



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Reg. delib. n. 1911

Prot. n.

VERBALE DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA PROVINCIALE

OGGETTO:

Approvazione del documento di indirizzo: Infermiere di famiglia o Comunità (IFoC) - progetto di sviluppo nella Provincia autonoma di Trento.

Il giorno **13 Ottobre 2023** ad ore **09:00** nella sala delle Sedute
in seguito a convocazione disposta con avviso agli assessori, si è riunita

LA GIUNTA PROVINCIALE

sotto la presidenza del

PRESIDENTE

MAURIZIO FUGATTI

Presenti:

VICEPRESIDENTE
ASSESSORE

MARIO TONINA
MIRKO BISESTI
MATTIA GOTTARDI
STEFANIA SEGNANA
GIULIA ZANOTELLI

Assenti:

ASSESSORE

ROBERTO FAILONI
ACHILLE SPINELLI

Assiste:

IL DIRIGENTE

NICOLA FORADORI

Il Presidente, constatato il numero legale degli intervenuti, dichiara aperta la seduta

LA GIUNTA PROVINCIALE

Considerato che il DL 19 maggio 2020, n. 34, convertito nella L. 17 luglio 2020, n. 77 recante *"Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19"* ha introdotto l'Infermiere di famiglia o di comunità (IFoC), per rafforzare i servizi infermieristici e per potenziare la presa in carico sul territorio di persone affette da COVID-19, nonché di tutte le persone fragili e dei soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapie del dolore e in generale per le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017 *"Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, ci cui art. 1, c. 7, del DLgs 502/1992"*;

tenuto conto che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), costituito da riforme e investimenti finalizzati a raggiungere obiettivi strategici per l'Italia, si articola in Missioni, tra cui riveste particolare interesse per il Servizio Sanitario Provinciale la Missione 6 "Salute" - Componente 1 riguardante le reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;

preso atto che l'obiettivo della Missione 6 - componente 1 è caratterizzato dal rafforzamento delle prestazioni erogabili sul territorio, grazie alla creazione di strutture e presidi territoriali, come le Case di comunità e gli Ospedali di comunità, allo sviluppo dell'assistenza domiciliare, della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;

tenuto conto che il Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022, in coerenza con i predetti interventi previsti dalla componente 1 della Missione 6 del Piano nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR) "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", nel documento allegato "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN", definisce i requisiti minimi dell'offerta territoriale tra i quali viene rappresentato l'infermiere di famiglia o comunità (IFoC), come la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona, interagendo con tutti gli attori e le risorse formali e informali presenti nelle comunità;

considerato che con deliberazione n. 223 del 10 febbraio 2023 la Giunta provinciale ha approvato il *"Macro modello organizzativo per lo sviluppo della rete dell'assistenza territoriale del servizio sanitario della Provincia autonoma di Trento ai sensi dell'art. 1 comma 2 del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77"*, che declina gli aspetti programmatici, organizzativi ed operativi della rete assistenziale territoriale in attuazione di quanto previsto dalla normativa citata;

tenuto conto che l'allegato al predetto provvedimento n. 223/2023 dedica particolare attenzione alla figura dell'infermiere di famiglia o comunità come figura di riferimento per il nuovo modello organizzativo del territorio, la quale assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti, ponendo al centro la persona, oltre che rappresentare un professionista con forte orientamento alla gestione proattiva della salute e quindi coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuale, familiari e di comunità;

preso atto che in applicazione del "Documento di Programma – L'assistenza infermieristica nel Sistema trentino" sottoscritto in data 17 maggio 2022 dall'Assessore alla Salute, politiche sociali,

disabilità e famiglia e dal Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della provincia di Trento è stato costituito presso il competente Assessorato un gruppo tecnico di lavoro composto da referenti provinciali, da referenti dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche e dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, incaricato di definire gli ambiti di competenza dell'infermiere di famiglia o comunità (IFoC);

preso atto che nel mese di settembre 2023 tale gruppo di lavoro ha concluso la proposta di documento denominata "Documento di indirizzo: Infermiere di famiglia o comunità – Progetto di sviluppo nella Provincia autonoma di Trento", sul quale è stato acquisito agli atti il parere positivo da parte dell'Ordine provinciale delle Professioni Infermieristiche con nota prot. n. 748782 del 5 ottobre 2023;

tenuto conto che il documento suddetto, allegato al presente atto come parte integrante e sostanziale, individua nello specifico le competenze attese dell'IFoC nonché gli indirizzi anche di ambito formativo per l'attuazione del progetto, attesa la definizione del modello organizzativo che sarà definito dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari e che dovrà accompagnare la pianificazione e la realizzazione degli interventi sul territorio alla luce degli Atti di programmazione sopra descritti;

tenuto conto infine del documento tecnico denominato "Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità" trasmesso da Agenas (nota prot. n. 710330 del 20 settembre 2023), i cui contenuti sono stati elaborati all'interno di un gruppo di lavoro coordinato dalla medesima Agenzia;

su proposta dell'Assessore alla Salute, politiche sociali, disabilità e famiglia;

