

# PROSPETTIVE INFERMIERISTICHE

L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA SUL  
TERRITORIO VERONESE OGGI E NELLE  
PROSPETTIVE FUTURE

numero 2  
aprile - giugno 2023



■	<b>L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA SUL TERRITORIO VERONESE</b> Franco Vallicella	1
■	<b>ANALISI DEMOGRAFICA ED EPIDEMIOLOGICA DELLA POPOLAZIONE VERONESE</b> Massimo Guerriero	2
■	<b>PROSPETTIVE DI SVILUPPO PROFESSIONALE PER IL PERSONALE DEL TERRITORIO ALLA LUCE DEL D.M. 77/2022</b> Elena Fanton	21
■	<b>L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NELLA PROVINCIA DI VERONA: QUALI PROSPETTIVE</b> M.Grazia Cengia	30
■	<b>L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ: PER QUALE SERVIZIO?</b> Nicola Zanetti Maeva Baldoni	38 43
■	<b>LA FIGURA DEL COORDINATORE ALL'INTERNO DELLA COMPLESSA RETE TERRITORIALE: CRITICITÀ E OPPORTUNITÀ</b> Elisabetta Veronese	47

Pubblicazione trimestrale. Questo numero è stato chiuso settembre 2023.

Direttore Responsabile: Vanzetta Marina

Comitato di redazione: Marcolongo Laura, Marai Matteo, Vallicella Franco, Verzè Alessia, Filippo Fabio, Bernardelli Stefano, Bonetti Lorella, Vanzetta Marina, Ballarin Silvana, Dal Corso Dario, Marcotto Enrico, Soliman Nicola, Zanolli Barbara, Meorali Francesco.

Editore: OPI - Ordine delle Professioni Infermieristiche di Verona, via Cà di Cozzi 14/a, 37124 Verona

Note editoriali: Gli articoli inviati dovranno essere corredati dal titolo, dalle note bibliografiche, cognome e nome dell'autore e qualifica professionale, ente o istituto di appartenenza, recapito postale e telefonico. Dovranno essere inviati alla sede OPI - Ordine delle Professioni Infermieristiche di Verona, via Cà di Cozzi 14/a, 37124 Verona - E-mail: [info@ipasverona.com](mailto:info@ipasverona.com) al Direttore di Prospettive Infermieristiche. Si autorizza, nel rispetto delle comuni regole di salvaguardia delle pubblicazioni scientifiche e dei diritti d'autore, la riproduzione a scopo didattico e informativo degli articoli di Prospettive Infermieristiche purchè con citazione esplicita dell'autore e della rivista. I punti di vista e le opinioni espressi negli articoli sono degli autori e non rispettano necessariamente quelli dell'Editore. Manoscritti e fotografie anche se non pubblicati non saranno restituiti. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Progetto grafico e impaginazione: cocchi&cocchi [[www.cocchiecocchi.it](http://www.cocchiecocchi.it)]



# L'assistenza infermieristica sul territorio veronese

**Franco Vallicella**

Presidente OPI - Verona

In questa rivista si è voluto raccogliere le relazioni che sono state presentate in occasione del seminario *L'assistenza infermieristica sul territorio veronese oggi e nelle prospettive future* promosso dal nostro Ordine in occasione del 12 maggio 2023, in cui si festeggia la giornata internazionale dell'infermiere.

È stata una giornata in cui si è avuto l'opportunità di riflettere sull'assistenza territoriale infermieristica nella nostra provincia: sulla sua necessità oggi ed in prospettiva futura rispetto allo sviluppo dei nuovi bisogni. Grazie al contributo di eccellenti relatori, abbiamo potuto approfondire e:

- delineare i bisogni assistenziali del futuro;
- l'organizzazione attuale e quella di cui necessiteremo per poter dare una qualificata risposta ai bisogni di assistenza infermieristica;
- i professionisti necessari, ovvero le competenze indispensabili per rispondere ai bisogni sul territorio possibilmente al domicilio degli assistiti;
- i gestori necessari e l'organizzazione prevista e quella auspicabile.

Abbiamo insieme realizzato che la sfida è rilevante perché riguarda la capacità del nostro sistema sanitario - universalistico - in applicazione dell'articolo 32 della Costituzione, di poter essere ancora sostenuto anche attraverso una sua necessaria "manutenzione".

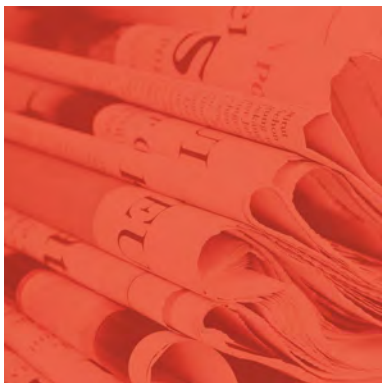
Nella prospettiva futura abbiamo condiviso che la nuova figura dell'infermiere di famiglia e comunità risulta essere una grande opportunità che non possiamo non cogliere. Come ben sappiamo l'istituzione di questa figura come una sorta di specializzazione dell'infermiere di base la possiamo considerare come l'unica rilevante novità giuridica che è stata riconosciuta agli infermieri con la pandemia. Eravamo in piena crisi sanitaria quando il Decreto-legge 19/05/2020, n. 34<sup>1</sup> recante: *Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*, istituiva, in "punta di piedi" questa nuova funzione che aveva comunque chiaramente la finalità di RAFFORZARE I SERVIZI INFERMIERISTICI TERRITORIALI e non altro. In altre parole: si è riconosciuto che un servizio infermieristico sul territorio doveva essere incrementato con opportuni investimenti e la pandemia aveva messo a nudo come una carenza territoriale di un presidio infermieristico potesse compromettere la stessa tenuta del sistema sanitario.

Nell'incontro si è messo in evidenza lo stato dell'arte nella realizzazione di questo progetto nella nostra provincia e ci si è ripromessi di monitorare nel tempo questa importante novità che siamo convinti costituisca un'opportunità per i cittadini oltre che per la nostra professione.

## BIBLIOGRAFIA

### [1] Articolo 1 del DL 34/20:

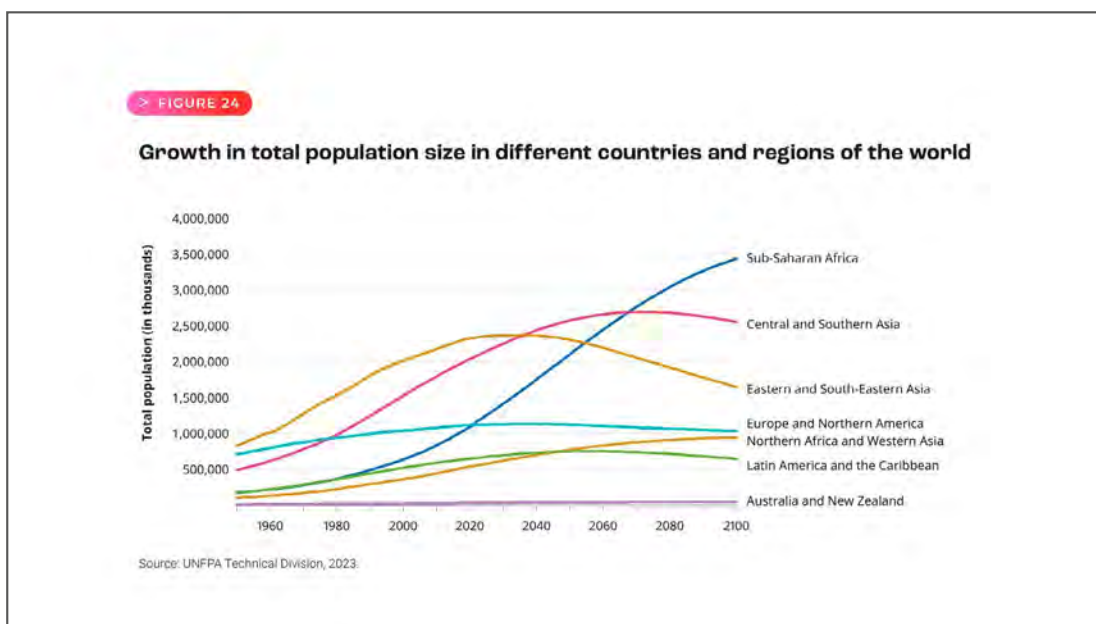
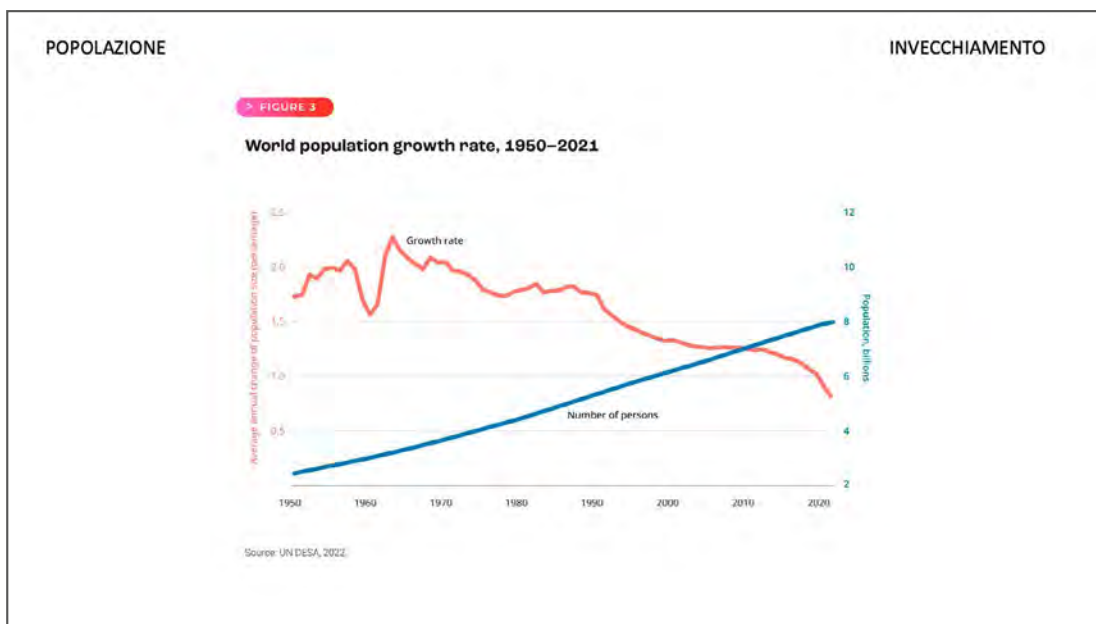
5. Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati come affetti da COVID-19, anche coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. Per le medesime finalità, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato e comunque nei limiti di cui al comma 10



# Analisi demografica ed epidemiologica della popolazione veronese

**Massimo Guerriero**

Epidemiologo, biostatistico  
Università degli Studi di Verona



$$P_t = P_0 + N_\lambda - M_\lambda + I_\lambda - E_\lambda$$

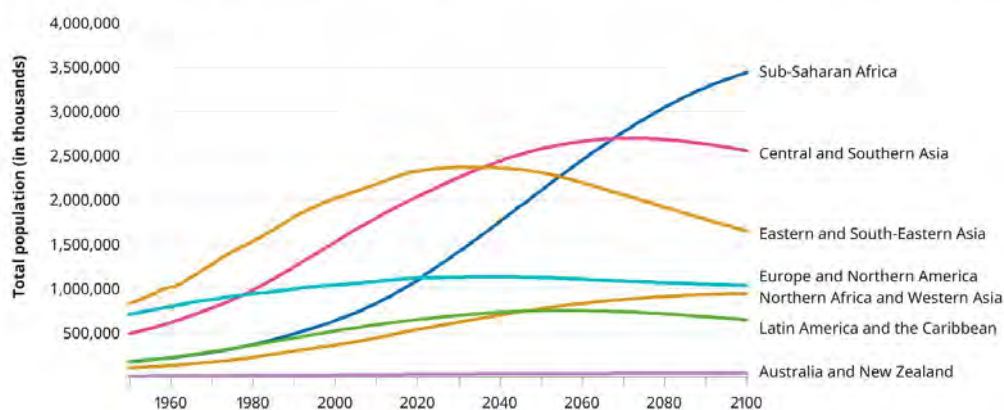
$\lambda$  = intervallo di tempo  
 $P_t$  = stock di popolazione alla fine (31.12.t)  
 $P_0$  = stock di popolazione iniziale (31.12.t-1)  
 $N$  e  $D$  = nascite e decessi  
 $I$  e  $E$  = flussi migratori

### Bilancio demografico

<b>SALDO NATURALE</b>	$SN_t = N_t - M_t$
<b>SALDO MIGRATORIO</b>	$SM_t = I_t - E_t$
<b>SALDO TOTALE</b>	$ST_t = SN_t + SM_t$

> FIGURE 24

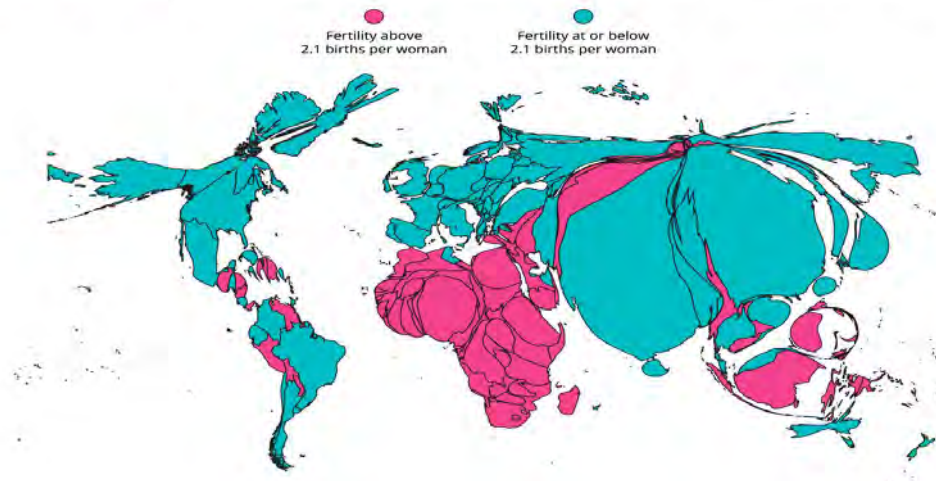
### Growth in total population size in different countries and regions of the world



Source: UNFPA Technical Division, 2023.

FIGURE 19

World fertility map proportional to country and territory population size

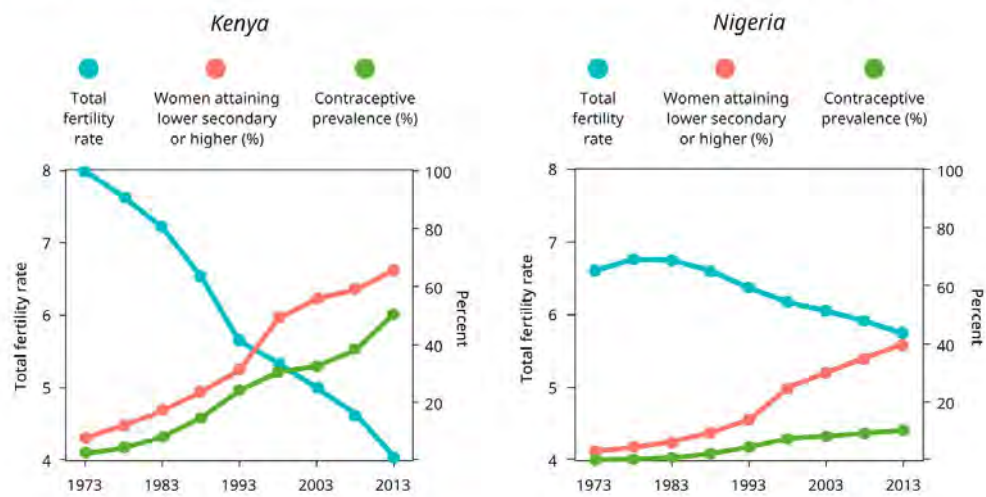


Source: UN Population Prospects 2022.

Two thirds of the world's population live in countries where total fertility is at or below replacement levels of 2.1 births per woman, but this rate is not a perfect predictor of zero-growth fertility. See page 60 for details.

FIGURE 25

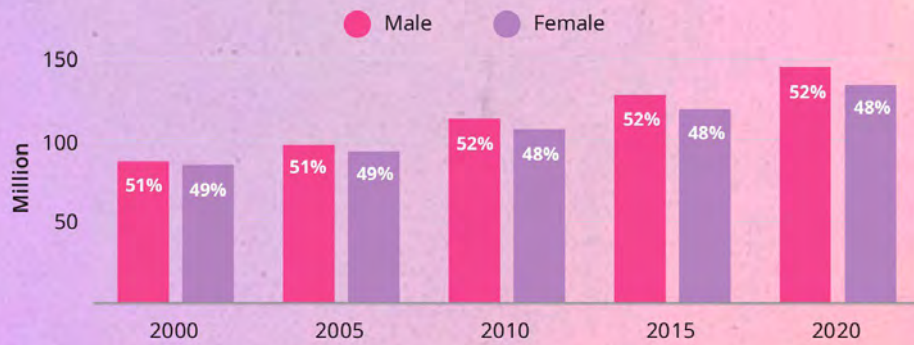
Correlation between education level and fertility in Kenya and Nigeria



Source: Liu and Raftery, 2020.

