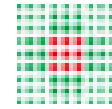


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

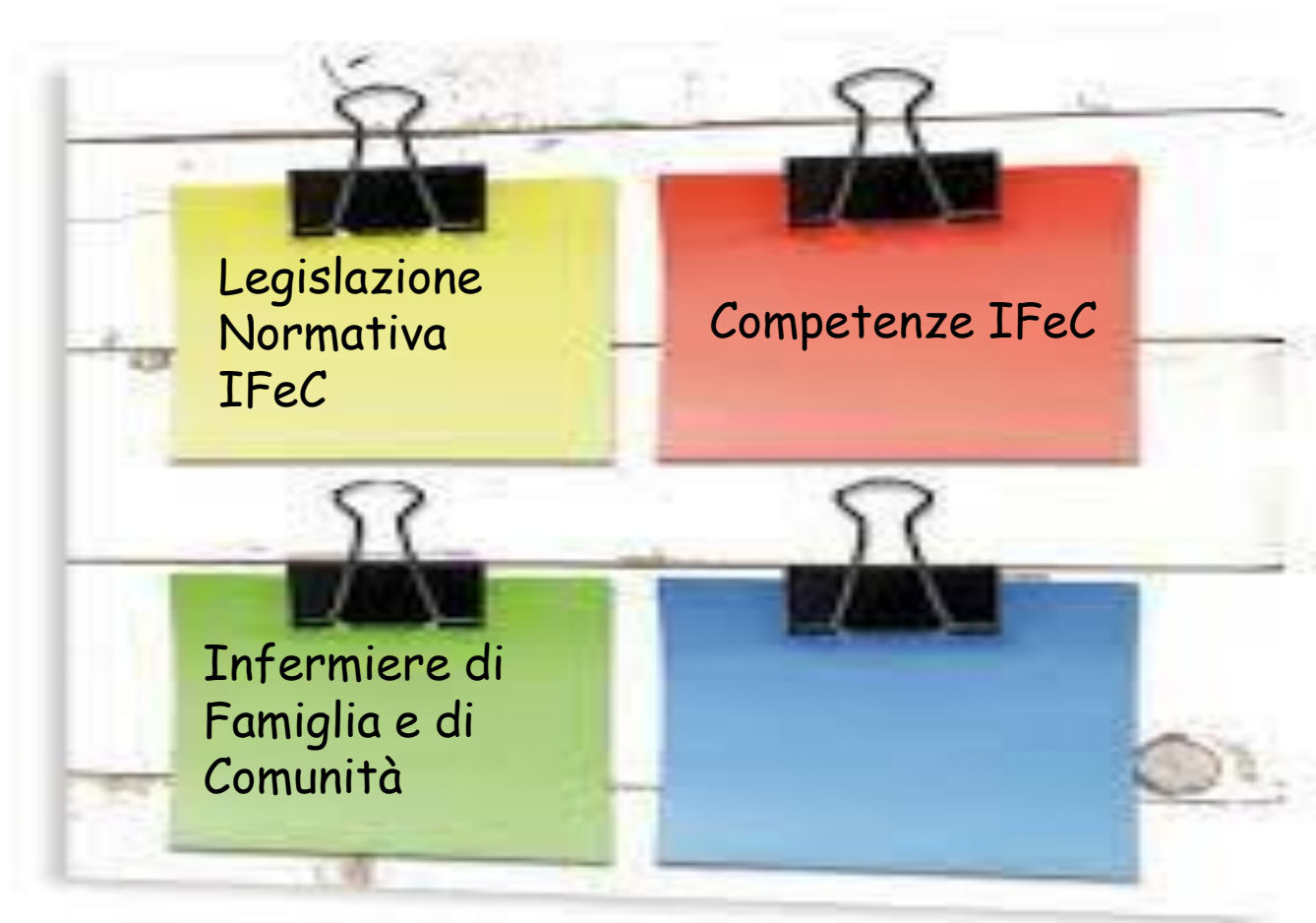
Università degli Studi di Ferrara
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA
A.A. 2022/23 - 2°anno I semestre
Insegnamento: Metodologia della relazione assistenziale
Modulo di: Relazione assistenziale
Docente: Carolina Villani
Lezione 4