a voti unanimi, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

- 1) di approvare, per le motivazioni espresse in premessa, l'Allegato documento denominato "Documento di indirizzo: Infermiere di famiglia o comunità – Progetto di sviluppo nella Provincia autonoma di Trento", che riporta le competenze attese dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) e gli indirizzi, anche di ambito formativo, per l'attuazione del progetto medesimo;
- 2) di demandare all'Azienda provinciale per i servizi sanitari la definizione del modello organizzativo per il coinvolgimento dell'IFoC sul territorio provinciale che garantisca e accompagni la pianificazione e la realizzazione degli interventi previsti a livello locale negli Atti di programmazione provinciali, in premessa citati, e dal PNRR;
- 3) di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del Bilancio provinciale.

Adunanza chiusa ad ore 10:40

Verbale letto, approvato e sottoscritto.

Elenco degli allegati parte integrante

001 Documento di indirizzo: Infermiere di famiglia o comunità

IL PRESIDENTE

Maurizio Fugatti

Questo atto, se trasmesso in forma cartacea, costituisce copia dell'originale informatico firmato digitalmente, predisposto e conservato presso questa Amministrazione in conformità alle Linee guida AgID (artt. 3 bis, c. 4 bis, e 71 D.Lgs. 82/2005). La firma autografa è sostituita dall'indicazione a stampa del nominativo del responsabile (art. 3 D.Lgs. 39/1993).

IL DIRIGENTE

Nicola Foradori

Questo atto, se trasmesso in forma cartacea, costituisce copia dell'originale informatico firmato digitalmente, predisposto e conservato presso questa Amministrazione in conformità alle Linee guida AgID (artt. 3 bis, c. 4 bis, e 71 D.Lgs. 82/2005). La firma autografa è sostituita dall'indicazione a stampa del nominativo del responsabile (art. 3 D.Lgs. 39/1993).



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Assessorato alla Salute, politiche sociali, disabilità e famiglia

**DOCUMENTO DI INDIRIZZO
INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ (IFoC):
PROGETTO DI SVILUPPO NELLA PROVINCIA
AUTONOMA DI TRENTO**

Gruppo di lavoro

Bellotti Franca	Assessorato alla salute, politiche sociali, disabilità e famiglia Provincia Autonoma di Trento
Brentari Maria	Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia Autonoma di Trento
Brugnonli Anna	Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento e Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia Autonoma di Trento
Giuliani Matteo	Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia Autonoma di Trento
Pocher Grazia	Assessorato alla salute, politiche sociali, disabilità e famiglia Provincia Autonoma di Trento
Stenico Paola	Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento
Toccoli Stefano	Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Premessa

I cambiamenti socio demografici ed epidemiologici hanno determinato nel nostro Paese un crescente processo di invecchiamento della popolazione (indice di vecchiaia pari a 187.9, ISTAT 2022), caratterizzato da un incremento di persone con almeno una malattia cronica (40.8%) e da condizioni di comorbidità, in particolare in soggetti over sessantacinquenni (66.6%) e da una riduzione della natalità.

In Provincia di Trento secondo le fonti ISPAT, al primo gennaio 2022 la popolazione residente è di 540.958 persone e si sta assistendo allo stesso fenomeno, anche se rispetto ai valori medi nazionali, la popolazione trentina è mediamente più giovane, con un'età media di 44,9anni, che appare crescente nel tempo e un indice di vecchiaia di 166.7: circa 167 over 64 ogni 100 giovani fino ai 14 anni (media italiana pari a 187.9). Le persone con meno di 15 anni rappresentano il 13,7% della popolazione totale, quelle di 65 anni e più rappresentano il 22,9% con proiezioni che arriveranno al 30% del totale della popolazione nel 2030. La popolazione in età attiva (tra i 15 e i 64 anni) risulta poco meno dei 2/3 del totale e conta 2.233 unità in meno rispetto all'anno precedente. In base ai dati ISTAT, il 36% dei residenti in Provincia di Trento dichiara di avere almeno una patologia cronica e il 17% almeno due, con un trend che sarà in progressivo aumento nei prossimi anni.

Questo scenario associato a quanto le transizioni epidemiologica e socio-economica stanno determinando, richiederà la necessità di promuovere lo sviluppo di un moderno sistema di governance dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali e di modelli organizzativi proattivi, in grado di valorizzare un approccio focalizzato sul contesto di vita quotidiana della persona in coerenza con i più recenti provvedimenti nazionali e provinciali (PNRR, Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 *“Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”*, Delibera della GP della PAT del 10 febbraio 2023, n. 223 *“Macro modello organizzativo per lo sviluppo della rete dell'assistenza territoriale del servizio sanitario della Provincia autonoma di Trento ai sensi dell'art. 1 comma 2 del DM 77/2022”*)

