

Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 20 giugno 2024, n. 416

Linee di indirizzo regionali per l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC).

Oggetto: Linee di indirizzo regionali per l’Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC).

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA del Presidente

VISTI

- la Costituzione;
- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale” e s.m.i.;
- il Regolamento Regionale del 6 settembre 2002, n. 1, “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale” e s.m.i.;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 24 aprile 2018 n. 203 concernente: “Modifica al Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale e successive modificazioni” che ha istituito la Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria;
- la Determinazione n. G07633 del 13/06/2018 di istituzione delle strutture organizzative di base denominate Aree e Uffici della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 25 maggio 2023, n. 234 con la quale è stato conferito l’incarico di Direttore della Direzione regionale “Salute e Integrazione sociosanitaria” al dott. Andrea Urbani;
- l’Atto di Organizzazione n. G13499 del 13 ottobre 2023 con il quale è stato conferito l’incarico di Dirigente dell’Area Rete Integrata del Territorio della Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria, al dott. Marco Nuti;
- l’Atto di Organizzazione del 23 febbraio 2024, n. G01930, concernente: “Riorganizzazione delle strutture della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Recepimento delle Direttive del Direttore Generale”;

VISTI, per quanto riguarda la disciplina in materia di contabilità e di bilancio:

- il D. Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5.5.2009, n. 42” e relativi principi applicativi, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126;
- la Legge regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: “Legge di contabilità regionale”;
- il Regolamento Regionale 9 novembre 2017, n. 26, recante: “Regolamento regionale di Contabilità” che, ai sensi dell’art. 56, comma 2, L.R. n. 11/2020, fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all’art. 55 della L.R. n. 11/2020, continua ad applicarsi, per quanto compatibile, con le disposizioni di cui alla medesima L.R. n. 11/2020;
- la Deliberazione della Giunta regionale 22 dicembre 2023, n. 950, concernente: “Ricognizione nell’ambito del bilancio regionale delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del servizio sanitario regionale, ai sensi dell’art. 20, comma 1, del D. Lgs n. 118 del 23 giugno 2011 e s.m.i. - Perimetro Sanitario – Esercizio Finanziario 2023”;
- la Legge Regionale 29 dicembre 2023, n. 23 recante: “Legge di stabilità regionale 2024”;
- la Legge Regionale 29 dicembre 2023 n. 24 recante: “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2024-2026”;
- la Deliberazione della Giunta regionale 28 dicembre 2023, n. 980 “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2024-2026. Approvazione del "Documento tecnico di accompagnamento", ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese”;
- la Deliberazione della Giunta Regionale 28 dicembre 2023, n. 981 “Bilancio di previsione

finanziario della Regione Lazio 2024-2026. Approvazione del "Bilancio finanziario gestionale", ripartito in capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa”;

- la Deliberazione della Giunta regionale 14 febbraio 2024, n. 75 “Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2024-2026 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11”.

VISTI

- la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 “Istituzione del servizio sanitario nazionale”;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 2012, n. 502 e successive modifiche concernente: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della Legge 23/10/1992, n. 421” e s.m.i.;
- il DPCM 12 gennaio 2017 recante “Definizione ed aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza”;
- il DCA del 20 gennaio 2020 n. U00018, concernente: “Adozione in via definitiva del piano rientro “piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario regionale 2019-2021 ai sensi e per gli effetti dell’art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo. Modifiche ed integrazioni al DCA U00469 del 14 novembre 2019 in esito al verbale del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019”;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri 5 marzo 2020, con cui è stato disposto, tra l’altro, di approvare il Piano di Rientro della Regione Lazio adottato dal Commissario ad acta con il DCA n. U00018 del 20/01/20 e recepito dalla Giunta regionale con la deliberazione n. 12 del 21 gennaio 2020, subordinatamente al recepimento, mediante deliberazione integrativa della Giunta, da adottarsi entro il termine del 30 marzo 2020 (poi prorogato al 30 giugno 2020), delle ulteriori modifiche richieste dai Ministeri Salute ed Economia e Finanze con il parere del 28 gennaio 2020;
- il DCA del 25 giugno 2020 n. U00081 che ha adottato il Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” in recepimento delle modifiche richieste dai Ministeri vigilanti con il citato parere del 28 gennaio 2020 e definito il percorso volto a condurre la Regione verso la gestione ordinaria della Sanità, previa individuazione degli indirizzi di sviluppo e qualificazione da perseguire;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 406 del 26/06/2020 recante: “Preso d’atto e recepimento del Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento”;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 661 del 29/09/2020 recante: “Attuazione delle azioni previste nel Piano di rientro denominato Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2012 adottato con il DCA n. 81 del 25 giugno 2020 e recepito con la DGR n. 406 del 26 giugno 2020”;
- il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato con Decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021 e notificata all’Italia dal Segretario generale del Consiglio con nota LT161/21 del 14 luglio 2021;
- il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 26 luglio 2022, n. 643 “Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77”;
- la Determinazione 20 dicembre 2022 n. G18206 “Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643 "Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto

ministeriale 23 maggio 2022, n. 77" quale recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell'Art.1 comma 2 del citato provvedimento.”;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale n. 976 del 28 dicembre 2023 “Adozione del Piano di programmazione dell’Assistenza territoriale 2024-2026” che, nell’ambito della riorganizzazione e del potenziamento dell’assistenza primaria e della continuità assistenziale, prevede l’implementazione della figura dell’Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) nel contesto del Servizio Sanitario Regionale;

RITENUTO necessario definire il ruolo e le funzioni dell'IFeC, specificando le linee di attività, delineare il modello organizzativo in cui opera a livello territoriale ed individuare i contenuti formativi minimi necessari;

VISTO il documento tecnico “Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità” elaborato dall’AGENAS;

VISTA la Determinazione 17 novembre 2023, n. G15330: “Infermiere di Famiglia e di Comunità - IFeC. Costituzione di un gruppo di lavoro regionale per l'istituzione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità nella Regione Lazio”;

VISTO il documento tecnico “Linee di indirizzo regionali per l’Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)” elaborato in attuazione del “Piano di programmazione dell’Assistenza territoriale 2024-2026”, di cui alla sopracitata Deliberazione di Giunta regionale n. 976 del 28 dicembre 2023;