> FIGURE 18

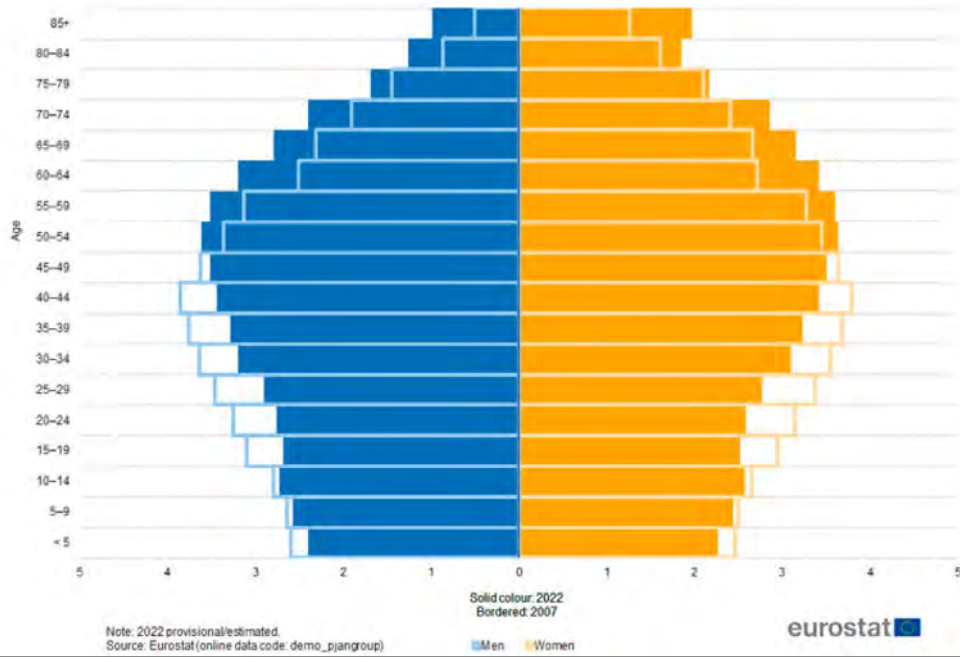
### International migrants, by sex, 2000–2020



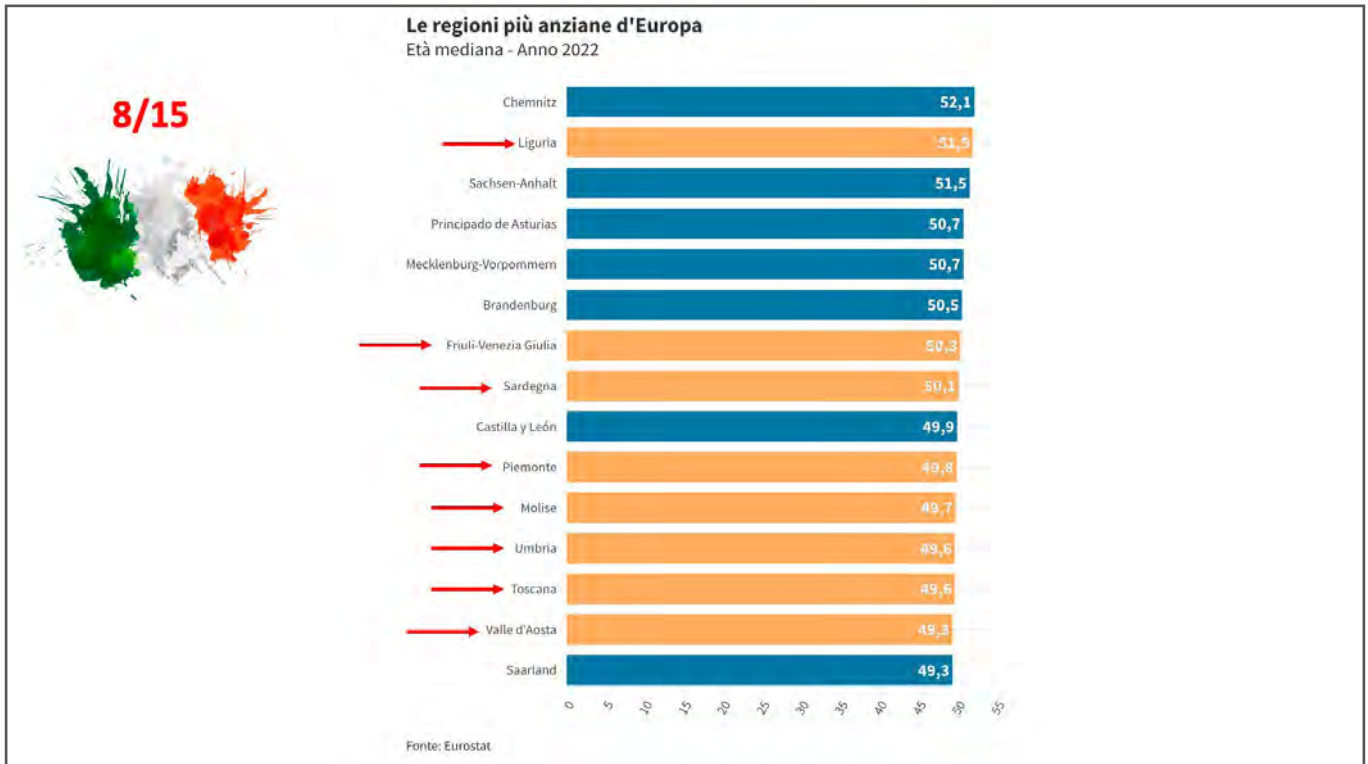
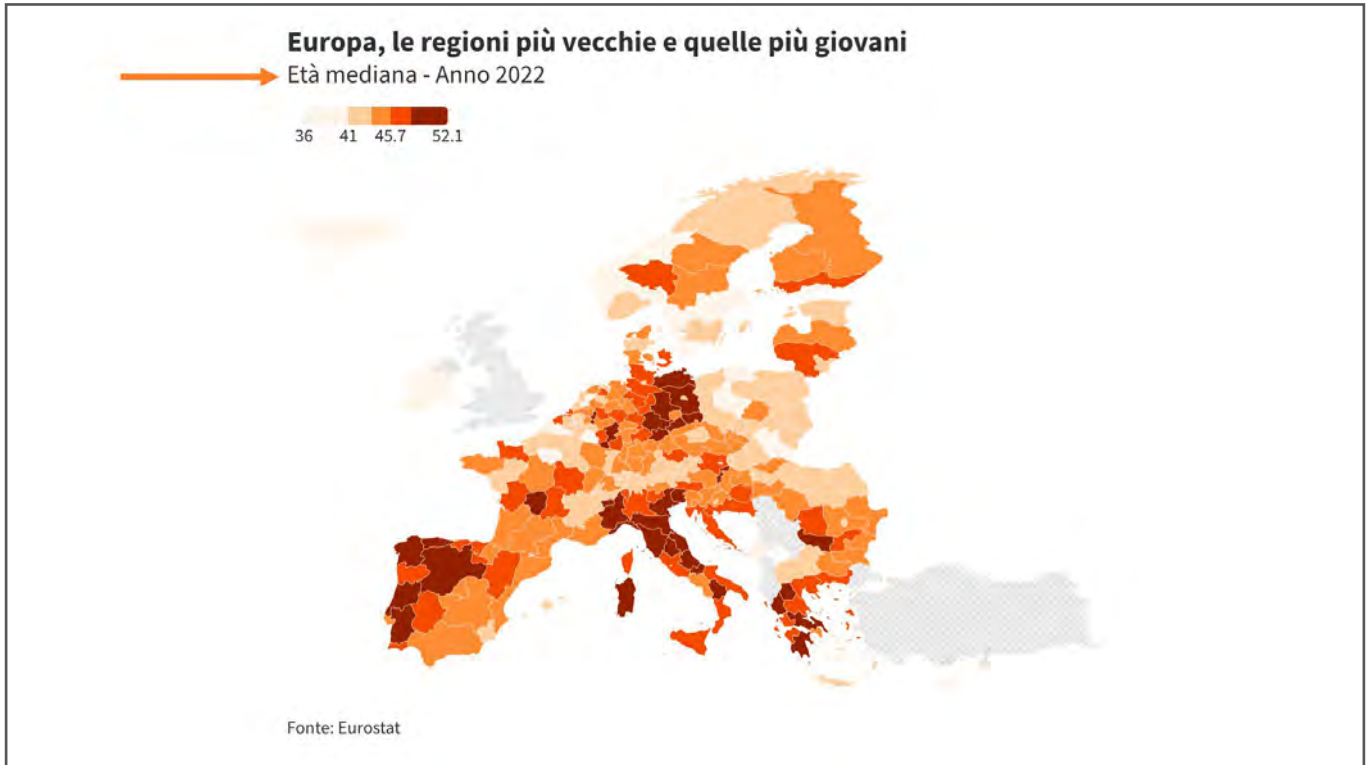
Source: IOM, 2022, World Migration Report 2022, p. 2.

### Population pyramids, EU 2007 and 2022

Population pyramids, EU 2007 and 2022  
(% of the total population)



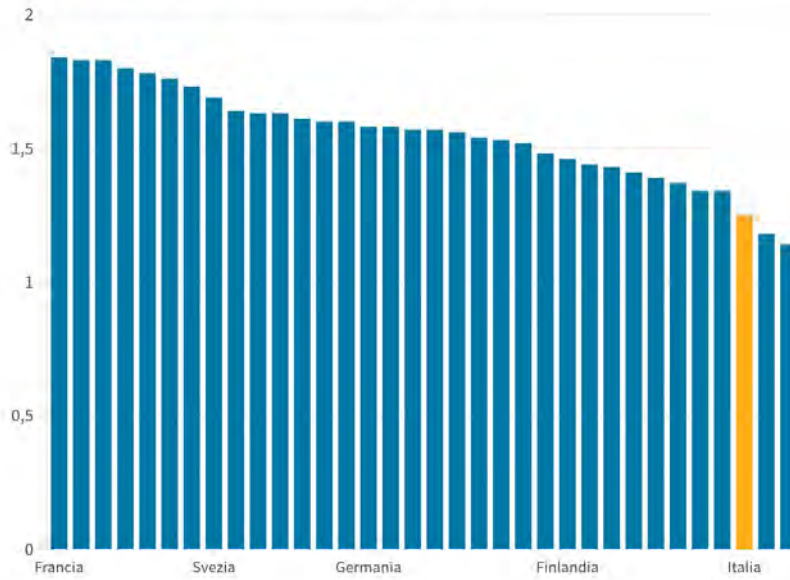
eurostat





### La fertilità in Europa

Numero medio di figli per donna - Anno 2021



Fonte: Eurostat

My country in a bubble



PEOPLE

ECONOMY

ENVIRONMENT

Population age

Young people

Elderly

Life expectancy

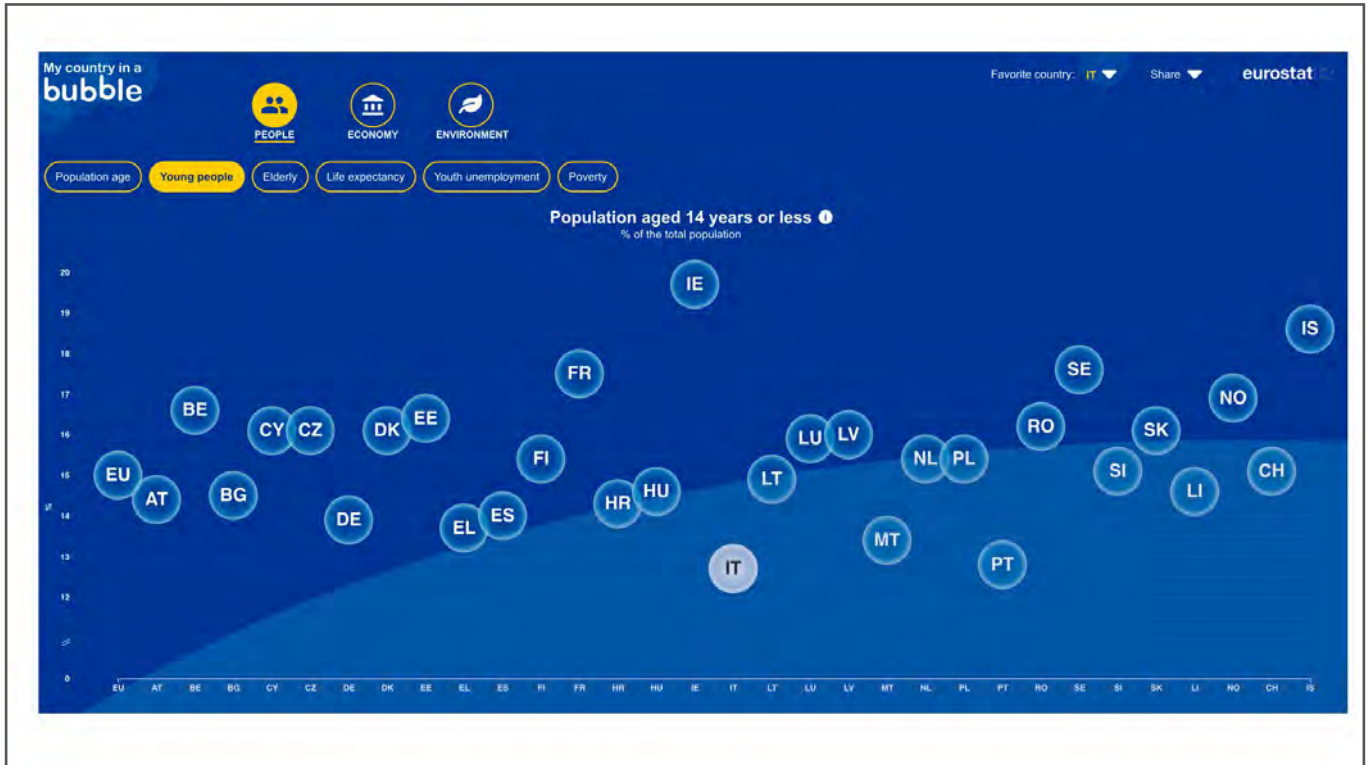
Youth unemployment

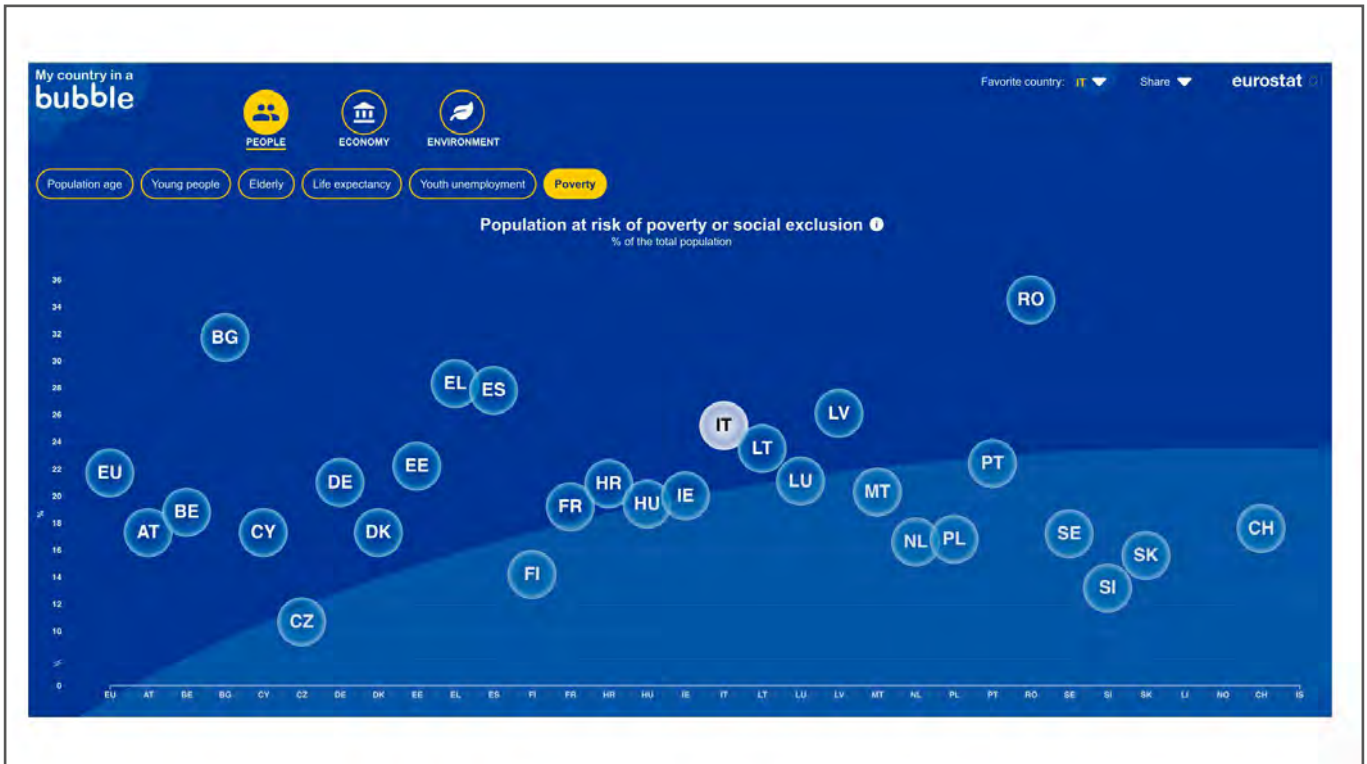
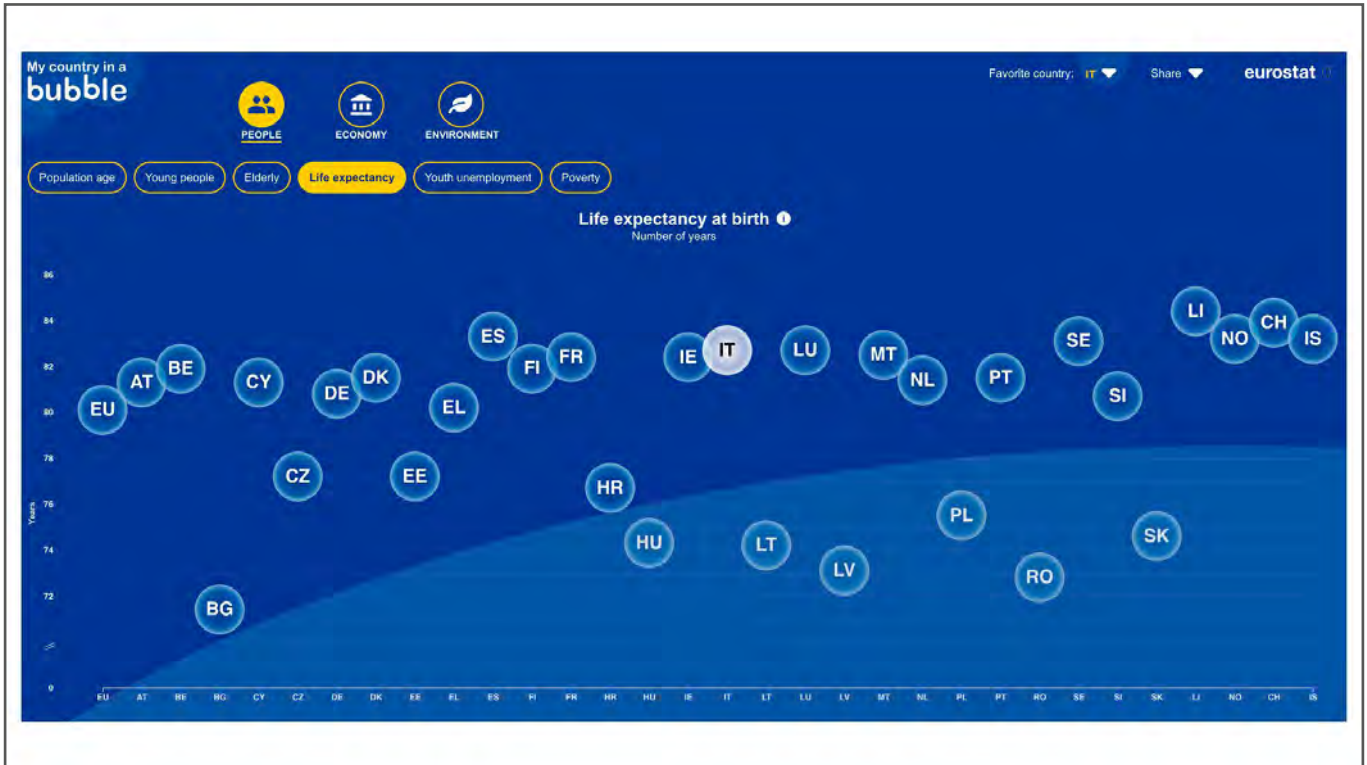
Poverty