In sintesi dai documenti emerge un forte orientamento verso una riorganizzazione del sistema salute dove l'assistenza sanitaria territoriale diventa luogo elettivo per attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità e della personalizzazione dell'assistenza, in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità e il Piano Nazionale della Prevenzione. Nello stesso tempo si mira a mantenere appropriatezza delle cure e sostenibilità del sistema sanitario, a mitigare l'impatto della malattia sulla qualità di vita, responsabilizzare la persona su corretti stili di vita, coinvolgendola attivamente nella gestione della propria condizione di salute (self-care). Il sistema sanitario è chiamato ad anticipare i bisogni dei pazienti e a seguirli in maniera continuativa lungo tutto il percorso assistenziale, secondo una sanità di iniziativa integrata con i servizi sociali. A fronte di una sempre maggiore specificità del sapere, per garantire una risposta comprensiva, unitaria, coordinata e sostenibile, l'assistenza primaria deve essere distribuita all'interno di un sistema più ampio e articolato su più professionalità come reso noto nella Dichiarazione di Astana.

Sulla base di tali premesse è stato costituito un gruppo tecnico di lavoro composto da rappresentanti dell'Assessorato alla salute, politiche sociali, disabilità e famiglia, dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche e dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia autonoma di Trento, con mandato di proporre gli ambiti di competenza dell'Infermiere di Famiglia o Comunità in Trentino ed i relativi sviluppi.

1. L'infermiere di famiglia o comunità: quadro di riferimento nazionale

Nel corso degli anni, la professione infermieristica, a seguito di un processo di espansione ed estensione del ruolo, attraverso la formazione, ha assunto in tutto il mondo forme di assistenza avanzata nelle cure primarie. In alcuni contesti, per migliorare l'accesso ai servizi, si assiste ad una condivisione di attività fra la professione medica e infermieristica. In altri contesti, infermieri specializzati sono stati inseriti in ruoli complementari a quelli già esistenti, per ottimizzare la gestione delle persone con patologie croniche in termini di riduzione dei tassi di ospedalizzazione, miglioramento dei parametri clinici e soddisfazione dell'utenza. In risposta agli obiettivi del Documento Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si sono sviluppati percorsi di formazione di nuove figure infermieristiche, tra cui quella dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), prevista dal DL n. 34/2020 (c.d. Decreto Rilancio) e definita nel profilo di competenza dal DM n. 77/2022 come recepito con la deliberazione della Giunta provinciale n. 223/2023.

Caratteristica di questa figura è l'interesse verso l'individuo, la famiglia, la comunità e la casa come ambiente in cui i membri della famiglia possono farsi carico dei problemi di salute. Il recente Position Statement pubblicato da FNOPI (2020) definisce l'Infermiere di Famiglia come *“il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, in possesso di competenze specialistiche nella disciplina infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica. Agisce le competenze nell'erogazione di cure infermieristiche complesse, nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e della comunità, operando all'interno del sistema dell'Assistenza Sanitaria Primaria. L'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) ha come obiettivo la salute e risponde ai bisogni di salute della popolazione adulta e pediatrica di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. Agisce in autonomia professionale, in stretto raccordo con i servizi sanitari e sociali e con gli altri professionisti del Servizio Sanitario Nazionale. L'IFoC può operare in modelli assistenziali di cure primarie molto diversi per le diverse caratteristiche del contesto territoriale. Zone urbane ad elevata intensità, periferie cittadine, paesi isolati, zone montane che richiedono soluzioni organizzative e di intervento specifiche”*.

All'interno del Position Statement FNOPI si evidenzia come la strada da intraprendere sia quella della messa a regime di modelli di Welfare generativo di comunità, in grado di potenziare il capitale sociale esistente e di aumentare la sostenibilità del sistema stesso. Le recenti esperienze sul territorio italiano sono volte a privilegiare, ove possibile, le cure domiciliari rispetto all'istituzionalizzazione, garantendo le prestazioni sanitarie necessarie ed attivando le risorse formali e informali della comunità per dare supporto alla persona e alla famiglia nello svolgimento delle attività di vita quotidiana (FNOPI, 2020). Nelle regioni dove il modello professionale dell'IFoC è già stato adottato, ha dimostrato una riduzione delle ospedalizzazioni (10%), del numero di codice bianchi al pronto soccorso (20%), oltre che una miglior presa in carico e un apprezzamento da parte dei cittadini.

Il DM n. 77/2022 individua nell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) la figura professionale che nel contesto distrettuale, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ecc.), perseguendo l'integrazione interdisciplinare sanitaria dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. Solo conoscendo l'ambiente di vita (famiglia, comunità) della persona, infatti, è possibile condividere con il paziente aspettative, obiettivi di salute e percorsi di cura. L'infermiere di famiglia o di comunità orienta le persone e famiglie nella complessa rete dei servizi territoriali presenti in uno specifico territorio di riferimento facilitandone l'accesso appropriato e tempestivo. In tal modo permette a tutti gli utenti, e in particolare a quelli con difficoltà socio-economico-culturali, di accedere facilmente ai servizi socio-sanitari territoriali, contribuendo così all'equità del sistema di cure.