RITENUTO di approvare il documento tecnico “Linee di indirizzo regionali per l’Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)”, allegato n. 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO di disporre che le Aziende Sanitarie Locali definiscano un Piano di attuazione aziendale in coerenza con quanto previsto dalle succitate Linee di indirizzo, che dovrà essere trasmesso alla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria entro il 31 luglio 2024, in coerenza con il cronoprogramma previsto nel “Piano di programmazione dell’Assistenza territoriale 2024-2026”;

DATO ATTO che dal presente atto non derivano oneri a carico del bilancio regionale;

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa, che si intendono integralmente richiamate:

- di approvare il documento tecnico “Linee di indirizzo regionali per l’Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)”, allegato n. 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di disporre che le Aziende Sanitarie Locali definiscano un Piano di attuazione aziendale in coerenza con quanto previsto dalle succitate Linee di indirizzo, che dovrà essere trasmesso alla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria entro il 31 luglio 2024, in coerenza con il cronoprogramma previsto nel “Piano di programmazione dell’Assistenza territoriale 2024-2026”.

Il Direttore regionale della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria provvederà a tutti gli adempimenti necessari all'attuazione delle Linee di indirizzo regionali per l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC).

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla pubblicazione ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi).

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito istituzionale www.regione.lazio.it.

Allegato 1



Linee di indirizzo regionali

Infermiere di famiglia e comunità

Sommario

Glossario e acronimi	3
Premessa.....	4
Sezione 1. Modello organizzativo e professionale dell’Infermieristica di Famiglia e Comunità nel contesto della Regione Lazio.....	5
Contesto demografico ed epidemiologico	5
Definizione	6
Popolazione target	7
I livelli dell’intervento	7
Le competenze core	9
Modello Organizzativo.....	11
Standard di personale	11
Attivazione del servizio	11
Strumenti di assessment.....	12
Piano di assistenza individualizzato e progetto di salute.....	14
Strumenti di monitoraggio	15
Sezione 2. Formazione regionale dell’IFeC	16
Articolazione del percorso di formazione regionale/aziendale	17
Rilascio Attestato.....	17
Percorsi compensativi	18
Fase di avvio del progetto formativo	18
BIBLIOGRAFIA	19

Glossario e acronimi

- ADI - Assistenza domiciliare integrata
- COT – Centrale operativa territoriale
- COT A - Centrale operativa aziendale
- COT D - Centrale operativa territoriale distrettuale
- MMG – Medico di medicina generale
- PLS – Pediatra di libera scelta
- PUA – Punto unico di accesso
- RSA – Residenza sanitaria assistenziale
- TOH – Centrale operativa ospedaliera
- UCA – Unità di continuità assistenziale

Premessa

Il presente documento si propone di definire il ruolo e le funzioni dell'Infermiere di famiglia e comunità (IFeC) specificando le linee di attività che gli sono proprie, di delineare il modello organizzativo in cui opererà a livello territoriale e di individuare i contenuti formativi minimi necessari.

Il documento è stato elaborato, in coerenza con la normativa vigente e in linea con gli obiettivi e le azioni previste dal Piano di Programmazione Territoriale (DGR 976/2023), dal gruppo tecnico costituito con Determinazione 17 novembre 2023 N. G15330 "Infermiere di Famiglia e di Comunità - IFeC. Costituzione di un gruppo di lavoro regionale per l'istituzione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità nella Regione Lazio".

Tratto distintivo ed elemento caratterizzante della funzione dell'IFeC è il modello di presa in carico, ovvero il superamento di un approccio esclusivamente prestazionale, verso un'assistenza integrata e globale attraverso processi di promozione della salute, prevenzione e percorsi di presa in carico della cronicità e della personalizzazione dell'assistenza.

È alla luce di questi elementi che vengono qui disegnate le linee di attività specifiche che caratterizzano il suo ruolo.

Il presente documento si articola in due sezioni:

1. definizione di ruolo e attività dell'IFeC ed identificazione delle specifiche linee di azione, rapporti con servizi e funzioni del territorio, con i medici del ruolo unico delle cure primarie, con le équipe multidisciplinari e la comunità di riferimento tenuto conto degli elementi di contesto demografico ed epidemiologico della Regione Lazio.
2. definizione degli obiettivi e contenuti minimi necessari per la formazione dell'IFeC.

Sezione 1. Modello organizzativo e professionale dell'Infermieristica di Famiglia e Comunità nel contesto della Regione Lazio

Contesto demografico ed epidemiologico

Il DM 77/2022 "Regolamento recante la definizione di standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" propone un nuovo modello di assistenza territoriale anche attraverso la definizione di nuovi ruoli e funzioni atti a rispondere adeguatamente ai bisogni di salute della popolazione, delle comunità, dei singoli cittadini in virtù degli attuali cambiamenti sociodemografici ed epidemiologici. Giova, quindi, rilevare alcuni aspetti sociodemografici propri del contesto regionale per meglio evidenziare l'importanza della funzione svolta dall'IFeC.

In linea con i dati nazionali, nella Regione Lazio si evidenzia un progressivo invecchiamento della popolazione come rilevato dal progressivo incremento dell'indice di vecchiaia (Tabella 1).

Tabella 1 Indice di vecchiaia Regione Lazio (fonte: open salute Lazio - 2022)

	Residenti al 1° gennaio	Indice di vecchiaia
2017	5.898.124	155,5
2018	5.896.693	158,5
2019	5.773.076	164,1
2020	5.755.700	169,3
2021	5.730.399	172,9
2022	5.714.882	177,8

Secondariamente, l'aumento dell'aspettativa di vita e il progressivo invecchiamento della popolazione conducono anche ad un aumento dell'incidenza di patologie croniche e di quadri di multimorbidità (Tabella 2).

Tabella 2. Patologie croniche % per fasce d'età. (Annuario statistico ISTAT, 2022)

Patologie croniche % per fasce d'età (Anno 2021)		
	<i>Almeno 1</i>	<i>Almeno 2</i>
60-64	60,2	30
65-74	74,6	48,9
75 e oltre	85,1	65,5

Per quanto attiene invece l'analisi delle strutture familiari della Regione Lazio si evidenzia: da un lato la diminuzione delle famiglie numerose, (dal 2009 al 2022 la quota di famiglie con più di 5 componenti è scesa dal 5,0% al 3,6%) e, dall'altro, la crescita delle famiglie unipersonali, che passano, nello stesso periodo, dal 33,3% al 36,8% (Figura 1).