Median age of population

Years







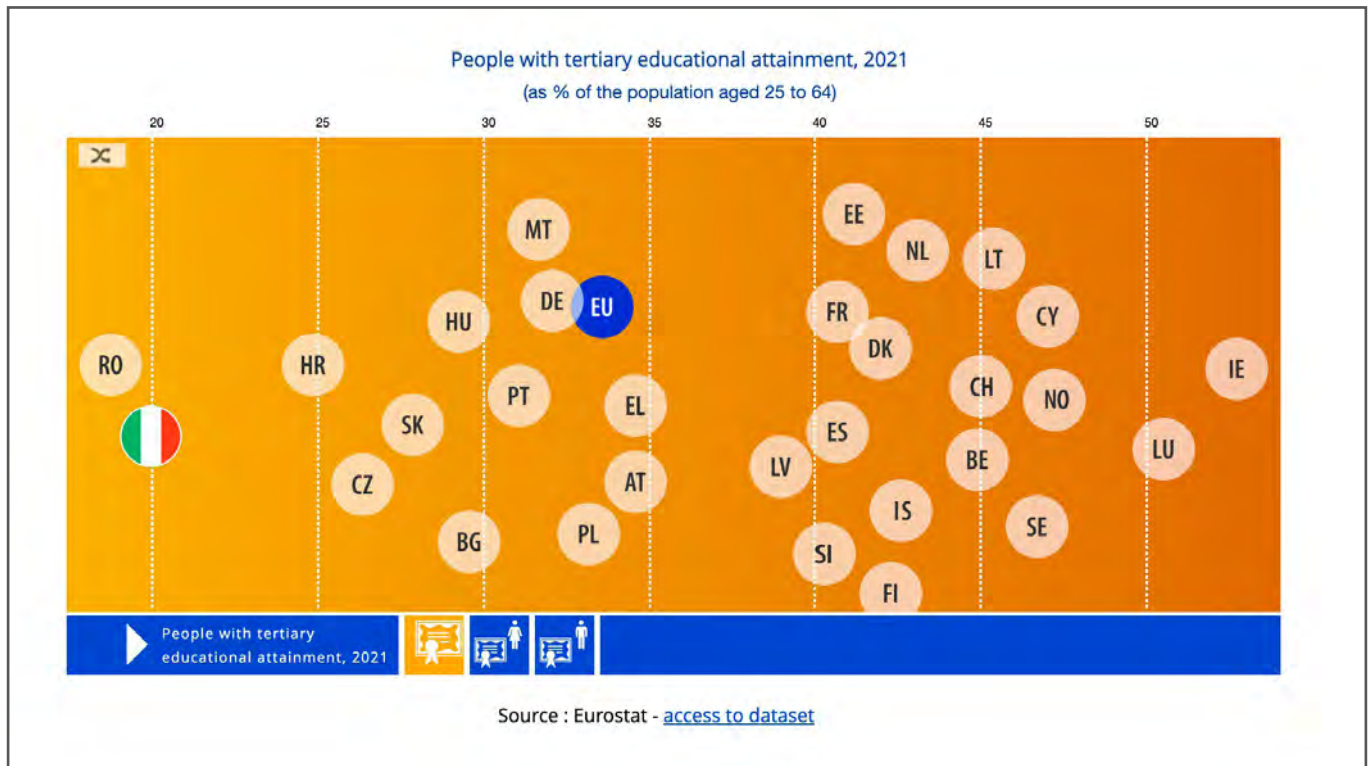


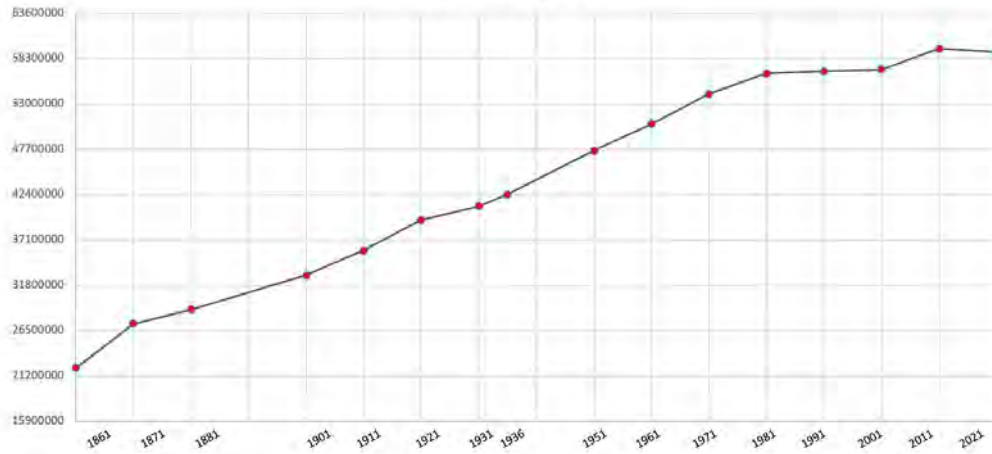
Tabella A

PAESI MEMBRI DELLA UE

CODICE ISO	STATO MEMBRO	N. CARATTERI CODICE IVA
AT	AUSTRIA	9
BE	BELGIO	10
BG	BULGARIA	9 ovvero 10
CY	CIPRO	9
HR	CROAZIA	11
DK	DANIMARCA	8
EE	ESTONIA	9
FI	FINLANDIA	8
FR	FRANCIA	11
DE	GERMANIA	9
GB (1)	GRAN BRETAGNA	5 ovvero 9 ovvero 12
EL	GRECIA	9
IE	IRLANDA	8
XI (2)	IRLANDA DEL NORD	5 ovvero 9 ovvero 12
IT	ITALIA	11
LV	LETTONIA	11
LT	LITUANIA	9 ovvero 12
LU	LUSSEMBURGO	8
MT	MALTA	8
NL	OLANDA	12
PL	POLONIA	10
PT	PORTOGALLO	9
CZ	REPUBBLICA CECA	8 ovvero 9 ovvero 10
SK	REPUBBLICA SLOVACCA	10
RO	ROMANIA	da 2 a 10
SI	SLOVENIA	8
ES	SPAGNA	9
SE	SVEZIA	12
HU	UNGHERIA	8

(1) il codice paese GB può essere utilizzato per individuare i soggetti VIES per le transazioni commerciali con periodi di riferimento antecedenti il 2021  
 (2) il codice paese XI può essere utilizzato per individuare i soggetti VIES per le cessioni e acquisto di beni con periodi di riferimento decorrenzi dal 2021 (sono escluse dalla rilevazione Intrastat le operazioni di servizi prestati a/ricevuti da soggetti residenti in Irlanda del Nord)

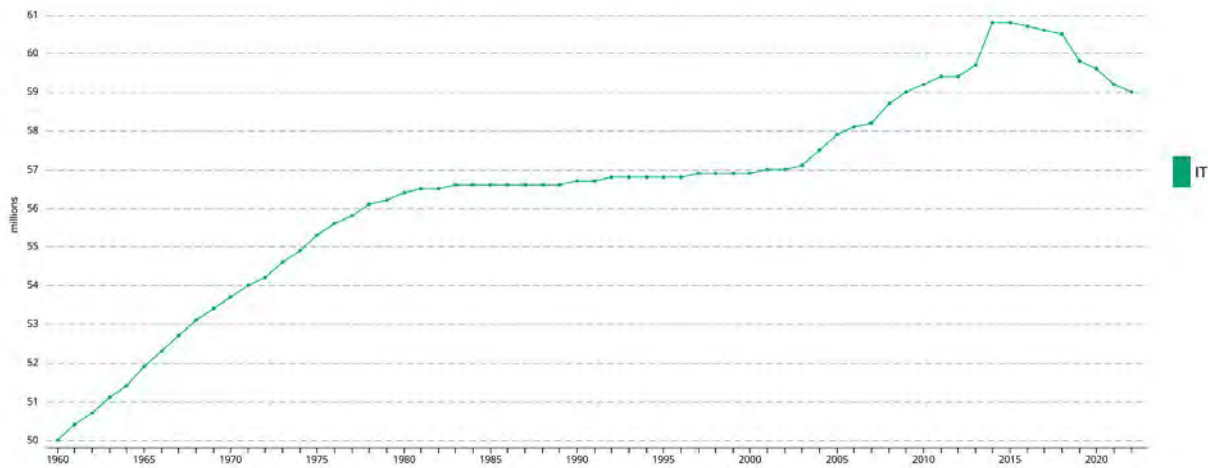
Popolazione residente ai censimenti – ITALIA  
(fonte: ISTAT)



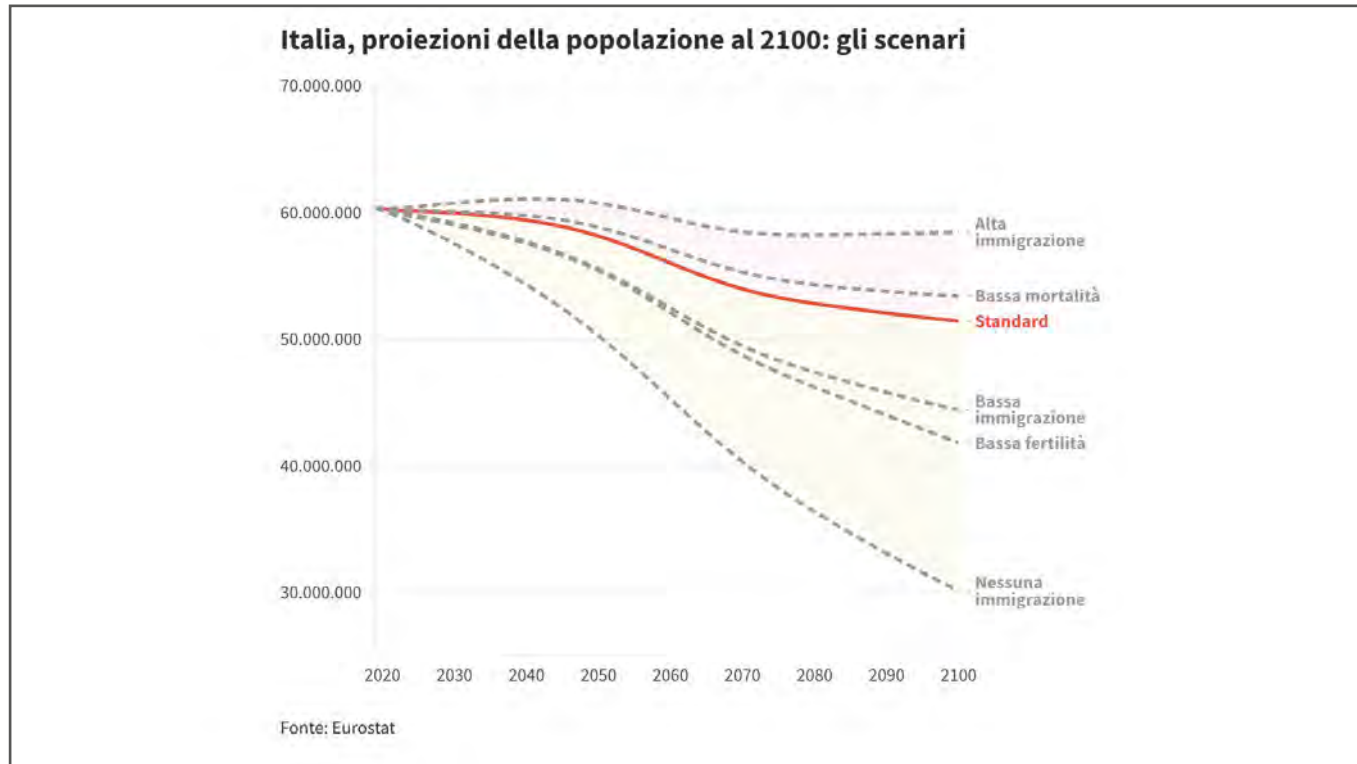
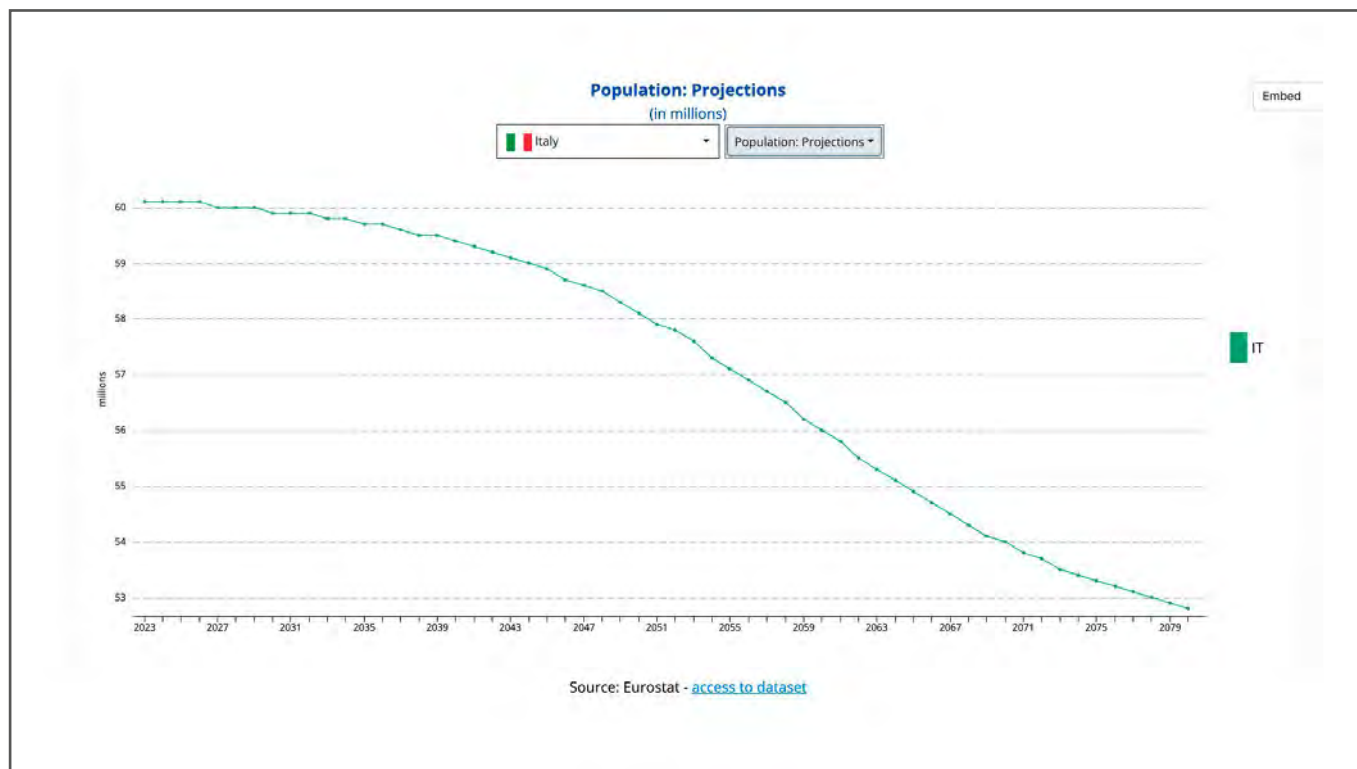
Population: Development

(in millions)

Italy Population: Development



Source: Eurostat - [access to dataset](#)



Population projections are 'what-if' scenarios that aim to show hypothetical developments of the population size and structure. These projections are based on a set of assumptions for future levels of fertility, mortality, and migration. They are presented for a **long-term period**, covering more than 50 years.

Mazzola et al. 2015 + <https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography/population-projections+indicatori+anno+2022>

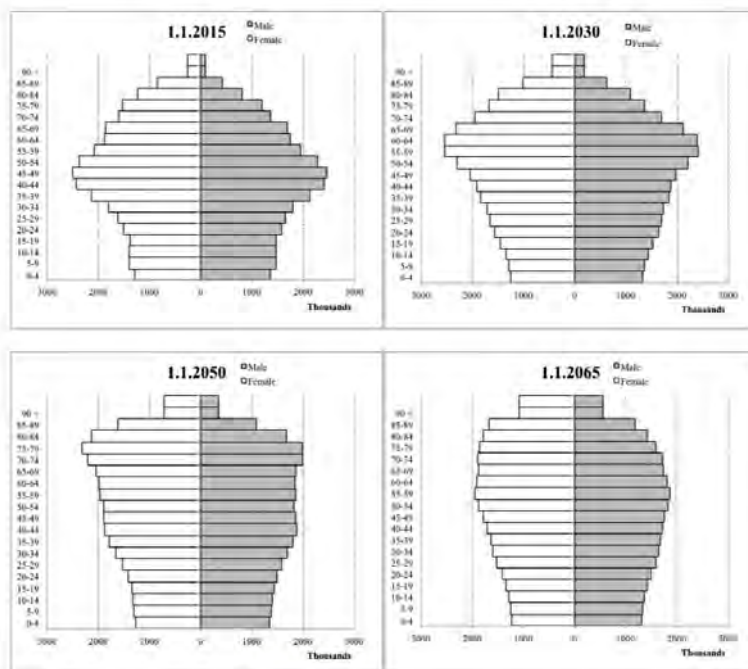
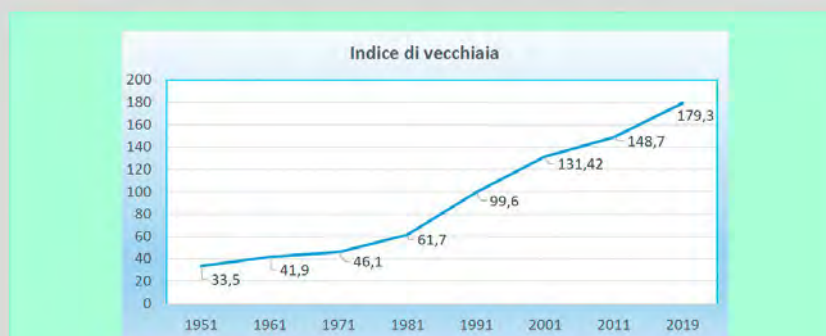


Figure 1. Population by sex and age. Projections at 2015, 2030, 2050, and 2065. Source: data at January 1, 2015 are from population register; other years are from ISTAT projections (medium variant). <http://demo.istat.it>

$$I_v(t) = \frac{P_{65e+}(t)}{P_{0-14}(t)} \times 100$$

### Indice di vecchiaia in Italia



Fonte dei dati: Istat

L'IV ben evidenzia quanto la **struttura per età** della popolazione residente sia sbilanciata verso le classi di età più elevate. Tale indice, calcolato per il complesso dei residenti, è, infatti, pari nel 2019 a 179,3: in altre parole ogni 100 giovani che hanno un'età < 15 oltre 179 hanno un'età di 65 e oltre.



7 Aprile 2023

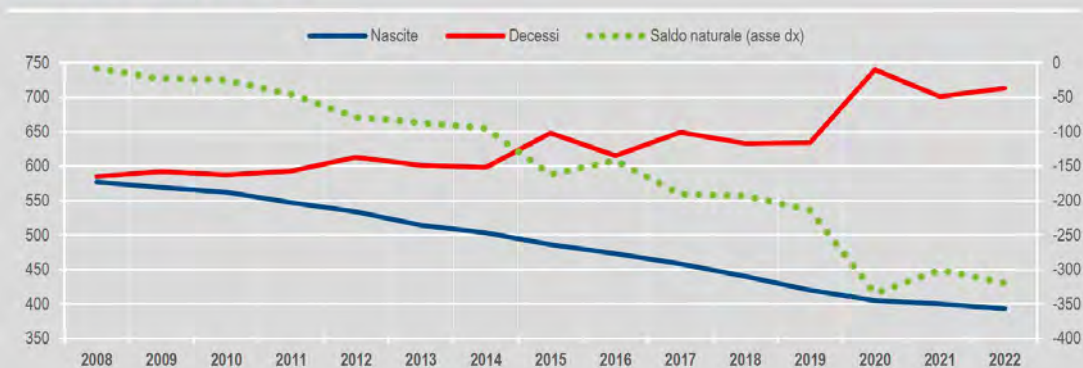


<h2>1,24</h2> <p><b>Il numero medio di figli per donna</b></p> <p><small>In Trentino-Alto Adige la fecondità più alta con un tasso dell'1,51</small></p>	<h2>82,6 anni</h2> <p><b>La speranza di vita alla nascita</b></p>	<h2>22.000</h2> <p><b>Gli ultracentenari al 1° gennaio 2023</b></p> <p><small>Nel corso degli ultimi 20 anni il numero di ultracentenari è triplicato</small></p>
--	---	---



**FIGURA 1. NASCITE, DECESSI E SALDO NATURALE.**

Valori in migliaia. Anni 2008 – 2022



Fonte: Istat, Ricostruzione bilancio demografico (2008-2018); Bilancio demografico (2019-2022). Per il 2022 dati provvisori

## NATALITÀ IN ITALIA

FORNITE: ISTAT



↓ **1,18**

numero medio di figli delle donne italiane nel 2022 (nel 2018 era 1,33)



↑ **31,6**

età media alla nascita del primo figlio

### ↓ INDICE DI FERTILITÀ (NASCITE PER DONNA)

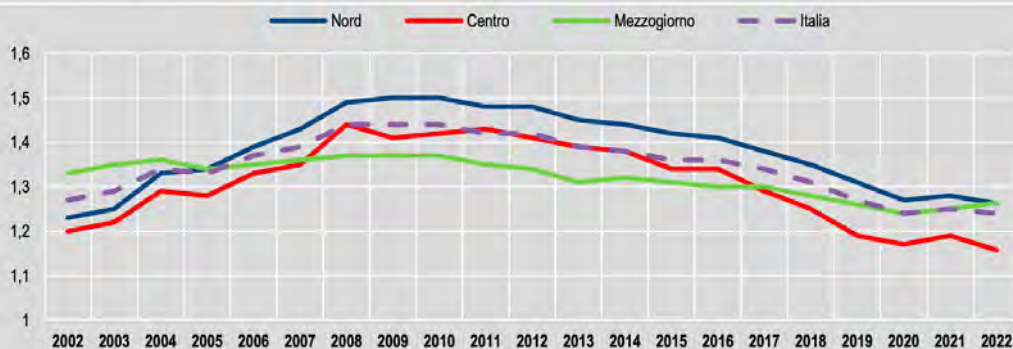
	1960	2020
ITALIA	2,40	1,24
FRANCIA	2,85	1,53
GERMANIA	2,37	1,53
EUROPA	2,60	1,53





**FIGURA 3. FECONDITÀ PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA**

Anni 2002-2022, numero medio di figli per donna.