L'intervento dell'IFoC dovrà pertanto potersi esprimere a due livelli:

Individuale e familiare attraverso interventi diretti e indiretti che hanno come destinatari la persona, la sua famiglia e le sue persone di riferimento. Favorisce la promozione e il mantenimento della salute

della persona attraverso il rafforzamento della sua autonomia decisionale, grazie ad un'offerta assistenziale capace non solo di garantire prestazioni che può comunque erogare specie se complesse, ma soprattutto di anticipare la lettura dei bisogni ancora inespressi, con l'obiettivo finale di accompagnare i cittadini nel loro percorso di gestione del processo di salute e di vita, del quale diventano protagonisti portando alla luce i potenziali di cura dei singoli e delle famiglie;

Comunitario: attraverso azioni rivolte alle comunità, all'interno di una rete distrettuale di relazioni e connessioni formali e informali, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che lo hanno generato. L'IFoC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità sotto forma di istituzioni, volontariato, associazioni, parrocchie, vicinato, famiglie disponibili a dare aiuto ai concittadini che si trovano temporaneamente in una situazione di fragilità e contribuisce a supportare la rete del welfare di comunità. L'IFoC non è solo un erogatore di *care*, ma attivatore di potenziali di *care*, presenti in modo latente nella comunità e che possono produrre benefici cognitivi, affettivi, emotivi e di legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico. L'IFoC promuove l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali e informali presenti sul Distretto utili a risolvere problematiche inerenti ai bisogni di salute.

Il DM n. 77/2022 inoltre definisce gli standard di riferimento, descritti nella **tabella 1**, relativi a strutture e personale per il potenziamento dei servizi territoriali.

Tabella 1 - Standard strutturali e di personale indicati nel DM 77/2022
Il DM 77/2022 propone per un Distretto di 100.000 abitanti i seguenti standard: <ul style="list-style-type: none">- 1 Casa della Comunità Hub ogni 40.000-50.000 abitanti;- Case della Comunità Spoke in base alle caratteristiche del territorio;- 1 IFoC ogni 3000 abitanti (numero complessivo di IFoC impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola);- 1 Unità di Continuità Assistenziale (UCA – 1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;- 1 COT ogni 100.000 abitanti;- 1 ospedale di comunità dotati di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Il DM afferma che per l'Assistenza Domiciliare "la dotazione di personale andrà definita nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, sia in termini numerici che di figure professionali coinvolte, in modo proporzionale alla tipologia di attività erogata, in particolare: medici, infermieri, professionisti della riabilitazione, operatori sociosanitari, e altri professionisti sanitari necessari a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel Piano Assistenziale o Riabilitativo Individuale (PAI/PRI)". L'assistenza domiciliare dovrà garantire una presa in carico complessiva di almeno il 10% della popolazione over 65.

2. Ampliamento dell'attuale sistema di cure infermieristiche domiciliari con l'Infermiere di famiglia o comunità

Il sistema dell'assistenza infermieristica territoriale in APSS è attualmente fortemente strutturato per dare risposta ai pazienti eleggibili per le cure domiciliari e può essere interpretato attraverso la piramide di Kaiser che stratifica la popolazione per livelli di rischio di carico assistenziale, individuando target di intervento differenziati e progressivi quanto a complessità di bisogno ed intensità di risposta assistenziale. Si dà risposta a bisogni assistenziali di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti che, a causa della malattia, necessitano di cura, assistenza e riabilitazione al proprio domicilio, in integrazione i servizi sociali. I piani di assistenza domiciliare sono differenziati in funzione della complessità assistenziale e il grado di integrazione/collaborazione con il Medico di Medicina Generale e IL Pediatra di Libera Scelta (MMG/PLS) varia a seconda della tipologia dei bisogni e della specificità dei problemi clinici. L'infermiere, in tale contesto, interviene nella rilevazione multidimensionale e multidisciplinare del bisogno, nella pianificazione ed erogazione dell'assistenza del paziente affidato. Ha pertanto un ruolo di riferimento per la persona e per la famiglia per la realizzazione del piano assistenziale domiciliare.