Tabella 3. Famiglie unipersonali

Famiglie unipersonali	
Anni	%
2000-2001	24
2005-2006	26,1
2010-2011	29,4
2015-2016	31,6
2020-2021	33,2

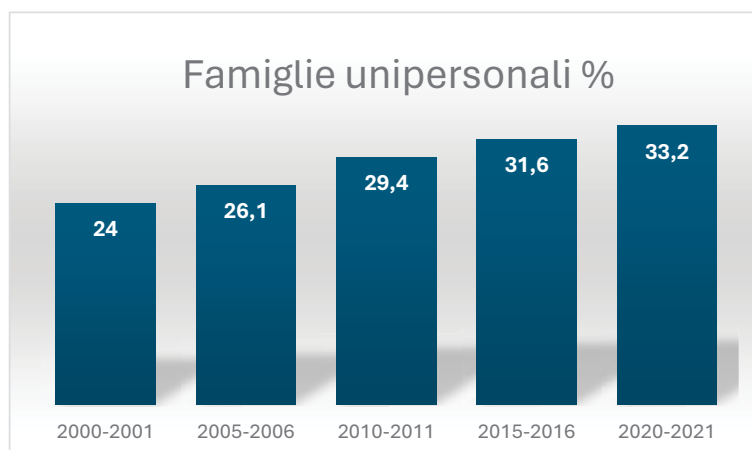


Figura 1. Famiglie unipersonali. Annuario statistico ISTAT, 2022

In un contesto come quello suesposto, intercettare precocemente i bisogni di salute di una popolazione sempre più anziana, sola e fragile rappresenta una sfida cruciale per il Sistema Sanitario Regionale. Nel perseguimento di questo obiettivo, la figura dell'IFeC riveste un ruolo strategico per la sua funzione preventiva e proattiva.

Definizione

L'introduzione dell'IFeC ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità.

L'IFeC è un professionista che, garantendo una presenza continuativa nell'area/ambito o comunità di riferimento:

- assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, infermieri di ADI ecc.), perseguendo l'integrazione interdisciplinare con altri servizi infermieristici, sanitari e sociali presenti sul territorio e ponendo al centro la persona. L'IFeC non è solo un erogatore di assistenza sanitaria, ma anche potenziale attivatore di servizi assistenziali per bisogni sociosanitari latenti, anche nella comunità, al fine di fornire risposte globali e personalizzate per sostenere la salute e la qualità di vita delle persone;
- ha un forte orientamento alla prevenzione e alla gestione proattiva della salute e ricopre diverse funzioni a seconda del contesto in cui opera. Svolge la sua attività sul territorio, a seconda dei modelli organizzativi regionali, in collaborazione con i servizi aziendali specifici, agendo in modo proattivo, garantendo la promozione di idonei stili di vita e la presa in carico delle persone e delle comunità;
- si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio;
- svolge la sua attività inserito in una più ampia rete di protezione sanitaria e sociale, in grado di attivare e supportare le risorse di pazienti e caregiver, del volontariato, del privato sociale, e più in generale della comunità.

In questi termini, il tempo che dedica alla relazione con la persona, gli altri operatori e i soggetti della rete dei servizi formali e informali va considerato tempo di cura.

Nello specifico, l'IFeC:

- collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;
- contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti della *population health management*;
- promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo (in presenza o in remoto), in collaborazione con tutti i livelli, i contesti e in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica, con attori sanitari e non sanitari nel supporto allo sviluppo di comunità resilienti e ambienti favorevoli alla salute in un'ottica One Health;
- promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità;
- svolge attività di *counseling* per la promozione di comportamenti positivi, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;
- valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver;
- lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie e con le risorse della comunità (associazioni di volontariato, ecc.) e collabora in team con i MMG/PLS e gli altri professionisti sanitari;
- utilizza sistematicamente strumenti digitali, telemedicina e teleassistenza.

Popolazione target

L'IFeC opera con tutti i cittadini, sani e malati. Nell'ottica dell'equità, identifica sul proprio territorio le fasce di popolazione ritenute più fragili su cui attivare con focus primario progetti personalizzati di promozione della salute, prevenzione e cura.

In considerazione dell'azione dell'IFeC articolata sui livelli individuale, familiare e comunitario, tenuto conto dei dati epidemiologico-demografici e della variabilità geografico-territoriale nel contesto della Regione Lazio, risulta opportuno identificare - pur nella non esclusività legata al ruolo specifico e comunitario del professionista IFeC - dei target prioritari di intervento in base ai bisogni di salute caratterizzanti i contesti territoriali di riferimento in ciascuna azienda sanitaria locale.

I livelli dell'intervento

L'intervento dell'IFeC si sviluppa sostanzialmente in tre ambiti:

- a livello ambulatoriale, come punto di incontro in cui gli utenti possono recarsi per ricevere: (a) informazioni, per orientare meglio ai servizi e (b) prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza rivolti alla prevenzione collettiva, alla sanità pubblica, e all'assistenza di base (DPCM del 12 gennaio 2017), inclusi interventi di educazione alla salute;
- a livello domiciliare, per valutare i bisogni del singolo e della famiglia e organizzare l'erogazione dell'assistenza nelle forme più appropriate;
- a livello comunitario, con attività trasversali di promozione ed educazione alla salute, integrazione con i vari professionisti tra ambito sanitario e sociale, mappatura e attivazione di possibili risorse formali e informali.

Inoltre, presso strutture residenziali e intermedie (strutture socio-sanitarie) con attività di consulenza, monitoraggio e attivazione di risorse in base ai bisogni rilevati, per garantire la continuità assistenziale tra i diversi contesti di cura.

I suddetti setting di attività dell'IFeC, come noto, prevedono funzioni e attività che a titolo esemplificativo possono essere come di seguito declinate.

