



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE E SOCIALI

MASTER II LIVELLO

**IL NUOVO ASSETTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E IL RUOLO
DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E/O COMUNITÀ NELL'ESPERIENZA DEL
DISTRETTO DI FORLÌ**

Anno Accademico 2024/2025

Candidata Tiberia Garoia

Matricola n. 0900087442

INDICE

1. INTRODUZIONE	pag.3
2. TRASFORMAZIONI SOCIO - DEMOGRAFICHE E NUOVI BISOGNI DI SALUTE	pag.3
3. ALCUNI ACCENNI AL QUADRO NORMATIVO E ALLA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE	pag. 5
4. I MODELLI ORGANIZZATIVI DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE	pag. 5
5. LA SPERIMENTAZIONE DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ NELL'AUSL DELLA ROMAGNA	pag. 7
5.1 Il modello organizzativo e il profilo professionale	pag. 7
5.2 Il percorso formativo e gli strumenti operativi	pag. 11
5.3 L'implementazione nel Distretto di Forlì	pag. 13
6. AREE DI SVILUPPO E PROSPETTIVE FUTURE	pag. 16
7. CONCLUSIONI	pag. 17
BIBLIOGRAFIA	pag.17

1. INTRODUZIONE

Negli ultimi anni il sistema sanitario italiano è stato interessato da importanti processi di trasformazione volti a rafforzare l'assistenza territoriale e a rispondere in modo più efficace ai bisogni emergenti della popolazione. In questo contesto si inserisce il DM 77/2022, che definisce nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, ponendo particolare attenzione alla prossimità delle cure, all'integrazione multiprofessionale e alla presa in carico globale della persona.

Il presente elaborato prende avvio dall'analisi di come, nel Distretto di Forlì, si stiano concretizzando le azioni previste dal DM 77/2022, con particolare riferimento all'introduzione e allo sviluppo della figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC). L'obiettivo è descrivere il processo attraverso il quale si è giunti alla sua attivazione in alcuni territori del distretto, illustrandone il modello organizzativo e di governance, le modalità operative e le prime criticità emerse nella fase di implementazione.

In particolare, il lavoro analizza gli strumenti attraverso i quali viene promossa la partecipazione attiva del cittadino e del suo caregiver nella costruzione del progetto assistenziale personalizzato, evidenziando come l'IFeC possa contribuire allo sviluppo e al rafforzamento delle reti di supporto territoriali, sia formali che informali. La figura dell'infermiere di famiglia e comunità rappresenta infatti un elemento strategico per favorire l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, promuovere la continuità assistenziale e intercettare precocemente situazioni di fragilità.

Pur non essendo stata direttamente coinvolta nella progettazione operativa dell'esperienza descritta, la mia posizione professionale di assistente sociale presso la Centrale Operativa Territoriale (COT), con funzione di coordinamento nell'ambito del Servizio Sociale Interdipartimentale Non Autosufficienza, delle Dimissioni Protette e del Punto Unico di Accesso, mi consente di osservare l'introduzione di questa nuova figura professionale e le dinamiche di integrazione che essa attiva nel sistema dei servizi.

A partire da tale osservazione, l'elaborato propone alcune riflessioni sulle possibili evoluzioni future del ruolo dell'IFeC, in particolare nei percorsi di dimissione protetta e nelle interfacce tra ambito sanitario, sociale e sociosanitario. In questa prospettiva, l'IFeC può rappresentare un importante facilitatore nei processi di integrazione tra servizi e nella costruzione di risposte assistenziali più appropriate, personalizzate e vicine ai bisogni della comunità.

2. TRASFORMAZIONI SOCIO-DEMOGRAFICHE E NUOVI BISOGNI DI SALUTE

Negli ultimi decenni abbiamo assistito ad un rilevante cambiamento socio demografico che sta mutando la struttura stessa della società e, con essa, i suoi bisogni assistenziali.

È significativo evidenziare, in particolare, due aspetti: l'invecchiamento della popolazione e la modificazione della struttura familiare.

L'Italia si conferma tra i Paesi europei più longevi. Questo dato, in sé molto positivo, accentua l'invecchiamento della struttura per età della popolazione: un quarto dei residenti ha almeno 65 anni, il doppio rispetto ai minori di 15 anni. Gli ultraottantenni sono quasi 4,6 milioni e gli ultracentenari nel 2024 toccano un nuovo massimo, superando i 23.500. Le previsioni demografiche confermano un futuro segnato da ulteriore invecchiamento: si stima che nel 2050 gli anziani di 65 anni e più arriveranno al 34,6% della popolazione, mentre quella attiva (15-64 anni) scenderà al 54,3%.