VILLANI CAROLINA

tel 0532/317759
e.mail: vllcln@unife.it



CONTENUTI



INTRODUZIONE

L'invecchiamento della popolazione e il conseguente incremento delle malattie croniche ovvero la necessità di aiutare le persone a vivere nel proprio domicilio il più possibile, garantendo un aiuto nella vita di tutti i giorni, risulta essere un obiettivo fondamentale del modello di cure primarie.

E' una figura professionale formata per dirigere e incoraggiare la famiglia, identificando i bisogni di salute e indicando la strada migliore nell'utilizzo dei servizi sanitari. Gli obiettivi principali che l'infermiere di Famiglia e di Comunità persegue sono quello di promuovere e proteggere la salute dell'individuo e della popolazione per tutto l'arco della vita insieme a quello di ridurre l'incidenza delle malattie e degli incidenti più comuni, alleviando le sofferenze che questi causano.

secondo i dati ISTAT:

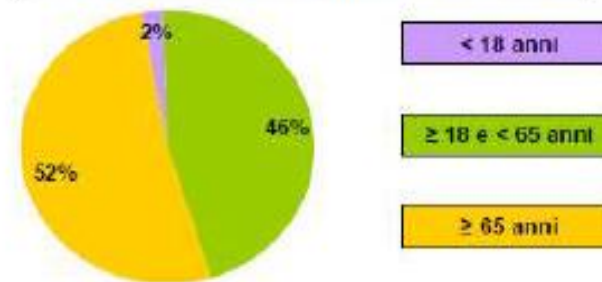
- ✓ nel 2013 le persone con almeno una malattia cronica sono il 38,8% della popolazione (media nazionale 37,9%); le persone con almeno due malattie croniche sono il 19,6% (media nazionale 20,0%)

Persone con malattie croniche	% sul totale della popolazione	
	Emilia-Romagna	Italia
diabete	4,4	5,4
ipertensione	15,8	16,7
bronchite cronica asma bronchiale	4,7	5,9
artrosi, artrite	17,2	16,4
osteoporosi	6,2	7,4
malattie del cuore	3,9	3,7
malattie allergiche	9,0	10,0
disturbi nervosi	4,5	4,0
ulcera gastrica e duodenale	3,0	2,7

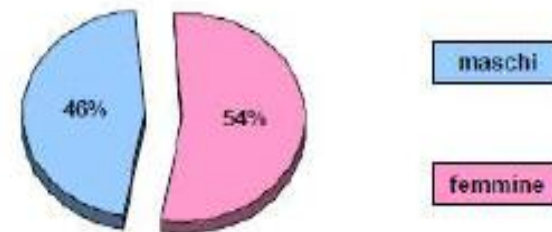
secondo i dati sulle esenzioni ticket:

- ✓ il numero totale di esenzioni ticket, rilasciate per patologie croniche e invalidanti, attive al 31 dicembre 2012 nelle 11 Aziende USL regionali, è stato pari a 1.171.945

Distribuzione % per fasce di età



Distribuzione % per genere



LA RICONFIGURAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE



LEGISLAZIONE

Con il Patto per la Salute 2019-2021, l'infermiere di Famiglia/Comunità entra ufficialmente a far parte dei pilastri dell'assistenza territoriale in tutto il Paese. Il Patto per la Salute, prevede che accanto ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta e agli specialisti ambulatoriali e ai farmacisti ci sia "l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone".

