

# PROSPETTIVE INFERMIERISTICHE



## SERVIZI DI INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA O COMUNITÀ

Progettazione della formazione regionale del personale infermieristico del territorio finalizzata a potenziare un approccio orientato all'infermieristica di famiglia o comunità

**numero 4**  
ottobre - dicembre 2023



■	<b>PREMESSA</b>	<b>01</b>
■	<b>GLOSSARIO</b>	<b>02</b>
■	<b>PROGETTAZIONE DELLA FORMAZIONE REGIONALE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO DEL TERRITORIO FINALIZZATA A POTENZIARE UN APPROCCIO ORIENTATO ALL'INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA O COMUNITÀ</b>	<b>06</b>
	<b>1. IL GOVERNO DELLA TRANSIZIONE DAL MODELLO ORGANIZZATIVO ATTUALE A QUELLO FUTURO</b>	<b>06</b>
	1.1. Consistenza di potenziali IFoC e fabbisogno di formazione specialistica universitaria	06
	1.2. Formazione regionale del personale infermieristico del territorio ad un approccio orientato all'infermieristica di famiglia o comunità	07
	1.2.1 Progetto formativo per incaricati di funzione organizzativa e dirigenti delle professioni sanitarie	09
	1.2.2 Progetto formativo per gli infermieri referenti per la formazione sul campo	11
	1.2.3 Progetto formativo per gli Infermieri del territorio (IT)	12
■	<b>APPENDICE 1 SINTESI DELLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO</b>	<b>18</b>

Pubblicazione trimestrale. Questo numero è stato chiuso a gennaio 2024.

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@ipasviverona.com](mailto:info@ipasviverona.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)]



# Premessa

Il 19 settembre 2023 con deliberazione della Giunta Regionale n° 1123 è stato approvato il documento “Servizi di Infermieristica di famiglia o comunità” nell’ambito degli interventi per lo sviluppo dell’assistenza territoriale. D.M. 23 maggio 2022 n. 77.

Il presente documento è finalizzato a:

- definire ruolo e funzioni dell’Infermiere di famiglia o comunità (IFoC) nelle aziende ULSS;
- delineare il modello organizzativo in cui viene inserito l’IFoC, i rapporti con il personale infermieristico orientato all’infermieristica di famiglia o comunità (d’ora in poi Infermieri del Territorio, IT) e con l’équipe multidisciplinare del territorio;
- individuare obiettivi e contenuti per la formazione degli infermieri del territorio ad un approccio orientato all’infermieristica di famiglia o comunità.

Il documento descrive la progettazione formativa rivolta agli infermieri operanti nel territorio e quella rivolta agli incaricati di funzione organizzativa, come previsto dalla DGR 43/2023, ai dirigenti delle professioni sanitarie e infermieri referenti della formazione sul campo in relazione all’introduzione del nuovo modello organizzativo e al potenziamento dell’approccio orientato all’infermieristica di famiglia o comunità. Gli obiettivi formativi e i contenuti della formazione sono stati definiti dal Comitato Tecnico Scientifico, individuato con nota prot. n. 432469 del 11 agosto 2023, e mediante confronto con le rappresentanze ordinistiche interessate e gli Atenei che formano sul territorio regionale professionisti specialisti in infermieristica di famiglia e comunità.







# Glossario

## BIBLIOGRAFIA

- 1 - DM 23 maggio 2022, n. 77  
2 - L.R. del 28-12-2018, n. 48, Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023.

**Accertamento infermieristico:** raccolta sistematica e intenzionale di dati volta a identificare problemi reali o potenziali di interesse infermieristico, cause e fattori di rischio, di singole persone, famiglie e comunità, secondo modelli di approccio idonei al target di interesse.

**Ambulatorio infermieristico:** spazio all'interno della casa della comunità finalizzato a:

- gestione integrata della cronicità con presa in carico proattiva (attuata da IFoC e IT);
- attuazione di interventi infermieristici per disturbi non differibili (ad es. codici bianchi);
- attuazione di interventi infermieristici programmabili per assistiti non eleggibili all'ADI.

**Sanità di iniziativa:** lo scopo della Sanità di Iniziativa è la prevenzione ed il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla gestione clinica e assistenziale, alla prevenzione delle complicanze, attraverso il follow-up proattivo anche supportato dagli strumenti di telemonitoraggio e telemedicina, alla presa in carico globale della multimorbilità<sup>1</sup>. L'approccio di iniziativa consente di assegnare servizi non solo a chi chiede ma anche a chi ha il bisogno e non riesce ad esprimerlo<sup>2</sup>.

**Assistenza domiciliare integrata (ADI):** è una componente delle Cure Domiciliari, consiste in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc... prestati da personale sanitario e socio-sanitario, rivolti a persone non autosufficienti, con condizioni di fragilità, patologie in atto o esiti delle stesse, finalizzati alla stabilizzazione del quadro clinico, a limitare il declino funzionale e a migliorare la qualità della vita. Si articolano in tre livelli a seconda dell'intensità assistenziale.

**Centrale ADI:** è la sede organizzativa dell'ADI, riceve tutte le richieste di attivazione di interventi domiciliari integrati e di continuità dell'assistenza, svolgendo funzione di supporto, collegamento e coordinamento delle prestazioni sanitarie e degli interventi domiciliari integrati. Funge da raccordo dell'équipe delle cure domiciliari, provvede all'attivazione dei servizi di telemedicina per i pazienti in carico e coordina i piani di lavoro in agende dedicate. Può essere organizzata quale modulo funzionale della COT spoke, comunque in condivisione informativa con la COT hub.