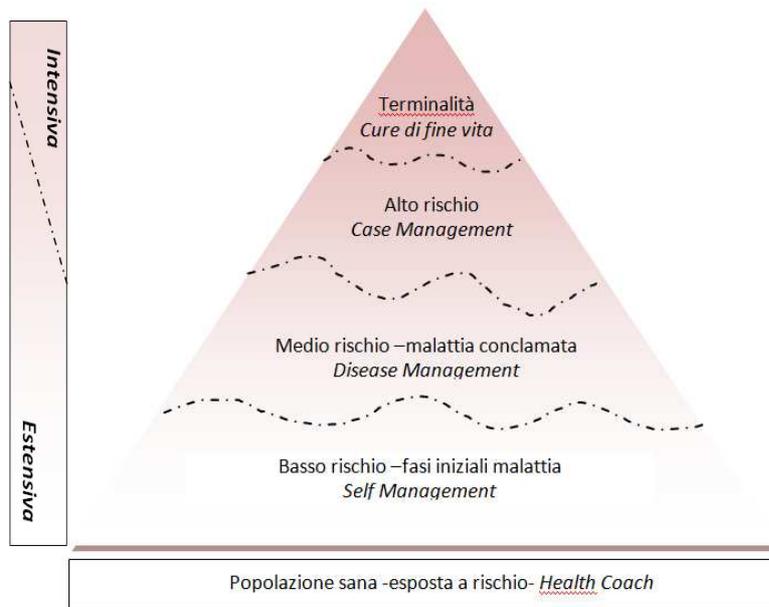
Attualmente negli ambiti territoriali della provincia di Trento gli infermieri garantiscono le cure domiciliari ovvero un insieme di attività, molto eterogenee, che mirano ad accompagnare nei loro percorsi di cura prevalentemente persone ad "alto rischio" con bisogni complessi e in fase avanzata di malattia o di terminalità (livelli più alti della piramide di Kaiser, **figura 1**). Il modello di presa in carico è orientato non solo ad addestrare i pazienti e/o i loro caregiver all'autocura ma anche ad accompagnare i pazienti in tutto il percorso di malattia. Oltre all'assistenza diretta a domicilio: i) garantiscono l'integrazione ospedale/territorio finalizzata alla gestione delle dimissioni protette; ii) collaborano nelle sedute UVM, per la concessione degli assegni di cura e ai lavori di Spazio Argento; iii) forniscono assistenza nei centri per la demenza ed i disturbi del comportamento e supervisionano i progetti ADPD (Assistenza Domiciliare per pazienti con Demenza).

Dall'analisi degli attuali sistemi di offerta provinciali emerge come la risposta prevalente sia focalizzata verso un target di utenza che comprende persone non autosufficienti, con un elevato livello di complessità, pluripatologie o in condizioni di fine vita che richiedono una intensiva presa in carico a domicilio. Gli interventi previsti dal DM n. 77/2022 richiamano interventi di presa in carico della popolazione sana, potenzialmente a rischio e dell'utenza con malattia cronica a bassa e media complessità. Di qui l'interesse a sostenere l'offerta territoriale e infermieristica per livelli di complessità/intensità assistenziale basati sulla proattività, sul coinvolgimento della comunità, su un utente sempre più protagonista del proprio progetto di vita e di salute.

Al fine di quantificare i possibili target di popolazione destinatari degli interventi di potenziamento della presa in carico territoriali è rappresentata nella **tabella 2** la distribuzione della popolazione trentina al 1 gennaio 2022 per Distretto, Comunità di Valle e fasce di età.

Tabella 2 - Distribuzione popolazione trentina al 1 gennaio 2022 per Distretto, Comunità di Valle e fasce di età							
DISTRETTO	Comunità di Valle	Pop.residente al 1.1.2022	Età media	65 e oltre N - %		85 e oltre N - %	
EST	Val di Fiemme	20.063	45,9	4.640	23,1	713	3,6
	Comun General de Fascia	10.033	45,2	2.193	22,0	308	3,1
	Valle di Cembra	10.973	45,3	2.561	23,3	403	3,7
	Alta Valsugana e Bersntol	55.328	44,7	11.981	21,6	1764	3,2
	Valsugana e Tesino	26.759	46,4	6.499	24,1	1029	3,8
	Primiero	9.599	46,7	2.384	25,2	369	3,9
		132.755		30.258		4.586	
NORD	Val di Non	39.524	45,8	9.725	24,6	1543	3,9
	Valle di Sole	15.451	46,6	3.818	24,7	599	3,9
	Rotaliana-Königsberg	30.770	43,9	6.453	20,9	933	3,0
	Paganella	4.980	45,7	1.189	23,7	143	2,9
	Territorio Val d'Adige	122.148	45,7	29.098	23,8	4763	3,9
	Valle dei Laghi	11.164	45,2	2.453	21,8	382	3,4
		224.037		52.736		8.363	
SUD	Vallagarina	91.619	45,3	21.361	23,2	3615	3,9
	Altipiani Cimbri	4.604	48,4	1.258	27,3	218	4,7
	Alto Garda e Ledro	51.129	45,2	11.416	22,3	1898	3,7
	Giudicarie	36.814	46	9.091	24,7	1429	3,9
		184.166		43.126		7.160	
TOTALE		540.958	46	126.120	23%	20.109	4%

Il modello che si intende promuovere in APSS vede nell'Ifoc una strategia per potenziare l'intervento sulle fasce con livelli di complessità/intensità assistenziale medio-bassi basato sulla proattività, sul coinvolgimento della comunità, sull'empowerment della persona e della famiglia con approccio più estensivo (**figura1**).



In base alle caratteristiche delle persone prese in carico l'IFoC all'interno della famiglia e comunità può svolgere più funzioni come rappresentato in figura 1. Queste funzioni si possono modificare in base all'evoluzione della situazione, non sempre lineare, sono realizzate all'interno del team interdisciplinare di cura formale (es. MMG, PLS, ostetrica, assistente sanitaria, personale della riabilitazione, assistente sociale, ...) e con il coinvolgimento delle reti informali e utilizzo di strumenti digitali (telemedicina).