La professione fa un altro passo avanti nel suo cammino, entra nelle case delle persone, contrasta le disuguaglianze soprattutto nelle aree interne e garantisce un'assistenza territoriale accessibile soprattutto a una popolazione che invecchia e presenta sempre più cronicità e disabilità, con la necessità di soddisfare bisogni di assistenza complessi che gran parte delle famiglie non può affrontare da sola. Ed è una ulteriore conferma dell'assistenza universalistica, equa e omogenea su tutto il territorio che sia la Costituzione, sia la stessa legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale promettono ai cittadini.

Con questa scelta l'Italia si allinea alle indicazioni dell'Oms che fino dal 1998, nel documento salute per tutti nel 21° secolo, sostenuto dall'Unione Europea per il raggiungimento degli obiettivi di salute fondamentali allo sviluppo dell'intera società, aveva indicato la necessità dell'Infermiere di Famiglia/Comunità

DECRETO RILANCIO E LA CONVERSIONE IN LEGGE 77/2020 L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ, È UNA FIGURA PROFESSIONALE CHE POTENZIA IL TERRITORIO.

- All'art.1 "Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale" comma 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".
- Tale legge evidenzia anche la necessità di implementare e di incrementare le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare, sia con l'obiettivo di assicurare le accresciute attività di monitoraggio e assistenza connesse all'emergenza epidemiologica, sia per rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro.

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

Per la Regione Emilia Romagna, si articolano intorno a tre assi strategici condivisi a livello europeo: **digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica, inclusione sociale**. Seguendo le linee guida definite dalla normativa europea, il Piano raggruppa i progetti di investimento in 6 Missioni.

In particolare la Missione 6: Salute

La missione si articola in due componenti:

- Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

Un efficace miglioramento del SSN per rendere le strutture più moderne, digitali e inclusive, garantire equità di accesso alle cure, rafforzare la prevenzione e i servizi sul territorio promuovendo la ricerca.

- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi.

RUOLO DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITA' (IFEC)

Il ruolo e le competenze dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, sono state delineate attraverso la redazione e la pubblicazione del **"Position Statement l'Infermiere di Famiglia e di Comunità"** (FNOPI luglio 2020) documento attraverso il quale la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche (FNOPI), intende definire la propria visione sul ruolo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC), per ridurre gli elementi di diversificazione interpretativa e giungere a una definizione univoca del modello, riconoscibile sia all'interno che all'esterno della professione infermieristica.

L'infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC), è un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, con conoscenze e competenze specialistiche nelle cure primarie e sanità pubblica. Il suo ruolo è quello di promuovere salute, prevenzione e gestire nelle reti multiprofessionali i processi di salute individuali, familiari e della comunità all'interno del sistema delle cure primarie. Risponde ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento (Distretto) non erogando solo assistenza, ma attivandola e stabilendo con le persone e le comunità rapporti affettivi, emotivi e legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico. L'infermiere di famiglia e comunità svolge attività trasversali per accrescere l'integrazione e l'attivazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le risorse sul territorio utili a risolvere i problemi legati ai bisogni di salute

Si tratta di una figura professionale che, insieme ad altre, forma la rete integrata territoriale, prende in carico in modo autonomo la famiglia, la collettività e il singolo. Ha un ruolo anche proattivo per promuovere salute, educazione sanitaria per la persona sana e la famiglia e la comunità e insegna l'adozione di corretti stili di vita e di comportamenti adeguati.



VILLANI CAROLINA

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ: LE CARATTERISTICHE DEL MODELLO

- PROSSIMITA' ALLA FAMIGLIA E ALLA COMUNITA'
- PROATTIVITA'
- EQUITA'
- MULTIPROFESSIONALITA'



PROSSIMITA' ALLA FAMIGLIA E ALLA COMUNITA'

- Risponde ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento (Distretto)
- Non eroga solo assistenza, ma stabilisce con le persone e le comunità rapporti affettivi, emotivi e legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico.

PROATTIVITA'

- Intercetta e riconosce in modo precoce i bisogni latenti della popolazione di riferimento
- Conosce la rete dei servizi presenti in quello specifico territorio
- Orienta e facilita l'accesso appropriato e tempestivo dell'utente a tutti i servizi della rete

Focus su Proattività

- **metodo proattivo** = permette di percepire anticipatamente le problematiche e i cambiamenti .