**COT hub:** 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. Ha il ruolo di coordinamento e gestione delle diverse COT spoke. In particolare opera con funzionamento 24 ore su 24, 7 giorni su 7, garantisce la presa in carico e la decodifica di



bisogni complessi anche in relazione a territori di altre Aziende ULSS e/o di altre Regioni. La COT hub aziendale garantisce la presa in carico ed il presidio della funzione di tele monitoraggio.

**COT spoke:** un modello organizzativo presente almeno in ogni Distretto per la presa in carico globale dei bisogni sanitari, sociosanitari e socioassistenziali delle persone con cronicità complesse e/o fragili insistenti sul territorio di afferenza del distretto della COT.

**Cure Domiciliari:** servizio a valenza distrettuale rivolto all'erogazione a domicilio di interventi multiprofessionali caratterizzati da un livello di intensità di cure e complessità assistenziale variabile

nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza; si articolano in cure domiciliare di base, ADI e cure palliative.

**Famiglia:** unità base della società, nella quale chi si occupa di assistenza è importante conosca la situazione in cui vivono le persone: casa, lavoro, ambiente fisico e sociale ecc.. variabili che possono avere un peso considerevole nella gestione della malattia<sup>3</sup>.

**Consulenza infermieristica:** è l'attività svolta da un infermiere con particolari competenze cui si ricorre per consigli su metodiche e tecniche professionali o per chiarimenti.

**Empowerment della persona/famiglia:** capacità del singolo individuo/famiglia di prendere decisioni e di assumere il controllo della propria vita.

**Health literacy:** alfabetizzazione sanitaria; si intende la capacità di ottenere, elaborare e capire informazioni sanitarie di base e accedere ai servizi di salute in modo da effettuare scelte consapevoli.<sup>4</sup> Strategia volta a favorire l'empowerment del cittadino<sup>5</sup>.

**Infermiere del territorio (IT):** infermiere che opera nei diversi servizi territoriali formato ad un approccio orientato all'infermieristica di famiglia o comunità con corso regionale.

**Infermiere dell'Assistenza domiciliare integrata:** IT che attua assistenza infermieristica domiciliare per pazienti eleggibili all'ADI e alle cure palliative domiciliari. A livello organizzativo le équipe che erogano assistenza infermieristica domiciliare sono composte da IT di cui alcuni specificatamente formati nell'ambito delle cure palliative.

**Infermiere dei servizi di infermieristica di famiglia o comunità:** IT che attua assistenza infermieristica ambulatoriale o domiciliare a persone eleggibili all'infermieristica di famiglia o comunità.

**Infermiere di famiglia o comunità (IFoC):** infermiere con formazione accademica specialistica post- base nell'ambito delle cure primarie-sanità pubbli-

## BIBLIOGRAFIA

**3** - World Health Organization Europe. The family health nurse-context, conceptual framework and curriculum. 2000; (January 2000):54

**4** - <https://www.cuore.iss.it/progetti/health-literacy/>

**5** - DGR 29 dicembre 2020, n. 1866 Recepimento dell'intesa concernente il Piano nazionale della prevenzione 2020-2025.

## BIBLIOGRAFIA

6 - Graffigna G, Barelo S, Bonanomi A, Lozza E. Measuring patient engagement: development and psychometric properties of the Patient Health Engagement (PHE) Scale. *Front Psychol.* 2015 Mar 27;6:274.

7 - Decreto del Ministero della salute il 29 aprile 2022 Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare

ca (salute pubblica, cure primarie-domiciliari-territoriali, infermiere di famiglia e comunità), competente nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e della comunità a cui l'azienda attribuisce le funzioni di IFoC. Esercita le funzioni assistenziali con un approccio di iniziativa e di team leader e consulente di tipo professionale nei confronti degli IT che compongono l'équipe.

**Infermieristica di famiglia o comunità:** articolazione specialistica della disciplina infermieristica il cui presupposto è l'approccio sistemico che interpreta il mantenimento della salute, la malattia e la pianificazione assistenziale come espressione delle interazioni tra il sistema famiglia, i sottoinsiemi individuali dei componenti, e il contesto sociale a cui afferiscono.

**Patient Engagement:** è il processo attraverso cui il paziente riacquisce la capacità di mantenere competenze di progettualità identitarie e di ruolo durante l'iter sanitario e la malattia<sup>6</sup>.

**Punto Unico di Accesso (PUA):** porta di accesso al sistema socio-sanitario con il compito di soddisfare il fabbisogno informativo, avviando una azione di orientamento e accompagnamento all'accesso ai servizi e di presa in carico unitaria della persona non autosufficiente, è uno strumento di facilitazione, che mira a promuovere e sostenere le garanzie di maggiore equità nell'accesso ai servizi e alla presa in carico.

**Rete delle Cure palliative:** è un modello organizzativo funzionale che consente un'efficace presa in carico e la gestione integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali.

**Servizi di Infermieristica di Famiglia o Comunità (SIFoC):** servizi obbligatoriamente previsti nelle case della comunità che comprendono IT e IFoC dedicati alla gestione dei bisogni di assistenza correlati alla cronicità e alla fragilità; si rivolgono a persone non eleggibili all'ADI o alla gestione in strutture intermedie/strutture residenziali/setting specialistici o per acuti; il personale è organizzato in équipe sulla base di criteri territoriali.

