestire la continuità dell'assistenza e la dimissione protetta nei pazienti a rischio di dimissione difficile.
- Pianificare e gestire interventi di educazione terapeutica per sviluppare capacità di self-care.
- Applicare metodi e strumenti di integrazione socio-sanitaria e modalità di intervento integrato nella comunità, attivando reti informali e formali di riferimento del paziente vulnerabile.
- Applicare gli approcci collaborativi della presa in carico integrata dei problemi di salute del singolo e della famiglia, dell'identificazione precoce della situazione ad elevata vulnerabilità nella fase acuta e nella fase di compenso identificando le risorse offerte dal contesto, le strategie di intervento multidisciplinare, le tipologie dei progetti terapeutici.

# Secondo livello

---

- **Position statement FNOPI**
- Progetto ENHANCE
- Policy AGENAS
- Policy ARCS
- Linee guida AIFeC
- *Esperienza di Master*
- Consensus Conference FNOPI
- *Esperienza di Laurea Magistrale*

**L'Infermiere di Famiglia e di Comunità** è il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, in possesso di conoscenze e competenze specialistiche nell'area infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica.

Agisce le competenze nella erogazione di cure infermieristiche complesse, nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e della comunità, operando all'interno del sistema dell'Assistenza Sanitaria Primaria

L'IFeC, attraverso la formazione universitaria post base, acquisisce e implementa conoscenze e competenze per:

- La valutazione dei bisogni di salute della persona in età adulta e pediatrica, delle famiglie e della comunità..;
- La promozione della salute e la prevenzione primaria, secondaria e terziaria..;
- La presa in carico delle persone con malattie croniche in tutte le fasi della vita e delle persone con livelli elevati di rischio di malattia..;
- La conoscenza dei fattori di rischio prevalenti nel territorio di riferimento..;
- Lo sviluppo dell'educazione sanitaria in ambito scolastico..;
- ....

# Secondo livello: *progetto ENHANCE*



## Learning outcomes:

- Needs assessment
- Decision making process
- Health promotion and education
- Communication
- Navigation as care coordinator and patient advocate
- Evidence based approach
- Enhance and promote individual and family health including e-health to support the quality of nursing care

UNIT OF LEARNING OUTCOMES A: NEEDS ASSESSMENT	
Core Competencies	
CC1	Identify and assess the health status and health needs of individuals and families within the context of their cultures and communities.
CC3	Plan, implement and assess nursing care to meet the needs of individuals, families, and the community within their scope of competence.
CC19	Multidimensional community health needs assessment to implement appropriate clinical interventions and care management.
CC21	Assess the social, cultural, and economical context of patients and their families
9 Learning Outcomes	
LO1a:	Identify and assess individuals' health status and health needs
LO1b:	Identify and assess families' health status and health needs
LO1c:	Contextualize and apply needs assessment taking into account cultures and communities
LO1a Identify and assess individuals' health status and health needs	
<b>KNOWLEDGE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recall basic methods of epidemiological research for diseases.</li> <li>• Quote the frequency of common diseases regarding certain individual, community context and time characteristics.</li> <li>• Recognize and describe the needs of individuals, even in complex situations, demonstrating highly specialized knowledge about them.</li> <li>• Classify the determinants of individuals' health and illness.</li> <li>• Be critically aware of the concept of "frailty" and related issues and recognize frailty situations of individuals, even in complex situations</li> </ul>	<b>SKILLS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluate all the dimensions (biological, mental, spiritual, social) of individuals' health status.</li> <li>• Perform a specialised assessment on health status with the use of standardized and validated evaluation tools.</li> <li>• Assess individuals' health needs within a specific cultural context, even in complex situations</li> <li>• Detect frequent health problems of individuals within a specific cultural context.</li> </ul>
<b>PERSONAL AND TRANSVERSAL COMPETENCES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perform a highly specialized analysis of health status and health needs of individuals within a specific cultural and community context.</li> <li>• Take responsibility on cooperation with individuals in order to detect health problems and assess health needs.</li> <li>• Apply critical thinking to the identification of individuals' health problems.</li> <li>• Demonstrate an intra and interdisciplinary team approach to detect health problems of individuals within the context of their cultures and communities.</li> <li>• Compose the nursing report AUTONOMOUSLY</li> </ul>	