Per essere proattivi è necessario

- Conoscere il profilo di salute della propria comunità e su questo costruire la mappa delle priorità in ambito:
- **Educativo** per promozione della salute e per intercettare il bisogno
- **Educativo terapeutico**: per le patologie croniche
- **Assistenziale**: Presa in cura tempestiva, continuità delle cure e Monitoraggio degli assistiti, valutazione
- **follow up**
-

Presenza in cura proattiva

- il modello della “Presenza in cura proattiva”, come superamento del “Modello Prestazionale”, centrato sull’integrazione delle attività di coordinamento del “mutuo adattamento” e orientato verso l’accoglienza della domanda, sia quella espressa che potenziale e **non esclusivamente sull’offerta dei servizi**.
- Tale modello considera la comunità non solo e tanto come **perimetro geografico (il territorio)**, ma come **l’insieme delle relazioni e dei processi interconnessi che interagiscono all’interno del territorio di riferimento e orienta alla creazione di reti sia formali che informali (vicini di casa, volontariato, ecc.) valorizzando i legami solidaristici.**



dove per Presa in cura si intende

- Prendersi cura di qualcuno **non significa solo aiutarlo a superare la malattia** di cui è affetto, quanto cercare di **comprendere il senso esistenziale di quella particolare sofferenza in vista del raggiungimento** di una graduale autonomia del soggetto nell'esercizio della propria cura.



EQUITA'

- Assume un ruolo di garante verso tutti dell'equità del sistema di erogazione di cure del territorio di riferimento e di attenzione dei determinanti sociali della salute

MULTIPROFESSIONALITA'

□ Opera secondo una logica multiprofessionale garantita dai piani assistenziali personalizzati, superando la logica prestazionale, in raccordo con il medico di famiglia, il pediatra di famiglia, il medico di continuità assistenziale, gli assistenti sociali, gli psicologi e altre figure della riabilitazione.

Contesto organizzativo è inserito all'interno dei servizi/strutture distrettuali:

- Case della Salute,
- Domicilio,
- Sedi ambulatoriali,
- Sedi e articolazioni dei Comuni,
- Luoghi di vita e socialità locale

AUSL DI FERRARA



• Popolazione	344.510
• Over 65	97.348 (28%)
• Area	2.635 km ²
• Abitanti/km ²	131
• MMG	247
• PLS	• 38

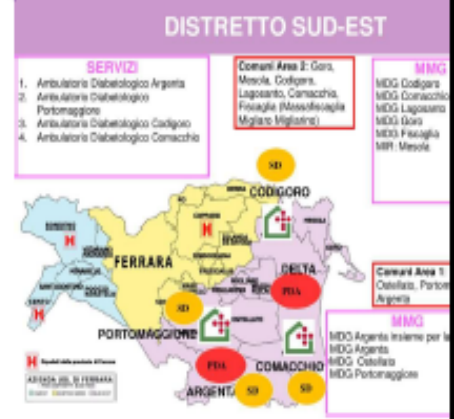
I DISTRETTI



Popolazione TOT: 76.895
 Over 65: 18.796 (24%)
 MMG: 54
 PLS: 11



Popolazione TOT: 172.288
 Over 65: 50.442 (29%)
 MMG: 121
 PLS: 17



Popolazione TOT: 95.327
 Over 65: 28110 (29%)
 MMG: 72
 PLS: 10

Target di popolazione è di riferimento per tutta la popolazione:

- soggetti anziani,
- pazienti cronici,
- istituti scolastici ed educativi che seguono bambini e adolescenti,
- strutture residenziali non autosufficienti

Competenze

- consultare sistemi informativi e documenti per conoscere i problemi di salute e i fattori prevalenti nel territorio
- identificare fattori di rischio prioritari e bisogni di salute dell'individuo nelle diverse fasi della vita, della famiglia/comunità
- identificare e gestire le priorità assistenziali in pazienti con diversi livelli di complessità