**Teleassistenza:** è un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria (infermiere/fisioterapista/logopedista/ecc.) che si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente/caregiver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati referti o immagini. Il professionista che svolge l'attività di teleassistenza può anche utilizzare idonee applicazioni informatiche per somministrare questionari, condividere immagini o video tutorial su attività specifiche. Lo scopo della teleassistenza è quello di agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali, eseguibili prevalentemente a domicilio. La teleassistenza è prevalentemente programmata e ripetibile in base a specifici programmi di accompagnamento al paziente<sup>7</sup>.

**Teleconsulenza:** è un'attività sanitaria, non necessariamente medica ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico. Essa consiste nella richiesta di supporto durante lo svolgimento di attività sanitarie, a cui segue una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per la presa di decisione e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente. La teleconsulenza può essere svolta in presenza del paziente, oppure in maniera differita. In questa attività è preminente l'interazione diretta tramite la videochiamata, ma è sempre necessario garantire all'occorrenza la possibilità di condividere almeno tutti i dati clinici, i referti e le immagini riguardanti il caso specifico. È un'attività su richiesta ma sempre programmata<sup>8</sup>.

**Telemedicina:** modalità di erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza inclusa in una rete di cure coordinate; è utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Richiede l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

## BIBLIOGRAFIA

<sup>8</sup> - Decreto del Ministero della salute il 29 aprile 2022 Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare





# Progettazione della formazione regionale del personale infermieristico del territorio finalizzata a potenziare un approccio orientato all'infermieristica di famiglia o comunità

## 1. IL GOVERNO DELLA TRANSIZIONE DAL MODELLO ORGANIZZATIVO ATTUALE A QUELLO FUTURO

### 1.1. Consistenza di potenziali IFoC e fabbisogno di formazione specialistica universitaria

Considerati i setting che si avvalgono delle funzioni dell'IFoC, secondo l'assetto organizzativo ed operativo regionale della rete territoriale, si stima un fabbisogno iniziale di circa 100 infermieri con formazione specialistica universitaria, di cui dovranno essere dotate le case della comunità hub, il restante personale infermieristico distrettuale, delle COT e delle forme organizzative/aggregative della medicina generale, sarà formato ad un "approccio orientato all'infermieristica di famiglia o comunità", da attivarsi con priorità per i coordinatori/incaricati di funzione, dirigenti delle professioni sanitarie e gli infermieri referenti per la parte di formazione sul campo prevista nel corso regionale.

Considerata l'attuale presenza di infermieri in possesso di formazione accademica specifica post base e stimato da parte delle Direzioni delle Professioni sanitarie il possibile impiego in qualità di IFoC (rilevazione agosto 2023) si definisce un fabbisogno iniziale di infermieri con formazione specialistica universitaria pari a circa 30, con riferimento alle Case della Comunità di cui alla DGR 136/2022, con distribuzione come da Tabella 5.

Azienda ULSS	Fabbisogno IFoC	Potenziali IFoC con formazione specialistica universitaria acquisita / in corso di acquisizione	Fabbisogno formazione specialistica universitaria
1	4	5	//
2	17	25	//
3	12	4	8
4	5	4	1
5	5	3	2
6	20	10	10
7	8	10	//
8	9	25	//
9	19	19	//

**Tabella 2** – Stima fabbisogno di formazione specialistica universitaria riferita alle Case della Comunità hub ex DGR 136/2022

Allo scopo di promuovere il buon esito del modello organizzativo dell'infermieristica di famiglia o comunità a livello regionale, una migliore definizione delle competenze attese per l'IFoC e una rappresentazione del fabbisogno futuro di infermieri con formazione accademica specifica post base, sono stati attuati confronti e condivisioni sugli indirizzi generali del progetto con i Direttori dei master in infermieristica di famiglia e comunità degli Atenei veneti.



## 1.2. Formazione regionale del personale infermieristico del territorio ad un approccio orientato all'infermieristica di famiglia o comunità

La formazione si rivolge a tre target distinti di infermieri operanti in ambito territoriale:

- circa 100 infermieri con incarico di funzione organizzativa/coordinamento e dirigenti delle professioni sanitarie;
- circa 115 infermieri referenti per la formazione sul campo;
- circa 1800 infermieri (compresi gli infermieri delle forme organizzative/aggregative della medicina generale).

L'organizzazione e la gestione della formazione sono a cura di Fondazione Scuola di Sanità Pubblica, con il supporto del Comitato Tecnico Scientifico per gli aspetti di merito. La suddivisione dell'impegno orario di ciascun argomento, previsto dai progetti formativi che seguono, sarà definita in fase di micro-progettazione sulla base del confronto con il docente e le metodologie didattiche utilizzate nell'insegnamento.

La formazione si svolgerà in un triennio, a partire dal 2023, secondo il cronoprogramma di seguito rappresentato.

Ulteriori moduli didattici per l'acquisizione di specifiche competenze nell'ambito dell'infermieristica di famiglia o comunità, come previsto dalla DGR 43/2023, oltre quelli definiti nel presente documento, potranno essere organizzati presso le aziende.

	2023	2024		2025		2026	
	II SEM	I SEM	II SEM	I SEM	II SEM	I SEM	II SEM
Formazione incaricati di funzione organizzativa e dirigenti delle professioni sanitarie							
Formazione infermieri referenti FSC							
Formazione infermieri del territorio							

Il riconoscimento dei crediti ECM è vincolato al rispetto dei criteri previsti dalla norme in materia di accreditamento delle attività formative per la formazione continua in sanità.