Fonte: Istat, Tavole di fecondità regionali (2002-2021) e Sistema di nowcasting per indicatori demografici (2022).



**FIGURA 4. NUMERO MEDIO DI FIGLI PER DONNA ED ETÀ MEDIA AL PARTO (IN ANNI E DECIMI DI ANNO).**

Anno 2022, stima



Fonte: Istat, Sistema di nowcasting per indicatori demografici (2022).

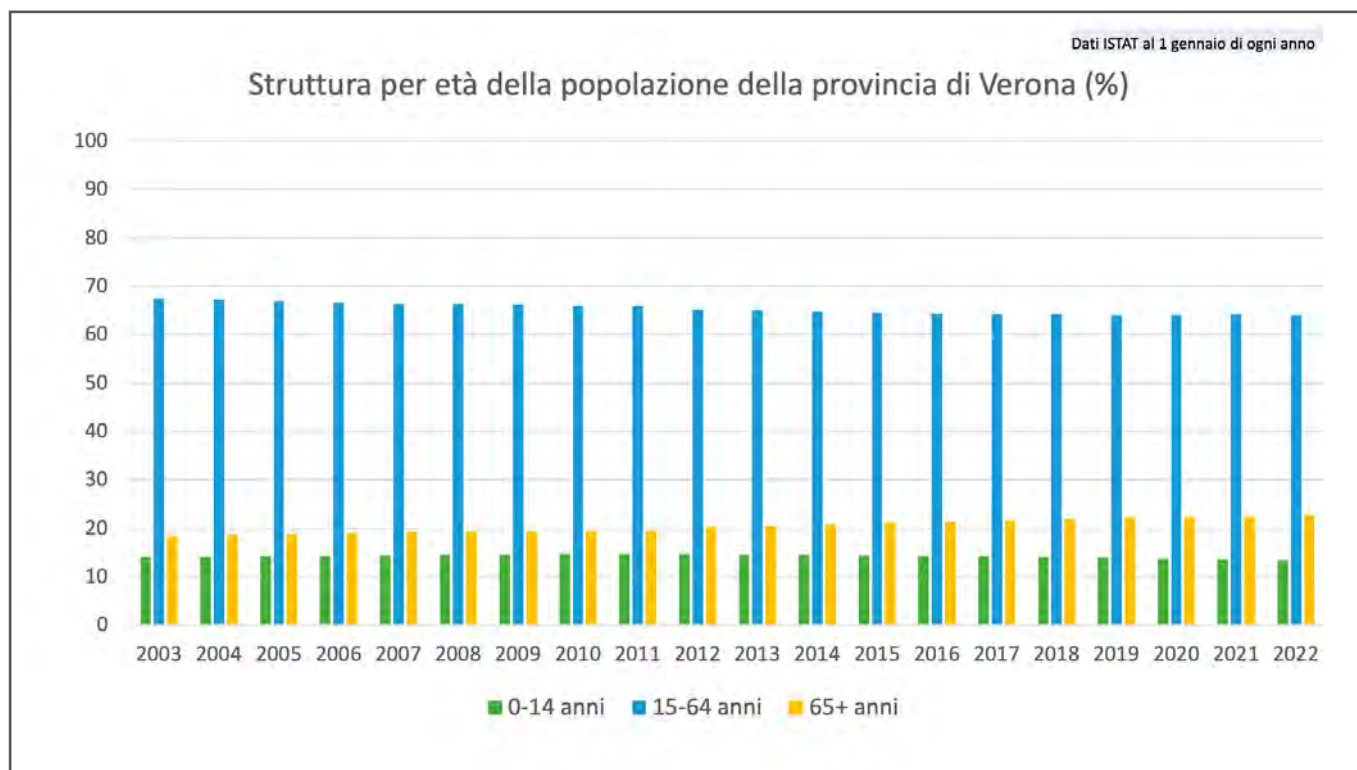
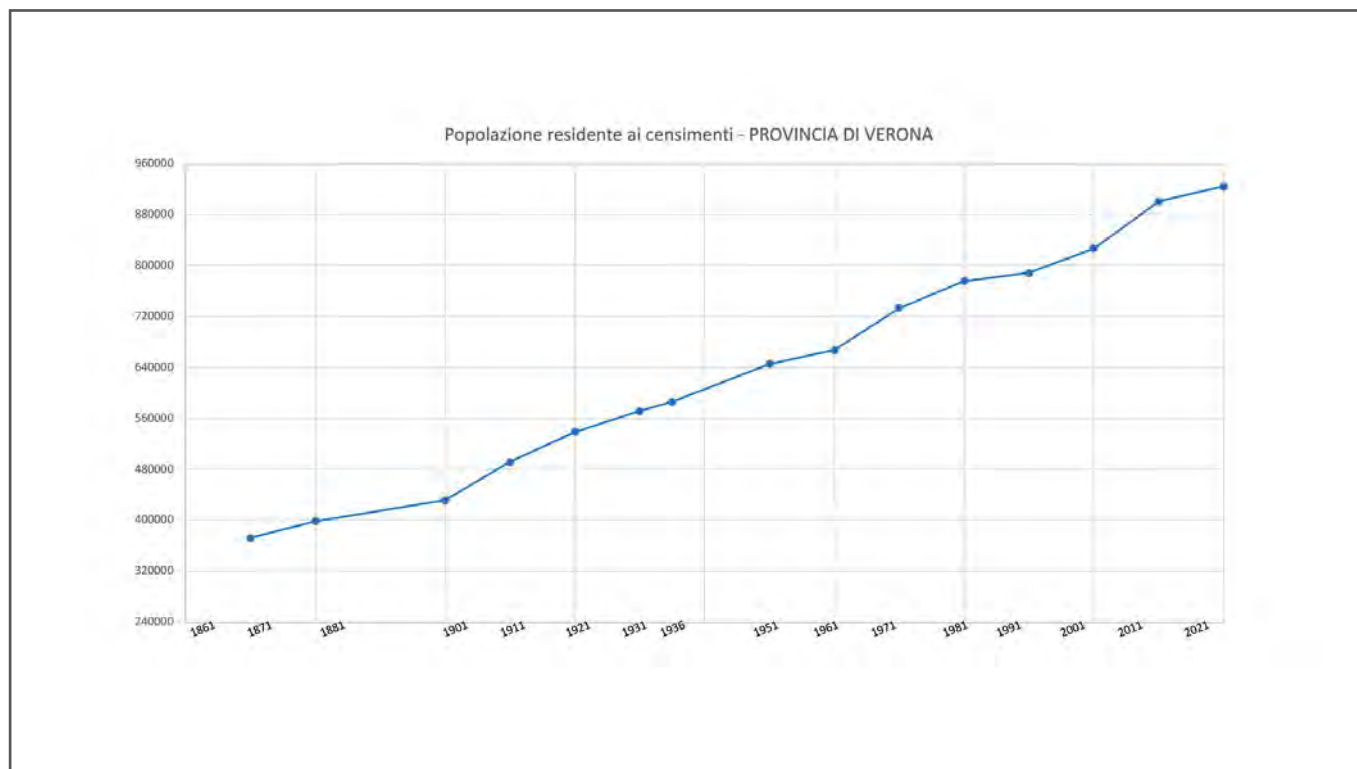


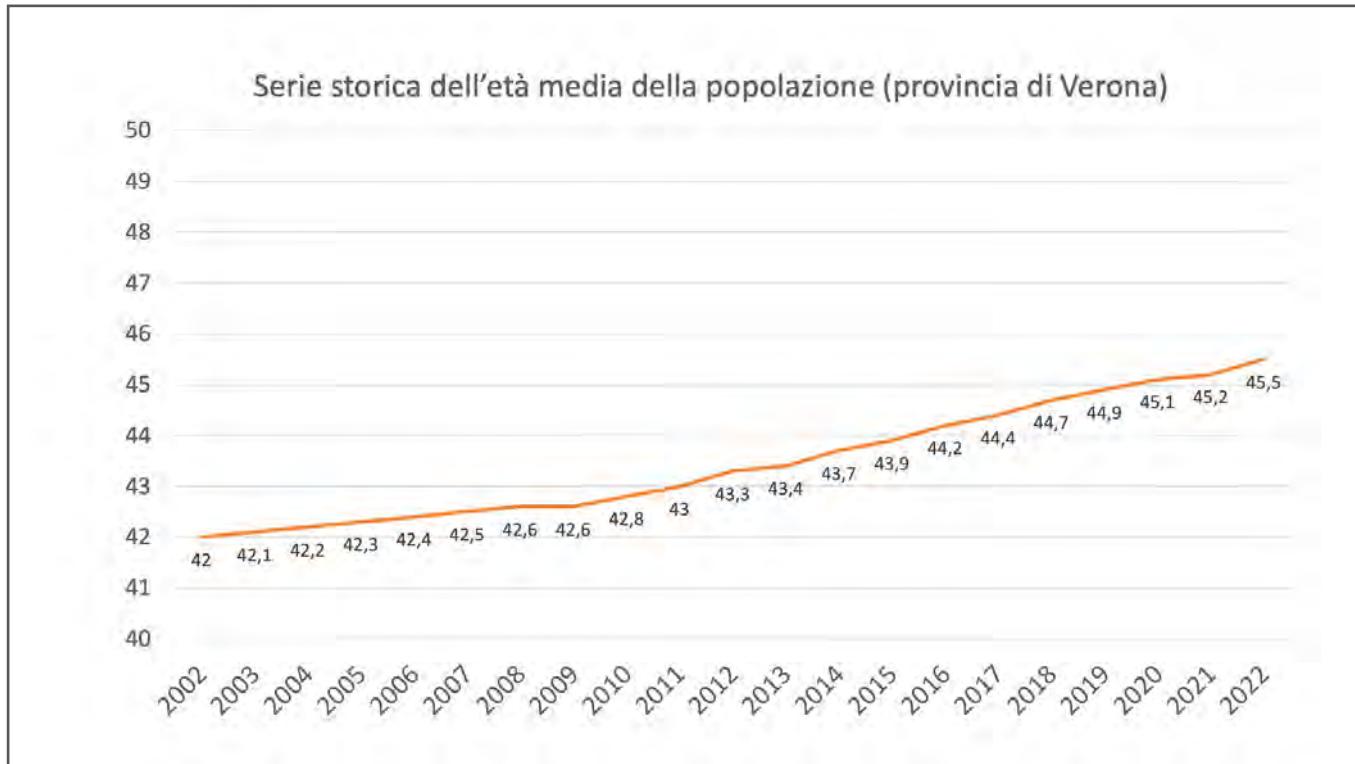
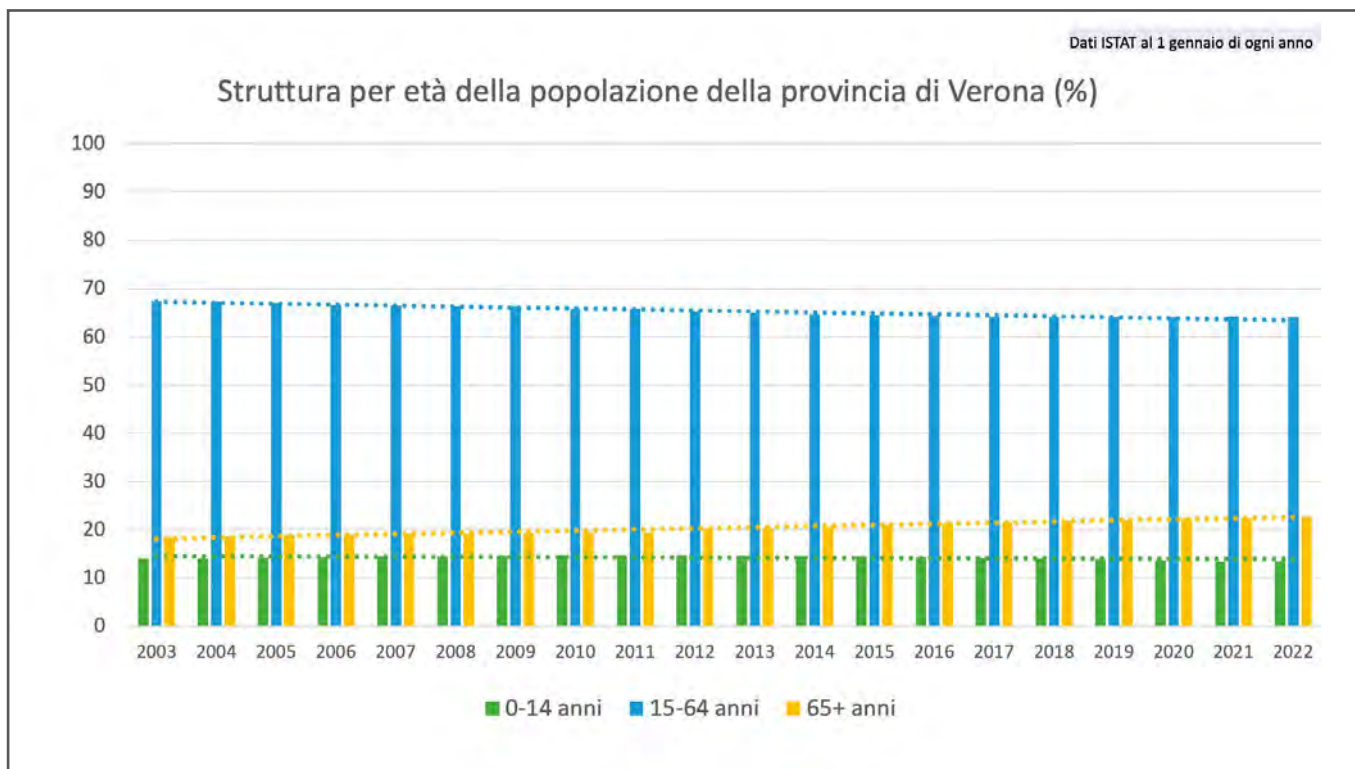
**FIGURA 4. MOVIMENTO MIGRATORIO CON L'ESTERO DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE**

Valori assoluti in migliaia. Anni 2012-2022\*

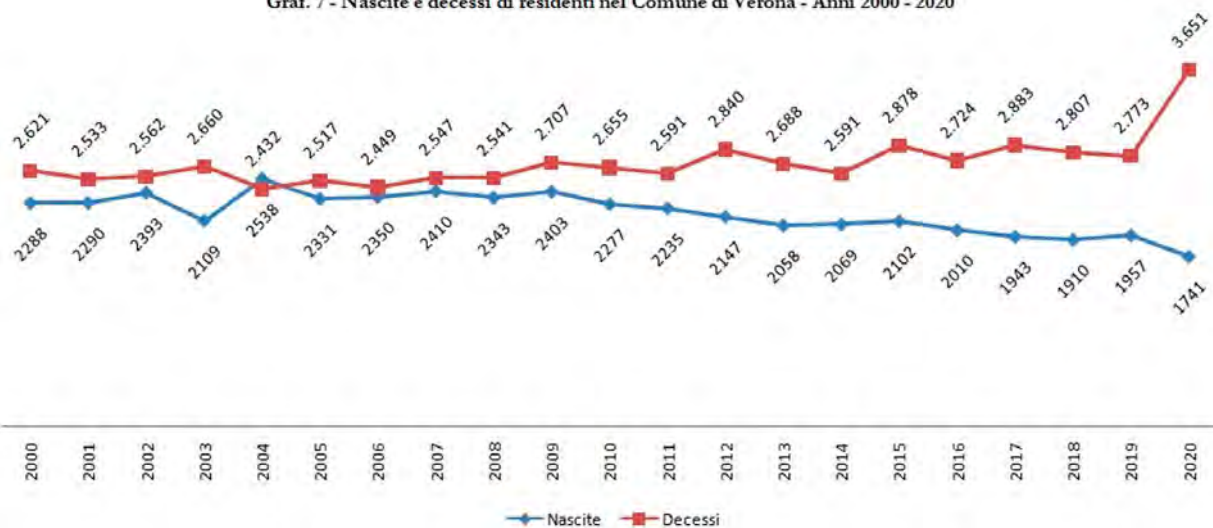


Fonte: Istat, Rilevazione sulle iscrizioni e cancellazioni anagrafiche per trasferimento di residenza (2012-2018); Bilancio demografico (2019-2022). \* Per il 2022 dati provvisori

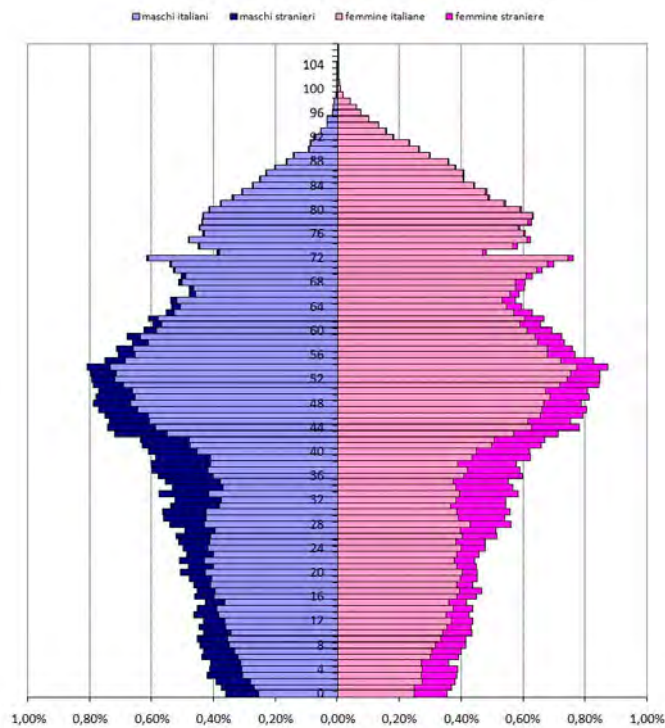




Graf. 7 - Nascite e decessi di residenti nel Comune di Verona - Anni 2000 - 2020

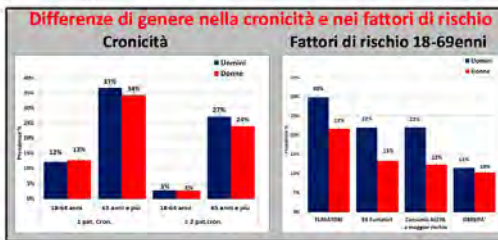
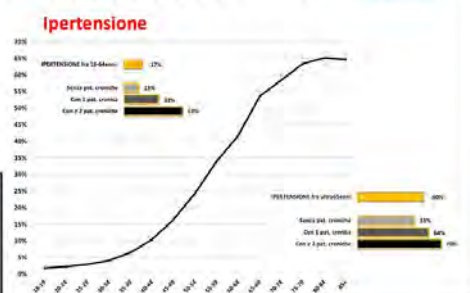
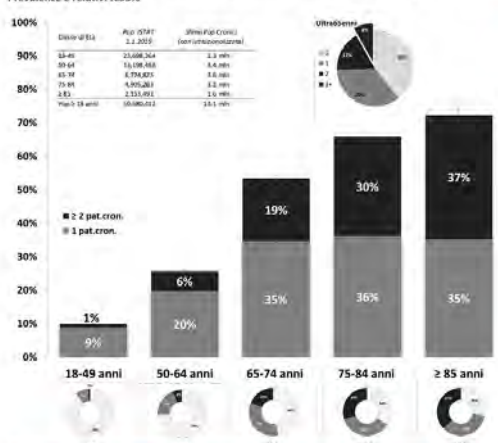


Graf. 9 - Piramide delle età al 31 dicembre 2020 - Comune di Verona



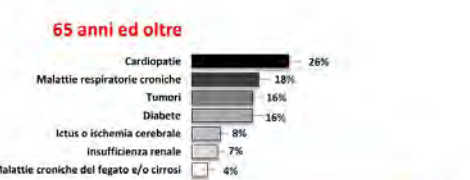
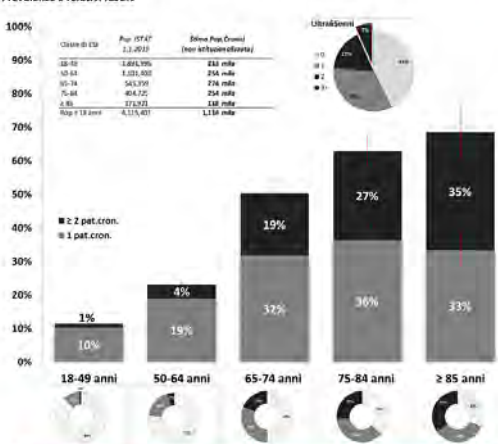
# LE RICADUTE SUL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

## Patologie Croniche riferite nella popolazione residente in ITALIA PASSI 2015-2018 (18-69enni) e PASSI d'Argento 2016-2018 (ultra65enni)



**Nota metodologica**  
Le patologie croniche sono riferite dagli intervistati come diagnosi mediche ricevute. Consideriamo: **Cardiopatie** (infarto del miocardio, ischemia cardiaca e malattia delle coronarie e altre malattie del cuore), **Attesa o ischemia cerebrale**, **Tumori** (compreso leucemia e linfoma), **Malattie respiratorie croniche** (bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale), **Diabete**, **Malattie croniche del fegato e/o cirrosi**, **Insufficienza renale**.  
L'ipertensione, rilevata come diagnosi riferita, non è considerata nella stima di persone con cronicità e nei risultati.  
I dati di riferimento sulla popolazione sono istituzionali.  
La Commissione Nazionale per gli Affari PASSI per gli anni 2015-2018 con un campione della popolazione residente nei territori dell'ASL della Città di Milano e della provincia di Bergamo, Pavia e Varese.  
Per Lombardia, Molise e Valle d'Aosta con sono disponibili dati su interviste per il periodo 2016-2018.