Popolazione Sana. La funzione dell'IFoC di **"health coach"** si sviluppa nel contesto della popolazione sana al fine di promuovere la salute attraverso la partecipazione attiva da parte della comunità addestrando/formando dei leader informali affinché si realizzi la formazione tra pari per determinati target di utenza. Questa funzione, svolta anche attivando altri professionisti come l'assistente sanitaria, l'ostetrica del Consultorio ed altre figure professionali, è orientata a sviluppare comunità sane e competenti promuovendo e consolidando stili di vita salutari che possono prevenire lo sviluppo delle principali patologie croniche o contrastare l'evoluzione quando presenti in forma subclinica o oligo-sintomatica. Si collega alle forme organizzate e rappresentative della comunità per ottenere la massima collaborazione e per poter avere accesso alle fasce di popolazione target. La funzione è prevalentemente di tipo educativo.

Basso rischio. L'IFoC garantisce una presa in carico proattiva orientata al **self-management**, dal follow-up, al monitoraggio clinico, all'educazione terapeutica. Svolge attività rivolte ad ottenere la massima consapevolezza dell'assistito e della famiglia e la sua piena alleanza terapeutica per il controllo della/e patologia/e, l'osservanza dei comportamenti corretti e la miglior aderenza alle terapie. L'obiettivo della presa in carico è quello di rafforzare l'autocura e la capacità di adattamento e di auto-gestione della persona nell'ottica dell'empowerment del sistema famiglia affinché riescano a fronteggiare e autogestire nel miglior modo possibile i problemi di salute e prevenire le complicanze. Tutto ciò attraverso un approccio sistemico ed evidence-based alle patologie croniche (fisiche, mentali) e mediante un sistema di interventi coordinati e di comunicazioni/informazioni con il paziente e specialisti che generano un impatto positivo sul livello di compliance e gestione della patologia. L'IFoC contribuisce alla realizzazione e alla gestione dei percorsi di diagnosi e terapia cronica.

Medio rischio. La funzione **"disease management"** dell'IFoC è volta alla presa in carico proattiva della persona con multimorbilità e danni d'organo ancora contenibili, con bisogni complessi ma con autonomia funzionale conservata. Assicura la presa in carico dell'utente e della famiglia attraverso il monitoraggio e il follow-up delle persone portatrici di più malattie croniche, della gestione e del coordinamento del processo di cura dei pazienti allo scopo di ritardare il più possibile l'evoluzione verso la non-autosufficienza e l'aggravarsi della malattia attraverso interventi di educazione terapeutica. La telemedicina diventa un utile

strumento a supporto del processo di presa in carico per la prevenzione delle complicanze e il monitoraggio sullo stato di salute.

Alto rischio. La funzione *“case management”* (*infermieri di riferimento*) dell'IFoC è rivolta a persone con bisogni complessi, con compromissione dell'autonomia e in fase avanzata di malattia o di terminalità assicurando una presa in carico globale della persona e della famiglia nel suo contesto di vita e garantendo continuità fra i diversi setting di cura. I bisogni della persona/famiglia e la tipologia di risposta che da essi deve derivare, orientano la modalità di erogazione della presa in carico che si avvale della competenza specialistica degli infermieri delle Cure Domiciliari e Palliative

L'IFoC è un dipendente del Servizio sanitario provinciale che si inserisce nell'organizzazione distrettuale e territoriale aziendale. Esso agisce nei seguenti ambiti distrettuali di riferimento:

ambulatoriale e/o di Case della Comunità, come punto di incontro in cui la popolazione/comunità può recarsi per ricevere assistenza infermieristica a medio-bassa complessità, interventi di educazione – promozione della salute, orientamento e informazione relativamente all'offerta sanitaria migliorando l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari pubblici;

domiciliare: attraverso interventi diretti e indiretti in un'ottica proattiva focalizzati sulla persona e famiglia, con l'obiettivo di favorire la promozione ed il mantenimento della salute della persona, il rafforzamento della sua autonomia anche attraverso l'attivazione di reti formali e informali;

comunitario con attività di collaborazione con i vari professionisti degli ambiti sanitario e sociale con l'obiettivo di leggere ed interpretare i bisogni del contesto su cui insiste ed assicurare continuità, accessibilità ed integrazione agli interventi di assistenza attivando risorse formali e informali in un'ottica di welfare generativo.

Competenze attese dell'Infermiere di Famiglia o Comunità

Considerando i documenti e posizionamenti internazionali e nazionali (Family health nursing in European communities, 2013; ENHANCE, 2017; FNOPI, 2020) e i piani di studio dei percorsi formativi accademici relativi alle Cure Primarie e all'assistenza territoriale sono stati definiti gli ambiti di competenza core dell'Infermiere di Famiglia o Comunità in Provincia di Trento (**tabella 3**).