A conclusione della formazione verrà rilasciato ai discenti con valutazione positiva, a cura di Scuola Fondazione di Sanità Pubblica, l'attestato di "Formazione regionale degli infermieri operanti sul territorio ad un approccio orientato all'infermieristica di famiglia o comunità", con specificazione della tipologia di corso.

In caso di valutazione negativa dell'apprendimento verrà rilasciato un attestato relativo alle ore di frequenza svolte.







### 1.2.1 Progetto formativo per incaricati di funzione organizzativa e dirigenti delle professioni sanitarie

#### Target

Dirigenti delle Professioni Sanitarie dell'area territoriale, incaricati di funzione organizzativa e coordinatori, che operano nei contesti distrettuali, della casa della comunità, ADI e Cure palliative, ambulatori infermieristici territoriali, ambulatori specialistici territoriali della cronicità, COT, PUA, Centrale ADI (circa 100).

#### Obiettivi formativi

1. Condividere i principi che guidano la riorganizzazione dell'offerta dei servizi territoriali e i principali impatti sul management.
2. Conoscere i servizi di infermieristica di famiglia o comunità secondo il modello professionale e organizzativo nel Veneto.
3. Adattare il ruolo dell'incaricato di funzione organizzativa/coordinatore alla riorganizzazione territoriale e alla gestione del cambiamento.

#### Modalità di svolgimento

Il corso della durata complessiva di 20 ore si svolgerà: in modalità residenziale in due giornate di 8 ore, 4 ore saranno svolte in modalità FAD sincrona.

<b>MODULI DIDATTICI</b>	<b>CONTENUTI</b>
Introduzione alla riorganizzazione territoriale	Le direttrici della riorganizzazione territoriale nel paese: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Proattività</li> <li>· Prossimità</li> <li>· Attivazione delle risorse della comunità</li> <li>· Differenziazione degli interventi in base alla stratificazione della popolazione</li> </ul>
La formazione degli infermieri del territorio per riorientare l'assistenza verso la comunità e la famiglia	Il progetto regionale di formazione territoriale e ruolo dei coordinatori nel facilitare la partecipazione e il trasferimento degli apprendimenti
Modello organizzativo e professionale dell'infermieristica di famiglia o comunità nella Regione del Veneto	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Ruolo, competenze e aree di responsabilità dell'IFoC</li> <li>· Bisogni e target di utenza dell'infermieristica di famiglia</li> <li>· Integrazione dell'IFoC nell'organigramma dei servizi territoriali</li> </ul>
La relazione tra l'IFoC e il coordinatore/incaricato di funzione organizzativa	Integrare la competenza clinica dell'IFoC (individuare le fasce di bisogno e di utenti) con la competenza organizzativa dei coordinatori/Incaricati di funzione organizzativa (assegnazione dei casi, distribuzione del carico di lavoro e pianificazione dei processi lavorativi)
Il ruolo del coordinatore come facilitatore dei processi di connessione e transizione dei servizi territoriali	Facilitare l'accesso alle informazioni all'IFoC per permettere connessioni e integrazioni tra i servizi (Connessioni tra SIFoC e COT-ADI-PUA-MMG)
Gestire lo skill mix di competenze presenti sul territorio attraverso la definizione di profili e la loro mappatura	Finalità dei profili di competenza e della mappatura: leva strategica per la gestione appropriata delle risorse umane
Gestire i processi di inserimento dei nuovi professionisti nel territorio	Le competenze specifiche da proporre gradualmente nel piano di inserimento del neoassunto e gestione del colloquio di orientamento e condivisione della filosofia assistenziale dei servizi territoriali
Evidenze di strategie efficaci per promuovere la presa in carico e l'educazione	Strumenti standardizzati per potenziare le attività educative (esempio check-list educative o percorsi predefiniti come i PDTA)
Azioni di riorganizzazione dei servizi attivabili dai coordinatori	Condividere azioni di riorganizzazione dei servizi territoriali nell'ottica approfondita durante le 2 giornate (4 ore FAD sincrona)

## 1.2.2 Progetto formativo per gli infermieri referenti della formazione sul campo

### Target

Infermieri con formazione accademica specifica nell'area delle cure primarie – sanità pubblica (salute pubblica, cure primarie – domiciliari - territoriali, infermiere di famiglia e comunità) conclusa o avviata, che esercitano o potrebbero esercitare la funzione di IFoC (circa 115).

### Obiettivi formativi

1. Conoscere i servizi di infermieristica di famiglia o comunità secondo il modello professionale e organizzativo nel Veneto.
2. Conoscere il progetto formativo regionale degli infermieri del territorio per riorientare l'assistenza verso la comunità e la famiglia.
3. Facilitare il riorientamento degli infermieri del territorio ad un approccio alla famiglia o comunità durante le esperienze di formazione sul campo (stage).
4. Attivare tecniche tutoriali per facilitare l'apprendimento dall'esperienza.

### Modalità di svolgimento

Il corso della durata di 8 ore si svolgerà in modalità residenziale.