- partecipare alla pianificazione, alla realizzazione del piano assistenziale individuale nell'ambito dell'equipé multiprofessionale e contribuire al monitoraggio
- collaborare alla redazione, conoscere ed utilizzare i PDTA pertinenti
- conoscere il panorama dell'offerta dei servizi territoriali e le modalità di accesso

- conoscere ed utilizzare gli strumenti atti a garantire la continuità assistenziale
- elaborare e realizzare progetti educativi rivolti a singoli e gruppi e orientare le persone verso i programmi di autocura (cronici)-
- partecipare alla gestione di interventi di educazione alla salute che si fondano sullo sviluppo di abilità di vita (fragilità)
- lavorare in stretta collaborazione con il MMG ed i PLS in particolare per le situazioni di fragilità, cronicità e complessità



BANDO DI AMMISSIONE

MASTER DI I LIVELLO

INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ

(istituito ai sensi del D.M. 270/04)

ANNO ACCADEMICO 2021/2022

SCADENZA 24 MARZO 2022

Decreto Rettorale Rep. n. 198/2022 Prot. n. 4609 del 11/02/2022
Pubblicato all'albo d'Atto - Protocollo n. 46467 - Repertorio n. 93/2022 il 14/02/2022

Obiettivi: Data la complessità delle funzioni svolte, delle responsabilità da agire e competenze che dovrà possedere l'Infermiere di Famiglia/Comunità, il piano formativo progettato è volto a sviluppare competenze di natura clinico assistenziale e di tipo comunicativo-relazionale. L'Infermiere di Famiglia/Comunità deve possedere capacità di lettura dei dati epidemiologici e del sistema-contesto, deve avere un elevato grado di conoscenza del sistema della Rete dei Servizi sanitari e sociali per creare connessioni ed attivare azioni di integrazione orizzontale e verticale tra servizi e professionisti a favore di una risposta sinergica ed efficace al bisogno dei cittadini della comunità. Deve essere quindi in grado di attuare una valutazione dei bisogni dei singoli e della comunità, di promuovere la salute dei singoli e delle comunità di riferimento, di mediare i conflitti, di promuovere la partecipazione comunitaria alla tutela e al mantenimento della salute e di stili di vita sani, in sintesi deve attivarsi per l'empowerment di comunità e per collaborare nell'organizzazione dei servizi sanitari e social .

- Finalità: Il Master universitario in Infermieristica di famiglia e di comunità ha lo scopo di formare professionisti con competenze organizzative, gestionali ed assistenziali al fine di prepararli ad esercitare il ruolo di infermiere di famiglia e di comunità.
- Sbocchi Professionali: L'infermiere di famiglia ha un ruolo fondamentale durante tutto il continuum assistenziale, compresa la promozione della salute, la prevenzione della malattia, la riabilitazione e l'assistenza ai malati e ai morenti. L'assistenza agita dall'Infermiere di famiglia non è rivolta solo ai membri delle famiglie ma ricomprende tutte le persone della comunità, sia che vivano con altri in una casa, sia si tratti di persone senza dimora e/o in qualche modo emarginate, nonché la comunità stessa.

AUSL FERRARA

**Infermiere di famiglia e comunità in provincia:
tutte le sedi nel territorio (IFEC)**

Dal 6 dicembre 2021 a Ferrara il servizio di Infermiere di Famiglia e Comunità è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 18, il sabato dalle ore 8 alle 14.