Le trasformazioni demografiche in corso si riflettono sulla struttura familiare, con famiglie sempre più piccole. Quelle monopersonali superano il 35%. L'aumento delle persone che vivono da sole riguarda tutte le età, ma colpisce soprattutto il dato relativo agli anziani, sfiorando il 40% tra gli ultrasettantacinquenni, in maggioranza donne. Entro il 2043 si stima che le persone di 65 anni e più che vivono da sole saranno 6,2 milioni, con implicazioni rilevanti per l'organizzazione della società. In questo scenario demografico e sociale si è reso pertanto necessario rimodulare l'approccio sociosanitario potenziando e agendo all'interno dell'assistenza sanitaria primaria per renderla maggiormente flessibile e prossima alle persone.

Di seguito una tabella relativa alla descrizione dei nuclei familiari presenti in AUSL Romagna al 1° gennaio 2025

% famiglie uni personali e Numero medio di componenti. Residenti al 01.01.2025

<i>Distretti sanitari di residenza</i>	<i>Numero medio di componenti per famiglia</i>	<i>% famiglie unipersonali</i>	<i>% famiglie con almeno uno straniero</i>	<i>% famiglie con almeno un componente di 75 anni e più</i>	<i>% famiglie con tutti componenti 65 anni e più</i>	<i>% famiglie con almeno un minorenne</i>
<i>Distretto Lugo</i>	2,19	37,57	14,93	25,29	28,96	20,86
<i>Distretto Faenza</i>	2,17	38,75	13,53	23,88	27,92	20,79
<i>Distretto Ravenna</i>	2,04	43,05	13,02	22,8	27,53	18,55
<i>Distretto Cesena - Valle del Savio</i>	2,19	37,58	11,86	24,33	27,26	20,2
<i>Distretto Forlì</i>	2,16	39,18	14,24	24,11	27,81	20,46
<i>Distretto Rubicone</i>	2,34	33,8	13	21,41	23,09	23,8
<i>Distretto Rimini</i>	2,2	38,17	14,17	23,24	25,94	21,16
<i>Distretto Riccione</i>	2,22	37,37	12,14	22,46	24,91	21,77
AUSL ROMAGNA	2,17	38,76	13,45	23,43	26,78	20,67
<i>Regione Emilia-Romagna</i>	2,14	40,24	14,38	22,55	26,59	20,39

Fonte: Regione Emilia-Romagna, Famiglie, Indicatori delle Famiglie

3. ALCUNI ACCENNI AL QUADRO NORMATIVO E ALLA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Si fornisce un inquadramento sui principali riferimenti in tema di salute e organizzazione dei servizi preposti alla sua promozione e tutela:

- La Carta di Ottawa, adottata nel 1986 durante la prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute individua 5 aree d'azione prioritarie:

1. costruire una politica pubblica per la salute
2. creare ambienti di vita favorevoli alla salute
3. rafforzare l'azione della comunità
4. sviluppare le abilità personali
5. riorientare i servizi sanitari

- La Dichiarazione di Jakarta adottata nel 1997 durante la quarta Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute conferma le strategie della Carta di Ottawa ed aggiunge:

1. la centralità dei determinanti sociali per la salute, individuando nella povertà la più grande minaccia alla salute e sottolineando l'importanza di fattori come l'istruzione, l'abitazione, il reddito, l'emancipazione femminile e la sicurezza sociale
2. la necessità di accrescere le capacità della comunità anche attribuendo maggiore potere agli individui
3. la necessità di investire per la promozione della salute
4. l'importanza di potenziare la collaborazione fra pubblico e privato per la promozione della salute

- La L. 833/1978 riforma il sistema sanitario istituendo il Servizio Sanitario Nazionale. Pone il focus sulla tutela della salute, individuato come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Stabilisce che l'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.
- Il DM 77/22 riorganizza i servizi territoriali, basandosi sul concetto di Medicina della Popolazione e di Promozione della Salute attraverso l'identificazione dei bisogni di salute. Adotta una prospettiva di Comunità favorendo la prossimità dell'offerta, l'integrazione multiprofessionale e ricercando un reale "ingaggio" della comunità.

4. I MODELLI ORGANIZZATIVI DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Il DM 77/22 struttura nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN,

fortemente centrati sul rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali.

In particolare, favorisce lo sviluppo di strutture di prossimità come punto di riferimento per dare risposte a bisogni di natura sanitaria e sociosanitaria, definisce e potenzia l'integrazione fra assistenza sanitaria e sociale favorendo il lavoro delle equipe multiprofessionali per la presa in carico olistica delle persone, con particolare riferimento a quelle più fragili, favorisce la co-progettazione con le persone e valorizza la partecipazione di tutte le risorse (formali e informali) della comunità.

Si cita di seguito alcuni servizi, indicati nel DM77/22, che hanno un ruolo attivo ed un impatto rilevante nella gestione dei percorsi sociosanitari rivolti ai cittadini:

La Casa della Comunità (CdC)

È prevista una CdC hub ogni 40.000-50.000 abitanti, e spoke da organizzare in base alle caratteristiche territoriali e demografiche della popolazione residente.