# Secondo livello: *Policy AGENAS*



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*  
**LINEE DI INDIRIZZO INFERMIERE  
DI FAMIGLIA E DI COMUNITA'**

Il titolo preferenziale per l'acquisizione delle competenze in questo ambito è il **Master Universitario di primo livello** in Infermieristica di famiglia e di Comunità.

.....possibilità di realizzare **percorsi formativi specifici di tipo regionale**, progettati in collaborazione con gli Atenei, necessari per l'acquisizione delle competenze minime.

Il modello proposto prevede la formazione di tipo "*Blended*", articolata in moduli e accreditata ECM.

Complessivamente per la parte teorica prevede **104 ore di lezione frontale** (da svolgere, in parte in presenza, e in parte a distanza asincrono con videolezioni) articolate in due moduli (50 h per il primo e 54 h per il secondo modulo).

Per quanto riguarda il **tirocinio**, lo standard atteso è di **200 ore** durante il primo anno di inserimento e sarà svolto sul "campo", in un setting appropriato a favorire l'apprendimento esperienziale, con la supervisione di un tutor (IFeC in possesso del Master) in modalità diretta o a distanza.

# Secondo livello: *Linee guida AIFeC*

Infermieristica di famiglia e di comunità;  
linee di indirizzo della rete dei master delle  
Università italiane per la formazione degli IFeC

ASSIST INFERM RIC 2021; 40: 143-148

	Promozione della salute e educazione	Valutazione e presa di decisione	Presa in carico e coordinamento di percorsi	Comunicazione e relazione
<b>COMPETENZE ATTESE</b>	<p>Analizzare l'impatto dei determinanti di salute presenti nella comunità e identificare le possibili azioni di promozione e prevenzione attivabili</p> <p>Analizzare le abilità di vita e i bisogni socio-sanitari della famiglia e comunità in modo olistico utilizzando approcci, metodi e strumenti di valutazione diversificati e personalizzati</p> <p>Progettare e condurre interventi di promozione della salute, educazione alla salute e educazione terapeutica rivolti al singolo, famiglie, gruppi e alla comunità</p>	<p>Analizzare e interpretare attraverso specifici indicatori e le risorse disponibili, la comunità di riferimento, utilizzando un processo partecipativo tra i vari stakeholder</p> <p>Leggere e analizzare la condizione familiare inclusa la valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto attraverso modelli di valutazione applicabili alla realtà italiana</p> <p>Condurre una valutazione attraverso l'utilizzo di strumenti idonei al fine di intercettare precocemente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- condizioni di vulnerabilità e svantaggio</li> <li>- fragilità nelle varie fasi evolutive della vita</li> <li>- segnali di cambiamento dello stato di salute</li> </ul> <p>Definire priorità di intervento considerando il profilo demografico della popolazione di riferimento e il punto di vista del singolo /del gruppo</p> <p>Prendere decisioni clinico assistenziali ed etico deontologiche basate sulle evidenze e coinvolgendo le persone, le famiglie e la popolazione di riferimento</p> <p>Sostenere la persona nel mantenimento della massima autonomia residua anche attraverso la consulenza sulla scelta e l'utilizzo di ausili e protesi/ortesi</p>	<p>Attivare, facilitare e coordinare percorsi di presa in carico delle persone a rischio o con condizioni di malattia e non autosufficienza, attraverso l'integrazione multi professionale, il lavoro in team e la consulenza di specialisti, avvalendosi anche di percorsi clinico-assistenziali</p> <p>Favorire la continuità assistenziale tra interventi sanitari e sociali, tra ospedale e territorio e nell'ambito dei servizi territoriali</p> <p>Attivare le risorse presenti nella comunità facilitando i contatti con le persone e famiglie, sia nei contesti urbani che periferici</p> <p>Attivare collaborazioni e integrazioni con la Medicina Generale sperimentando modelli di intervento innovativi</p> <p>Costruire e adattare setting di cura a domicilio</p>	<p>Costruire relazioni finalizzate al coinvolgimento attivo della persona e allo sviluppo delle competenze personali per prendere decisioni e migliorare il controllo della propria vita</p> <p>Utilizzare strategie di comunicazione, anche digitali, finalizzate a promuovere la partecipazione attiva</p> <p>Adottare tecniche di comunicazione finalizzate a promuovere il cambiamento e le capacità di auto-cura</p> <p>Agire capacità di mediazione e negoziazione con paziente, famiglia, professionisti e servizi/istituzioni</p>