- Per ogni paziente viene predisposto un piano assistenziale personalizzato e quindi mirato ad una presa in carico complessiva e a tutto tondo, che va dalla prevenzione, alla cura e agli aspetti riabilitativi. Il professionista lavora in stretto raccordo col servizio di assistenza domiciliare, con il medico di famiglia dell'assistito e con le altre figure professionali che lo hanno in carico.
- **COSA FA L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ**
- Valuta lo stato di salute e i bisogni dei cittadini nelle diverse fasi della vita: bambini, adolescenti, adulti e anziani, della famiglia e della comunità
- Valuta i fattori di rischio prevalenti sul territorio informando ed educando i singoli, le famiglie e i gruppi, incentivando modificazioni degli stili di vita e comportamenti sbagliati, promuovendo interventi di prevenzione
- Supporta le famiglie in difficoltà ad individuare rapidamente eventuali problemi sanitari o socio-sanitari per collaborare alla loro risoluzione
- Facilita l'integrazione tra Ospedale e Servizi Territoriali per dare una risposta appropriata ai bisogni di salute dell'individuo della famiglia e della Comunità
- Collabora con tutti i Servizi dedicati alle persone: Sanitari, Sociali, Associazioni di Volontariato e di Tutela dei Cittadini ed Enti Locali, facilitando i percorsi di integrazione mettendo il cittadino al Centro

○ A chi si rivolge

Il servizio è gratuito per tutta la popolazione residente di ogni fascia di età, ma svolge il suo ruolo assistenziale in particolare nell'ambito dei nuclei familiari, sia al domicilio del paziente, sia in ambulatorio o nelle strutture intermedie o di lungodegenza in cui viene ricoverato.



- <https://www.ausl.fe.it/argomenti/come-e-dove-curarmi/infermiere-di-famiglia-e-di-comunita/ferrara>

ALCUNE SITUAZIONI - ESEMPI PRATICI IN CUI È CONSIGLIATO ATTIVARE L'IFC

- **Per il cittadino**
- utente dimesso dall'Ospedale impossibilitato ad accedere alla farmacia: IFC si attiva per procurare la terapia ed eventualmente educarlo all'assunzione.
- utente a domicilio impossibilitato a recarsi al centro prelievi : IFC può farsi carico di segnalarlo al servizio ADI per l'esecuzione del prelievo.
- utente post chirurgico rientrato al domicilio e che necessita di un monitoraggio delle medicazioni, una educazione sulla postura e relativa movimentazione, l'aderenza terapeutica e l'eventuale percorso di riabilitazione.
- utente che vive da solo, segnalato dal MMG e che necessita di monitoraggio dei parametri vitali quotidiano per la variazione della terapia.
- utente che al primo accesso necessita di una medicazione e per la quale si rende necessario inoltrare la segnalazione al MMG, per attivare il servizio ADI.
- utente con problematiche urinarie, mai rivolto al MMG per l'educazione e l'invio al servizio specifico.

- **Per la Famiglia:**
- Educazione e supporto formativo al caregiver e ai famigliari di riferimento.
- Risponde alla rilevazione di un bisogno socio/sanitario in collaborazione con i servizi sociali.
- **Per la Comunità:**
- Organizza delle giornate a tema ad esempio:
- come riconoscere segnali precoci demenze,
- camminate della salute,
- assunzione corretta dei farmaci,
- educazione alimentare nelle scuole,
- prevenzione delle malattie trasmissibili,
- organizzazione di laboratori di lettura, cucito, ecc., per ridurre le problematiche legate alla solitudine.

- Al momento della dimissione dall'ospedale posso chiedere all'infermiere di famiglia e di comunità del quartiere/zona in cui abito di venire al mio domicilio per spiegarmi come assumere la terapia?
- L'infermiere di famiglia e di comunità può venire al suo domicilio dopo la dimissione per aiutarla a gestire correttamente la terapia, dandole consigli relativi alla corretta assunzione e aiutandola ad individuare soluzioni per gestirla al meglio.
- Può controllarle una eventuale medicazione o il corretto funzionamento di un dispositivo medico quale per esempio un catetere vescicale o un drenaggio, può somministrare o insegnare a Lei o ad un suo familiare come effettuare le iniezioni sottocute da farsi dopo un intervento chirurgico, ecc.