La CdC costituisce la “porta d'accesso” per la popolazione del bacino territoriale di riferimento che vi si rivolge per trovare risposta a bisogni di assistenza sanitaria e sociosanitaria; deve, pertanto, essere un luogo accessibile ed accogliente nell'accezione più ampia dei termini.

Opera tramite un modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità, agisce secondo principi di equità d'accesso e presa in carico, anche integrata, fra sociale e sanitario.

La Centrale Operativa Territoriale (COT)

È prevista 1 COT ogni 100.000 abitanti, o comunque a valenza distrettuale, composta da 1 coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri, 1-2 personale di supporto. L'AUSL della Romagna ha colto l'occasione del ridisegno del sistema COT investendo sul collegamento con i servizi sociali e sullo sviluppo di un sistema informativo dedicato, con un cruscotto digitalizzato per monitorare le transizioni (incluso anche i servizi sociali). In questa logica a figura dell'Assistente Sociale è stata individuata come personale di supporto per favorire la definizione di percorsi sociosanitari integrati ed il raccordo con le interfacce sociali territoriali.

La COT è un modello organizzativo che svolge funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo fra i vari servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali.

Deve assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Attiva tre tipologie di percorsi:

1. Transizione Ospedale – Territorio
2. Transizione Territorio – Ospedale
3. Transizione Territorio - Territorio

L'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFeC)

Viene indicata l'individuazione di 1 IFeC ogni 3.000 abitanti.

L'IFeC è la figura professionale che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti e con tutte le risorse presenti nella comunità. È un professionista orientato alla gestione proattiva della salute.

Ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale territoriale allo scopo di favorire l'omogeneità e l'accessibilità all'assistenza sanitaria e socio sanitaria attraverso l'integrazione fra le varie figure professionali e la collaborazione con tutti i professionisti e le risorse presenti nella comunità di riferimento.

5. LA SPERIMENTAZIONE DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ NELL'AUSL DELLA ROMAGNA

L'IFeC rappresenta una delle principali componenti professionali che operano a livello locale e più precisamente nelle Case della Salute/Comunità (Hub e Spoke), nei contesti familiari e nelle comunità.

Come si è detto, traccia il passaggio da una sanità prevalentemente fondata su modelli prestazionali e quantitativi, ad un modello di proattività e di iniziativa rivolto non solo ai singoli ma a tutta la collettività.

Contestualmente, all'IFeC è stato assegnato un ruolo in materia di analisi e stratificazione del bisogno della comunità che, congiuntamente al lavoro di altri professionisti, permetterà di orientare, in termini predittivi, le politiche sanitarie, e la programmazione dei servizi sociosanitari nell'ambito del Distretto di riferimento.

5.1 Il modello organizzativo e la declinazione del profilo professionale

A livello Aziendale si è ritenuto necessario procedere alla declinazione operativa del ruolo dell'IFeC, differenziandolo a seconda del contesto organizzativo di riferimento.

L'IFeC non è l'infermiere di studio del medico, non è l'infermiere che garantisce solo prestazioni ma è la figura professionale che collabora con tutti e può erogare prestazioni correlate alle sue specifiche competenze clinico/assistenziali.

Agisce in modo preventivo, proattivo e partecipativo rispetto al paziente e anche alla sua famiglia affinché questi siano in grado di comprendere la loro situazione e di affrontarla secondo i parametri necessari all'assistenza e alla tutela della salute; non si limita alle questioni sanitarie, ma coglie possibili criticità sociali e familiari per attivare le azioni necessarie a favorire una migliore qualità di vita.

Per poter avviare l'implementazione si è tradotto il ruolo dell'IFeC in una dettagliata descrizione delle competenze specifiche, sia generali che declinate per ogni setting assistenziale previsto, sulla

cui base si sono strutturati i conseguenti percorsi formativi.

COMPETENZE SPECIFICHE GENERALI

- Valutazione dei bisogni sociosanitari presenti, attraverso l'attività assistenziale e le tecniche di ascolto e di feedback assertivo, individuando i contesti che presentano un alto rischio di frammentazione delle cure; valutazione dei determinanti di salute che incidono sul contesto di riferimento degli assistiti
- Identificazione precoce del rischio di fragilità attraverso scale validate e monitoraggio del rischio evolutivo
- Presa in carico del cittadino con fragilità e/o patologia cronica
- Capacità di orientamento ai servizi e attivazione dei percorsi
- Capacità di pianificazione e attuazione di interventi di natura preventiva e di promozione della salute, con focus sull'empowerment e l'health literacy
- Coordinamento della propria attività con la rete dei professionisti presenti sul territorio in ottica di integrazione e multidisciplinarietà
- Erogazione dell'attività assistenziale, ove richiesto, e attivazione di servizi, con monitoraggio degli esiti
- Attività di ricerca e gestione dei flussi informativi, contribuendo in maniera proattiva alla mappatura dei bisogni di salute della comunità di riferimento