- A. Livello ambulatoriale: ha luogo presso ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali, nel contesto delle Case di Comunità. L'attività ambulatoriale deve poter essere garantita ad accesso diretto, secondo modalità definite in sede aziendale.
- orientamento e informazione all'utente relativamente all'offerta sanitaria migliorando l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari pubblici (ad esempio informazioni riguardanti la rete dei servizi distrettuali e le vie di accesso agli stessi, indicazioni sulle modalità per ottenere presidi e ausili);
 - promozione di interventi di educazione alla salute finalizzati all'autogestione di problemi assistenziali semplici, attraverso il rafforzamento del *self-care* nell'ottica dell'*empowerment*. Ad esempio:
 - presa in carico proattiva ambulatoriale e/o domiciliare della persona con multimorbidità e danni d'organo ancora contenibili, con bisogni complessi e autonomia funzionale conservata, sulla base di protocolli concordati e aggiornati, percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali aziendali per utenti cronici inseriti in apposito registro di patologia o di fragilità. Tali attività intendono sviluppare la consapevolezza e l'alleanza terapeutica della persona, nel rispetto delle scelte e della dignità dell'individuo, della famiglia e della comunità;
 - realizzazione e valutazione di interventi di tipo educativo, attraverso la definizione di un progetto educativo individuale, orientato a far apprendere alla persona assistita ed ai familiari, abilità di *self-care* e autogestione;
 - mettere in rete utente e associazioni di volontariato per realizzare forme di auto-mutuo aiuto.
- B. Livello domiciliare: la visita domiciliare consente di rilevare anche i bisogni inespressi e di concordare con l'utente e la famiglia/caregiver le azioni necessarie per la promozione e il mantenimento della salute della persona attraverso il rafforzamento della sua autonomia, evitando il ricorso alle strutture di ricovero. L'attività a domicilio, attraverso interventi diretti e indiretti focalizzati sulla persona e famiglia, si caratterizza per le attribuzioni già illustrate nell'attività ambulatoriale integrate dalle seguenti funzioni:
- favorire l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita e l'integrazione fra assistenza sanitaria e sociale, in raccordo e sinergia con i diversi soggetti istituzionali, nodi della rete e le diverse professionalità presenti sul territorio;
 - promuovere la salute valutando il livello di conoscenza sulla patologia e sulla sua gestione ottimale, per modulare i processi di apprendimento e di cambiamento necessari a incrementare le capacità di autocura e l'autonomia della persona e della sua famiglia, e la condivisione di progetti individualizzati attraverso l'integrazione delle cure infermieristiche con tutte le esigenze di ordine sanitario, sociale e soprattutto educativo del nucleo familiare, con un approccio volto a valorizzare le risorse delle singole famiglie indirizzandole verso un corretto *self-care* ed autogestione. La promozione dell'autonomia si realizza attraverso l'aumento della abilità di *self-care* dell'utente e della sua famiglia, l'attivazione di reti informali (parenti, amici, vicini, gruppi di volontariato, di auto-aiuto);
 - valutare i bisogni socioassistenziali, anche inespressi, sia della persona sia della sua famiglia, con particolare attenzione ai caregiver e in ottica preventiva;

- sostenere e fornire informazioni ai caregiver e al nucleo familiare per favorire la possibilità di permanenza a domicilio delle persone;
 - individuare idonei strumenti per il monitoraggio a distanza e per la teleassistenza che possono favorire la vita a domicilio, in sinergia con altri professionisti, servizi e stakeholders territoriali.
- C. Livello comunitario: l'IFeC svolge attività trasversali con l'obiettivo di favorire l'accesso ai servizi, la continuità delle cure e l'integrazione tra i vari operatori sanitari/sociali e le possibili risorse formali e informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti i bisogni di salute e di agire in ottica preventiva.
- Collabora con gli enti del territorio, inclusa la scuola, su specifici progetti di promozione della salute.

Attraverso il lavoro di rete, che non può essere definito solo come un metodo di lavoro, ma riflette un modo d'essere degli operatori, l'IFeC assieme agli altri professionisti (MMG, assistente sociale, ecc), accerta le risorse, le potenzialità dell'assistito, della famiglia, della comunità e dei servizi istituzionali sanitari e sociali, pone al centro la persona con i suoi reali bisogni e mette in rete tutte le forze, i mezzi, le strategie necessarie per offrire una risposta vicina alle reali necessità e attese. Così facendo l'assistito, le persone significative per lui e tutti i professionisti riflettono e cercano insieme le soluzioni per quella data situazione.

Le competenze core

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

- la valutazione dei bisogni di salute della persona in tutte le fasi della vita, delle famiglie e della comunità attraverso approcci sistemici validati come il modello di analisi e intervento familiare;
- la conoscenza e l'analisi dei fattori di rischio prevalenti nel territorio di riferimento, considerando i determinanti della salute e le caratteristiche ambientali;
- la promozione della salute e la prevenzione primaria, secondaria e terziaria facendo riferimento ai modelli concettuali disponibili, tra cui: il *Population Health Promotion Model*, l'*Expanded Chronic Care Model* e il *Population Health Management*;
- la tutela di un sano inizio della vita;
- la presa in carico delle persone sane o con malattie croniche in tutte le fasi della vita e delle persone con livelli elevati di rischio di malattia, ad esempio associati all'età, al genere o al carico di assistenza ad altri malati;
- la presa in carico delle persone con disagio psichico, psicologico e comportamenti di dipendenza;
- lo sviluppo dell'educazione sanitaria in ambito scolastico;
- la relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica con le persone e le loro famiglie;
- la valutazione personalizzata dei problemi sociosanitari che influenzano la salute, con i professionisti che operano sul territorio;
- la definizione di programmi di intervento infermieristici basati su prove di efficacia, anche fornendo agli assistiti le indicazioni dei presidi assistenziali più efficaci al percorso di cura concordato;
- la definizione di ambiti e problemi di ricerca;
- l'utilizzo di supporti documentali e gestionali informatici per la documentazione dell'attività assistenziale, al fine di assicurare basi accurate di misurazione di indicatori di processo e di risultato;
- la rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e l'individuazione delle eventuali strategie preventive;

- l'identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone attraverso scale validate;
- l'erogazione di interventi di promozione di stili di vita e comportamenti salutari dell'individuo e della famiglia anche in relazione alla cura di eventuali patologie già in atto;
- il coinvolgimento attivo degli individui e delle famiglie nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale;
- la valutazione del bisogno di orientamento rispetto ai servizi sociosanitari esistenti, ai percorsi necessari per la loro attivazione e all'utilizzo delle fonti di informazione e di comunicazione disponibili;
- il sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management;
- la facilitazione delle dimissioni precoci in stretta sinergia con l'ospedale, il MMG, il PLS e gli altri specialisti;
- il monitoraggio del grado di stabilità clinico/assistenziale e del livello di complessità e 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 i MMG e con gli altri professionisti coinvolti;
- il monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di rischi/ problematicità al MMG;
- l'adozione di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la teleassistenza che possono favorire la presa in carico a domicilio in sinergia con altri professionisti e con le organizzazioni territoriali;
- l'attivazione di consulenze infermieristiche su specifiche problematiche assistenziali.