# Secondo livello: *Master*

## Cosa significa infermiere di famiglia e di comunità?

ASSIST INFERM RIC 2021; 40: 125-130

*Paola Obbia*

Titolo	Ateneo
Infermieristica di famiglia e di comunità*	Università degli studi dell'Aquila
Infermieri di Famiglia e di Comunità*	Università Cattolica del Sacro Cuore, Brescia
Infermiere di Famiglia e della Comunità per il Bambino e l'Adolescente	Università degli studi della Campania
Infermiere di famiglia e comunità	Università di Firenze
Assistenza Infermieristica di Famiglia e Comunità	Università di Genova
Infermieristica e Ostetricia di Famiglia e Comunità e Case/Care Management dei Processi Sanitari e Sociosanitari	Università degli studi dell'Insubria
Infermieristica di famiglia e di comunità	Università Bicocca di Milano
Infermiere di famiglia e comunità*	Università degli studi di Milano
Infermiere di famiglia e comunità	Università degli studi del Molise
Infermieristica di Famiglia e Comunità: Assistenza Integrata alla Fragilità e Cronicità*	Università di Parma
Infermiere di famiglia e comunità*	Università degli Studi di Perugia
Infermiere di famiglia e comunità*	Università di Pisa
Infermiere di famiglia e comunità	Università degli Studi Federico II, Napoli
Infermieristica di famiglia e di comunità*	Università del Piemonte Orientale, Novara
Cure primarie e sanità pubblica. Infermiere di famiglia e comunità	Università La Sapienza e Università Tor Vergata Roma
Infermieristica di famiglia e di comunità*	Università di Torino
Cure Primarie e Sanità Pubblica. Specialista in Infermieristica di Famiglia e di Comunità*	Università degli studi di Verona
L'infermiere di famiglia e di comunità	Università telematica - Uni Pegaso
Infermiere di Famiglia e di Comunità: Competenze Manageriali	Università telematica - Università degli studi internazionali di Roma