MODULI DIDATTICI	CONTENUTI
Modello organizzativo e professionale dell'infermieristica di famiglia o comunità nella regione del Veneto	Ruolo, competenze e aree di responsabilità dell'IFoC · Bisogni e target di utenza dell'infermieristica di famiglia · Integrazione dell'IFoC nell'organigramma dei servizi territoriali
La formazione degli infermieri del territorio per riorientare l'assistenza verso la comunità e la famiglia	Il progetto regionale di formazione territoriale
La formazione sul campo	· Tempi e modalità della formazione sul campo · Ruolo del referente nel facilitare l'attivazione di opportunità formative
Project work	Dare supporto e consulenza nella fase di scelta del tema per l'elaborazione del report di conclusione del percorso formativo (Project work)



### 1.2.3 Progetto formativo per gli Infermieri del territorio (IT)

#### Target

Sono coinvolti nella formazione gli infermieri con almeno 2 anni di esperienza professionale in ambito territoriale (circa 1800):

- dipendenti a tempo indeterminato, che lavorano primariamente in ADI e Cure palliative, ambulatori infermieristici territoriali, ambulatori specialistici territoriali della cronicità, COT, PUA, Centrale ADI e dei servizi territoriali per le dimissioni protette- continuità delle cure;
- che lavorano presso le forme organizzative/aggregative evolute della medicina generale, sentite le rappresentanze sindacali della Medicina generale.



#### Modalità di svolgimento

Il percorso formativo, della durata di 220 ore, si articola in due moduli, uno teorico e uno di formazione sul campo, entrambi di 100 ore ciascuno, e nell'elaborazione di un report (project work), per le restanti 20 ore. Il modulo di formazione teorica viene suddiviso in due parti; una parte trasversale con obiettivi formativi comuni a tutti gli infermieri (circa 1800), e una parte specifica individuata sulla base dei seguenti target di utenza: pazienti con cronicità complessa e avanzata per infermieri operanti in ADI-Cure Palliative e Centrale ADI (circa 1160); pazienti con cronicità semplice per infermieri operanti negli ambulatori infermieristici territoriali, ambulatori specialistici territoriali della cronicità, forme organizzative/aggregative evolute della medicina generale (circa 540).

Il personale delle COT, dei PUA e dei servizi territoriali per le dimissioni protette-continuità delle cure (circa 105) potrà partecipare, oltre che alla parte trasversale comune, a singoli moduli didattici delle parti specifiche succitate, sulla base del bisogno formativo individuale, fino al completamento delle 100 ore.

I moduli di formazione teorica saranno realizzati con modalità FAD sincrona.

#### Riconoscimento di formazione pregressa

Sono esonerati dalla formazione i professionisti infermieri del territorio in possesso di formazione accademica specifica (come il master specifico nell'area delle cure primarie – sanità pubblica: salute pubblica, cure primarie – domiciliari - territoriali, infermiere di famiglia e comunità).

Non si prevede invece l'esonero per i professionisti che hanno frequentato altri percorsi formativi e conseguito attestati in corsi erogati negli anni pregressi sul tema dell'Infermieristica territoriale/famiglia e di Comunità attuati dalle singole aziende sanitarie. Tale formazione era prevista dalla DGR n. 1103 del 06/08/2020, per accompagnare con specifici e diversificati eventi di formazione progetti pilota di introduzione progressiva in ogni Distretto della figura dell'infermiere di famiglia. Le motivazioni derivano dalla considerazione che i contenuti relativi al contesto normativo, epidemiologico, tecnologico e organizzativo sono significativamente mutati e il DM 77 ha introdotto sostanziali modifiche nell'offerta dei servizi territoriali.

## **PARTE 1 TRASVERSALE**

### **Obiettivi formativi**

La formazione regionale degli infermieri operanti sul territorio ad un approccio orientato all'infermieristica di famiglia o comunità consente al professionista di acquisire e implementare conoscenze e competenze per:

1. adattare i propri interventi per affrontare l'evoluzione dei principi che guidano l'offerta dei servizi territoriali attuali e quella disegnata dai progetti di riforma e riorganizzazione;
2. applicare disposizioni regionali e aziendali per la continuità delle cure, tra ospedale e territorio e nell'ambito dei servizi territoriali;
3. riconoscere e interagire con i servizi di infermieristica di famiglia o comunità secondo il modello professionale e organizzativo nel Veneto;
4. analizzare le potenzialità e le applicazioni della telemedicina nella gestione delle principali patologie croniche;
5. utilizzare strumenti e metodi per l'integrazione intraprofessionale/multiprofessionale dei diversi setting per un modello di presa in carico condiviso;
6. pianificare e attuare interventi di counseling e supporto motivazionale per stimolare l'empowerment e l'autocura;
7. attivare sinergie e collaborazioni nell'area del disagio collegato alla salute mentale e dipendenze.

**Durata:** 60 ore

<b>MODULI DIDATTICI</b>	<b>CONTENUTI</b>
La riorganizzazione territoriale (DM 77/2022)	Le direttrici della riorganizzazione territoriale nel paese: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proattività</li> <li>• Prossimità</li> <li>• Attivazione delle risorse della comunità</li> </ul> Differenziazione degli interventi in base alla stratificazione della popolazione Unità di offerta e servizi distrettuali (casa della comunità, strutture intermedie, centri servizi per anziani, strutture riabilitative)