Tabella 3 - Competenze core dell'IFoC
Cure Centrate alla persona, famiglia e comunità nella pratica clinica
.....verso la comunità
Analizzare e interpretare attraverso specifici indicatori e le risorse disponibili, la comunità di riferimento, utilizzando un processo partecipativo tra i vari stakeholders
Definire priorità di intervento considerando il profilo demografico della popolazione di riferimento e il punto di vista della persona e del gruppo
Fornire le opportunità, le capacità e le risorse di cui le persone della comunità hanno bisogno per essere cittadini responsabilizzati
Aiutare le persone e la comunità a prendere decisioni efficaci rispetto alla propria salute
Integrare e porre in un rapporto di complementarietà i diversi tipi di cura formale (MMG, infermieri, ostetriche, assistenti sociali...) e informale (familiari, amici, volontariato, vicinato,..) promuovendo la comunità
Collaborare alla costruzione condivisa di iniziative di “care” nelle comunità locali e generative di relazioni sociali
Raggiungere i gruppi svantaggiati ed emarginati di una area territoriale al fine di garantire l'accesso ai servizi e alle risorse auto-prodotte dal territorio
Attivare strategie preventive di sanità pubblica e costruire reti sia tra i servizi dell'area sanitaria e sociale che con le risorse presenti nella comunità di riferimento, al fine di sostenere le famiglie con forme di solidarietà e supporto comunitarie
Adottare strategie di integrazione sociale che regolino la convivenza interetnica con particolare attenzione alla salute
Integrare e porre in un rapporto di complementarietà la promozione e prevenzione della salute rivolte alla comunità scolastica nell'ottica di un ambiente sicuro (es: vaccinazioni, stili di vita, gestione malattie croniche ecc.)
Collaborare nella progettazione e realizzazione di interventi di promozione della salute, educazione alla salute e educazione terapeutica rivolti al singolo, famiglie, gruppi e alla comunità in modo integrato con altri professionisti (es. ostetriche, assistenti sanitarie...)
...verso la famiglia e la persona
Analizzare le abilità di vita e i bisogni sociosanitari della persona, della famiglia in modo olistico utilizzando approcci, metodi e

strumenti di valutazione diversificati e personalizzati quali anamnesi, test di screening, valutazione dell'obiettività, ecofast al fine di collaborare/contribuire al percorso diagnostico
Condurre la valutazione della rete familiare inclusa quella dei determinanti della salute che incidono sul contesto
Condurre colloqui con paziente e famiglia per costruire, attraverso l'eco-genogramma, la rete sociale di sostegno ed individuare soluzioni e interventi condivisi
Fornire un'assistenza coordinata basata sul rispetto delle preferenze, dei valori, dell'expertise dei membri della famiglia dei pazienti
Valutare i bisogni di orientamento del paziente e della sua famiglia rispetto ai servizi sociosanitari esistenti e ai percorsi necessari per la loro attivazione
Offrire consulenza per problemi clinici, psico-sociali, cognitivi, socio-sanitari e/o interventi complessi
Riferimento transizioni fra servizi (dimissioni ospedaliere, passaggio a forme di presa in carico intensiva a domicilio...)
Sostenere la persona nel mantenimento della massima autonomia residua
Monitorare, misurare e documentare i risultati/outcome delle cure
Advocacy
Valutare con l'équipe multidisciplinare (MMG/PLS, Ass. Sociale, ...) dilemmi etici correlati all'assistenza, all'accompagnamento nel fine vita, alla libertà di scelta delle persone assistite e contribuire alla definizione di scelte e/o comportamenti da adottare (es. direttive anticipate di trattamento, pianificazione condivisa delle cure)
Favorire e rafforzare legami solidaristici in risposta ai bisogni di salute della persona attraverso l'attivazione delle risorse informali della comunità e interventi/azioni di inclusione sociale
Promozione della salute e educazione terapeutica
Riconoscere all'interno della comunità i determinanti di salute e identificare le possibili azioni di promozione e prevenzione attivabili
Adottare strategie educative per favorire corretti stili di vita e comportamenti di autocura del paziente e della famiglia
Rafforzare il senso di autonomia e autodeterminazione dei pazienti e dei familiari attraverso l'educazione e tecniche di counselling
Monitorare i risultati dell'educazione e fornire consulenza per il cambiamento dei comportamenti di autocura
Comunicazione/relazione efficace e teamworking
Agire una pratica interprofessionale collaborando e/o attivando varie professionalità: assistente sociale, assistente sanitaria, ostetrica, personale della riabilitazione, MMG/PLS, medici specialisti
Agire funzioni di tutorato, coaching/consulenza verso studenti e infermieri novizi
Utilizzo di tecnologie e innovazione
Utilizzare e promuovere nuovi strumenti di sanità digitale quando applicabili, tra cui telemedicina, documentazione assistenziale integrata, ...
Apprendimento continuo e ricerca
Contribuire alla definizione di un piano sistematico di miglioramento continuo della qualità e definire standard e indicatori condivisi per la valutazione dell'assistenza pertinente
Proporsi come agente di cambiamento, attraverso l'uso delle evidenze scientifiche per dare un contributo sostanziale al miglioramento della salute della popolazione e degli esiti clinici