COMPETENZE SPECIFICHE AMBULATORIALI

- Accoglie persone con problematiche a media o bassa complessità assistenziale
- Adotta strumenti per il monitoraggio a distanza e la tele-assistenza
- Svolge attività di consulenza e di orientamento ai servizi, sia durante l'attività assistenziale che su richiesta (senza appuntamento)

COMPETENZE SPECIFICHE DOMICILIARI

- Eroga assistenza in pazienti ad alta complessità assistenziale
- Sviluppa capacità di lettura e analisi del contesto individuale e familiare per la valutazione dei determinanti di salute, rilevando situazioni di criticità e attivando, ove necessario, i servizi necessari alla risoluzione

COMPETENZE SPECIFICHE DI COMUNITÀ

- Conosce i fattori di rischio e i bisogni assistenziali prevalenti sul territorio, collaborando alla mappatura degli stessi
- Conosce la rete sociosanitaria territoriale, favorendo il dialogo e l'integrazione tra i servizi
- Attua interventi di natura educativa, preventiva e di promozione della salute volti alla popolazione e/o a gruppi specifici, favorendo i processi di self management e di mutuo soccorso.

L'AUSL Romagna ha convenuto sulla necessità di avviare una sperimentazione che prevedesse l'implementazione di tale figura in piccole realtà specifiche, col fine di valutare l'applicabilità del modello e il suo impatto sulla popolazione.

La prima fase ha previsto:

- L'istituzione di un corso di perfezionamento della durata complessiva di 60 ore rivolto al personale infermieristico dell'assistenza territoriale, con esperienza di almeno 2 anni e afferente al Dipartimento Cure Primarie e Medicina di Comunità; l'obiettivo del corso era l'acquisizione, da parte degli infermieri, delle competenze specifiche relative alla funzione dell'IFeC
- L'analisi territoriale, compresa la valutazione delle risorse presenti, volta a individuare un Comune per ogni ambito territoriale in cui avviare la sperimentazione

La seconda fase ha previsto una ricognizione territoriale in loco volta a identificare gli attori da coinvolgere, individuare gli utenti e mappare i servizi presenti all'interno dei Comuni.

Si è quindi proceduto a intavolare incontri e riunioni con le amministrazioni locali, i MMG, gli assistenti sociali e il terzo settore, proprio per sviluppare una cabina di regia che permettesse l'avanzamento del progetto.

Nell'avvio di questo modello sperimentale aziendale si è scelto di porre l'enfasi su alcuni punti cardine rappresentati da:

- prossimità
- trasversalità
- orientamento ai servizi della rete
- multidisciplinarietà
- proattività per l'intercettazione dei bisogni non espressi
- presa in carico e personalizzazione dell'assistenza
- continuità assistenziale
- integrazione con i servizi esistenti attraverso la creazione di percorsi condivisi
- potenziamento e sviluppo della rete sociosanitaria con un'azione che si sviluppa dentro e con le famiglie/comunità.

È risultato quindi fondamentale:

- individuare in modalità strutturate il bacino di utenti, definito e circoscritto sulla base di criteri geografici;
- individuare i professionisti al fine di creare una vera équipe multiprofessionale che si costituisce in relazione alle caratteristiche sociali ed epidemiologiche della

comunità;

- revisionare i modelli esistenti nel Servizio Infermieristico Domiciliare e negli ambulatori della cronicità;
- individuare una rete di professionisti infermieri con competenze distintive per l'attivazione diretta di consulenze tra pari (per es. wound care, cronicità, salute mentale/dipendenze, cure palliative, stomie e PEG, gestione accessi vascolari, pediatria, salute donna);
- conoscere e mappare la rete dei servizi presenti sul territorio così da garantire un ottimale orientamento per i cittadini nella loro fruizione

La terza fase della sperimentazione è stata quella operativa, con la presa in carico vera e propria dei cittadini/pazienti individuati.

La proposta organizzativa si è concretizzata con l'implementazione dell'IFeC, in maniera sistemica, su tutto il territorio afferente all'AUSL Romagna, creando una figura unica territoriale di riferimento per la comunità, al fine di evitare la parcellizzazione dell'assistenza.