<b>MODULI DIDATTICI</b>	<b>CONTENUTI</b>
La continuità delle cure	Evidenze di ricerca sui modelli di continuità assistenziale e transitional care Disposizioni regionali e risposte organizzative per la continuità delle cure: COT, infermieri di dimissione protetta, centrali ADI, strumenti informatici
Il modello organizzativo e professionale dell'infermieristica di famiglia o comunità nella regione del Veneto	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Ruolo, competenze e aree di responsabilità dell'IFoC</li> <li>· Bisogni e target di utenza dell'infermieristica di famiglia Integrazione dell'IFoC nell'organigramma dei servizi territoriali</li> </ul>
Potenzialità e applicazioni della telemedicina in ambito territoriale	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Framework di riferimento per l'introduzione della telemedicina nei singoli percorsi di cura</li> <li>· Esperienze di teleassistenza, telemonitoraggio e teleconsulenza</li> </ul>
Strumenti e metodi per l'integrazione intraprofessionale e multiprofessionale	<p>Strumenti di integrazione: cartella territoriale/domiciliare, Progetto Assistenziale Individualizzato, Progetto riabilitativo individualizzato, UVMD, teleconsulenza</p> <p>Incontro con le altre professioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· assistente sociale la valutazione sociale del caso</li> <li>· aree di integrazione con le professioni della riabilitazione: Tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica, fisioterapista, educatore, terapeuta occupazionale</li> </ul>
L'approccio alle diversità culturali	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Fenomeni migratori e prevalenze delle culture e religioni</li> <li>· Rappresentazioni culturali sulla vita, la famiglia, l'educazione, la malattia, la morte</li> <li>· Strategie per costruire l'alleanza terapeutica</li> </ul>
Partnership con i caregiver	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Valutazione delle risorse della famiglia per il supporto all'autocura</li> <li>· Strategie di formazione dei caregiver e di prevenzione del burden Colloquio breve con la famiglia secondo modello Calgary</li> <li>· Errori da evitare nella relazione a lungo termine con la famiglia</li> </ul>
Counseling e supporto motivazionale per stimolare l'empowerment e l'autocura	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Piani di azione educativa</li> <li>· Valutazione dell'aderenza terapeutica</li> <li>· Linee guida OMS sul self-care e self-care nelle patologie croniche</li> <li>· Il colloquio motivazionale per favorire le abilità di autocura e l'empowerment</li> </ul>
Integrazione con servizi di salute mentale e dipendenze	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Confronto con esperienze di sensibilizzazione della comunità contro lo stigma verso la malattia mentale e di inserimento sociale e lavorativo di persone con forme di disagio psichico</li> <li>· Le varie forme di dipendenza e interventi di prevenzione</li> </ul>



## PARTE SPECIFICA: CRONICITÀ COMPLESSA E AVANZATA

### Target

Infermieri operanti in ADI, Cure palliative e Centrale ADI (circa 1160)

### Obiettivi formativi

1. Valutare la fragilità nell'anziano per pianificare interventi o attivare servizi mirati.
2. Analizzare le diverse manifestazioni dei disturbi cognitivi e comportamentali e i nuovi orientamenti farmacologici.
3. Identificare le più recenti evidenze scientifiche per scegliere le migliori pratiche infermieristiche.
4. Approfondire la peculiarità delle cure palliative simultanee, di base e i criteri di screening per l'attivazione delle cure palliative specialistiche.
5. Valutare e adattare il domicilio e la dotazione di ausili.

**Durata:** 40 ore

MODULI DIDATTICI	CONTENUTI
Valutazione multidimensionale della fragilità nell'anziano	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicazioni per la compilazione e l'interpretazione della SVAMA cognitivo-funzionale</li> <li>• Valutazione e pianificazione degli interventi dei problemi a maggior frequenza e impatto sulla salute (malnutrizione, disabilità, scale SunFrail..)</li> </ul>
Disturbi cognitivi e comportamentali	Disturbi cognitivi e comportamentali: <ul style="list-style-type: none"> <li>• strumenti di assessment</li> <li>• strategie di gestione farmacologiche e non</li> <li>• servizi specialistici</li> </ul>
Aggiornamenti di evidenze based relativi alle pratiche infermieristiche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infezioni catetere correlate: educazione alla prevenzione delle infezioni e gestione delle ostruzioni</li> <li>• Peg: triturazione dei farmaci, sostituzione</li> <li>• Medicazioni e gestione degli accessi vascolari: PICC, ipodermoclisi, etc.</li> <li>• Non Invasive Ventilation a domicilio</li> </ul>

MODULI DIDATTICI	CONTENUTI
Cure palliative simultanee e cure palliative di base e specialistiche: assessment e cure infermieristiche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinare il bisogno di cure palliative e simultanee nelle patologie croniche considerando la specificità delle diverse traiettorie di malattia</li> <li>• Nuove prospettive farmacologiche nelle patologie croniche</li> <li>• Strategie relazionali per il supporto alla famiglia nel fine vita e la gestione delle reciproche emozioni</li> <li>• Gestione del dolore, dispnea e sintomi</li> </ul>
Cure palliative pediatriche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La rete delle cure palliative pediatriche</li> <li>• Aggiornamenti relativi alle pratiche assistenziali nelle cure palliative pediatriche</li> <li>• L'approccio alla famiglia</li> </ul>
Sicurezza a domicilio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accertamento del setting domiciliare per renderlo sicuro e facilitante l'autonomia</li> <li>• Tecniche di Kinestetica per aiutare i familiari a mobilitare in sicurezza l'utente</li> </ul>

## PARTE SPECIFICA: CRONICITÀ SEMPLICE

### Target

Infermieri operanti negli ambulatori infermieristici territoriali, ambulatori specialistici territoriali della cronicità, forme organizzative/aggregative evolute della medicina generale (circa 540)

### Obiettivi formativi

1. identificare l'utenza target dell'infermieristica di famiglia o comunità;
2. attuare l'assessment della persona con malattia cronica, valutando il supporto della rete di caregiving;
3. pianificare e attuare secondo un approccio proattivo la presa in carico di una persona affetta da patologia cronica, utilizzando metodologie appropriate;
4. pianificare e attuare interventi di counseling e supporto motivazionale per stimolare l'empowerment;
5. applicare interventi assistenziali previsti nei principali PDTA dell'area della cronicità;
6. utilizzare strumenti per la teleassistenza, telemonitoraggio e teleconsulenza;
7. realizzare interventi di tutela della salute nell'ambito delle reti di prossimità, le unità di offerta delle cure primarie e le reti informali.