## Patologie Croniche riferite nella popolazione residente in VENETO PASSI 2015-2018 (18-69enni) e PASSI d'Argento 2016-2018 (ultra65enni)



**Nota metodologica**  
Le patologie croniche sono riferite dagli intervistati come diagnosi mediche ricevute. Consideriamo: **Cardiopatie** (infarto del miocardio, ischemia cardiaca e malattia delle coronarie e altre malattie del cuore), **Attesa o ischemia cerebrale**, **Tumori** (leucemia, linfoma e altri tumori), **Malattie respiratorie croniche** (bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale), **Diabete**, **Malattie croniche del fegato e/o cirrosi**, **Insufficienza renale**.  
L'ipertensione, rilevata come diagnosi riferita, non è considerata nella stima di persone con cronicità e nei risultati.  
I dati di riferimento sulla popolazione sono istituzionali.

- Crescita della spesa pro capite e dei consumi con l'aumentare dell'età.
- La popolazione con più di 64 anni assorbe il 70% della spesa e delle dosi.

Nel 2021 poco più di 6 cittadini su 10 hanno ricevuto almeno una prescrizione di farmaci.

Rapporto nazionale l'uso dei farmaci in Italia (AIFA) e Rapporto OsMed 2021

Figura 1.4.1 Andamento della prevalenza d'uso per età e genere dei farmaci territoriali 2021

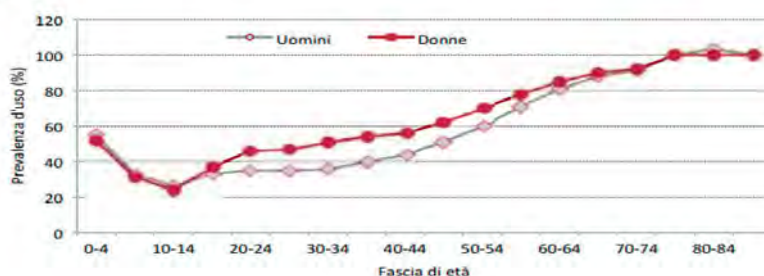
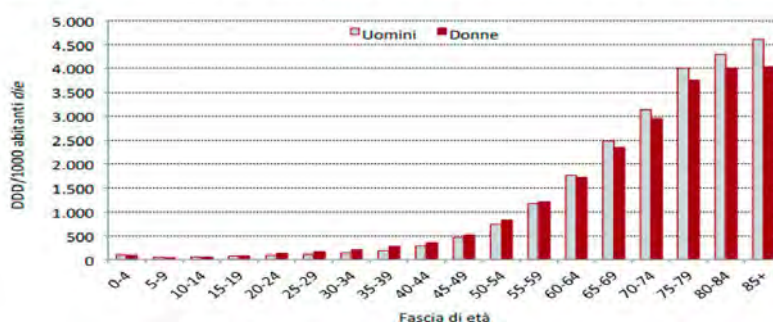


Figura 1.4.2 Andamento delle DDD/1000 abitanti die territoriali 2021 per età e genere



## IN SINTESI

- La popolazione cala ancora ma non al livello del biennio 2020-21
- Natalità al minimo storico, mortalità ancora elevata (meno di 7 neonati e più di 12 decessi per 1.000 abitanti)
- Recupero di attrattività nei confronti dell'estero
- Movimenti migratori interni in crescita
- Lieve crescita del numero degli stranieri

## CONSEGUENZE

- Economia, Politica, Società
- Conflitti intergenerazionali
- Pensioni
- Richieste di servizi sanitari
- Costi sanitari

Statistical thinking will one day be as necessary as the ability to read and write!

Herbert George Wells (1866 - 1946)

# Prospettive di sviluppo professionale per il personale del territorio alla luce del D.M. 77/2022

**Dott.ssa Elena Fanton**

Direzione Risorse Umane del SSR  
Area Sanità e Sociale - Regione Veneto



## PNRR MISSIONE 6 COMPONENTE 1: TRE INVESTIMENTI



### 1.1: CASE DELLA COMUNITÀ E PRESA IN CARICO DELLA PERSONA

- La Casa della Comunità è una struttura fisica in cui opera un team multidisciplinare di MMG, PLS, medici specialistici, **infermieri di comunità**, altri professionisti della salute e può ospitare anche assistenti sociali.



### 1.2: CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA E TELEMEDICINA

- Aumento del volume delle prestazioni in **assistenza domiciliare** fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 % della popolazione di età superiore ai 65 anni. L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età > 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.



### 1.3: RAFFORZAMENTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA INTERMEDIA E DELLE SUE STRUTTURE

- Potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia territoriale attraverso l'attivazione dell'**Ospedale di Comunità**, struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica, per degenze di breve durata.

## DM 23 maggio 2022, n.77

Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

«Il disegno di riforma delinea un innovativo modello organizzativo dell'assistenza sanitaria territoriale, imperniato su **un archetipo antropocentrico**, che prevede la **rimodulazione dei servizi e delle prestazioni offerte affinché siano il più possibile prossimi all'utente raggiungendolo fino al suo domicilio, che diviene il primo e fondamentale luogo di cura**».

(Parere Consiglio di Stato allo schema di DM, 19.5.2022)

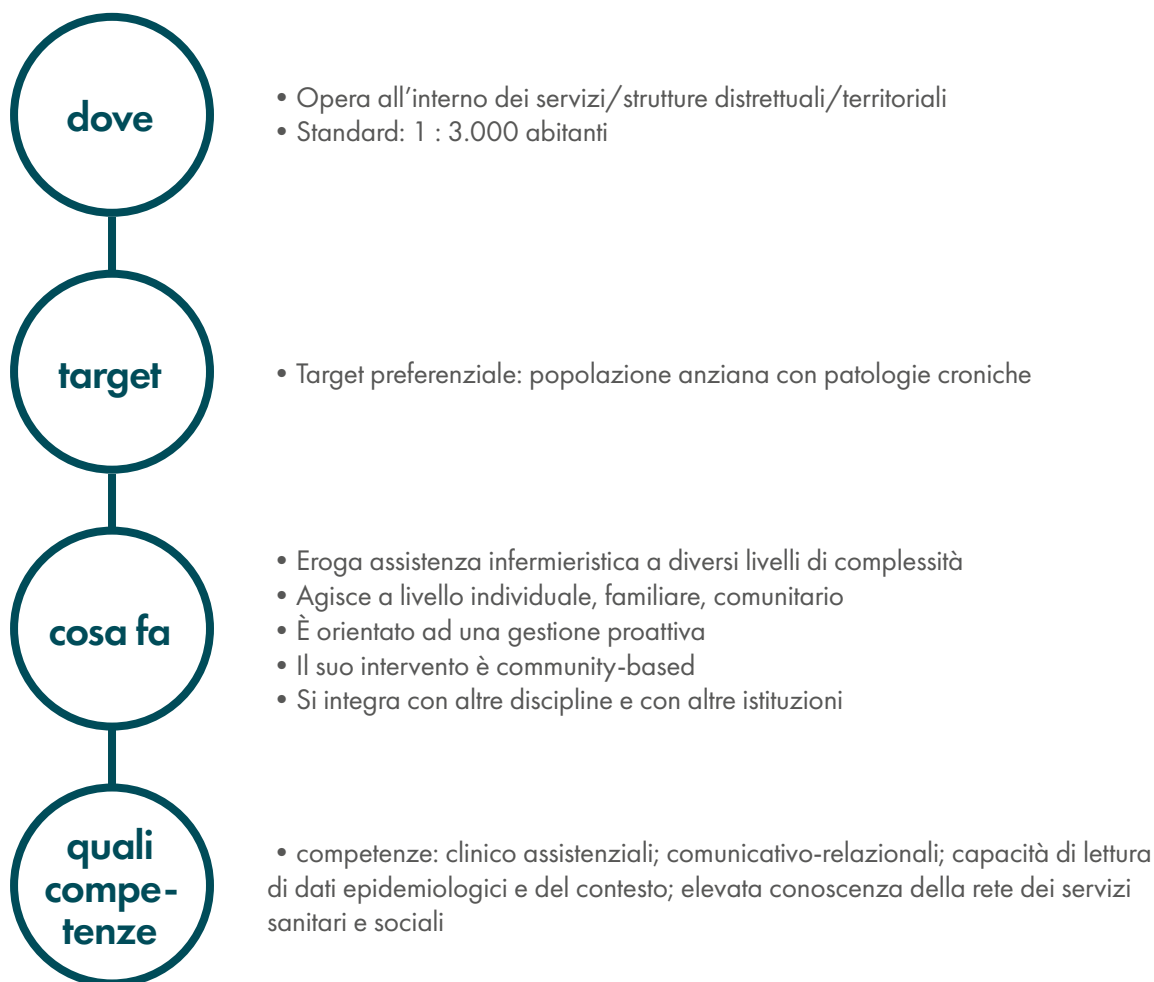


## OBIETTIVI:

- definire un **nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria**, individuando standard strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale;
- introdurre un sistema di governance territoriale idoneo a consentire la gestione dei bisogni socio-assistenziali e **facilitare i processi di individuazione delle priorità di intervento**, in un'ottica di **prossimità e di integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e di specialità**;
- assicurare **continuità delle cure a favore di individui in condizioni di cronicità /fragilità e disabilità che comportano il rischio di non autosufficienza**, anche attraverso l'integrazione tra il servizio sociale e quello sanitario;
- disegnare un nuovo assetto istituzionale per la **prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico**;
- attuare una nuova strategia che consenta al Paese di conseguire **standard qualitativi di cura adeguati**.



## DM 77/2022 – L'INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ



L'IFoC è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona.

L'IFoC interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali. Non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. Ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute.

È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting assistenziali in cui essa si articola.

**DELIBERAZIONE DELLA  
GIUNTA REGIONALE  
n.43 del 18 gennaio 2023**

Approvazione delle "Linee di indirizzo per la formazione regionale degli infermieri operanti sul territorio ad un approccio orientato all'infermieristica di famiglia e comunità". DL 19 maggio 2020, n. 34, art. 1, comma 5, convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77.

[Sanità e igiene pubblica]

...Al fine di omogeneizzare su tutto il territorio regionale le competenze di degli infermieri di famiglia, si considera opportuno fornire linee di indirizzo regionali per un approccio orientato all'infermieristica di famiglia e comunità.

...Si ritiene di coinvolgere nella formazione regionale **tutto il personale infermieristico distrettuale e quello afferente alle attuali Centrali Operative Territoriali**, con almeno due anni di esperienza territoriale, considerato che tale personale, pur operando in servizi diversi, presta assistenza alla medesima tipologia di pazienti ritenuta target per l'infermieristica di famiglia e di comunità.

## SCOPI DEL CORSO

Sviluppare **competenze di base utili all'orientamento proattivo ai bisogni di salute della popolazione** in uno specifico ambito territoriale e comunitario; **diffondere l'approccio dell'infermieristica di famiglia e comunità.**

## DESTINATARI

1. Infermieri con almeno due anni di esperienza professionale in ambito territoriale:
  - dipendenti AULSS a tempo indeterminato (Distretti e COT),
  - infermieri che lavorano presso le UCCP,
2. Infermieri con incarichi di funzione organizzativa/ordinamento del Territorio.

## OBIETTIVI E CONTENUTI

Determinati dal CTS previo confronto con Rappresentanze Ordinarie ed Atenei presso i quali sono attivi master di primo livello per le funzioni specialistiche, ai fini dell'eventuale successivo accesso a tali percorsi accademici.

## MODALITÀ

- 100 ore formazione teorica FAD/residenziale
- 100 ore formazione sul campo
- 20 ore produzione di project work

**Formazione accreditata ECM; attivabili ulteriori moduli presso le aziende per acquisizione di specifiche competenze.**

## TEMPI

Un triennio, a partire dal 2023.

## ATTIVITÀ IFoC

- collaborare all'intercettazione del bisogno di salute,
- contribuire alla programmazione e agire sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce di età, specificatamente nella presa in cura delle condizioni collegate alla cronicità;
- favorire l'accessibilità e l'orientamento ai servizi della persona assistita;
- promuovere il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità,
- organizzare iniziative di educazione sanitaria di gruppo in presenza o in remoto, in collaborazione con tutti gli attori sanitari e in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica;
- promuovere attività di informazione/comunicazione ai singoli e alla comunità, avvalendosi di competenze esperte di linguaggi e modalità di interazione adeguati alla popolazione interessata;
- svolgere attività di counseling infermieristico e contribuire ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;
- valorizzare e promuovere il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver;
- utilizzare sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza;
- lavorare in forte integrazione con le reti sociosanitarie a valenza sanitaria, con le risorse della comunità;
- collaborare con i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta (delle Unità Complesse di Cure Primarie UCCP e Aggregazioni Funzionali Territoriali AFT) e altri professionisti sanitari coinvolti nei processi di cura a livello territoriale;
- collaborare all'attuazione della sanità di iniziativa contattando periodicamente gli assistiti, al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche, prevenirne le complicanze, ridurre o gestire il carico assistenziale, prevenire le disabilità e la perdita dell'indipendenza per il singolo e per il caregiver.

SERVIZI DI TELEMEDICINA			
	FINALITÀ	SOGGETTO EROGATORE	SOGGETTI COINVOLTI
TELEVISITA SPECIALISTICA	FOLLOW UP <i>no prima visita</i>	MMG PLS SPECIALISTA	PAZIENTI E CAREGIVER CENTRALE PER LA TELEMEDICINA
TELEASSISTENZA	SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ ASSISTENZIALI	PROFESSIONISTI SANITARI	PAZIENTI E CAREGIVER CENTRALE PER LA TELEMEDICINA
TELEMONITORAGGIO	RILEVAMENTO E TRASMISSIONE AUTOMATIZZATA E CONTINUATIVA DI PARAMETRI CLINICI	MEDICO INFERMIERE	PAZIENTI E CAREGIVER CENTRALE PER LA TELEMEDICINA
TELERIABILITAZIONE	ABILITAZIONE E RIPRISTINO FUNZIONAMENTO PSICO-FISICO VALUTAZIONE USO AUSILI, ORTESI E PROTESI	SINGOLO PROFESSIONISTA ÉQUIPE MULTIPROFESSIONALE	PAZIENTI E CAREGIVER CENTRALE PER LA TELEMEDICINA
TELECONSULTO MEDICO	INTERAZIONE TRA MEDICI RIGUARDO LA SITUAZIONE CLINICA DEL PAZIENTE	MEDICO	PIÙ MEDICI CENTRALE PER LA TELEMEDICINA
TELECONSULENZA MEDICO-SANITARIA	SUPPORTO DURANTE LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SANITARIA A DOMICILIO	PROFESSIONISTA SANITARIO MEDICO	PAZIENTI E CAREGIVER INFERMIERE O ALTRO PROFESSIONISTA SANITARIO CENTRALE PER LA TELEMEDICINA
TELECONTROLLO MEDICO	RILEVAMENTO PARAMETRI PERIODICO E INTERATTIVO	MEDICO PROFESSIONISTA SANITARIO	PAZIENTI E CAREGIVER CENTRALE PER LA TELEMEDICINA

Ministero Salute – Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare

## DM 77/2022 – LA DIGITALIZZAZIONE: SISTEMI INFORMATIVI

I sistemi informativi Distrettuali devono avvalersi di soluzioni digitali che consentano **servizi pienamente integrati**, attraverso la condivisione dei dati tra i professionisti coinvolti nell'assistenza; infrastrutture **interoperabili** sia con i sistemi di sanità digitale nazionali e regionali nonché con le soluzioni di telemedicina. Essi devono:

- produrre documenti nativi digitali, atti ad alimentare il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);
- integrarsi ed interoperare con il sistema TS per garantire la generazione della ricetta dematerializzata e dei Piani Terapeutici Elettronici;
- produrre i dati necessari al monitoraggio a livello nazionale dell'assistenza territoriale, alimentando i flussi informativi nazionali già attivi (SDO, FAR, SIAD, EMUR, ecc.);
- interoperare con il repository centrale del FSE, al fine di utilizzare servizi applicativi per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- interoperare con le piattaforme di telemedicina adottate a livello regionale e nazionale.

## PNRR MISSIONE 6 COMPONENTE 2: QUALI INVESTIMENTI?

### 2.2: SVILUPPO DELLE COMPETENZE TECNICHE, PROFESSIONALI, DIGITALI E MANAGERIALI DEL PERSONALE DEL SISTEMA SANITARIO

L'investimento mira a rafforzare la formazione in medicina di base, introdurre un piano straordinario di formazione sulle **infezioni ospedaliere** e garantire un rafforzamento delle **competenze manageriali e digitali del personale sanitario**, attraverso:

- l'incremento delle borse di studio in medicina generale;
- l'avvio di un piano straordinario di **formazione sulle infezioni ospedaliere** a tutto il personale sanitario e non sanitario degli ospedali;
- un percorso di acquisizione di **competenze di management** per professionisti sanitari del SSN, al fine di prepararli a fronteggiare le sfide attuali e future in una prospettiva integrata, sostenibile, innovativa, flessibile, sempre orientata al risultato.

### PNRR MISSIONE 6 COMPONENTE 2 INVESTIMENTO 2.2 LETT. B – CORSO IN INFEZIONI OSPEDALIERE

#### FINALITÀ

Avviare un piano di formazione sulla sicurezza in tema di infezioni ospedaliere per le risorse umane del SSN, ponendosi come obiettivo la formazione di oltre 290.000 unità di personale.