Tenendo conto dello standard numerico di 1 IFeC ogni 3000 residenti, si è quindi proceduto con la raccolta degli elementi necessari all'avvio del progetto e con la previsione di risorse necessarie, attraverso una ricognizione all'interno di ciascun Distretto, che ha delineato:

- i comuni afferenti al distretto e superficie in km²
- la popolazione residente totale e popolazione over 65
- la definizione della cella come unità territoriale di attivazione, corrispondente a circa 6000 residenti ed equivalente a una sede ambulatoriale con 2 IFeC
- l'individuazione delle sedi di attivazione delle equipe già operative e delle possibili sedi integrative
- la definizione delle risorse tecnologiche e strumentali per ogni sede

Sulla base di questi elementi, è stato calcolato il fabbisogno delle risorse, considerando:

- Numero di IFeC calcolato sullo standard numerico definito
- Dotazione Standard di Prodotto e Servizio (SPS)
- Incremento a tendere al 10% del numero di IFeC per la presa in carico delle persone over 65

Da ultimo, sono state identificate due fasi temporali di implementazione del modello di sperimentazione. Per ognuna di esse è stato calcolato il numero di sedi che dovranno essere attivate e il fabbisogno di personale e di risorse necessarie alla loro attivazione.

FASE 1° marzo 2024: prevista attivazione del 50% delle sedi

FASE 2 da definire: attivazione delle sedi rimanenti

Di seguito la tabella riassuntiva per ogni fase di implementazione del modello in relazione al Distretto di Forlì.

DISTRETTO	COMUNE	SEDI PREVISTE	IFeC PREVISTI	INFERMIERI PRESENTI	INFERMIERI DA INSERIRE	INTEGRAZIONE INFERMIERI PREVISTA	INTEGRAZIONE INFERMIERI PER OVER 65
FORLì FASE 1	Santa Sofia	CdC S. Sofia	3	2	1	6	14
	Galeata						
	Civitella di Romagna - Cusercoli	CdC Predappio	2	1	1		
	Predappio						
	Premilcuore	CdC Modigliana	2	2	0		
	Modigliana						
	Tredozio	CdC Rocca S. Casciano	2	1	1		
	Portico e San Benedetto						
Rocca San Casciano							
Dovadola	Zona Romiti	4	1	3			
FORLì							
FORLì FASE 2	FORLì	Via Colombo	35	16	19	11	
	Meldola	CdC Meldola	3	1	2		
	Castrocaro T. e Terre del Sole	Castrocaro T. Sole	2	1	1		
	Bertinoro	CdC Forlimpopoli	8	5	3		
	Forlimpopoli						
	TOTALE			61	30		31

5.2 Il percorso formativo e gli strumenti operativi

Per portare avanti il progetto di riorganizzazione dell'assistenza territoriale in AUSL Romagna si è reso necessario un percorso formativo per i professionisti coinvolti, distinto in due proposte formative:

Proposta Formativa n.1: corso di perfezionamento per gli operatori non afferenti al contesto dell'assistenza domiciliare, ma che desiderino approcciarsi a questo progetto. Tale corso ha inteso formare professionisti con competenze avanzate nella gestione dell'assistenza proattiva di famiglia e di comunità, garantendo anche una breve esperienza di tirocinio per osservare l'applicazione di quanto appreso nella pratica quotidiana.

Durata prevista: 120 ore (40 ore di moduli didattici, 20 ore di laboratori, 60 ore di tirocinio)

Proposta Formativa n.2: corso di formazione integrativo, rivolto a coloro che già operano nel contesto territoriale, al fine di rafforzarne le competenze già presenti.

Durata prevista: 60 ore (40 ore di moduli didattici, 20 ore di laboratori)

Nello specifico, i corsi hanno previsto i seguenti contenuti:

- inquadramento generale del SSN, dei servizi offerti dalle aziende sanitarie territoriali e della normativa sanitaria recente
- excursus sui principali bisogni di salute della popolazione attuale
- analisi dei principali modelli organizzativi applicati all'infermieristica di famiglia e di comunità
- principali modalità di intervento clinico, assistenziale ed educativo rivolto alle varie fasce di età,

con approfondimento sui principali rischi connessi all'attività sanitaria

- principali opportunità che l'innovazione tecnologica offre oggi nella pratica sanitaria.

La manifestazione di interesse è avvenuta tramite l'iscrizione al relativo bando che richiedeva i seguenti requisiti di accesso:

- essere dipendenti a tempo indeterminato nel profilo di Collaboratore Professionale Infermiere
- essere assegnati all'ambito territoriale di riferimento
- disponibilità alla guida di auto.

Si è ritenuto necessario che, per la propria attività, l'IFeC debba avere e a disposizione la seguente strumentazione: tablet con scheda SIM dedicata, smartphone, zaino SID, pulsossimetro e, anche in condivisione con altri servizi territoriali, elettrocardiografo portatile, ecografo portatile, altri strumenti di telemedicina che possano essere utilizzati al bisogno fra quelli in dotazione alla COT/ADI locale.

L'IFeC si pone al centro di un flusso informativo da cui riceve informazioni, necessarie per la propria attività e che, a sua volta, implementa alimentandolo con le informazioni raccolte durante lo svolgimento della propria attività.