Opportunità e vantaggi

Le opportunità e ricadute derivanti dal modello assistenziale basato sull'infermieristica di famiglia e di comunità per il cittadino e per la professione infermieristica sono:

- il cambiamento culturale nei professionisti operanti sul territorio e nel sistema organizzativo (sanitario, amministrazioni locali,..) nel suo insieme per garantire risposte globali ai bisogni di salute e con un orientamento alla famiglia e alla comunità;
- un modello pro-attivo e relazionale e non prestazionale (che enfatizza l'accoglienza della domanda anziché l'offerta dei servizi);
- un modello di prossimità e di proattività anticipatorio del bisogno di salute rivolto a tutta la popolazione, malata o sana;
- il consolidamento nelle Cure Primarie degli elementi costitutivi del Chronic Care Model in cui la gestione dei pazienti con una o più condizioni di cronicità è affidata ad un team multi professionale (in coerenza con Reti Professionali Locali definite da APSS) nel quale operano il MMG/PLS, l'IFoC, l'assistente sociale e vari professionisti in base alle esigenze dell'assistito;
- la finalizzazione dell'azione fondamentale degli IFoC all'attivazione e potenziamento della rete sociosanitaria con un'azione che si sviluppa dentro le comunità e con le comunità;

- una matrice culturale comune ai professionisti sanitari operanti sul territorio basata sui principi disciplinari dell'IFoC attraverso un percorso formativo strutturato anche in collaborazione con l'università;
- l'aumento dell'efficacia delle cure infermieristiche e dell'efficienza nell'erogazione dei servizi attraverso IFoC con competenze avanzate acquisite con percorsi accademici;
- lo sviluppo del ruolo sociale della professione infermieristica e la promozione di funzioni distintive altamente professionalizzanti.

3. Indirizzi per l'attuazione del progetto

Di seguito si forniscono alcune azioni e orientamenti per l'inserimento del ruolo di IFoC nel territorio trentino secondo il modello finora proposto, tenuto anche conto delle "Linee di indirizzo infermiere di famiglia o comunità" emanate da Agenas in data 20 settembre 2023:

- attivare modelli predittivi che consentano la stratificazione della popolazione, il monitoraggio per fattore di rischio e l'individuazione dei destinatari della presa in carico effettiva dell'IFoC nelle sue varie funzioni (*health coach, self management, disease management*);
- prevedere che al ruolo di IFoC siano assegnati in via preferenziale gli infermieri in possesso del titolo accademico specifico (Master di I livello in Infermieristica di Famiglia e Comunità o affini) e di Laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche con indirizzo in cure primarie;
- prevedere che, nei primi cinque anni dall'approvazione del presente Documento di indirizzo, a tale ruolo possano essere assegnati gli infermieri che operano in ambito territoriale o affine da almeno due anni, tramite frequenza e superamento di uno specifico percorso formativo provinciale progettato e realizzato in sinergia con l'Università per il riconoscimento crediti (CFU) e la certificazione delle competenze;
- dedicare in fase iniziale gli IFoC alle fasce di popolazione con livelli di complessità/intensità assistenziale medio-bassi (malattia conclamata e fasi iniziali della malattia);
- definire un bacino di utenza per l'IFoC che sia coerente con le caratteristiche geografiche e demografiche del territorio di riferimento e che consenta di attivare un servizio di assistenza infermieristica costantemente presente nella comunità/famiglia e che da queste sia riconosciuto come riferimento assistenziale in stretta collaborazione con le risorse attive nella comunità;
- tenere congiunte, considerati i principi del modello proposto, la struttura organizzativa e geografica della Provincia Autonoma di Trento, le competenze di famiglia e comunità per una declinazione efficiente delle funzioni dell'Infermiere di Famiglia e Comunità;
- procedere progressivamente al reclutamento dell'IFoC secondo lo standard definito dal DM n. 77/2022.

4. Bibliografia

- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (2023). Linee di indirizzo Infermiere di famiglia o comunità. Disponibile: https://www.agenas.gov.it/images/2023/primo-piano/infermieri/Documento_Tecnico_Linee_di_Indirizzo_IFoC_-_def.pdf
- European Curriculum for Family and Community Nurse. <https://www.enhance-fcn.eu/it/homeit/Family>

- Federazione degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (2020). Position statement l'infermiere di famiglia e di comunità. Disponibile: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1552634.pdf>
- Health Nursing in European Community. Disponibile: https://www.up2europe.eu/european/projects/family-healthnursing-in-european-communities_62733.html
- Istituto di statistica della Provincia di Trento. Indicatori 2020. Disponibile: <http://www.statistica.provincia.tn.it/>
- Istituto Nazionale di Statistica - ISTAT. Indicatori demografici 2020. Disponibile: <https://www.google.com/search?channel=trow5&client=firefoxd&q=1.+Istituto+Nazionale+di+Statistica+ISTAT.+Indicatori+demografici.++2020>
- Ministero della salute (2020). Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025. Disponibile: <https://www.salute.gov.it>