Inoltre, a livello comunitario:

- la lettura e analisi del contesto comunitario, attraverso un processo partecipativo tra i vari stakeholder di riferimento del territorio;
- la mappatura delle risorse del territorio per il mantenimento di stili di vita sani, incluse le associazioni di volontariato;
- la formazione, coordinamento e supervisione delle persone che entrano a far parte volontariamente della rete assistenziale della comunità;
- la collaborazione con le autorità sanitarie locali per costruire flussi informativi utili alla valutazione e gestione della popolazione in carico;
- la garanzia della continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, grazie alla Centrale Operativa Territoriale (COT), in sinergia con le organizzazioni, i MMG e gli altri professionisti;
- la collaborazione con il MMG, con le Unità di Valutazione Multidimensionale dei Distretti, con i professionisti dei servizi socioassistenziali, con le associazioni di volontariato;
- la partecipazione alla redazione, verifica, attuazione e supervisione di protocolli e procedure per la qualità dell'assistenza;
- la progettazione di interventi di rete e monitoraggio dei risultati nell'ottica dell'attivazione del capitale sociale e dello sviluppo dell'empowerment di comunità;
- la progettazione e attivazione di iniziative di promozione e prevenzione della salute rivolte alla comunità che favoriscano la partecipazione attiva;
- l'attivazione di iniziative di informazione sulla salute e sui rischi rivolte a gruppi di persone;
- l'applicazione di strategie e metodi educativi a gruppi di persone, mirati al miglioramento delle abitudini e degli stili di vita e al self-management;
- la progettazione di occasioni di incontro tra persone che presentano problemi di salute simili per favorire i processi di auto mutuo aiuto con modelli validati come il Modello Stanford.

Modello Organizzativo

L'IFeC è un dipendente del SSR che afferisce al distretto sanitario e si inserisce nell'organizzazione territoriale aziendale, all'interno delle Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità e Unità di Continuità Assistenziale.

È necessario che sia sostenuto il superamento del modello prestazionale, che sinora ha caratterizzato l'attività degli infermieri nei servizi territoriali e che l'IFeC svolga una funzione integrata e aggiuntiva a tali interventi, attraverso la realizzazione di modelli di prossimità e di iniziativa.

Va realizzata la possibilità di condividere in modalità strutturate lo stesso bacino di utenti, definito e circoscritto sulla base di criteri geografici, con gli altri professionisti, tra cui in particolare il MMG e il PLS al fine di creare una vera équipe multiprofessionale che si costituisce in relazione alle caratteristiche sociali ed epidemiologiche, come elementi determinanti una comunità e i suoi bisogni, e divenire punto riferimento per la popolazione assistita.

Deve essere favorita concretamente l'integrazione dell'azione degli IFeC con i servizi esistenti, attraverso percorsi condivisi e la definizione di ruoli specifici (es. il *disease manager*, il *case manager*, l'*eHealth monitoring*), nonché il potenziamento e lo sviluppo della rete sociosanitaria con un'azione che si sviluppa dentro e con le famiglie/comunità.

Standard di personale

Come specificato dalla Linee di Indirizzo "infermieri di Famiglia o Comunità" di AGENAS, lo standard di personale, le finalità e le modalità di assunzione sono stati previsti dall'art. 1, comma 5 della legge n. 77 del 17.7.2020. In particolare, a decorrere dal 2021, la legge dispone che, *"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 COVID19, 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 ASL *"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"* (ovvero nei limiti delle risorse assegnate a ciascuna Regione dalla legge stessa).

Nel DM 77/2022 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", lo standard di personale previsto è quantificato **in 1 Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 3.000 abitanti**. Il bacino di utenza può comunque variare a seconda delle caratteristiche orografiche del territorio (aree interne, isole, comunità montane, zone metropolitane ad alta densità abitativa).

Attivazione del servizio

L'attivazione dell'assistenza infermieristica di Famiglia e Comunità può avvenire per richiesta da parte dell'utente, su segnalazione ai professionisti appartenenti alla rete socio-sanitaria (medici, infermieri, assistenti sociali ecc...), per il tramite di una valutazione multidimensionale.

I servizi erogabili dall'IFeC possono essere inoltre richiesti e attivati in modalità diretta o mediata dalla COT-D come sotto indicato:

- Modalità diretta da parte di:
 - a) Direzione del Distretto, per interventi di proattività a seguito di processi di stratificazione della popolazione;

- b) AFT/UCCP attraverso obiettivi condivisi in risposta a bisogni clinico assistenziali di comunità in linea con la programmazione distrettuale;
- c) Medici di ruolo unico delle cure primarie attraverso obiettivi condivisi in risposta a bisogni clinico assistenziali individuali in linea con la programmazione distrettuale;
- d) infermiere dei servizi ambulatoriali, laddove venga individuato nel setting prestazionale un problema assistenziale in linea con la programmazione distrettuale.
- Attraverso la COT-D da parte di:
 - a) Punto Unico di Accesso;
 - b) Medico specialista e/o direzione della CdC;
 - c) case manager presente nell'Ospedale di Comunità, alla dimissione della persona assistita;
 - d) case manager di Percorso e PDTA;
 - e) UCA;
 - f) NEA 116117.

Strumenti di assessment

Nel momento in cui l'IFeC viene a contatto con una persona da prendere in carico, ne valuta le condizioni utilizzando appositi strumenti di assessment. L'IFeC utilizza strumenti validati, utili alla identificazione del bisogno sanitario e assistenziale in persone con fragilità, scarsa aderenza ai trattamenti terapeutici, scarso livello di engagement.