Per implementare le funzioni e le attività dell'IFeC è stata creata, nel sistema informativo aziendale relativo agli interventi sociosanitari (ICARO Romagna), un'apposita sezione che include le schede di attività e gli strumenti di misurazione previsti.

Il gestionale consente di creare un Intervento specifico per ogni paziente valutato dell'IFeC, in modo puntuale in caso di valutazione singola senza necessità di presa in carico, ovvero senza la definizione di una data di chiusura in caso di esigenze di ulteriori attività.

Sono state inoltre messe a disposizione degli operatori le schede di valutazione specifiche selezionate durante il percorso formativo (ADL / IADL, BRASS, COG Test, ecc).

È disponibile una sezione dedicata al diario ed alle note che gli operatori possono registrare per ogni singolo accesso o contatto con il paziente.

È stato predisposto un elenco di prestazioni specifiche per la rendicontazione puntuale delle attività svolte durante gli accessi domiciliari o ambulatoriali.

Dal punto di vista delle informazioni necessarie per l'operatività, si ritiene che l'applicativo regionale previsto per le COT, ancora in fase di elaborazione, potrà essere utilizzato per favorire integrazione e interconnessioni, consentendo di accedere alle informazioni significative per il caso specifico, registrate nei diversi applicativi aziendali, di tipo ospedaliero e territoriale.

L'integrazione possibile in ICARO e a maggior ragione nell'applicativo COT potrà consentire la reciproca visibilità dei dati e di prendere decisioni assistenziali in merito (es.: paziente con ripetuti accessi...).

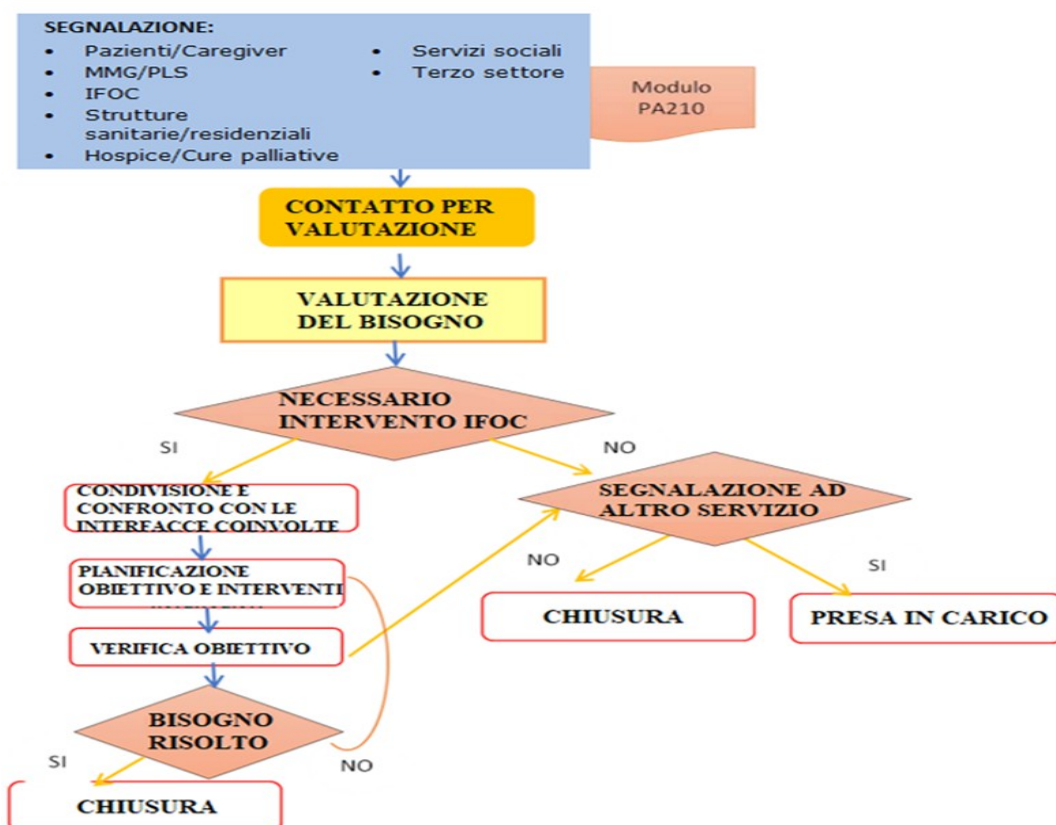
5.3 L'implementazione nel Distretto di Forlì

Nella tabella che segue è rappresentata l'attuale attivazione degli IFeC nel Distretto di Forlì

IFeC DISTRETTO DI FORLÌ	
COMUNE	N. IFeC ASSEGNATI
Modigliana – Tredozio	N.2
Rocca San Casciano	N.2
Portico e San Benedetto	
Dovadola	
Predappio	N.2
Premilcuore	
Meldola	N.3
Forlì – Zona Romiti - Cava- San Benedetto	N.4
Santa Sofia – Galeata – Civitella di Romagna	N. 4

Resta da attivare la sperimentazione su n. 2 comuni dell'ambito distrettuale e, in riferimento alla città di Forlì, al momento l'IFeC è stata avviata nei quartieri maggiormente colpiti dai danni dell'alluvione di maggio 2023.