**22.478 professionisti coinvolti in Regione Veneto**

## M6C2.2 «FORMAZIONE, RICERCA SCIENTIFICA E TRASFERIMENTO TECNOLOGICO» DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

### «Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario»

- Erogazione dei corsi di formazione per l'acquisizione di **competenze e abilità di management e digitali** per 4500 membri del personale del SSN.
- investimento volto all'attivazione di un percorso di acquisizione di competenze e abilità di management e digitali per professionisti sanitari del SSN, al fine di prepararli a fronteggiare le sfide attuali e future in una prospettiva integrata, sostenibile, innovativa, flessibile e orientata al risultato.
  - Ministero della Salute
  - Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
  - Regioni e Province Autonome
- AGENAS Organizza ed eroga il corso pilota nazionale, in due edizioni, rivolto a 60 dei 4.500 **manager e middle manager**;



EUROPEAN COMMISSION  
Directorate-General for Structural Reform Support  
Directorate B – Support to Member States Reforms



## DIGITAL SKILLS TO INCREASE QUALITY AND RESILIENCE OF THE HEALTH SYSTEM IN ITALY

**PNRR - Componente 2 Investimento 1.3.1b “Rafforzamento dell’infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione, l’analisi dei dati e la simulazione (FSE) ) (b) “Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni”**

## PNRR MISSIONE 1: DIGITALIZZAZIONE, INNOVAZIONE, COMPETITIVITÀ, CULTURA E TURISMO.

### COMPETENZE DIGITALI > PAZIENTI/UTENTI > PERSONALE DELLA PA

- Lo sviluppo delle **competenze digitali** a tutti i livelli è una condizione indispensabile per garantire che tutti possano partecipare alla società e trarre beneficio dalla transizione digitale.
- Per evitare il divario digitale è necessario non solo sostenere la parità di accesso alle infrastrutture e alle apparecchiature, ma anche il **possesso di competenze digitali**.

**DIGITALIZZAZIONE & PNRR** > riconosciuta quale **necessità trasversale** ai processi produttivi, alle infrastrutture nel loro complesso, alla scuola e alla sanità.

- Tra gli obiettivi del Recovery and Resilience Facility (RRF) vi è **l'innalzamento del livello delle competenze digitali di cittadini e dei lavoratori**, così come l'incremento della loro capacità di accesso a strumenti e servizi digitali.
- I dati preoccupanti emersi in relazione all'Indice di digitalizzazione dell'economia e della società (DESI) mantengono salda l'attenzione sulla **necessità di agire per incrementare il livello delle competenze digitali**.

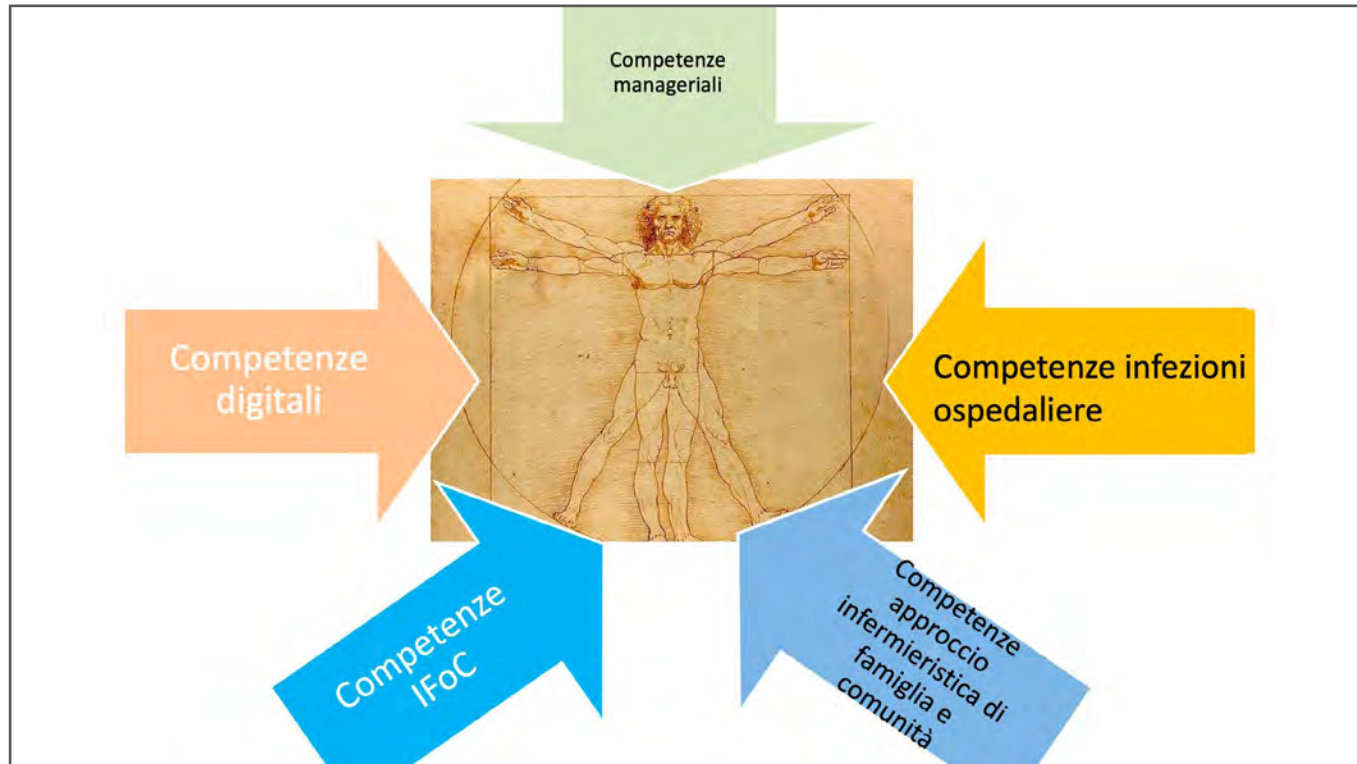
## DM 77/2022 – LA DIGITALIZZAZIONE: SISTEMI INFORMATIVI

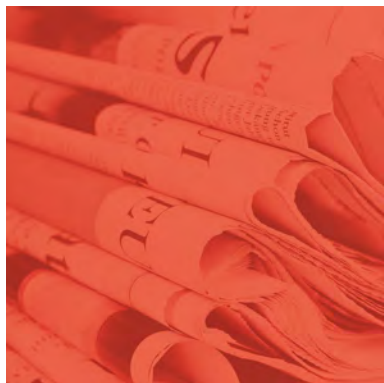
### L'agenda delle iniziative a supporto delle competenze digitali di base

#### COMPETENZE DIGITALI DI BASE



- Obiettivo: colmare il gap di competenze digitali, con **almeno il 70% della popolazione che sia digitalmente abile entro il 2026**.
- Strumenti:
  - **agenda per la transizione digitale** che scandisce il percorso delle attività programmate e l'attivazione di bandi;
  - **digitalizzazione della PA**;
  - **reti ultraveloci**.





# L'organizzazione dell'assistenza territoriale nella provincia di Verona: quali prospettive

**M.Grazia Cengia**

Direttore UOC Direzione delle Professioni Sanitarie  
Azienda ULSS 9 Scaligera di Verona

## PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

### M6Componente 1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

- Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona
- Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina
- Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)



[Data: 23/07/2021] [Prot. n°: 0330438] [Class. G.000.25.3] [Allegati n°: 6 per tot pag. 36]

*Direzione Generale*  
Prof. n. 195469 Verona, 29.10.2021

Oggetto: Next Generation EU – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza  
Piano regionale di attuazione PNRR  
Introduzione e avvio attività

Alle Aziende del SSR  
PEC  
e, p.c. Azienda Zero  
PEC  
Area Sanità e Sociale – Regione Veneto  
PEC

Area Sanità e Sociale  
Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettive  
Regione Veneto  
ediliziaospedaliera@pec.regione.veneto.it

Oggetto: Next Generation EU – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza  
Piano regionale di attuazione PNRR,  
C111.1 Case della Comunità e C111.3 Ospedale di Comunità – Piano Regionale di Attuazione, Riscontro.

### M6Componente 2: INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

- Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
- Verso un ospedale sicuro e sostenibile

### M5Componente 2 - INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE, COMUNITÀ E TERZO SETTORE

- Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti



## MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN

«DM 77» definisce gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale relativi alla Missione 6 componente 1 del PNRR:

- **Distretto: funzioni e standard organizzativi**
- **Casa della Comunità**
- Infermiere di Famiglia o Comunità
- Unità di Continuità Assistenziale
- **Centrale Operativa Territoriale**
- Centrale Operativa 116117
- Assistenza Domiciliare
- **Ospedale di Comunità**
- Rete delle Cure Palliative
- Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie
- Servizi per le attività di promozione e prevenzione della salute
- Prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico
- Telemedicina
- Sistemi Informativi e di Qualità

## DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI

- Il Distretto è un'**articolazione organizzativo-funzionale** sul territorio
- Costituisce il **centro di riferimento per l'accesso** a tutti i servizi dell'ASL
- **Persegue l'integrazione** tra le diverse strutture sanitarie in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni
- **Garantisce una risposta integrata** sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze
- Ha funzione di: **committenza, produzione e garanzia** (assicurare servizi equi attraverso il monitoraggio e la verifica delle criticità)

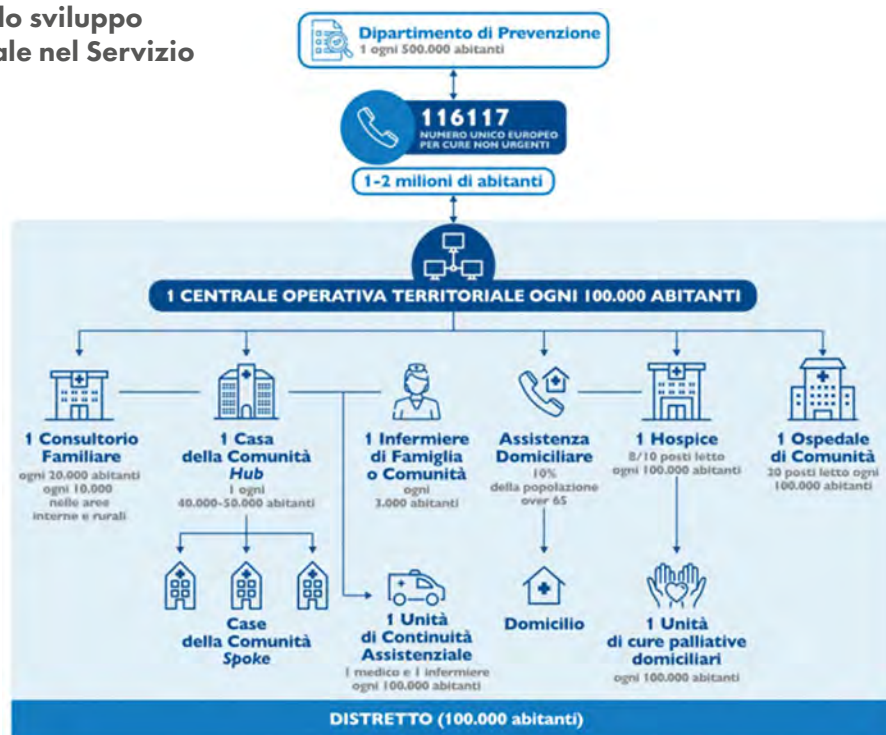
Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

La programmazione deve prevedere i seguenti standard:

- 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola;
- 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

## DECRETO MINISTERIALE N.77 DEL 23 MAGGIO 2022

Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.



## CASA DELLA COMUNITÀ

Rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione:

- Raccordo intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione.
- Risposta e garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, compreso il supporto amministrativo-organizzativo.
- Prevenzione e promozione della salute con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica.
- Modello Hub e Spoke: standard 1 casa della comunità hub ogni 40.000 – 50.000 abitanti. CdC spoke tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità.

# CASA DELLA COMUNITÀ

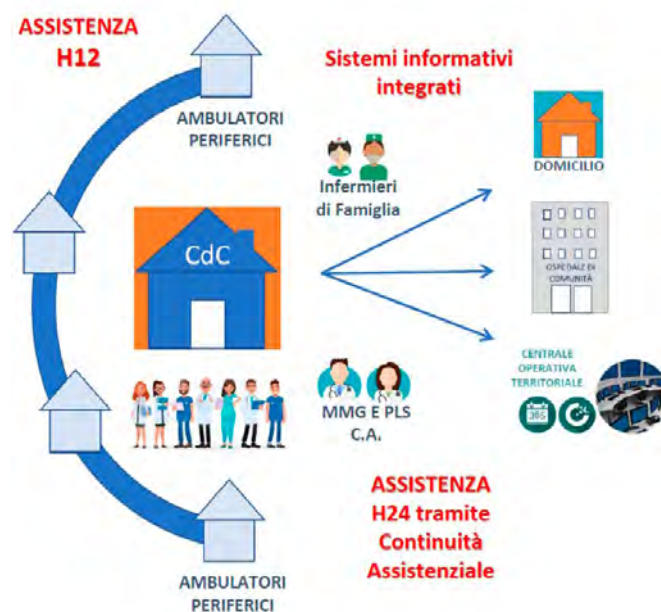


Tabella 4: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità hub	Casa della Comunità spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7gg
	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7gg	
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO

Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Programmi di screening	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n.136 del 15 febbraio 2022

Piano regionale di individuazione delle Case di Comunità e aggiornamento delle schede di dotazione degli Ospedali di Comunità in attuazione del PNRR - Missione 6 Componente 1 Investimento 1.1 e Investimento 1.3. Deliberazione n. 4/CR del febbraio 2022.

[Sanità e igiene pubblica]



ALLEGATO A DGR n. 136 del 15 febbraio 2022

Missione 6 C1 intervento 1.3 Case della Comunità

AULSS 9 Scaligera	CSP. COLOGNA VENETA	Cologna Veneta
AULSS 9 Scaligera	CSP. CAPRINO VERONESE	Caprino Veronese
AULSS 9 Scaligera	CSP. ISOLA DELLA SCALA	Isola della Scala
AULSS 9 Scaligera	CSP. NOGARA	Nogara
AULSS 9 Scaligera	CSP. TREGNAGO	Tregnago
AULSS 9 Scaligera	CSP. VALEGGIO SUL MINCIO	Valeggio sul Mincio
AULSS 9 Scaligera	DISTRETTO SANITARIO S. Giovanni L.	San Giovanni Lupatoto
AULSS 9 Scaligera	DISTRETTO SANITARIO via Campania	VERONA
AULSS 9 Scaligera	DISTRETTO SANITARIO via Capitel	VERONA
AULSS 9 Scaligera	Ex IPAB Bussolengo	Bussolengo
AULSS 9 Scaligera	EX OSPEDALE CHIARENZI - Zevio	Zevio
AULSS 9 Scaligera	NUOVA CdC Cerea	Cerea
AULSS 9 Scaligera	NUOVA CdC Montecchia	Montecchia di Crosara
AULSS 9 Scaligera	NUOVA CdC San Bonifacio - ex ospedale Zavarise	San Bonifacio
AULSS 9 Scaligera	NUOVA CdC Villafranca	Villafranca
AULSS 9 Scaligera	NUOVA SEDE DEL POLO SANITARIO DELLA CITTÀ DI VERONA E CdC	VERONA
AULSS 9 Scaligera	OSPEDALE DI MARZANA	VERONA
AULSS 9 Scaligera	VECCHIO OSPEDALE DI LEGNAGO	Legnago
AULSS 9 Scaligera	via Montanara Colognola	Colognola ai Colli

## CASA DELLA COMUNITÀ

L'ODC è una struttura territoriale rivolta a pazienti che in seguito ad un episodio di acuzie minore, o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma necessitano inoltre di assistenza/sorveglianza infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio oppure in mancanza di idoneità del domicilio stesso. Tra gli obiettivi primari vi è il coinvolgimento attivo del paziente e dei familiari.

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Standard:

- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti;
- 0,2 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.

Standard di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto:

7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

## OSPEDALI DI COMUNITÀ - HOSPICE - URT

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n.136 del 15 febbraio 2022

Piano regionale di individuazione delle Case di Comunità e aggiornamento delle schede di dotazione degli Ospedali di Comunità in attuazione del PNRR - Missione 6 Componente 1 Investimento 1.1 e Investimento 1.3. Deliberazione n. 4/CR del febbraio 2022.

[Sanità e igiene pubblica]



ALLEGATO B DGR n. 136 del 15 febbraio 2022

Missione 6 C1 Intervento 1.3 Ospedali della Comunità

AULSS 9 Scaligera	OdC di Caprino Veronese (c/o Centro Sanitario Polifunzionale di Caprino Veronese)	Caprino Veronese	più 12 posti letto
AULSS 9 Scaligera	OdC di Nogara (c/o Centro Sanitario Polifunzionale di Nogara)	Nogara	
AULSS 9 Scaligera	OdC di Bussolengo (c/o Ospedale Bussolengo)	Bussolengo	
AULSS 9 Scaligera	OdC di Isola della Scala (c/o Centro Sanitario Polifunzionale di Isola della Scala)	Isola della Scala	
AULSS 9 Scaligera	OdC di Malcesine (c/o Ospedale di Malcesine)	Malcesine	
AULSS 9 Scaligera	OdC di Marzana (c/o Ospedale Marzana)	Verona	più 12 posti letto

DETTAGLIO SINGOLE STRUTTURE INTERMEDIE	Ospedale di Comunità	Unità Riabilitativa Territoriale	Hospice	TOTALE
<b>Azienda Ulss 9 Scaligera</b>	<b>226</b>	<b>70</b>	<b>61</b>	<b>397</b>
<b>Strutture a gestione diretta pubblica</b>	<b>170</b>	<b>26</b>	<b>20</b>	<b>216</b>
ODC - O. BUSSOLENGO	24			24
ODC - O. BOVOLONE	24			24
ODC - C.S.P. Isola della Scala	24			24
ODC - C.S.P. Valeggio sul Mincio	24			24
ODC - C.S.P. Nogara	20			20
ODC - O. S. BONIFACIO	18			18
ODC - O. MARZANA	12			12
ODC - C.S.P. Caprino Veronese	12			12

ODC - O. MALCESINE	12			12
HOS - O. MARZANA			14	14
HOS - O. BOVOLONE			6	6
URT - O. BUSSOLENGO		14		14
URT - O. MARZANA		12		12
<b>Strutture private accreditate</b>	<b>96</b>	<b>44</b>	<b>41</b>	<b>181</b>
ODC - C.C. Pederzoli - Castelnuovo del Garda (VR)	24			24
ODC - C.S. Le Betulle - Verona (VR)	24			24
ODC - IRCSS O.CL. Sacro Cuore Don Calabria - Negrar (VR)	24			24
ODC - Centro Sisto Zerbato - Tregnago (VR)	24			24
HOS - C.C. Pederzoli - Castelnuovo del Garda (VR)			10	10
URT - C.C. Pederzoli - Castelnuovo del Garda (VR)		24		24
HOS - Ipab Cardo - Cologna Veneta (VR)			7	7
HOS - IRCSS O.CL. Sacro Cuore Don Calabria - Negrar (VR)			10	10
URT - IRCSS O.CL. Sacro Cuore Don Calabria - Negrar (VR)		20		20
HOS - Ipab Istituto Assistenza Anziani - Verona (VR)			14	14

## LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Standard:

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.
- Standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto (Si rinvia alla relazione tecnica all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234).

**Obiettivo** della COT è assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria attraverso:

- Coordinamento della presa in carico
- Coordinamento/ottimizzazione degli interventi
- Tracciamento e monitoraggio delle transizioni
- Supporto informativo e logistico ai professionisti della rete
- Monitoraggio, anche attraverso la telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare

# CASA DELLA COMUNITÀ

## DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 962 DEL 28/09/2022

Il Direttore Generale dell'Azienda U.L.S.S. n. 9 SCALIGERA, dott. Pietro Girardi, nominato con D.P.G.R.V. n. 28 del 26/02/2021, coadiuvato dai Direttori:

- dott. Giuseppe Cenci	Direttore Amministrativo
- dott. Denise Signorelli	Direttore Sanitario
- dott. Raffaele Grottoia	Direttore dei Servizi Socio-Sanitari

ha adottato in data odierna la presente deliberazione.

### OGGETTO

PNRR - NEXT GENERATION EU MISSIONE 6 - COMPONENTE 1 - INVESTIMENTO 1.2: CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA E TELEMEDICINA SUB INVESTIMENTO 1.2.2: CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI. APPROVAZIONE PROGETTO DEFINITIVO DELLA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE IN VIA POLONI DI VERONA CITTÀ. CUP: F38I22000220001.