Tra questi si citano, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- a) Scheda di Health Literacy: scala composta da 5 items che consente di valutare il grado di alfabetizzazione sanitaria;
- b) Scala NRS (Numeric Pain Rating Scale): scala unidimensionale a 10 punti che valuta l'intensità del dolore nell'adulto, includendo anche condizioni di dolore cronico dovute a malattie reumatiche;
- c) Scala Morisky MMAS-4 (Medication Adherence Scale) per valutare il livello di aderenza terapeutica nella versione composta da 4 domande;
- d) Barthel Index, scala ordinale costituita da 10 item per valutare il grado di svolgimento delle attività della vita quotidiana Activities of Daily Living (ADL) ovvero tutte le attività fondamentali che un individuo adulto riesce a compiere in autonomia e senza il bisogno di assistenza per sopravvivere e prendersi cura di sé;
- e) Charlson Comorbidity Index (CCI) o Indice di Comorbidità di Charlson. È una scala utile per classificare le "comorbidità" che potrebbero influire sul rischio di mortalità e quindi di prevedere il rischio di morte da comorbidità. È stata sottoposta a numerose revisioni e variazioni nel corso degli anni; il questionario proposto è composto da 14 items e viene utilizzato soprattutto in soggetti anziani affetti da neoplasie, malattie neurodegenerative e cardiopatie croniche;
- f) Screening della fragilità (Clinical Frailty Scale - CFS) una scala liberamente tradotta in italiano per gentile concessione degli autori, che considera 7 items per valutare la fragilità del paziente. Nel 2020 la CFS è stata ulteriormente rivista (versione 2.0) con piccole modifiche chiarificatrici alle descrizioni dei livelli e alle etichette corrispondenti;
- g) Scala del Self-care nelle malattie croniche (Self-Care of Chronic Illness Inventory - SC-CII); è uno strumento composto da tre scale che riflettono la Middle Range Theory of Self-care of Chronic Illness. Misura il self-care dei pazienti affetti da malattie croniche. Le scale sono standardizzate da 0 a 100, con punteggi più alti che indicano un migliore self-care; il cut-off per "adeguato" self-care è un punteggio pari o superiore a 70;

- h) Modello di valutazione e intervento Calgary Family Assessment Model (CFAM) e Calgary Family Intervention Model (CFIM), strumento di valutazione della famiglia per decidere gli interventi di assistenza necessari. Lo strumento si basa sul riconoscimento dell'unicità di ogni famiglia che possiede delle proprie forze specifiche.
- i) Sunfrail Scale;
- j) Patient Health Engagement (PHE) Scale.

Si riporta, nella seguente tabella, il set minimo di informazioni da acquisire sulle condizioni di vita e di salute da parte dell'IFeC.

Tabella 4. Set minimo informazioni

Dati anagrafici (tra cui: nascita, residenza, titolo di studio, attività professionale)
Anamnesi familiare (tra cui: membri prossimi della famiglia, relazioni di prossimità, presenza di caregiver, ecc.)
Ambiente di vita (descrizione dell'abitazione)
Anamnesi personale prossima e remota (include tra l'altro: documentazione clinica, quadro nutrizionale, patologie, terapie, allergie, quadro vaccinale, programmi di screening, inserimento in PDTA e tutti i dati utili in questo senso)
Valutazione delle condizioni mediante somministrazione di specifiche strumenti: autonomia ADL, adesione alle prescrizioni terapeutiche e tutte le valutazioni in questo senso
Eventuali servizi già attivati o attivi

Piano di assistenza individualizzato e progetto di salute

Il DM 77/2022 definisce il Progetto di Salute come *“il filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socioassistenziali, in raccordo con i servizi sociali, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato come portatore di fattori di rischio o a partire dal primo contatto con il SSN, alimentando in modo coerente e tempestivo il relativo FSE. La definizione del Progetto di Salute si basa sulla valutazione costante del bisogno di salute ed implica sistemi organizzativi e gestionali in grado di valutare gli interventi clinico assistenziali e dei servizi di supporto garantendo la partecipazione di più professionisti per tutta la durata della presa in carico, senza interruzioni tra setting assistenziali e fondato sulla proattività del SSN”*.

L'analisi delle informazioni raccolte, opportunamente condivisa con gli altri professionisti coinvolti, costituisce l'elemento chiave per l'elaborazione del piano specifico di interventi. In tal senso, sempre il DM 77/2022 rileva come sia proprio l'individuazione dei bisogni socioassistenziali nel Progetto di Salute a determinare *“l'identificazione di un'équipe multiprofessionale minima (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, medico specialista ed infermiere); maggiore è la complessità clinico-assistenziale, maggiori saranno le figure professionali coinvolte e in continua evoluzione in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa.”*

La pianificazione assistenziale permette di affrontare in modo sistematico i problemi della persona e accompagna l'IFeC nell'assunzione di decisioni per il raggiungimento di specifici obiettivi, in un'ottica di presa in carico personalizzata e di continuità nelle cure.

L'assessment a domicilio permette, attraverso la redazione del Progetto di Salute, di identificare i bisogni dell'assistito, determinare gli obiettivi da raggiungere, pianificare gli interventi necessari, coinvolgere l'équipe multiprofessionale laddove sia necessario redigere un Piano di Assistenza Individuale. Il Progetto di Salute rappresenta per l'IFeC lo strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socioassistenziale della presa in carico. Il progetto viene redatto congiuntamente all'utente/caregiver al primo appuntamento e rielaborato con il MMG/PLS, laddove si preveda un intervento di natura sanitaria (programma terapeutico) ovvero integrato con i servizi sociali e socioassistenziali, nelle situazioni in cui prevalga tale bisogno.

Pertanto in base ai bisogni assistenziali, l'infermiere di famiglia e comunità assolve le azioni di presa in carico, divenendo il riferimento diretto del paziente e/o caregiver. Il livello di attività è determinato dal livello di stratificazione del rischio dei suoi assistiti e dal progetto di salute. Concorre, in particolare, a contrastare l'istituzionalizzazione e la «fragilità» attraverso l'educazione e il supporto dei pazienti al self management.