# Secondo livello: *Master*

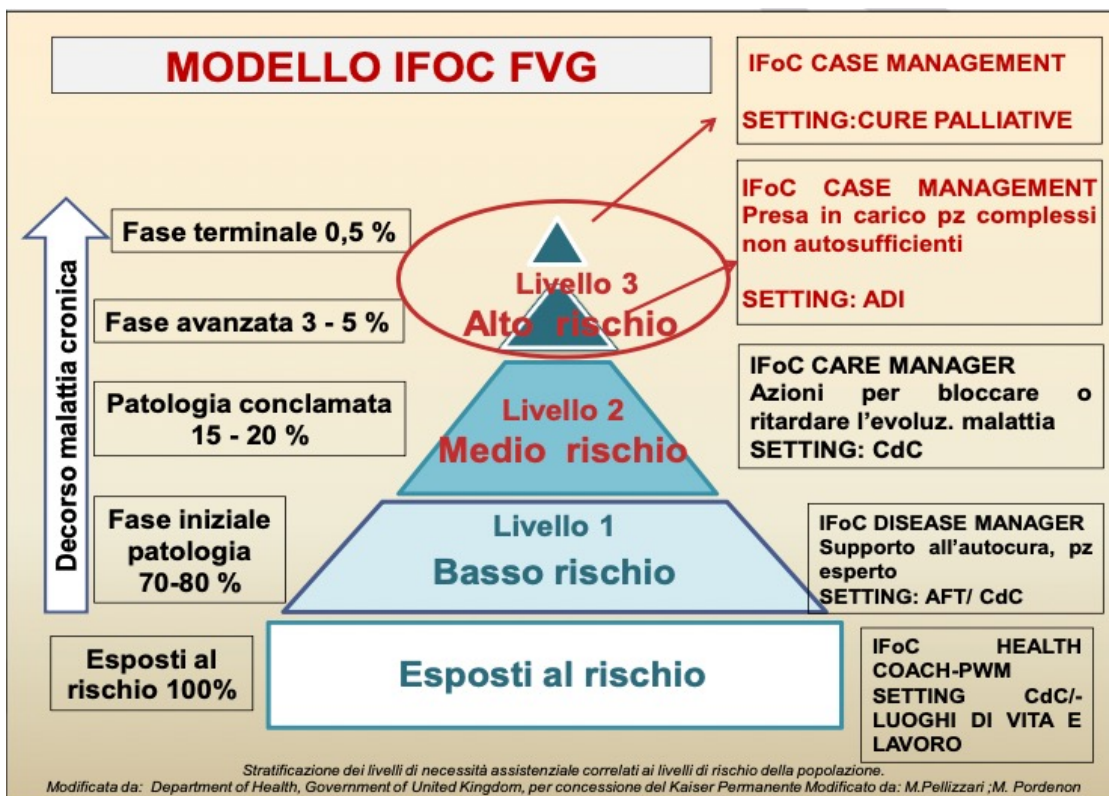
<b>Conoscenza e comprensione</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Descrivere il contesto socio-sanitario;</li><li>• Descrivere i modelli di organizzazione integrata dei servizi socio-sanitari;</li><li>• Descrivere i modelli concettuali dell'infermieristica di famiglia e comunità;</li><li>• Descrivere i modelli assistenziali impiegabili nell'infermieristica di famiglia e comunità;</li><li>• Descrivere i PDTA per le principali patologie croniche;</li><li>• Descrivere le tipologie di ricerca utilizzate in infermieristica e la metodologia per la ricerca degli interventi efficaci;</li><li>• Descrivere il processo educativo al paziente affetto da cronicità, alla famiglia e alla comunità.</li></ul>
<b>Capacità di applicare conoscenza e comprensione</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pianificare l'assistenza al paziente cronico e fragile secondo interventi di provata efficacia;</li><li>• Pianificare interventi informativi ed educativi rivolti ai singoli, alle famiglie e alle comunità, atti a promuovere modificazioni degli stili di vita e migliore aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi;</li><li>• Pianificare interventi di prevenzione.</li></ul>
<b>Autonomia di giudizio</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Decidere quali interventi assistenziali siano più utili al paziente affetto da cronicità;</li><li>• Decidere quali interventi sia opportuno delegare/attribuire;</li><li>• Prevedere gli effetti derivanti dalle proprie decisioni e attività, assumendone la conseguente responsabilità;</li><li>• Promuovere iniziative atte a favorire la salute degli individui e delle famiglie.</li></ul>