Denominazione e ubicazione della struttura
COT - Via Poloni - Verona
COT - Via Capitel - Verona
COT - San Giovanni Lupatoto
COT - San Bonifacio
COT - Cerea
COT - Legnago
COT - Bussolengo
COT - Valeggio sul Mincio

# INFERMIERI DI FAMIGLIA E COMUNITÀ



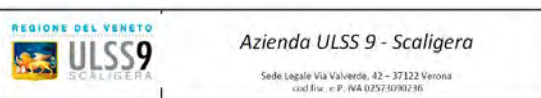
Azienda ULSS 9 – Scaligera

Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona  
cod.fisc. e P. IVA 02573090236

Progetto

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ'

NELLA ULSS 9 SCALIGERA



Azienda ULSS 9 - Scaligera

Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona  
cod.fisc. e P. IVA 02573090236

UOC Direzione Professioni Sanitarie

JOB DESCRIPTION

FIGURA PROFESSIONALE:

**INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ'**

MISSION/SCOPO DELLA FIGURA:

L'infermiere di famiglia è il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, conosce la comunità di riferimento, opera in collaborazione con il MMG e PLS, altri professionisti sanitari e/o delle professioni sociali per aiutare il cittadino e la sua famiglia a trovare le soluzioni ai bisogni di salute e a gestire le malattie croniche e le disabilità. Promuove l'empowerment di comunità al fine di influenzare e controllare maggiormente i determinanti di salute e la qualità di vita all'interno della propria comunità.

PROFILO DI ATTIVITÀ'



# L'Infermiere di Famiglia e Comunità: per quale servizio?

Nicola Zanetti

Dirigente Area Territoriale - UOC Direzione Professioni Sanitarie  
Azienda ULSS 9 Scaligera di Verona

## FONTI NORMATIVE

Bur n. 98 del 03/07/2020

(Codice interno: 423145)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 782 del 16 giugno 2020  
Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria. [Sanità e igiene pubblica]

REGIONE DEL VENETO

ALLEGATO A DGR n. 782 del 16 giugno 2020 pag. 1 di 17

DECRETO RILANCIO - D.L. n. 34 del 19/5/2020

PIANO DI POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Art. 1 – Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale

- Implementare l'assistenza domiciliare per garantire la presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti, nonché affette da COVID-19, potenziando anche il servizio di assistenza infermieristica sul territorio.
- Garantire una più ampia funzionalità delle *Unità Speciali di Continuità Assistenziale* di cui all'articolo 4-bis del D.L. n. 18 del 17/03/2020.
- Garantire il coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, avvalendosi di *centrali operative* con funzioni di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina.
- Attivare una funzione di *coordinamento e comunicazione unitaria*, anche telefonica, a servizio dei MMG, PLS, MCA e loro aggregazioni, il SISP e servizi territoriali, per individuare il *percorsone più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio* assicurando un coordinamento unitario.
- Sviluppare la figura dell'*infermiere di famiglia o di comunità*.

4. *L'infermiere di famiglia* che svolge attività sia presso gli ambulatori distrettuali (talora sede di U.S.C.A.) sia presso il domicilio dei pazienti non già presi in carico dall'ADI; *l'infermiere di famiglia non è quindi l'infermiere dell'equipe ADI.*

**Dipendente gerarchicamente dalla UOC Cure primarie del Distretto di appartenenza.**

Posto che: "...*L'infermiere di famiglia è il professionista che aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia, conoscendone il contesto anche relazionale della comunità di inserimento...*", si ritiene declinare l'attività nei seguenti ambiti:

- *L'infermiere di famiglia* collabora alla gestione dell'ambulatorio della cronicità con riferimento alle attività infermieristiche previste dai PDTA, ivi comprese la rilevazione di parametri, le *verifiche di follow up*, il front office sanitario;
- *L'infermiere di famiglia* garantisce prestazioni infermieristiche di consulenza e di educazione sanitaria e terapeutica con adozione di interventi di counselling, di supporto motivazionale e di rinforzo al paziente (o gruppi) e alla famiglia, allo scopo di sviluppare abilità di autocura e di fiducia nella gestione della malattia, provvedendo al monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed alla segnalazione di anomalie ai MMG;
- *L'infermiere di famiglia* effettua visite domiciliari su disposizione dei MMG a pazienti non già in carico alle equipe infermieristiche di Cure domiciliari dell'Azienda ULSS;
- *L'infermiere di famiglia* contribuisce al monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale ed alla valutazione delle alterazioni sintomatiche delle condizioni di salute in caso di malattia, acuta o cronica, che possono indicare un aggravamento o la comparsa di complicanze, in integrazione con gli altri professionisti coinvolti nel team;
- *L'infermiere di famiglia* svolge un'attività di mappatura delle risorse del territorio per il mantenimento di stili di vita sani, progettando ed attivando iniziative di promozione della salute rivolte alla comunità che favoriscano la partecipazione attiva, avvalendosi anche della collaborazione delle associazioni di volontariato;
- *L'infermiere di famiglia* contribuisce a garantire la continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione dei servizi distrettuali, ospedalieri, dei Dipartimenti di prevenzione, lavorando in sinergia con i MMG e gli altri professionisti del team, anche partecipando alle

ALLEGATO A DGR n. 782 del 16 giugno 2020 pag. 16 di 17

Unità di Valutazione Multidimensionali dei Distretti.

**La presenza dell'infermiere di famiglia è prevista secondo uno standard non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti.**

Tutte le attività sopra elencate sono a supporto dei servizi offerti dalle cure primarie delle U.S.C.A. ma anche sono svolte in *integrazione funzionale con i MMG*, specie laddove non siano presenti già dei team di assistenza primaria organizzati (come le Medicine di Gruppo Integrate). Laddove siano attive forme associative evolute dei MMG, le attività sopra descritte in capo all'infermiere di famiglia del Distretto possono essere svolte dall'infermiere delle forme associative. Laddove, invece, non vi siano forme associative evolute dei MMG, l'infermiere di famiglia afferente al Distretto potrà svolgere, previo accordo con i MMG stessi, l'attività anche presso gli studi dei MMG che operano non in forma aggregata.



REGIONE DEL VENETO  
ALLEGATO A DGR n. 1103 del 06 agosto 2020 pag. 1 di 25

REGIONE DEL VENETO

## EMERGENZA COVID-19

### PIANO EMERGENZIALE PER L'AUTUNNO 2020

#### INFERMIERE DI FAMIGLIA

L'infermiere di famiglia gestisce i processi infermieristici in ambito familiare e di comunità e opera in collaborazione con il MMG e PLS, l'équipe multiprofessionale distrettuali, per aiutare il cittadino e la sua famiglia a trovare le soluzioni ai bisogni di salute e a gestire le malattie croniche e le disabilità.

L'infermiere di famiglia afferisce alla UOC Cure Primarie del Distretto di riferimento.

Svolge la propria attività sia presso l'ambulatorio territoriale, sia a domicilio delle persone non già prese in carico dall'ADI, garantendo la presa in carico di utenti con bassa complessità assistenziale. Promuove un'assistenza differenziata per bisogno e per fascia d'età, attraverso interventi che rispondono ai bisogni di salute della popolazione.

L'infermiere di famiglia opera in collaborazione con la rete dei servizi socio-sanitari e del volontariato presenti nel territorio utilizzando un modello assistenziale infermieristico orientato alla famiglia e al contesto in cui questa vive. Caratteristiche del modello sono:

- **prossimità** alla famiglia e alla comunità: opera in un ambito territoriale secondo un criterio geografico di ripartizione del territorio, coerente con l'organizzazione dei vari servizi presenti;
- **proattività**: intercetta e riconosce in modo precoce i bisogni latenti della popolazione di riferimento, conosce la rete dei servizi territoriali e del volontariato, orienta e facilita l'accesso appropriato e tempestivo ai servizi;
- **equità**: facilita l'accesso degli utenti ai vari servizi sociosanitari e l'attenzione proattiva ai determinanti di salute e sociali, assume un ruolo di garante verso i cittadini dell'equità del sistema di erogazione delle cure;
- **multiprofessionalità**: opera secondo una logica multiprofessionale con l'adozione del modello della presa in cura integrata che prevede l'utilizzo di piani assistenziali individuali e PDTA, superando così la logica prettamente prestazionale, verso un modello di presa in carico.

Le attività attribuite all'infermiere di famiglia sono quelle già previste nella DGR n.782.

#### Disposizioni operative

- Ogni Distretto introdurrà in maniera progressiva la figura dell'infermiere di famiglia, **dando priorità alle zone geografiche in cui non siano già presenti forme evolute di aggregazioni della medicina generale** o si ritenga necessario potenziare gli studi medici periferici al fine di supportare la capillarità dell'assistenza. Si ricorda che lo standard massimo previsto è di 8 infermieri ogni 50.000 assistiti, equivalenti al massimo a circa un infermiere ogni 4 MMG massimalisti. **Ciò richiede l'elaborazione di un progetto pilota aziendale, in condivisione con i Medici di Medicina Generale, in cui vengano esplicitati gli obiettivi, le attività assegnate in conformità a quanto già stabilito con la DGR n.782/2020, il bacino di utenza affidato, gli indicatori per il monitoraggio e la valutazione. Gli obiettivi individuati dovranno essere congruenti e correlati a quelli assegnati alla medicina generale.**
- Per l'identificazione dei pazienti con cronicità semplice che possono essere presi in carico dall'infermiere di famiglia andranno utilizzati anche strumenti di case mix (es. ACG), al fine della valutazione di impatto e per il dimensionamento delle risorse per singola area geografica.
- È necessario che ogni Azienda ULSS provveda alla definizione di procedure uniformi per la presa in carico (applicazione PDTA, azioni proattive di promozione della salute, ecc.), corredate da opportuni indicatori per valutarne a distanza il reale impatto. Dette procedure andranno condivise con tutti gli attori coinvolti nella presa in carico.

22-6-2022 GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA Serie generale - n. 144

22-6-2022 GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA Serie generale - n. 144

### 6. INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ

L'Infermiere di Famiglia o Comunità è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'Infermiere di Famiglia o Comunità interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali. L'Infermiere di Famiglia o Comunità non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting assistenziali in cui essa si articola.

Standard:

- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.

22-6-2022 GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA Serie generale - n. 144

Finanziato dall'Unione europea

## Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

REGIONE DEL VENETO  
ULSS9  
POLICLINICA



## PERCORSO

- Approfondimento delle fonti e dei dati epidemiologici
- Confronto con altre realtà: AULSS 3 Serenissima, ASL di Piacenza
- **Definizione del progetto Aziendale su mandato della Direzione Strategica**
- Definizione della Job Description
- Definizione delle modalità di selezione e reclutamento del personale
- Definizione e realizzazione del percorso formativo



## IL PROGETTO AZIENDALE

### Declinazione degli Obiettivi Specifici per fase e relative Azioni previste.

#### Plan

1. Individuare il territorio, sede del progetto pilota, sulla base dell'analisi demografica, epidemiologica, sociale e del sistema organizzativo aziendale;
2. Descrivere in una Job Description le aree di responsabilità e le funzioni dell'Infermiere di Famiglia e Comunità. Nella Job saranno descritte le responsabilità e le attività principali che saranno adattate poi ai diversi contesti aziendali.
3. Identificare le risorse umane, tecnologiche e logistiche
4. Progettare il corso di formazione
5. Definire l'organizzazione del Servizio
6. Definire un piano di comunicazione verso gli stakeholders
7. Identificare gli indicatori e i valori soglia

#### DO

8. Reclutare gli infermieri in base ai criteri prestabiliti
9. Formare gli infermieri rispetto alle competenze attese (Job Description).
10. Costruire relazioni sistematiche con gli stakeholders.
11. Sperimentare il progetto
12. Raccogliere i dati necessari per la valutazione

#### Check

13. Analisi dei dati raccolti e confronto con i risultati attesi

#### Act

14. Implementazione del progetto apportando le modifiche che sono risultate necessarie in base ai dati raccolti e per la differenza di contesto.



- La figura dell'IFeC, che verrà implementata nell'azienda Ulss Scaligera, vedrà una **collaborazione sistematica con i MMG che già non si avvalgono della collaborazione di infermieri** sia per l'individuazione dei pazienti da prendere in carico, sia per i follow up ed il monitoraggio.
- Si ritiene di **iniziare la sperimentazione nel Distretto n.2** nel quale l'ospedale di riferimento è dell'Ulss9, gli specialisti ospedalieri sono coinvolti anche nell'assistenza specialistica ambulatoriale e dove il 49% degli assistiti è in carico a MMG che non hanno la disponibilità di un infermiere.
- La **sede logistica sarà all'interno delle Case della Comunità, dove saranno allestiti ambulatori per le prestazioni occasionali, per la cronicità e per il monitoraggio telefonico e con telemetria dei pazienti.**
- Nella definizione del modello organizzativo, l'individuazione del territorio di competenza dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità è un elemento strategico; **si prevede l'assegnazione di quote di assistiti agli infermieri secondo un criterio geografico** di ripartizione del territorio che si allinei il più possibile con l'attuale assetto delle Case della Comunità e dei Comuni.
- Dovranno essere definite le **azioni informative e comunicative** per i principali stakeholder interni ed esterni all'amministrazione.


## LA JOB DESCRIPTION

L'Infermiere di famiglia è il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, conosce la comunità di riferimento, opera in collaborazione con il MMG e PLS, altri professionisti sanitari e/o delle professioni sociali **per aiutare il cittadino e la sua famiglia a trovare le soluzioni ai bisogni di salute e a gestire le malattie croniche e le disabilità**. Promuove l'empowerment di comunità al fine di influenzare e controllare maggiormente i determinanti di salute e la qualità di vita all'interno della propria comunità.

L'intervento dell'infermiere di famiglia si esprime:

**A Livello individuale** attraverso interventi diretti e indiretti che hanno come destinatari l'assistito, la famiglia e le sue persone di riferimento. Favorisce la promozione e il mantenimento della salute della persona attraverso il rafforzamento della sua autonomia decisionale, grazie ad un'offerta assistenziale ... anche capace di anticipare la lettura dei bisogni, *con l'obiettivo finale di accompagnare i cittadini nel loro percorso di gestione del processo di salute e di vita, del quale diventano protagonisti portando alla luce i potenziali di cura dei singoli e delle famiglie.*

**Livello comunitario** ..... L'IFeC *interagisce con tutte le istituzioni e le risorse* presenti nella comunità sotto forma di volontariato, associazioni, parrocchie, vicinato, *famiglie disponibili a dare aiuto ai concittadini che si trovano temporaneamente in una situazione di fragilità*. Promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità .....anche favorendo la costituzione di gruppi di autoaiuto.

	<p><b>Azienda ULSS 9 - Scaligera</b></p> <p>Sede Legale Via Valverde, 42 - 37122 Verona Cod. Fisc. e P. IVA 02573090236</p>
<p>UOC Direzione Professioni Sanitarie</p>	
<p><b>JOB DESCRIPTION</b></p>	
<p><b>FIGURA PROFESSIONALE:</b></p>	
<p><b>INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITA'</b></p>	
<p><b>MISSION/SCOPO DELLA FIGURA:</b></p>	
<p>L'Infermiere di famiglia è il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, conosce la comunità di riferimento, opera in collaborazione con il MMG e PLS, altri professionisti sanitari e/o delle professioni sociali per aiutare il cittadino e la sua famiglia a trovare le soluzioni ai bisogni di salute e a gestire le malattie croniche e le disabilità. Promuove l'empowerment di comunità al fine di influenzare e controllare maggiormente i determinanti di salute e la qualità di vita all'interno della propria comunità.</p>	
<p><b>PROFILO DI ATTIVITA'</b></p>	

## SELEZIONE E RECLUTAMENTO DEL PERSONALE

**Azienda ULSS 9 - Scaligera**  
Sede Legale Via Valverde, 42 - 37122 Verona  
cod.fisc. e P. IVA 02573090236

UOC DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE  
N. di prot. 0013776 Verona, 23/01/2023

**AVVISO DI SELEZIONE INTERNA**  
**PER L'ASSEGNAZIONE AL RUOLO DI INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ SUI TERRITORI DEL DISTRETTO N.2 EST VERONESE**

**SCADENZA DELL'AVVISO ORE 12.00 DEL 13/02/2023**

Premesso che questa Azienda ha definito con specifico progetto l'avvio del servizio di Infermiere di Famiglia e Comunità, partendo da una sperimentazione all'interno del Distretto n.2 Est Veronese, al fine di assicurare la disponibilità di personale infermieristico con competenze avanzate, si rende necessario attivare un percorso di selezione.

Le funzioni dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, di cui alla DGR 782/2020, alla DGR 1103/2020 e al DM. 77/2020, sono riportate nella Job Description allegata al presente avviso (allegati 1)

**REQUISITI PER L'AMMISSIONE**  
Possono presentare formale domanda di ammissione all'avviso i dipendenti dell'Azienda ULSS 9 Scaligera e nel profilo di Infermiere - Area dei professionisti della salute e dei funzionari, con i seguenti requisiti:

- contratto di lavoro a tempo indeterminato e con rapporto di lavoro a tempo pieno ovvero con la disponibilità alla trasformazione da tempo parziale a tempo pieno;
- esperienza professionale almeno due anni nel profilo di appartenenza in ambito clinico;
- possesso della patente di guida cat. B e abilitazione alla guida.

I requisiti prescritti devono essere posseduti alla data di scadenza del presente Avviso.

- Avviso di selezione per il distretto di avvio del progetto
- Selezione per titoli e colloquio
- Definizione di una graduatoria per 12 mesi

### Criteria di valutazione per la definizione della graduatoria:

**Titoli:** master specifico e master affini

**Esperienza:** Assistenza Domiciliare, Cure Palliative, Ospedale di Comunità

**Colloquio:** conoscenza sul quesito estratto, motivazione, capacità di gestione del colloquio/contraddittorio

### REQUISITI PREFERENZIALI

Costituiscono titoli preferenziali per la valutazione del curriculum:

- Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche - indirizzo in Cure Primarie;
- Master di 1 livello Area Cure Primarie - Infermiere di Famiglia e Comunità;
- Master di 1 livello Area Cure Primarie - Salute Pubblica;
- Master di 1 livello Area Cure Primarie - Cure Primarie Domiciliari;
- Master di 1 livello in Cure Palliative;

Direttore Veroni Carlo - Distretto dell'Est Veronese  
Via Saffo D'Asquato, 7 - 37122 Verona - Tel. 045 0130005 - Fax 045 0130071  
E-mail: direzione.professionisantiaria@azienda.ulss9.it  
PEC: [azienda.ulss9@pec.veneto.it](mailto:azienda.ulss9@pec.veneto.it)

## PERCORSO DI FORMAZIONE

**Azienda ULSS 9 - Scaligera**  
Sede Legale Via Valverde, 42 - 37122 Verona  
cod.fisc. e P. IVA 02573090236

**L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ (PFA 92 RES)**  
**AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA**

Programma del corso di formazione rivolto agli infermieri assegnati al servizio di Infermiere di Famiglia e Comunità e agli infermieri delle Medicine di Gruppo Integrate del Distretto n.2 (Come previsto dal Progetto Aziendale L'Infermiere di Famiglia e Comunità nella ULSS 9 Scaligera - novembre 2022)

**PROGRAMMA 1° GIORNATA Lunedì 3 Aprile 2023**  
**Ospedale di San Bonifacio - aula 4**

Metodologia didattica: Lezione frontale / relazione (metodologia frontale)

Ora inizio	Ora fine	Argomento	Docente	Sostituto
8.00	8.30	Patto formativo e presentazione degli obiettivi della formazione Presentazione del progetto Infermieri di Famiglia e di Comunità	Maria Grazia Cengia Direttore UOC Direzione Professioni Sanitarie  Maeva Baldoni Coord. Cure Primarie Distretto 2	Nicola Zanetti DPS Dirigente Area Territorio

### Formazione frontale:

Evento specifico per gli infermieri assegnati al progetto di 7 giornate, con il coinvolgimento degli infermieri della MGI del territorio interessato.

**Obiettivi della formazione:** rinforzare e approfondire alcune tematiche, creare una identità dell'IfeC, creare relazioni, fornire stimoli ed esperienze per la realizzazione del servizio.