L'IFeC è dunque parte attiva nel processo di redazione del progetto di salute per cui si auspica una progressiva digitalizzazione foriera dei seguenti benefici:

- per l'utente, attraverso servizi di telemedicina/ teleassistenza, la ricezione delle prescrizioni terapeutiche, il diario degli appuntamenti per le visite di controllo, il calendario delle vaccinazioni e degli screening, gli appuntamenti per esami diagnostici, la gestione dell'aderenza ai piani terapeutici, ai piani nutrizionali, ai piani riabilitativi;
- per il professionista IFeC, al fine di acquisire in tempo reale le informazioni provenienti dall'utente e programmare su piattaforme gli appuntamenti per le visite e gli accertamenti diagnostici necessari con priorità diversificata, e verificarne l'esecuzione degli stessi da parte dell'utente.

Qualora il modello delle comunicazioni per via informatica non possa essere realizzato, l'IFeC calendarizza gli incontri e utilizza la comunicazione telefonica e la visita a domicilio quali strumenti adattati all'empowerment dell'utente.

Strumenti di monitoraggio

Si riporta un primo set di indicatori di monitoraggio degli esiti delle attività svolte dagli IFeC come definito dalla Delibera di Giunta regionale n. 643/2022:

- % di utenti che si recano agli appuntamenti programmati sul totale pazienti arruolati nei pdta;
- % di utenti che ricevono le vaccinazioni secondo i calendari;
- % di utenti che aderiscono agli inviti dei programmi di screening;
- % di utenti non aderenti alla terapia/terapie prescritte;
- % di utenti con 1 o più episodi di ricovero evitabili;
- % di utenti i cui valori ematochimici risultano alterati rispetto alla patologia/e di cui sono affetti;
- % di utenti che acquisiscono competenze di automonitoraggio.

Questi indicatori di esito valutano l'impatto degli interventi dell'IFeC all'interno dei setting nei quali opera considerando, naturalmente, che modifiche importanti di questi valori dipendono dall'operato complessivo di diversi professionisti, in diversi servizi e ambiti.

La progressiva attivazione sul territorio regionale dell'IFeC permetterà di definire, alla luce di un'osservazione longitudinale, ulteriori indicatori di processo ed esito.

Sezione 2. Formazione regionale dell'IFeC

Questa sezione del documento descrive i contenuti formativi minimi rivolti agli IFeC. La Regione Lazio, come disposto dalla Determinazione G18206 del 20/12/2022, ha avviato un complesso processo di pianificazione della formazione per tutti i professionisti della salute coinvolti nelle azioni di riorganizzazione territoriale che accompagnerà per tutte le fasi di implementazione della programmazione regionale. All'interno della pianificazione in corso di elaborazione la formazione dell'"Infermiere di Famiglia e Comunità" costituisce una priorità di particolare rilevanza da perseguire.

Tale linea strategica viene raccolta e ribadita con maggiore dettaglio dalla Determinazione G02706 del 28/2/2023 che specifica: "in accordo con il framework fornito dall'OMS, la formazione dell'IFeC deve consentire di acquisire capacità di educare e fornire consulenza sui corretti stili di vita, individuando i comportamenti a rischio per la salute, di attivare strategie preventive di sanità pubblica e di costruire reti sia tra i servizi dell'area sanitaria e sociale che con le risorse presenti nella comunità di riferimento, al fine di sostenere la famiglia con forme di solidarietà e supporto comunitarie".

Il documento di programmazione della formazione del personale del SSR triennio 2023-2025 (Determinazione G16918 del 15-12-2023) indirizza, inoltre, le ASL nella progettazione aziendale di quanto già indicato nelle precedenti disposizioni.

In relazione alle competenze *core* da acquisire con la formazione, e tenuto conto delle necessità di sviluppare una *workforce* composta da professionisti formati quali IFeC, per l'implementazione di quanto previsto dal DM 77/2022, nelle more della definizione e della implementazione di percorsi di formazione universitaria specifici, saranno realizzati percorsi formativi di tipo regionale/aziendale, necessari per l'acquisizione delle competenze minime.

Si ritiene opportuno avviare una formazione che tenga conto delle diverse iniziative assunte nel tempo anche dalle Aziende Sanitarie Locali e di master universitari già frequentati in materia, con l'obiettivo di garantire che i professionisti dedicati siano in possesso di conoscenze e competenze funzionali a dare compiuta attuazione a quanto previsto dalle norme.

L'intervento formativo sarà articolato secondo quanto descritto in Tabella 5.

Tabella 5. Contenuti formativi IFeC

Formazione regionale dell'IFeC. Modello formativo	
Normativa di riferimento	• DPCM 12/01/2017 recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502»; • Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia/Comunità ex legge 17.07.2020 n.77; • Det. G18203 del 20/12/2022; • Det. G02706 del 28/2/2023;
Destinatari	Infermieri appartenenti ai ruoli delle Aziende del SSR
Contenuti formativi	• Principi del Population Health Management, Chronic Care Model, Welfare Comunitario, Developmental Health Model;

	• Principi di universalità e uguaglianza nell'accesso alle cure: il Programma Nazionale Equità nella Salute, Piano Nazionale Prevenzione (PNP 2020-2025) e loro elaborazioni regionali; • Il piano nazionale e regionale per la cronicità, piano nazionale oncologico • Azioni di sanità pubblica: prevenzione primaria, secondaria e terziaria • I determinanti della salute e le politiche per la salute pubblica, il piano nazionale e regionale della prevenzione; • Strumenti di Assessment infermieristico per la valutazione dei bisogni della popolazione e interventi infermieristici (Clinical Care Classification System - versione 2.5, Modello di analisi e intervento familiare di Calgary, Friedman Family Assessment Model, McGill model); • Sviluppo dell'Empowerment individuale e Comunitario, modelli di Welfare generativo di Comunità: conoscenza della rete dei servizi sanitari e sociali; • Utilizzo del PDTA come strumento per la presa in carico e continuità assistenziale. Principi di Care e Case Management; • Concetti di statistica ed epidemiologia (stratificazione della popolazione e del rischio - Il PRIS); • Principi di Telemedicina (televisita, teleconsulto/teleconsulenza, telemonitoraggio, teleassistenza) come strumento integrato interprofessionale per l'acquisizione e trasmissione dati (Booking management system, gestione documentale)
Durata	200 ore complessive di cui: - 80 ore di formazione teorica - 80 ore di tirocinio - 40 ore di project work
Esame finale	Il rilascio dell'attestato prevede la frequenza del 90% delle ore previste (teoria + tirocinio) e il superamento con esito positivo di un esame finale

Articolazione del percorso di formazione regionale/aziendale

Linearmente a quanto definito nell'allegato 1 *Percorso formativo - Linee Di Indirizzo Infermiere Di Famiglia e Comunità* elaborato da Agenas, la formazione sarà di tipo *blended* e seguirà una logica modulare.