# Secondo livello: *Master*

<b>Abilità comunicative</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Condurre colloqui interpersonali con utenti/famiglie e con operatori, esercitando adeguata capacità di ascolto, adattandoli ai contesti, alla natura dei problemi affrontati e agli obiettivi da raggiungere;</li><li>• Esporre il proprio pensiero, in forma scritta e orale, in modo argomentato e con un linguaggio adeguato a diversi interlocutori e contesti;</li><li>• Condurre relazioni negoziali con efficacia comunicativa, rigore metodologico e argomentazioni convincenti.</li></ul>
<b>Capacità di apprendimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Valutare la propria performance sulla base degli standard di pratica professionale e di criteri organizzativi identificando con continuità i propri bisogni educativi in rapporto alla natura e alla complessità dei problemi da affrontare;</li><li>• Adottare autonomamente efficaci strategie per continuare ad apprendere, in modo formale e informale, lungo tutto l'arco della vita professionale anche attraverso ulteriori percorsi di formazione.</li></ul>



# Secondo livello: IFoC FVG



## Competenze

<b>Assistenza</b>	Gestire i percorsi assistenziali della persona/famiglia/comunità Gestire il rischio clinico/assistenziale Attivare la rete dei servizi nel contesto territoriale
<b>Ricerca</b>	Utilizzare le migliori evidenze Attuare progetti di ricerca selezionati
<b>Consulenza</b>	Assicurare consulenza in qualità di esperto
<b>Prevenzione</b>	Attivare interventi educativi e/o informativi per la promozione di stili di vita sani (health coach)
<b>Educazione terapeutica</b>	Attuare interventi di educazione terapeutica
<b>Organizzazione</b>	Gestire la complessità organizzativa delle cure territoriali
<b>Relazione</b>	Sviluppare intelligenza emotiva verso se stessi Sviluppare intelligenza emotiva verso gli altri Advocacy
<b>Formazione</b>	Contribuire alla formazione

# Secondo livello: *IFoC FVG*



**ARCS**  
Azienda Regionale  
di Coordinamento  
per la Salute

## Argomenti

- Economia e politica sanitaria e il ruolo dell'IFoC nelle cure primarie
- L'organizzazione dei servizi socio-sanitari in FVG
- Elementi di Sanità pubblica
- Epidemiologia delle malattie croniche e statistica sanitaria
- Elementi socio-demografici per la lettura dei bisogni di salute della comunità
- I processi e metodi di stratificazione della popolazione
- La presa in carico delle persone con fragilità
- Modelli teorici di riferimento per l'infermieristica di famiglia e di comunità e sviluppo della progettualità in FVG
- Ambiti, livelli di intervento e competenze core dell'IFoC
- La presa in carico e l'assessment infermieristico
- La visita domiciliare
- Promozione ed educazione alla salute
- Il coinvolgimento del paziente
- Metodologia del lavoro di Rete
- Il Lavoro d'equipe e l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale
- Technology and Health Care-Sistemi Informativi Regionali flussi ministeriali-Innovazione tecnologica nella sanità territoriale: telemedicina e teleassistenza

**Lezioni frontali: 90 ore**

**Tirocinio: 200 ore**  
con la supervisione di un tutor (IFeC in possesso del Master)

# Secondo livello: *Consensus Conference*

## **Revisione dell'assetto formativo infermieristico. È necessario:**

Convertire il Corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica in un percorso specialistico post base (infermiere con laurea magistrale in area pediatrico neonatologica)

Aumentare la qualità della formazione con un piano di assunzione per un incremento dei docenti universitari infermieri di ruolo per non impattare negativamente su altri corsi di laurea attivi

Sviluppare lauree magistrali a indirizzo clinico in alcuni aree: cure primarie e sanità pubblica; neonatologia e pediatria; salute mentale e dipendenze; intensiva e dell'emergenza; medica; chirurgica

Garantire l'evoluzione di conoscenze e competenze manageriali per i ruoli di direzione con percorsi distinti e successivi alla laurea magistrale, come master di II livello o corsi di alta formazione

Realizzare la laurea magistrale a indirizzo clinico abilitante per un profilo con competenze avanzate e funzioni e attività specifiche distintive dal laureato triennialista (es. possibilità prescrittiva)

Prevedere scuole di specialità interprofessionali quali ad esempio nell'ambito delle cure primarie e sanità pubblica, cure palliative, geriatria ecc..