**Durata:** 40 ore

MODULI DIDATTICI	CONTENUTI
Gestione di persone con situazioni di cronicità semplice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livelli di complessità assistenziale nella cronicità</li> <li>• La cronicità semplice</li> <li>• Caratteristiche metodologiche dei PDTA: sviluppo e struttura</li> <li>• Identificazione e gestione di panel di pazienti,</li> <li>• Gestione dei follow-up</li> </ul>



MODULI DIDATTICI	CONTENUTI
La fragilità dell'anziano con particolare attenzione alla valutazione di segni e sintomi precoci	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strumenti di assessment e strategie di gestione delle più frequenti problematiche della fragilità nell'anziano: malnutrizione, disturbi cognitivi e comportamentali.</li> <li>• Disabilità e scelta di ausili</li> </ul>
Promozione di sani stili di vita	Evidenze e linee guida per la promozione di sani stili di vita (attività fisica, alimentazione, tabagismo, rischio cardio-vascolare)
Interventi di promozione della salute nell'ambito delle reti di prossimità, delle unità di offerta delle cure primarie e delle reti informali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisi della comunità: reti di prossimità e reti informali</li> <li>• Collaborare a interventi di promozione della salute per gruppi di utenza</li> </ul>

### Formazione sul campo

Il modulo di formazione sul campo, di 100 ore, si realizza con un training individuale effettuato all'interno delle Aziende di provenienza finalizzato ad applicare l'approccio e i metodi orientati all'infermieristica di famiglia o alla comunità. Durante tale esperienza con la guida di un infermiere referente per la formazione sul campo il professionista individuerà opportunità di sperimentarsi nella presa in carico con approccio proattivo di assistiti con cronicità semplice o complessa. L'attività svolta verrà documentata mediante la redazione di un report (project work), secondo le indicazioni elaborate dal comitato tecnico scientifico e con il supporto dello stesso ai referenti individuati.



## APPENDICE 1 - SINTESI DELLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO

<p><b>Patto per la Salute 2019-2021</b> prevede l'assistenza Inf.ca di Famiglie e Comunità. Valorizzazione dell'infermiere per la «copertura dell'incremento dei bisogni di continuità dell'assistenza, di aderenza terapeutica, in particolare nei soggetti più fragili, affetti da multi-morbilità».</p>	<p><b>Legge 17.07.2020, n.77</b> (conversione DL 19.05.2020, n.34) «Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'IFeC, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati come affetti da COVID-19, [...]».</p>	<p><b>Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025</b> <b>06.08.2020</b> «realizzare processi appropriati di prevenzione e promozione della salute attraverso interventi multi-professionali anche con il coinvolgimento di figure di prossimità, come ad esempio l'IFeC [...]».</p>
--	---	---



<p><b>DGR n. 782</b> <b>16.06.2020</b> DL 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.</p>
---

<p><b>DGR n. 1103</b> <b>06.08.2020</b> Approvazione del documento recante "Emergenza COVID-19 - Piano emergenziale per l'autunno 2020".</p>	<p><b>DGR n. 1866</b> <b>29.12.2020</b> <i>Recepimento dell'Intesa del 6 agosto tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025.</i></p>
--	---

DGR 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.

L'allegato A "Piano di potenziamento dell'assistenza territoriale" prevede lo sviluppo della figura dell'IFoC, individuandone gli ambiti di attività. L'IFoC è dipendente gerarchicamente dalla UOC Cure Primarie del Distretto di

afferenza e svolge attività sia presso gli ambulatori distrettuali sia presso il domicilio dei pazienti non già presi in carico dall'ADI. Si sottolinea la distinzione tra IFoC e infermieri dell'équipe ADI.

La dotazione è prevista secondo uno standard non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, precisando che laddove siano attive forme associative evolute dei MMG, le attività ascrivibili all'IFoC del Distretto possono essere svolte dall'infermiere delle forme associative; laddove, invece,

non vi siano forme associative evolute dei MMG, l'IFoC 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.

È computato un fabbisogno di IFoC pari a circa 441 unità, al netto degli infermieri già operanti presso le forme associative dei MMG.

*DGR n. 1103 del 06 agosto 2020 Approvazione del documento recante "Emergenza COVID-19 - Piano*

<p><b>PNRR approvato il 13 luglio 2021 - Missione 6/C1</b> «La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali».</p>	<p><b>D.M. 23 maggio 2022, n.77</b> Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN.</p>
--	--



<p><b>DGR n. 42 18.01.2023</b> Definizione delle attività di analisi e monitoraggio delle dotazioni di personale in applicazione del DM 23 maggio 2022, n.77</p>	<p><b>DGR n. 43 18.01.2023</b> Approvazione delle "Linee di indirizzo per la formazione regionale degli infermieri operanti sul territorio ad un approccio orientato all'infermieristica di famiglia e comunità".</p>	<p><b>DGR n. 721 22.06.2023</b> Programmazione dell'assetto organizzativo ed operativo della rete assistenziale territoriale in attuazione a quanto previsto ex PNRR e DM77.</p>
--	---	--

emergenziale per l'autunno 2020". Prevede la progressiva introduzione dell'IFoC da parte di ogni Distretto, con priorità alle zone geografiche in cui non siano 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. È richiesta l'elaborazione di un progetto pilota aziendale, in condivisione con i MMG, 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. È indicato l'uso di strumenti di case mix per l'identificazione dei pazienti con cronicità semplice (es. ACG) ed è richiesta la definizione, da parte delle Aziende, di procedure uniformi per la presa in carico (applicazione PDTA, azioni proattive di promozione della salute, ecc.), corredate da indicatori.