Complessivamente il corso ha la durata di 200 ore. È prevista una formazione teorica di 80 ore di lezioni frontale (da svolgere, in parte in presenza, e in parte a distanza in modalità sincrona e asincrona) articolate in 10 moduli da 8 ore ciascuno. La fase di tirocinio avrà una durata di 80 ore e sarà svolto in un setting appropriato, con la supervisione di un tutor esperto. La formazione esperienziale potrà essere svolta in modalità diretta o a distanza. Per il project work sono previste 40 ore di lavoro individuale o di team.

Rilascio Attestato

Per il rilascio dell'attestato ai partecipanti è richiesta la frequenza del 90% delle ore di formazione previste (teoria, tirocinio, project work) e il superamento di un esame finale.

La commissione per l'esame finale sarà composta da almeno un rappresentante regionale ed un rappresentante dell'Azienda che ha erogato il corso.

È possibile prevedere, tramite specifici accordi con gli Atenei, il riconoscimento del percorso regionale in un numero di Crediti Formativi Universitari (CFU) validi per l'acquisizione di un Master di Primo Livello in materia, oltre ai moduli obbligatori previsti.

Percorsi compensativi

Al fine di poter valorizzare i percorsi compiuti dai professionisti che già operano in contesti che richiedono l'impiego di competenza avanzata, saranno previsti due percorsi compensativi:

- a) **saranno esonerati dalla frequenza dell'intero percorso** formativo tranne che dalla frequenza del modulo obbligatorio di formazione regionale ed alla prova di valutazione finale per il rilascio dell'attestato, riconoscendo l'equivalenza di tali esperienze formative al percorso formativo regionale, coloro che hanno conseguito titoli in corsi di formazione o master universitari in materia svolti nei 5 anni antecedenti che abbiamo previsto un numero equivalente di ore formative in materia.
- b) **saranno esonerati dalla frequenza dell'intero percorso formativo tranne che dalla frequenza del modulo obbligatorio di formazione regionale ed alla prova di valutazione finale per il rilascio dell'attestato** coloro che avranno svolto un'attività professionale in ambito specifico negli ultimi 5 anni, attestata dall'azienda sanitaria di appartenenza.

Fase di avvio del progetto formativo

La fase di avvio e implementazione delle iniziative di formazione regionale prevede una preliminare rilevazione del fabbisogno finalizzata alla definizione di dettaglio del numero di professionisti da formare e delle iniziative regionali/aziendali da calendarizzare.

A livello regionale sarà organizzato un corso/progetto pilota destinato ad un target di n. 20 infermieri individuati dalle Aziende di appartenenza (n. 2 infermieri per ogni ASL).

Le edizioni successive saranno realizzate a livello di singole ASL.

BIBLIOGRAFIA

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015) (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15)
- Patto per la salute 2019-2021, Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, 18 dicembre 2019
- 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"
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 – Ministero della Salute, agosto 2020
- Piano nazionale della cronicità, Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, 15 settembre 2016
- Legge 17 luglio 2020, n. 77: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19"
- DM 22 giugno 2022 N. 77: "Regolamento recante la definizione di standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dei Ministri il 12 gennaio 2021 ed il 13 luglio 2021 con Decisione del Consiglio dell'Unione europea
- DGR 26 luglio 2022, n. 643, Regione Lazio: "Approvazione del documento 'Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77"
- Determinazione G18206 del 20/12/2022: "Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643 "Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77" quale recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell'Art.1 comma 2 del citato provvedimento"
- Determinazione G02706 del 28/2/2023: "Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ed in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 e la Determinazione regionale 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro regionale di cui alla Determinazione regionale n. G14215 del 19 ottobre 2022"
- Determinazione G16918 del 15/12/2023: "Indirizzi per la formazione del personale delle Aziende ed Enti del SSR per il triennio 2023-2025"
- DGR 28 dicembre 2023, n. 976, Regione Lazio, Adozione del Piano di programmazione dell'Assistenza territoriale 2024 - 2026.

- DGR Piemonte 2 luglio 2021, n. 6-3472, "Linee di indirizzo regionali in materia di infermiere di famiglia e di comunità", per il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale
- DGR Friuli Venezia Giulia n. 1484, 14 ottobre 2022, "Infermiere di Famiglia e Comunità: il modello assistenziale in Friuli Venezia Giulia – Policy regionale"
- DGR Toscana 4 giugno 2018 n. 597, "Indirizzi per lo sviluppo del modello assistenziale infermiere di famiglia e di comunità. Approvazione e destinazione delle risorse"
- DGR del Veneto del 16 giugno 2020 n. 782 - Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 (Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Attuazione delle misure in materia sanitaria)
- Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia e Comunità- AGENAS, Protocollo n. 2023/0009548 del 20/09/2023
- Position paper dell'Associazione Italiana Infermieri di Famiglia e di Comunità (AIFEC), 2019
- Position Statement "L'Infermiere di Famiglia e di Comunità", FNOPI, 19 settembre 2020
- Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded chronic care model: An integration of concepts and strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Healthcare Quarterly* 2003; 7(1), 73–82
- Dichiarazione della Sanità Mondiale - Health21: La salute per tutti nel 21° secolo - OMS, 1998
- Lazio in numeri 2022, Regione Lazio, dicembre 2022
- Annuario Statistico Italiano 2022, ISTAT, 2022
- Progetto Co.N.S.E.N.So - Community Nurse and Supporting Elderly in a Changing Society, progetto transnazionale attuato in cinque regioni dell'area alpina: Piemonte, Liguria, Provenza-Alpi-Costa Azzurra, Carinzia, Slovenia, 2014-2020
- World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. (2012). A framework for community health nursing education. WHO Regional Office for South-East Asia. <https://iris.who.int/handle/10665/204726>