Di seguito il diagramma di flusso sulla modalità di attivazione dell'IFeC e sullo svolgimento della sua attività.



Il primo territorio del Distretto di Forlì oggetto della sperimentazione è stato quello di Modigliana – Tredozio.

A seguire una tabella riassuntiva delle specificità dell'IFeC in relazione al territorio di sperimentazione.

Forlì - Valle del Tramazzo	
Attivazione	Febbraio 23
Tipologia utenti	Over 65
Segnalazioni	Intercettazione del bisogno SID, MMG, Osco, cronicità, amb nf
Fascia ambulatorio	Mart. 10 – 12:30 Tredozio; Merc. 10- 12:30 Modigliana
Attività prevalenti	Domicilio, ambulatorio, spazi comunitari
Integrazione con AASS	Incontri regolari, anche in OSCO e con MMG
Sanità Pubblica	Completata mappatura con PASSI Focus Group e briefing periodico necessario
Mappatura dei Servizi	Completata con dati comune e mappatura regionale, Sanità Pubblica
Presentazione alla comunità	Settembre 23: In occasione della giornata sicurezza delle cure a Modigliana, prevista a Tredozio
Dati attività	N.57 totali di cui 42 attualmente in carico
Note	IFeC vive nel comune e ha potuto intercettare bisogni da conoscenza personale; coinvolgimento unità di crisi per alluvione e terremoto

Contestualmente all'avvio della sperimentazione, in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica, si è realizzato un Focus Group per raccogliere il punto di vista di alcuni professionisti, sanitari e sociali, del territorio rispetto ai bisogni della popolazione non pienamente coperti dai servizi esistenti, individuando tra essi quelli verso cui indirizzare la sperimentazione della figura dell'IFeC.

Ha aderito un gruppo multidisciplinare di 16 professionisti sanitari (4 MMG, 1 PLS, 1 medico di

continuità assistenziale, 2 infermieri di direzione infermieristica e tecnica, 2 IFeC, 1 coordinatore infermieristico dell'Ospedale di Comunità, 1 infermiera e segretaria dello studio di medicina generale, 1 assistente sociale, 3 farmacisti).

Partendo dall'esperienza empirica di ciascuno, si è proceduto ad un confronto sui bisogni di salute della comunità e su possibili situazioni critiche, fra le quali si sono evidenziate:

- persone anziane con polifarmacoterapie, soprattutto se sole o con caregiver anziani o non pienamente competenti per presenza di barriere linguistiche
- dimissioni non protette
- prenotazione delle visite (riferito a persone adulte ed anziane)
- necessità di un maggior sostegno e accompagnamento dei caregiver nell'apprendimento di pratiche assistenziali di base
- persone con disabilità o con patologie croniche che necessitano di macchinari a domicilio o di particolari dispositivi;

Nel corso della discussione sono stati riportati alcuni esempi di situazioni complesse nelle quali gli operatori, da soli, ritenevano di non riuscire a rispondere pienamente ai bisogni rilevati. In particolare, si è parlato di nuclei familiari con difficoltà economiche e sociali o con barriere linguistiche o culturali o con disagio psichico che rendono complessa la presa in carico.

Rispetto ai bisogni sopra rilevati, il gruppo ha ritenuto che l'IFeC, nel territorio di Modigliana, avrebbe dovuto rivolgersi prioritariamente a:

- monitoraggio delle persone anziane in poli farmacoterapia sole o con caregiver ritenuti non pienamente competenti
- accompagnamento delle persone anziane nel primo periodo successivo alla dimissione a domicilio da ricovero ospedaliero, finalizzato ad un supporto all'apprendimento delle eventuali novità del piano terapeutico, un accompagnamento verso la comprensione degli eventuali cambiamenti di salute occorsi e alle eventuali modifiche alle abitudini pregresse
- supporto ai caregiver nel processo di empowerment favorendo lo sviluppo di competenze e di fiducia nelle proprie capacità di gestione al domicilio della persona assistita e della sua patologia.

In generale l'IFeC è stato considerato come un operatore di prossimità capace di facilitare il rapporto tra operatori dei servizi, pazienti e loro familiari. Significativa è stata anche l'aspettativa sul fatto che l'IFeC potesse contribuire ad approfondire l'analisi del contesto e delle dinamiche consentendo di individuare i migliori alleati, intra ed extrafamiliari, per il sostegno della persona nel processo di cura. All'IFeC è stata inoltre riconosciuta la capacità di mediare il linguaggio medico, rendendolo più comprensibile al paziente e ai suoi familiari.