# Secondo livello: *Laurea Magistrale*



UNIVERSITÀ  
di **VERONA**

**1° anno** finalizzato a fornire i modelli concettuali e metodologici delle 4 aree di competenza del laureato magistrale:

- **Area clinico – disciplinare:** approfondimenti delle discipline clinico assistenziali ed infermieristiche/ostetriche, sviluppo di competenze di *assessment* avanzato e di triage, modelli educativi e di welfare per la comunità e la famiglia.
- **Area della ricerca:** metodi epidemiologici e statistici, analisi critica della letteratura scientifica, metodologia della ricerca e di una pratica sanitaria basata sulle evidenze.
- **Area del management:** principi e metodi di lettura dei contesti organizzativi territoriali, approfondimenti di diritto amministrativo e del lavoro.
- **Area formativa:** modelli teorici di psicologia sociale, psicologia dei gruppi, teorie dell'apprendimento degli adulti e delle metodologie tutoriali.

## INSEGNAMENTO

METODI AVANZATI DI VALUTAZIONE E TRIAGE I

METODI AVANZATI DI VALUTAZIONE E TRIAGE II

MODELLI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI DELLE CURE PRIMARIE

METODOLOGIA PER UNA PRATICA BASATA SULLE EVIDENZE DI RICERCA

METODOLOGIE DI TEAMWORKING E DI TUTORSHIP NELLE RETI PROFESSIONALI

PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE

LABORATORI PROFESSIONALI

STAGE

# Secondo livello: *Laurea Magistrale*



UNIVERSITÀ  
di **VERONA**

**2° anno** finalizzato ad applicare e contestualizzare i modelli teorici e le metodologie apprese nelle 4 aree di competenza del laureato magistrale, con specifico riferimento al profilo di competenza atteso:

- **Area clinico – disciplinare:** competenze clinico assistenziali ed infermieristiche/ ostetriche, di *assessment* avanzato e di triage, di educazione, self management e gestione delle malattie croniche e del percorso nascita. Approfondimento di rilevanti processi assistenziali e ostetrici al fine di progettare modelli assistenziali a forte impatto sulla qualità dell'assistenza territoriale e sugli esiti.
- **Area della ricerca:** competenze epidemiologiche e di ricerca con particolare riferimento alle tematiche delle Cure Primarie.
- **Area del management:** competenze di lettura e analisi dei contesti organizzativi territoriali, di leadership professionale, di progettazione degli strumenti di integrazione organizzativa e di valutazione della qualità delle prestazioni.
- **Area formativa:** approfondimento delle metodologie di *coaching*, di progettazione e gestione di processi formativi specifici delle professioni infermieristiche e ostetriche, e delle attività di educazione continua.

INSEGNAMENTO
METODI AVANZATI DI INTERVENTO CON LA FAMIGLIA E LE COMUNITÀ
METODOLOGIA DELLA RICERCA APPLICATA ALLE CURE PRIMARIE
STRATEGIE DI SELF MANAGEMENT APPLICATE ALLA CRONICITÀ
INTERVENTI PREVENTIVO-RIABILITATIVI PER SPECIFICI PROFILI DI CURA
INGLESE SCIENTIFICO
LABORATORIO PROFESSIONALE
STAGE

# Formazione per le competenze IFeC

## Corso Regionale

Didattica: 90 ore

Tirocinio: 200 ore

## Master I livello

60 CFU=1500 ore

Didattica: >15 CFU

Tirocinio: >15 CFU

Laboratori: >15 CFU

## Laurea Magistrale

120 CFU=3000 ore

Didattica: >30 CFU

Tirocinio: >30 CFU

Laboratori: >30 CFU

Grazie per l'attenzione