DGR n. 1866 del 29 dicembre 2020 Recepimento dell'Intesa del 6 agosto 2020 (repertorio atti n.127/CSR) ai sensi dell'articolo 8 comma 6 della Legge 5 giugno 2003 n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020 - 2025. Il provvedimento si recepisce l'Intesa del 6 agosto 2020 (repertorio atti n.127/CSR) tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano Nazio-

nale della Prevenzione (PNP) 2020 – 2025.

Il PNP prevede che per la realizzazione di processi appropriati di prevenzione e promozione della salute è necessario attuare interventi multi-professionali anche con il coinvolgimento di figure di prossimità, come ad esempio l'infermiere di famiglia e di comunità, ovvero professionisti che abbiano come setting privilegiati gli ambienti di vita della persona e che agiscano in modo proattivo, in rete con tutti i servizi socio sanitari e gli attori sociali del territorio per l'utenza portatrice di bisogni sanitari e sociali inscindibilmente legati tra loro.

*DGR n. 42 del 18 gennaio 2023  
Definizione delle attività di analisi e monitoraggio delle dotazioni di personale in applicazione del DM 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".*

Viene stimato, applicando i valori di riferimento indicati nel DM 77/2022, il fabbisogno di personale nei contesti di cura previsti dal decreto stesso. Applicando lo standard di n. 1 IFoC ogni 3.000 abitanti -il DM 77/2022 specifica che "tale standard è da intendersi come numero complessivo di IFoC impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola"- , risulta che il fabbisogno di IFoC finalizzato a far fronte alle esigenze dei servizi territoriali è stimato in circa 1.620 unità. La DGR 42/2023 precisa che ai fini della definizione dei fabbisogni di perso-

nale è necessario tener conto delle attuali consistenze di professionisti nei servizi territoriali che potrebbero essere riassegnati nei servizi frutto della nuova organizzazione in applicazione della riforma. Risultano impiegati presso le Medicine di Gruppo Integrate 235 unità tempo equivalente di personale infermieristico e circa n. 300 collaboratori di studio. Al fine di calcolare l'attuale impiego di professionisti, è necessario inoltre valutare le consistenze di personale impiegato presso i servizi di Cure primarie, Cure palliative, Ospedale di Comunità, Infanzia/adolescenza/famiglia e

Distretto coerentemente a quanto previsto con DGR n. 1306/2022.

*DGR 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.*  
Vengono fornite linee di indirizzo finalizzate ad omogeneizzare su tutto il territorio regionale le competenze degli infermieri di famiglia, in confor-



mità alle Linee di indirizzo approvate dalla Conferenza delle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano (Rep. n. 20/164/CR06b/C7 del 10 settembre 2020), nei limiti di quanto previsto dal DM n. 77/2022.

Si istituisce un percorso formativo regionale della durata di 220 ore, da attuarsi in un triennio a partire dal 2023, organizzato e gestito da Fondazione Scuola di Sanità Pubblica, rivolto a tutto il personale infermieristico distrettuale, a quello afferente alle attuali COT e a quello delle UCCP (forme organizzative multiprofessionali della medicina generale),

con almeno due anni di esperienza professionale in ambito territoriale. Detto percorso coinvolgerà altresì Infermieri con incarichi di funzione organizzativa/coordinamento del territorio.

DGR n. 721 del 22 giugno 2023 Programmazione dell'assetto organizzativo ed operativo della rete assistenziale territoriale in attuazione a quanto previsto ex Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR) e D.M. 23/05/2022, n. 77. D.G.R. n. 2/CR del 10/01/2023. Declinazione degli aspetti program-

matori, organizzativi ed operativi della rete assistenziale territoriale in attuazione a quanto previsto ex Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR) e D.M. 23/05/2022, n. 77.

Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 32 del 4 aprile 2023

Pianificazione di interventi regionali in attuazione del Piano nazionale di Ripresa e resilienza. Istituzione della Unità di Coordinamento – PNRR Sanità e Sociale. Si istituisce presso l'Area Sanità e Sociale l'Unità di Coordinamento – PNRR Sanità e Sociale con compiti di coordinamento e supporto alle Aziende del SSR nella declinazione operativa e integrata degli interventi previsti nelle Missioni del PNRR interessanti l'ambito sanitario, sociosanitario e sociale e dal DM 77/2022.

Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 50 del 5 maggio 2023

*Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 32 del 04 aprile 2023 "Pianificazione di interventi regionali in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Istituzione della Unità di Coordinamento PNRR Sanità e Sociale" – Prima individuazione dei gruppi di lavoro tematici e dei coordinatori - gruppo di lavoro "Infermiere di famiglia o comunità".*

Individua il gruppo di lavoro "Infermiere di famiglia o comunità" e relativo Coordinatore.





[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)