Aree tematiche:

- normativa di riferimento, aspetti epidemiologici e medicina di comunità, aspetti etici e deontologici;
- PDTA: Diabete, BPCO, Scompenso, TAO/NAO e Demenze
- confronto con altre esperienze avanzate in medicina di iniziativa e di comunità

### Formazione esperienziale:

- Frequenze degli ambulatori della cronicità Aziendali
- Affiancamento di 2 giorni con i colleghi IfeC dell'AULSS 3 Serenissima

## LE SFIDE

- Definire una identità di ruolo all'interno dell'Azienda
- Diffondere la cultura della medicina di iniziativa e comunità tra gli operatori del territorio
- Dimostrare il valore aggiunto nell'attivare questi servizi nel sistema di cura (gli indicatori)
- La sostenibilità dell'implementazione su tutto il territorio
- Il ruolo/le attività all'interno delle Case della Comunità

## L'Infermiere di Famiglia e Comunità: per quale servizio?

**Maeva Baldoni**

Coordinatrice ADI D2 Azienda ULSS 9 Scaligera di Verona

## PROGETTO L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ NELL'ULSS 9 SCALIGERA LA COSTRUZIONE DELL'IDENTITÀ

### IL MODELLO ASSISTENZIALE DESCRITTO DALLA NORMATIVA PREVEDE DELLE CARATTERISTICHE FONDAMENTALI:

- > **PROSSIMITÀ ALLA FAMIGLIA E ALLA COMUNITÀ** > L'IFEC opera in un ambito territoriale secondo un criterio geografico di ripartizione del territorio, coerente con l'organizzazione dei vari servizi presenti.
- > **PROATTIVITÀ** > riconosce in modo precoce i bisogni prima che questi si manifestino, conosce la rete dei servizi territoriali e del volontariato, orienta e facilita l'accesso appropriato e tempestivo ai servizi.
- > **EQUITÀ** > facilita l'accesso degli utenti ai vari servizi sociosanitari e l'attenzione proattiva ai determinanti di salute e sociali, assume un ruolo di garante verso i cittadini dell'equità del sistema di erogazione delle cure.
- > **MULTIPROFESSIONALITÀ** > opera secondo una logica multiprofessionale con l'adozione del modello della presa in cura integrata che prevede l'utilizzo di piani assistenziali individuali e PDTA, superando la logica prestazionale, verso un modello di presa in carico.

### PAROLE CHIAVE

- **INDIVIDUO E FAMIGLIA**
- **ADATTAMENTO** alla malattia e alla disabilità cronica
- **STILI DI VITA** ed i **FATTORI COMPORTA-**

**MENTALI** di rischio

- **PROATTIVITÀ**
- identificazione degli effetti dei **FATTORI SOCIOECONOMICI**

- L'infermiere di famiglia è il **professionista responsabile dei processi infermieristici** in ambito familiare e di comunità.
- **Conosce la comunità** di riferimento.

- Opera in collaborazione con I MMG e PLS, altri professionisti sanitari e/o delle professioni sociali per **aiutare il cittadino e la sua famiglia** a trovare le soluzioni ai bisogni di salute e a **gestire le malattie croniche e le disabilità**.
- Promuove **l'empowerment di comunità** al fine di **influenzare** e **controllare** maggiormente i **determinanti di salute** e la **qualità di vita** all'interno della propria comunità.

## AMBITI E ATTIVITÀ

- **L'IfeC Svolge la propria attività sia presso l'ambulatorio territoriale, sia a domicilio dell'assistito;**
- contribuisce al **monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale** ed alla valutazione delle alterazioni sintomatiche delle condizioni di salute in caso di malattia, acuta o cronica, che possono indicare un aggravamento o la comparsa di complicanze, in integrazione con gli altri professionisti coinvolti nel team;
- garantisce prestazioni infermieristiche di **consulenza** e di **educazione sanitaria e terapeutica** con adozione di **interventi di orientamento**, di supporto motivazionale e di rinforzo al paziente (o gruppi) e alla famiglia, con l'obiettivo di **sviluppare abilità di autocura e di fiducia nella gestione della malattia**, provvedendo al monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed alla segnalazione di anomalie al MMG; svolge **un'attività di mappatura delle risorse del territorio per il mantenimento di stili di vita sani**, progettando ed attivando iniziative di promozione della salute rivolte alla comunità che favoriscano la partecipazione attiva, avvalendosi anche della collaborazione delle associazioni di volontariato.

## CONTESTO TERRITORIALE SEDE DI PROGETTO

Per identificare la sede nella quale sperimentare il progetto SONO STATI VALUTATI

- dati demografici e epidemiologici
- la presenza di PDTA applicati dai MMG
- possibilità di attivare relazioni sistematiche con MMG e specialisti ospedalieri

### Distretto n.2 Area est

- gli specialisti ospedalieri sono coinvolti anche nell'assistenza specialistica ambulatoriale
- il 49% degli assistiti è in carico a MMG che non hanno la disponibilità di un infermiere
- l'ospedale di riferimento è dell' Ulss 9



### Sede San Bonifacio (San Bonifacio - Arcole - Belfiore)

### Sede di Cologna Veneta (Cologna Veneta - Veronella - Zimella, Albaredo - Pressana - Rovereto di Guà)

## MODELLO ORGANIZZATIVO

### SEDE DI SAN BONIFACIO ( 4 INFERMIERI)

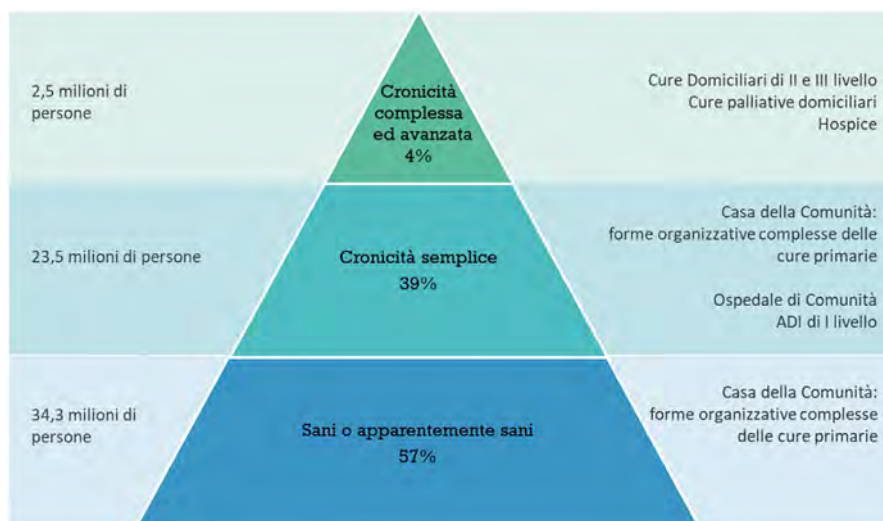
Si prevede l'assegnazione di quote di assistiti agli infermieri secondo un criterio geografico di ripartizione del territorio che si allinei con i Comuni e che possa ottimizzare gli aspetti logistici dell'assistenza dell'IFeC anche per le visite domiciliari.

### SEDE DI COLOGNA VENETA ( 3 INFERMIERI) presenza sul territorio di una medicina di gruppo integrata

La definizione dei riferimenti territoriali (popolazione, casistica) terrà conto dei confini Comunali, in modo da instaurare relazioni sistematiche con gli attori istituzionali, della densità abitativa, della viabilità e delle caratteristiche dei pazienti presenti su quel territorio.

## INDIVIDUAZIONE DEI CITTADINI ELEGGIBILI ALLA PRESA IN CARICO

### MODELLO ORGANIZZATIVO



### CRITERI DI INCLUSIONE

- ETÀ ≥ 65 ANNI
- Arruolamento in uno dei 4 PDTA: Scopenso Cardiaco, TAO/NAO, Diabete, BPCO

## PRIORITÀ DI INCLUSIONE PER CITTADINI CHE PRESENTANO

---

- mancata aderenza alla terapia/PDTA
- alta richiastività (accessi in ambulatorio MMG, accessi al PS, telefonate ecc)
- che vivono da soli o hanno un care-giver non funzionale

## IDENTIFICARE GLI INDICATORI

### INDICATORI RELATIVI AI RISULTATI DI SALUTE

---

- N° di persone identificate con cronicità semplice sul totale della popolazione
- N° di persone con cronicità semplice raggiunte dall'IfeC e coinvolte in azioni di cura e assistenza/ totale popolazione con cronicità semplice
- N° di persone in carico all'Ifec che migliorano l'aderenza ad uno specifico PDTA7/ totale assistiti inseriti nel PDTA
- N° persone della comunità che sono presenti ad interventi dell'Ifec
- rivolti alla prevenzione di fattori di rischio, miglioramento degli stili di vita/ totale popolazione di riferimento

### INDICATORI RELATIVI AD AUMENTO DI CAPITALE SOCIALE

---

- N° di volontari coinvolti nelle attività rivolte alle persone in carico
- N° di associazioni che hanno interagito con il personale sanitario nelle attività rivolte alle persone in carico all'Ifec
- N° di pazienti , familiari, caregiver coinvolti in attività educative al fine di favorire l'aderenza ai PDTA



La figura del coordinatore all'interno della complessa rete territoriale: criticità ed opportunità

**Elisabetta Veronese**  
Responsabile CNC - Verona



## RETE TERRITORIALE



PNRR missione 6 salute



DM 77/22



Documenti della  
Regione Veneto



Letteratura nazionale  
ed internazionale

## IL COORDINATORE QUALE NUOVI SCENARI DOVRÀ AFFRONTARE?

### COORDINATORE E DM 77/22: IN QUALI CONTESTI

- Distretto non si evince l'inserimento della figura ma è ampiamente presente nella realtà
- Casa della comunità
- COT
- ADI
- Ospedale di Comunità accordo stato Regioni 20 febbraio 2020
- Rete delle cure palliative

### LEGGE 1 FEBBRAIO 2006, N.43

- Istituzione della funzione di coordinamento
- Master
- LM

*Forse è giunto il momento di apportare delle integrazioni ....*

## DGR. N. 169/2016



### ALLEGATO A alla Dgr n. 169 del 23 febbraio 2016

pag. 1/3

#### PROFILO DI COMPETENZA DEL COORDINATORE APPARTENENTE ALLE PROFESSIONI SANITARIE

Il profilo di competenza del coordinatore appartenente alle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione è rivolto ai professionisti che operano nei molteplici contesti organizzativi presenti nelle Aziende Sanitarie della Regione.

Il documento è strutturato in 7 aree di attività e di responsabilità, declinate successivamente in competenze.

##### Aree di attività.

1. Pianificazione gestione delle attività professionali/lavorative.
2. Pianificazione gestione del cambiamento e dei progetti innovativi.
3. Gestione del personale.
4. Sviluppo e formazione del personale.
5. Gestione/costruzione delle relazioni collaborative e interprofessionali.
6. Gestione delle risorse materiali e delle tecnologie.
7. Gestione della sicurezza.

## LA LINEA MANAGERIALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

### Il dibattito internazionale – aree di competenza/responsabilità

(Ulrich et al,2021; Gunawan et al,2018; Rafferty et al, 2015.; Halcomb et al, 2021; Gonzales-Garcia et al,2020)



L.Saiani

## DECLINARE LE COMPETENZE



- Processo decisionale
- Gestione delle relazioni
- Abilità comunicative leadership
- Gestione dei conflitti
- Principi etici gestione team
- Gestire relazioni interprofessionali

Gonzalez-Garcia A, Pinto-Carral A, Sanz Villorejo J, Marques-Sanchez P (2021) *Competency Model for the Middle Nurse Manager (MCGE-Logistic Level)*, International Journal of Environmental Research and Public Health, 18, 3898.

L.Saiani

## IL DIBATTITO INTERNAZIONALE CRITICITÀ DELLA LINEA MANAGERIALE

(Ulrich et al,2021; Gunawan et al,2018; Rafferty et al, 2015.;Halcomb et al, 2021);



Rapporto coordinatore/numerosità team per garantire controllo esiti / leader clinici

L.Saiani

## RUOLO DEL COORDINATORE NELLA RETE TERRITORIALE: LA SFIDA

---

- **Autoformazione/coach**
- **Valorizzazione** del personale in base al contesto che coordina
- Nuovi **modelli organizzativi** adatti ai vari con-

testi ed integrazione con l'ospedale

- **Supervisione e valutazione** della qualità delle cure
- **Ricerca**
- **Digitalizzazione** «telesanità» monitoraggio

## FORMAZIONE E COMPETENZE DEL COORDINATORE

---



Acquisire competenze avanzate



Avvicinarsi a discipline diverse, complementari



Condividere competenze nella rete



Portfolio delle competenze

## FORMAZIONE E COMPETENZE DEI COLLEGHI

---



Profilo di competenza e degli infermieri specialisti mappatura delle competenze e portfolio;



Valorizzare le competenze;

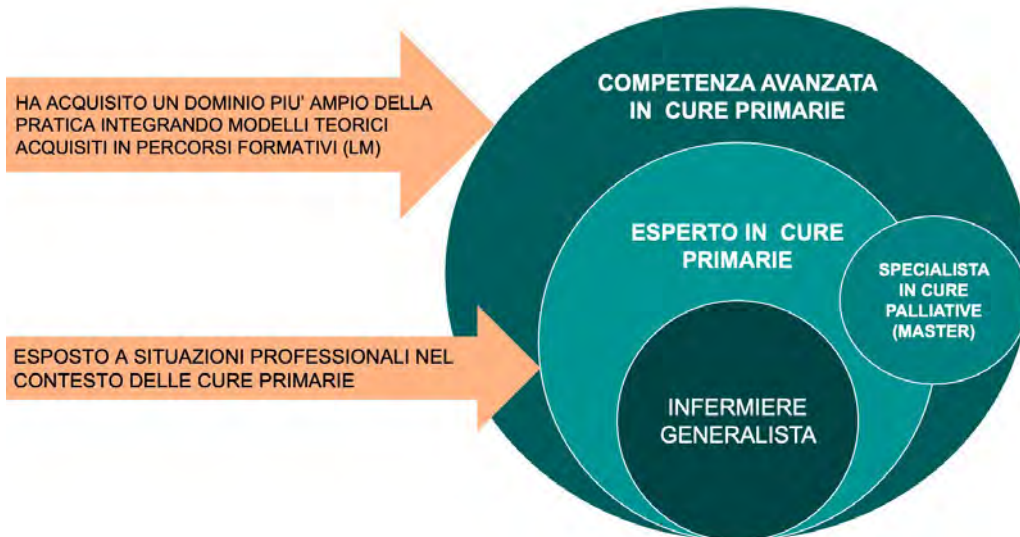


Esigenza di specializzazione;



Promuovere la pratica avanzata.

## SVILUPPO DELLE COMPETENZE SPECIALISTICHE UN ESEMPIO DI DIVERSI LIVELLI

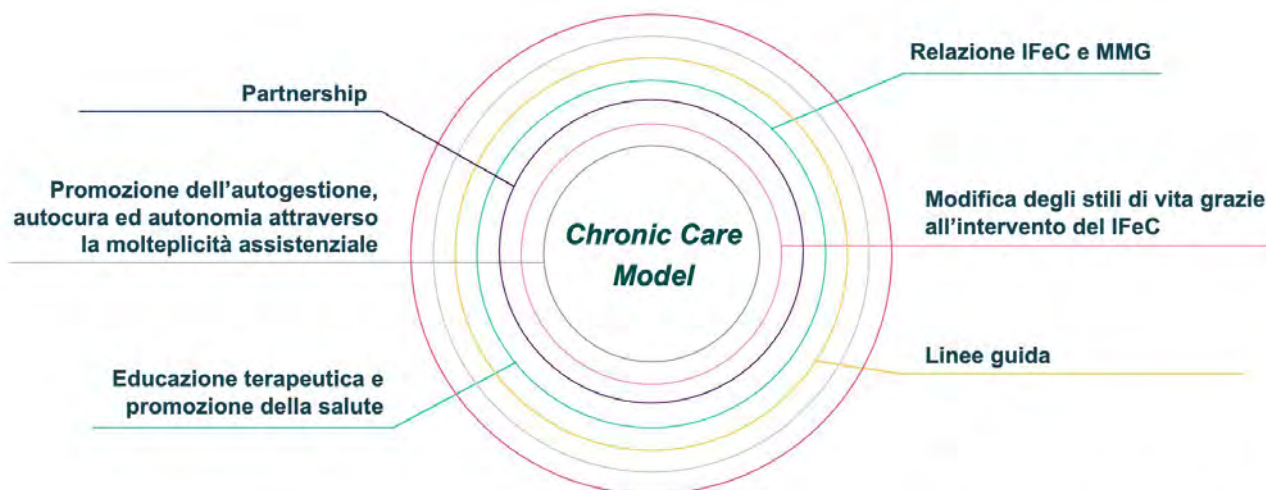


L.Saiani

## MODELLO INFERMIERE DI COMUNITÀ AVANZATO



## MODELLI ORGANIZZATIVI



Ranzani et al AIR 2021: 40: 149-157

- **Calgary Assessment model** basato sulla relazione con le famiglie
- **Assistenza di transizione** servizi di continuità dell'assistenza sanitaria educazione del nucleo familiare (Naylor et al 2011)
- **Reparto virtuale**

**Cambia il modo di fare salute è necessario monitorare nel tempo i modelli**

## MONITORAGGIO, SUPERVISIONE E SORVEGLIANZA DELLE QUALITÀ DELLE CURE



**Stabilire degli standard assistenziali**



**Stabilire indicatori di assistenza territoriale**



**Analizzare l'assistenza...misurare gli outcome**



**Valutazione degli esiti delle cure: quali in ambito territoriale?**

## RICERCA

- Modelli organizzativi
- Ruolo infermieri
- Caratteristiche degli assistiti

- Coinvolgimento dei cittadini, popolazione, della comunità anche attraverso la photo-voice

Quali le criticità...l'organizzazione non è sempre standardizzata, influenza politica ed amministrativa richiede continui adattamenti

Gli studi osservazionali di coorte (prospettico e retrospettico) forniscono dati utili anche per l'analisi del contesto e dei bisogni assistenziali...

Efficacia di un intervento o di un modello organizzativo è misurato retrospettivamente

### Il coordinatore:

- promuove la raccolta dei dati;
- condivide con gli esperti e con le figure manageriali di riferimento progetti di miglioramento che possono diventare vere e proprie ricerche e generare nuove conoscenze;
- propone Progetti pilota...in cui è possibile esplo-

- rare la fattibilità dello studio che si vorrà condurre;
- coinvolge MMG ed altre figure professionali;
- suggerisce ricerche che si focalizzino sugli **esiti** sensibili all'infermieristica di famiglia/comunità (mancano esiti sensibili nelle cure primarie) oppure riferiti ai pazienti, sui caregiver e sulla famiglia.

*Longhini Saiani Palese 2021.*

## DIGITALIZZAZIONE

### Digitalizzazione riferita alla personalizzazione e precisione dei percorsi di cura



- Teleassistenza: quali prestazioni erogabili?
- Supporta le soluzioni proposte in grado di avere un impatto sull'empowerment del paziente
- Monitora gli esiti sul paziente
- Management orientato che genera situazioni di sviluppo
- Sostiene e migliora gli strumenti proposti
- Supporta il personale valorizza i talenti digitali

## INFINE...

- Centralità dell'utente/cittadino/paziente
- Il tempo di relazione è tempo di cura
- Reti cliniche
- Ascolto: la voce dei cittadini/utenti della famiglia
- Tessere la rete con i professionisti > cittadino fragile
- Alleanza nella linea manageriale
- Valorizzazione delle competenze avanzate/specialistiche
- Condivisione informativa
- «Mettere il piede»



[www.opiverona.it](http://www.opiverona.it)



**Ordine delle Professioni  
Infermieristiche di Verona**

Via Ca' di Cozzi, 14/B - 37124 VERONA  
Telefono: 045.913938 - Fax: 045.914671  
E-mail: [info@opiverona.it](mailto:info@opiverona.it)