Rispetto alle situazioni più complesse, come quelle di nuclei familiari con disagio sociale o con

problematiche di salute mentale, si è riconosciuta la necessità di introdurre l'IFeC all'interno dell'equipe multiprofessionale per la presa in carico e la gestione del progetto di assistenza.

Considerate le caratteristiche della realtà della Casa della Comunità di Modigliana, tutti i professionisti coinvolti nel focus group hanno concordato che il metodo migliore di attivazione dell'IFeC fosse mediante contatto telefonico.

È stata evidenziata la necessità di mettere in comunicazione gli applicativi informatici utilizzati dai vari professionisti, così da poter garantire la condivisione delle informazioni per la continuità assistenziale e della presa in carico.

Il setting assistenziale principale è stato individuato in quello domiciliare e, in seconda istanza, in quello ambulatoriale.

6. AREE DI POSSIBILE MIGLIORAMENTO

Sulla base dell'esperienza empirica e diretta, si ritiene che possano essere individuate alcune aree di possibile sviluppo/miglioramento delle funzioni dell'IFeC in relazione al contesto in cui sono inserite.

- Rendere il paziente maggiormente consapevole della propria centralità nella costruzione del proprio progetto di assistenza personalizzato
- Potenziare le attività sul territorio per consentire un maggiore “ingaggio” della comunità e dei cittadini
- Potenziare la multidisciplinarietà nelle équipe multiprofessionali a livello territoriale potendo contribuire ad approfondire gli aspetti valutativi relativi all'utente, al suo ambiente familiare e al suo contesto di vita
- Contribuire allo sviluppo e al buon funzionamento delle future AFT (Aggregazioni Funzionali Temporanee)
- Agevolare le interfacce fra servizi territoriali (es PUA, Servizio Sociale, Servizi specialistici)
- Favorire la continuità assistenziale fra ospedale e territorio nei percorsi di dimissione protetta da strutture sanitarie verso il proprio domicilio
- Contribuire a rendere maggiormente efficace e funzionale l'accesso ai sistemi informativi sanitari, come il Fascicolo Sanitario Elettronico, e la disponibilità di strumenti digitali condivisi tra professionisti mantenendo strumenti integrati, strutturati ma anche aperti alla narrazione e al contesto
- Rafforzare le azioni di prevenzione e promozione della salute attraverso interventi educativi rivolti alla comunità, programmi di screening e iniziative nelle scuole o nei contesti sociali

7. CONCLUSIONI

All'interno di uno scenario che in cui si stanno riorganizzando i servizi sanitari e sociosanitari in una prospettiva orientata alla prossimità, all'integrazione e alla presa in carico globale della persona, la figura IfeC assume un ruolo strategico. La sua azione si colloca all'interno di una rete territoriale articolata, contribuendo a rafforzare l'integrazione tra ambito sanitario, sociale e sociosanitario.

La sperimentazione evidenzia come l'introduzione di questa figura possa rappresentare un importante strumento per migliorare la capacità dei servizi di intercettare precocemente situazioni di fragilità, favorire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di cura maggiormente personalizzati. In particolare, il lavoro svolto nei territori di sperimentazione mostra il potenziale dell'IfeC nel sostenere i cittadini e i loro caregiver, facilitare la comunicazione tra professionisti e pazienti.

Allo stesso tempo, l'esperienza analizzata mette in luce alcune aree di sviluppo ancora aperte, tra cui il rafforzamento della multidisciplinarietà, il miglioramento dell'integrazione tra sistemi informativi e la definizione di modalità operative sempre più efficaci nelle interfacce tra servizi territoriali.

In prospettiva, il pieno sviluppo del ruolo dell'IfeC richiederà non solo un consolidamento organizzativo e formativo, ma anche un investimento culturale nella costruzione di modelli di lavoro realmente integrati tra professionisti e servizi.

L'IfeC si configura quindi come una figura chiave per il futuro dell'assistenza territoriale, capace di contribuire alla costruzione di un sistema sanitario più vicino alle persone, più orientato alla prevenzione e maggiormente in grado di garantire continuità, equità e personalizzazione delle cure.

BIBLIOGRAFIA

(OMS 1986) *Carta di Ottawa per la promozione della salute*

(OMS 1997) *Dichiarazione di Jakarta sulla promozione della salute nel XXI secolo*

L833/1978 *Istituzione del servizio sanitario nazionale*

DM77/2022 *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*

Sabel C.F, a cura di Prandini R. (2013) *Esperimenti di nuova democrazia. Tra globalizzazione e localizzazione*

Prandini R. (2023) *L'insostenibile pesantezza dei paradigmi di welfare. Verso una euristica sperimentale e potenzializzante*

ISTAT *Rapporto annuale 2025*